



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

“EL SELF EN LA PSICOTERAPIA SISTÉMICA
POSMODERNA”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
CLAUDIA RAMÓN HERNÁNDEZ

DIRECTOR DEL REPORTE:
COMITÉ TUTORIAL:

MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
MTRA. MA. ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
MTRA. JUANA BENGOA GONZALEZ
MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA
DRA. MARIA SUAREZ CASTILLO
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Si como dice el filósofo José Ortega y Gasset “Yo soy yo y mi circunstancia”,
Entonces...*Gracias a las circunstancias que favorecieron el logro de esta meta.*

Gracias a Dios quien está presente en todo acto de voluntad.

A México.

A las Instituciones que promueven y coadyuvan al desarrollo de profesionistas certificados en competencias laborales, capacitados para proporcionar servicios de calidad a quienes lo necesitan y que de manera directa participaron en la conclusión de la Maestría en Psicología:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM)
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA (CONACYT)
CONSEJO MEXIQUENCE DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA (COMECYT)

A mi tutora:

Mtra. Carmen Susana González Montoya: por su interés, disposición de tiempo, confianza y aportaciones a este trabajo. El contar con una tutora que acompañe y guíe es un apoyo que interviene en la culminación de logros académicos.

A mis maestras:

Quienes brindaron sus conocimientos de manera generosa, comprometida y dedicada. Quienes proporcionaron la pauta de la trascendente labor que debe ejercer el terapeuta familiar. A la Mtra. Ma. Rosario Espinosa Salcido, por sus contribuciones a este reporte.

A mis compañeras (os) de estudios. Con quienes compartimos tiempos de esfuerzo y compromiso, a lo largo de dos años, quienes modelaron y participaron en el proceso de formación de terapeutas familiares, con quienes se ha entablado una entrañable amistad.

A mi familia:

Por creer en mí. A mi madre: Araceli Hernández Sánchez, a mi hermano: Eduardo Ramón Hernández, a mi hermana: Sandra Ramón Hernández. Mis suegros: Lucía Pérez Palma y Félix Téllez López.

A mi propia familia: Mi esposo Vicente, mis hijas Jéssica y Jazmín:

Quienes de una u otra forma han sido copartícipes en el desarrollo y culminación de mis metas, siendo a su vez fuentes de inspiración y sueños presentes y futuros.

A todas aquellas personas que con su interés y de manera directa o indirecta han colaborado en la conclusión de este trabajo...

Muchas gracias.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	7
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar.	7
1.1. Principales problemas que presentan las familias.	7
1.2. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	11
1.2.1. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico. Descripción de los escenarios.	13
1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico.	14
1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación.	16
II. MARCO TEÓRICO	19
2. La terapia familiar sistémica y sus fundamentos Epistemológicos.	19
2.1. La teoría general de los sistemas.	20
2.2. La teoría cibernética y la terapia familiar sistémica.	21
2.3. La nueva teoría de la comunicación y la terapia familiar sistémica.	22
2.4. Impulsores de la terapia familiar.	23
2.5. Conceptos básicos de la terapia familiar sistémica.	24
2.6. Cuestionamiento de la realidad objetiva.	26
2.6.1. Cibernética de primer orden y psicoterapia.	26
2.6.2. Cibernética de segundo orden y psicoterapia.	27
2.7. La terapia familiar sistémica y posmoderna.	30
2.8. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar Sistémica y posmoderna.	36
2.8.1. Modelo Estructural.	36
2.8.2. Modelo de Terapia Estratégica.	42
2.8.3. Modelo de Terapia Breve orientado a problemas.	46
2.8.4. Modelo de Terapia Breve orientado a soluciones.	52
2.8.4.1. Papel del terapeuta en el Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones.	54
2.8.4.2. Uso del lenguaje.	55

2.8.4.3.	Enfoque en los recursos de los clientes.	55
2.8.4.4.	El cambio en el proceso terapéutico.	55
2.8.4.5.	Enfoque hacia los objetivos.	56
2.8.4.6.	Visión de la realidad.	57
2.8.4.7.	Intervenciones del Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones.	57
2.8.4.8.	El cliente en el Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones.	60
2.8.5.	Modelo de Milán.	60
2.8.6.	Modelos derivados del posmodernismo.	69
2.8.6.1.	El Equipo Reflexivo.	71
2.8.6.2.	El Enfoque Colaborativo.	73
2.8.6.3.	El Modelo Narrativo.	76
III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES		82
3.	Trabajo clínico con familias. Integración de expedientes.	82
3.1.	Violencia de pareja.	82
3.1.1.	Síntesis, análisis y discusión teórico metodológica de la intervención.	84
3.2.	Adolescentes de familias monoparentales. Familia 1.	93
3.2.1.	Adolescentes de familias monoparentales. Familia 2.	95
3.2.2.	Síntesis, análisis y discusión teórico metodológica de la intervención.	97
3.3.	Familia multiproblemática, con miembro psicótico.	101
3.3.1.	Síntesis, análisis y discusión teórico metodológica de la intervención.	102
3.4.	Familias atendidas con modelos derivados del Posmodernismo.	103
3.4.1.	Familias con niños que presentan dificultades en el control de esfínteres. Familia 1.	103
3.4.1.1.	Síntesis, análisis y discusión teórico metodológica de la intervención.	104
3.4.2.	Familias con niños que presentan dificultades en el control de esfínteres. Familia 2.	109
3.4.2.1.	Síntesis, análisis y discusión teórico metodológica de la intervención.	110
3.4.3.	Violencia de género.	114
3.4.3.1.	Síntesis, análisis y discusión teórico metodológica de la intervención.	115
3.5.	El Self en la psicoterapia sistémica posmoderna.	123
3.6.	Análisis del sistema terapéutico total.	136
3.7.	Reporte de habilidades de difusión.	144
3.7.1.	Investigación cuantitativa.	144
3.7.2.	Investigación cualitativa.	146

3.7.3.	Reporte de actividades en foros académicos.	149
3.7.3.1.	Como asistente.	149
3.7.3.2.	Como ponente.	152
3.8.	Desarrollo de programas de intervención comunitaria.	153
3.9.	Actividades complementarias.	154
3.9.1.	Productos tecnológicos.	156
3.10.	Habilidades de compromiso y ética profesional.	158
IV. CONSIDERACIONES FINALES		167
4.1.	Resumen de habilidades y competencias Profesionales adquiridas.	167
4.2.	Incidencia en el campo psicosocial.	169
4.3.	Reflexión y análisis de la experiencia.	170
4.4.	Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo.	171
Referencias		173
Tablas		183
Anexos		191

R E S U M E N

El Reporte de experiencia profesional, titulado el Self en la psicoterapia sistémica posmoderna, describe y analiza las actividades realizadas durante la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica que forman parte del programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM y es presentada por la Facultad de Psicología y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Dentro del programa, se destaca que la formación teórico práctica supervisada, permite desarrollar habilidades de intervención para los problemas y demandas de salud mental, realizando el análisis del sistema terapéutico total y reportando las actividades de investigación, difusión e intervención comunitaria. Los escenarios donde se llevó a cabo el trabajo clínico fueron: la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la Clínica de Medicina Familiar

“A” Tlalnepantla, del ISSSTE y la Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco. Dentro del reporte se analizó y discutió teórico metodológicamente la intervención de 7 casos atendidos como terapeuta, clasificados en: violencia de pareja, adolescentes de familias monoparentales y familias atendidas con modelos derivados del posmodernismo. En este último apartado se reseña y compara la línea epistemológica de las concepciones del Self moderno y posmoderno, analizando las intervenciones desarrolladas con el modelo narrativo y los equipos de reflexión. Se destaca que las estrategias psicoterapéuticas de los modelos derivados del posmodernismo se orientan al descubrimiento por parte del consultante de distintas o novedosas descripciones, que puedan incorporarse, transformar y ampliar su narración.

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

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

México ocupa el onceavo lugar entre las naciones más pobladas del mundo (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2005c). Siendo un país de desarrollo intermedio y multicultural dista de contar con una población homogénea, misma que contrasta en cuanto a sus problemáticas, desenvolviéndose en medio de grandes rezagos, con dudas sobre los modelos económicos en adopción y encontrando contraposiciones entre los intereses nacionales y externos. Un cambio principal en México es la búsqueda de la democracia y la eficiencia de la administración pública lo cual suscita ambientes de inquietud en la esfera política, lo anterior matizado por una dinámica demográfica con tendencias hacia el envejecimiento demográfico, modificando las relaciones entre grupos de edad (Ham- Chande, Palma, Torres, Ibáñez, 2002) efecto que tiene implicaciones tanto para los sistemas de salud, como para el sistema familiar.

1.1. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS

La familia al ser reconocida como base de la sociedad, se ve directamente afectada por los problemas macro del país, aunados a la falta de empleo, la inseguridad, la violencia intrafamiliar y la insuficiencia en los servicios de salud y educación. A su vez, la familia mexicana participa en los procesos de producción y desarrollo del país como fuente de refugio y apoyo frente a condiciones cambiantes que afectan, la seguridad en el ámbito laboral (desempleo y bajos salarios), la salud (drogadicción, enfermedad y muerte), la educación (exclusión) y el sentido de seguridad personal (violencia). Los hogares y las familias son vulnerables a las crisis, aunque son las instituciones más socorridas de protección ante éstas (INEGI, 2005a).

La situación del país encamina los esfuerzos del gobierno hacia alcanzar los requerimientos mundiales en los niveles de calidad de vida, por lo que en el año 2000 se suscribió junto con 189 países miembros de la Organización de las Naciones Unidas a la Declaración del Milenio (Gobierno de la República, 2005) un documento que contiene

ocho objetivos conocidos como los objetivos de Desarrollo del Milenio, mismos que concuerdan con los del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, entre los que se destacan, erradicar la pobreza y el hambre, mejorar la educación, la equidad de género, el cuidado ambiental, incrementar la salud y fomentar una asociación global para el desarrollo. Dichos esfuerzos pretenden entre otras cosas impactar positivamente la calidad de vida y la salud de las familias de nuestra sociedad, entendida la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Respecto a la salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que aproximadamente un 25% de la población mundial es afectada alguna vez por un trastorno mental, lo que implica que 1 de cada 4 familias tenga al menos un miembro con un trastorno mental diagnosticado, entendiéndose como trastorno mental a los padecimientos y enfermedades que perturban el estado psíquico, emocional y conductual de la persona. Resulta interesante para el área de la salud mental identificar que durante el 2001 los trastornos mentales fueron 4 de las primeras 10 causas mundiales de [discapacidad](#), siendo la [depresión](#) la cuarta causa con un 4.4% en el mundo, apareciendo luego la [esquizofrenia](#), los trastornos bipolares y el consumo de sustancias (De Oliveira, 2005) son los integrantes de la familia quienes lidian directamente con quien padece la enfermedad mental.

En la familia se reproducen en cierta medida y en pequeña escala distintas normas y comportamientos sociales, se observan 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 dominaciones entre generaciones y géneros (INEGI, 1999). Las familias a su vez sufren las transiciones de la vida que activan su inseguridad interna, afectada por cambios en el estado conyugal, por la separación y el divorcio. Este último es de incidencia creciente (del total de divorcios durante 2003, el 0.25% se divorció en menos de un año, el 30.80% en un periodo de entre 1-5 años, el 18.93% entre 6-9 años, mostrándose de mayor incidencia el divorcio posterior a 10 años o mas (49.80%). La mayor causa de divorcio durante este periodo fue por mutuo consentimiento, abandono de hogar y sevicia, y amenazas o injurias (INEGI, 2004).

Las dificultades entre los miembros de la familia, los problemas amorosos y la dificultad económica resultan ser las causas de mayor incidencia de suicidio. La Secretaría de Salud (2005) reporta que los suicidios han crecido aceleradamente en México, particularmente para el género femenino, en este grupo las muertes por suicidio han aumentado entre 1998 y 2003 a un ritmo de 4.9% anual, cifra incluso superior a la mortalidad por diabetes. Resulta notable identificar que los suicidios en hombres son cinco veces más frecuentes que en las mujeres.

Por otro lado, los problemas de inseguridad nacional respaldan situaciones de violencia, tales como, los secuestros, las violaciones, los homicidios, el robo y las lesiones, lo que altera el sentimiento de seguridad y puede trastornar la salud mental de las personas. La violencia intrafamiliar también afecta a las familias, trascendiendo señalar que en el 2003 se registró que el 46.6%, de mujeres con pareja residente en el hogar, sufrió al menos un incidente de violencia, reportándose en los estados del norte de la república mexicana el mayor porcentaje de incidentes (INEGI, 2003), los tipos de violencia registrados son, la violencia emocional, física, sexual y económica, sufriendo las mujeres económicamente activas, el mayor nivel de violencia en cada uno de estos tipos. Tomando en cuenta el nivel de escolaridad el 61% de las mujeres violentadas tienen la primaria, el 30% la secundaria, el 5% la preparatoria y el 4% tiene nivel profesional. Se reporta que las mujeres violentadas presentan colateralmente enfermedades psicosomáticas tales como, la cefalea tensional, colitis y gastritis, entre otras (Gobierno del Distrito Federal, 2006).

La mujer mexicana contemporánea muestra una mayor participación en la economía familiar, que pasó de un 33.3% en 1994 a 39.8% en 2002. También hay un incremento en su escolaridad, en 1994 el 37.5% de las mujeres tenían educación secundaria o superior y en 2002 casi la mitad se encontraba en esta situación. La proporción de jefas del hogar se incrementó entre 1994 y 2002 en 5.2%. Además las mujeres que pasaron a ser las principales perceptoras en el hogar pasó de 21.7% a 26.5% en el mismo lapso. De acuerdo con la encuesta nacional de ingresos y gastos del 2002 (INEGI, 2005a) en México hay 24.7 millones de hogares, en los hogares con jefatura femenina predominan los no nucleares (54 de cada 100 hogares), mientras que los hogares extensos (que se distinguen por la presencia

de otros parientes como padres, nietos, nueras, etc. y de no parientes del jefe) representan el 34.7% del total de hogares encabezados por una mujer. El porcentaje de hogares unipersonales femeninos es casi cinco veces mayor que la proporción de masculinos, lo anterior puede incidir en altos niveles de estrés para la mujer, alterando su relación con los hijos. A su vez, se reconoce que en la mujer predominan la depresión, la ansiedad y las enfermedades somáticas, afectando a una de cada tres, mientras que en los hombres es mayor la prevalencia a la dependencia al alcohol, en una proporción de 1 de cada 5 hombres en las ciudades desarrolladas (OMS, 2006).

Aunado a lo anterior, las limitaciones económicas y/o la necesidad de superación personal de la mujer, favorecen que los abuelos, como importantes redes de apoyo sean requeridos a participar en el cuidado de los nietos, aunque en casos extremos esta situación puede propiciar dificultades en la organización jerárquica. En cuanto a los adultos mayores, se identifica que la esperanza de vida para el mexicano es de 74.9 años (INEGI, 2004) sin embargo resulta grave señalar que el 51% de la población de 60 años y más, no es derechohabiente, lo que la coloca en situación de riesgo (INEGI, 2005b), asociándose a los problemas de maltrato y de abandono de los viejos por parte de las familias.

En contraposición, la población joven presenta problemas particulares que impactan a las familias, ya que 1 de cada 5 habitantes es adolescente. En un estudio realizado en el Estado de México con adolescentes (Hernández, L´Gamiz, Maravilla, Camarillo, Huitrón, 2006) se encontró que en edades de 15 a 17 años el 60% reconoció tener alguna toxicomanía y realizando un análisis por género se identificó que los hombres se encuentran más expuestos a toxicomanías, a problemas de identidad sexual y a actos delictivos, mientras que las mujeres mostraron propensión a ser más nerviosas, irritables, y estresadas. La Organización Panamericana de la Salud (2006) reportó que en México durante 1999, los accidentes fueron la principal causa de muerte en el grupo de 15-24 años de edad con una tasa de 31 por cada 100 mil habitantes; el homicidio (14); los tumores malignos (6); y las lesiones autoinfligidas intencionalmente (6). Para ese mismo año, se estimó que hombres entre 15-19 años mueren 2.5 veces más por suicidio que mujeres, 3.8 veces más por accidentes y 6.5 veces más por homicidios y lesiones. Según la Encuesta Nacional de Adicciones, el consumo de sustancias psicoactivas está aumentando entre los

adolescentes de 12 a 17 años con una prevalencia de consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida de 4%. El 12% de los adolescentes eran fumadores de tabaco (16% hombres y 7% mujeres). Mientras que el consumo de alcohol se incrementó entre los adolescentes de ambos sexos, alcanzando el 14% en hombres y 2% en mujeres. Otros problemas que enfrentan los jóvenes son la falta de oportunidades, el aislamiento, la carencia de una educación sexual adecuada, mayor riesgo de embarazos, la deserción escolar y los trastornos alimenticios.

Las dificultades antes señaladas demandan organismos de salud que las atiendan. El sistema mexicano de salud se ha caracterizado por contar con varios subsistemas; en 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud. En 1960 se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), también se cuenta con servicios especiales para la atención de los miembros de las fuerzas armadas y para los trabajadores de PEMEX (Secretaría de Salud, 2005). En cuanto a la capacidad del país para satisfacer las demandas de salud, se encuentra en la distribución porcentual de la población derechohabiente, que el 74.5% cuenta con IMSS, el 16.3% tiene el ISSSTE, el 6.9% se atiende en otras instituciones públicas y el 2.4% en instituciones privadas (INEGI, 2005b), sin embargo la necesidad es mayor a la capacidad de profesionales que la atienden. La OMS (2006) reporta que la grave escasez de trabajadores sanitarios está teniendo un impacto devastador en la capacidad de muchos países para combatir las enfermedades y mejorar la salud, por lo que se presentan problemas en cuanto a calidad de los servicios de salud, tiempo de espera para atención, además, desabasto en medicamentos de un 66% a 94% (Secretaría de Salud, 2005).

1.2. LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA SEÑALADA

Respondiendo y atendiendo a la necesidad nacional de recursos humanos profesionales y éticos dentro de diversas áreas, que incluyen a la salud mental, se encuentra la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ubicada en el sitio 95 entre las mejores universidades del mundo y la mejor Universidad de América Latina, según un estudio difundido por un suplemento del rotativo británico *The Times*, editado en Londres,

el suplemento subraya que en esta calificación mundial, la UNAM es la única de América Latina que tiene calidad para ser considerada y es posiblemente la institución de educación superior más grande del mundo por su número de alumnos (Gaceta UNAM, 2005).

Acorde con las necesidades del país para mejorar la salud de las familias, la UNAM ofrece la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Forma parte del programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM y es presentada por la Facultad de Psicología y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. El objetivo general de la Residencia es formar personal capacitado en una especialidad de la Psicología de alta calidad, en el área de la salud. Esta especialidad con su visión integrativa, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional, entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el construccionismo social y la narrativa, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político, económico, etc.), el lenguaje y la construcción del significado (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, UNAM, 2001).

A través de las actividades teórico prácticas en el ámbito clínico, se desarrollan habilidades para identificar y manejar problemas en el área de la salud mental, en diferentes sistemas, y comunidades diversas. La visión sistémica permite atender problemas clínicos tales como enfermedades psicosomáticas, adicciones, trastornos en la alimentación, violencia intrafamiliar, abuso sexual, y otros que se manifiestan en el seno familiar, tales como, el control conductual de los hijos, las dificultades en las relaciones intrafamiliares, las situaciones traumáticas (accidentes, muertes y enfermedades crónicas), problemas en la pareja (infidelidad, divorcio), entre otros.

Dentro del programa, la formación teórico práctica supervisada, permite desarrollar habilidades de intervención para los problemas y demandas de salud mental, dirigiendo su quehacer profesional por los estándares de la ética profesional

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

Descripción de los escenarios

Los tres escenarios donde se llevó a cabo el trabajo clínico con las familias son: la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la Clínica de Medicina Familiar “A” Tlalnepantla, del ISSSTE y en la Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), plantel Azcapotzalco.

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), se ubica en la avenida de los Barrios s/n, en el municipio de Tlalnepantla, Estado de México. Fue fundada en el año de 1975 como parte del programa de descentralización de la UNAM, con la finalidad de impartir licenciaturas y posgrados afines al área químico-biológica.

La Clínica de Terapia Familiar de la FESI, fue inaugurada en el año 2002, se ubica en el primer piso del edificio de Endoperiodontología, consta de un espacio para actividades de planeación o discusión, y de un cubículo equipado para video grabar las sesiones terapéuticas, dividido por un espejo unidireccional, de un lado se observan las sesiones, y en el otro se crea la relación terapeuta-cliente. El equipo tecnológico con el que se cuenta es una línea telefónica, con sistema de intercomunicación, micrófono ambiental y aparato amplificador, videocámara, video casetera VHS y pantalla de televisión. La población atendida es canalizada por la CUSI Iztacala, así como por el Departamento de Evaluación Psicológica, también se atiende a personal de la institución, otro medio para atender a los usuarios es mediante un buzón exterior a la entrada de La Clínica de Terapia Familiar de la FESI, mismo que cuenta con solicitudes para ser llenadas por quien requiere el servicio.

La Clínica de Medicina familiar “A” Tlalnepantla del ISSSTE, se encuentra ubicada en Av. Chilpancingo s/n, esquina con la calle de Jalapa, en Tlalnepantla, Estado de México. Fue inaugurada oficialmente en octubre de 1988 y en marzo de 1980 comenzó a brindarse el servicio de psicología. Mediante un convenio jurídico entre el ISSSTE y la FESI, se ofrece el servicio de terapia familiar supervisada desde 1994, como parte de las actividades formativas del Diplomado en Terapia Familiar de la División de Educación Continua de la FESI. A partir del 2002 los residentes del programa de Maestría en Psicología con

Residencia en Terapia Familiar de la FESI, realizan en este lugar el trabajo clínico con las familias. Esta clínica dispone de un cubículo para video grabar las sesiones terapéuticas en el cual la relación terapeuta-cliente se lleva a cabo en presencia del equipo de terapeutas. La población atendida son derechohabientes canalizados por la encargada del área de psicología, misma que evalúa la pertinencia de tratamiento de terapia familiar, el servicio también es solicitado por personal adscrito a la Clínica.

La Clínica de Terapia Familiar del CCH Azcapotzalco se encuentra ubicada en la avenida Aquiles Serdán, delegación Azcapotzalco, en la Ciudad de México. A finales del año de 2003 el servicio se proporciona en un salón ubicado en el edificio del SILADIN, que fue equipado para otorgar el servicio de terapia familiar. Este salón cuenta con sistema de intercomunicación telefónica, micrófono ambiental, videocámara, video casetera VHS y televisión, lugar donde se ubica el equipo de terapeutas y la supervisión. Dicha sección se encuentra dividida, mediante un espejo de visión unidireccional, del área de atención.

La población atendida es canalizada por el Departamento de Psicopedagogía de la Institución, siendo los estudiantes o los padres de los mismos, también asisten los empleados de la institución. Los interesados llenan una solicitud, la cual es atendida por quienes brindan el servicio de terapia familiar.

1.2.2. Análisis Sistémico de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico

El sistema universitario de posgrado (anexo 1) es hoy el espacio donde se juntan, colaboran y dialogan las distintas entidades académicas de la UNAM y éstas con las instituciones de enseñanza superior del país nacionales e internacionales. Mantiene además contacto con las necesidades del sector Gubernamental, el sector productivo y social, de modo que los estudiantes al participar dentro de estos sectores adquieren las competencias necesarias para desarrollar un trabajo ético y profesional, atendiendo a su vez las necesidades del sector.

Dentro del sistema universitario de posgrado de la UNAM, se ubica la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, con sede en la FESI, misma que forma

profesionales capacitados para mejorar la salud mental de las familias, ubicadas dentro del sector social de la población mexicana.

En la formación de los estudiantes de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, tiene gran peso el desarrollo de competencias profesionales, que al egreso le permitan desarrollar su trabajo como terapeuta familiar que se apega a los lineamientos de la ética profesional. La formación profesional se lleva a cabo en un marco de entrenamiento supervisado incluido en el sistema de formación de competencias profesionales (anexo 2). De este modo se ejecuta la labor social de la Institución (FESI y sedes participantes) al atender a la comunidad, que en última instancia refleja los problemas de salud mental de la sociedad mexicana. Como se ha señalado, el sistema de formación incluye la práctica supervisada, misma que se otorga en cada uno de los escenarios y consiste en atender a las familias con el respaldo de un sistema de formación y retroalimentación constante por parte de la supervisión.

El sistema de formación en competencias profesionales muestra congruencia con los principios teóricos acordes con una visión de la cibernética de segundo orden, donde nos reconocemos integrados en diferentes sistemas, participantes de una mutua relación recursiva entre los mismos. Los sistemas en los cuales participamos como terapeutas incluyen al sistema de supervisión, al equipo, al terapeuta (que incluye su formación teórica, personalidad, experiencias y capacidades) además del sistema familiar. Cada uno de estos sistemas se influyen y retroalimentan mutuamente, siendo la finalidad del sistema de formación en competencias profesionales impactar positivamente y atender al sistema familiar que consulta y a quien va dirigido nuestro quehacer y servicio profesional.

Reconocernos incluidos e influidos en estos sistemas implica establecer diferentes niveles de análisis, donde el terapeuta en formación debe atender un suprasistema, la supervisión, que con su experiencia orienta y forma, el sistema de iguales representado por el equipo, quienes con sus múltiples voces perfilan una visión de segundo orden más amplia y compleja. Se integra el terapeuta, quien cuenta con un bagaje de experiencia familiar, personal, teórica y quien se enfrenta directamente con los usuarios, además del sistema familiar que con sus actitudes, envían constantemente información al encontrarse

en un contexto terapéutico y que reacciona de cierto modo a las tareas terapéuticas y los mensajes que recibe.

1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación

Los espacios terapéuticos de la Clínica de Terapia Familiar de la FESI y del CCH, se encuentran divididos por un espejo de visión unidireccional, de un lado se encuentran la supervisión y el equipo de terapeutas (sistema de supervisión) y del otro la familia y el terapeuta. En ambos espacios se cuenta con un teléfono de intercomunicación, mediante el cual la supervisión orienta al terapeuta que se encuentra frente a la familia. En la Clínica del ISSSTE no hay división entre la familia, el terapeuta y el sistema de supervisión. La familia se sienta frente al terapeuta y a espaldas del sistema de supervisión. La retroalimentación del supervisor se realiza por escrito haciendo uso de un pizarrón blanco que queda de frente al terapeuta, quien también puede observar las expresiones del sistema de supervisión.

El proceso terapéutico en todos los escenarios se llevó a cabo con el mismo encuadre, a las familias se les informaba desde la entrevista telefónica y en la primera sesión, verbalmente y mediante una carta de consentimiento de la presencia de un equipo de terapeutas tras el espejo, o a sus espaldas (según el escenario), también que todas las sesiones serían video grabadas como una estrategia para optimizar el análisis del caso y otorgarles un mejor servicio. Durante el proceso terapéutico el equipo de terapeutas podía hacer preguntas, lineamientos u observaciones a la terapeuta mediante una llamada telefónica o en presencia directa. A las familias se les indicaba que las sesiones tendrían una duración de una hora, cada 15 días, que antes de concluir la sesión, la terapeuta se reuniría con el equipo, para posteriormente, volver con algún mensaje o tarea.

La secuencia en la intervención terapéutica presentó consistencia en todos los escenarios donde se llevó a cabo la práctica clínica, mismo que se dividió en cinco secciones: preesión, sesión, reunión con el sistema de supervisión, cierre y postsesión.

En la preesión de aproximadamente 15 min. la supervisión, el equipo y la terapeuta, revisaban el acta del caso previamente elaborada por el terapeuta responsable de

la familia. El acta, incluía hipótesis y objetivos de tratamiento, mismas que eran analizadas por la supervisión y el equipo, quienes agregaban sugerencias y líneas de intervención. De ser la primera sesión, se revisaba el reporte de entrevista telefónica, que integraba datos generales, así como una descripción breve del motivo de consulta. En la sesión de 45 min. el terapeuta atendía a la familia recibiendo retroalimentación oportuna de la supervisión y del equipo. La reunión con el sistema de supervisión, consistía en un espacio de tiempo durante el cual había una separación física entre el terapeuta y la familia, el primero se reunía con el equipo para realizar un análisis de lo ocurrido durante la sesión, se evaluaba la hipótesis previa y se acordaba la tarea o el mensaje conveniente al caso. En el cierre el terapeuta nuevamente se reunía con la familia y desarrollaba lo acordado con el sistema de supervisión. La postsesión es un espacio de tiempo de aproximadamente 15 min. cuando la sesión había terminado y la familia había dejado el espacio terapéutico. En ese momento el equipo de supervisión y el terapeuta, analizaban ampliamente el caso y se retroalimentaba la ejecución del terapeuta.

El sistema de formación en competencias profesionales representa un proceso segmentado en cada uno de los cuatro semestres. En el primer semestre los diez alumnos de la maestría son divididos en dos grupos para integrarse y dar atención en los escenarios de entrenamiento. Durante el primer semestre participé como observadora del trabajo terapéutico desarrollado por los alumnos de tercer semestre, quienes contaban con mas experiencia práctica, por lo que fue un importante inicio y preparación para identificar tanto las problemáticas de las familias, como la forma de trabajo supervisado en vivo y con retroalimentación constante. Durante ese periodo, se observaron 10 familias tal como se muestra en la tabla No. 1. Participé como observadora en Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI).

En el segundo semestre se presentó el primer contacto directo con las familias en función de terapeuta y bajo la guía del sistema de supervisión. Mi práctica clínica como terapeuta frente a la familia inició en el CCH Azcapotzalco y en la Clínica del ISSSTE. A su vez se participa como equipo activo y co-responsable, del proceso terapéutico, de los casos que atienden los demás miembros del equipo atendándose 9 familias (Tabla No. 2). A partir de segundo semestre, en caso de que las familias atendidas no fueran dadas de alta,

el equipo lleva a cabo sesiones de seguimiento sin supervisión en vivo, hasta el alta del caso. Esta experiencia permite al equipo, consolidarse en una preocupación común, así como asumir la responsabilidad de un caso, contándose de ser necesaria, con la asesoría del tutor del terapeuta encargado del caso.

En tercer semestre se incorporaron los alumnos de nuevo ingreso como observadores de nuestra propia práctica, quienes observaban tanto diferentes estilos de personalidad de los terapeutas, como diferentes modelos de intervención, atendándose 8 familias (Tabla No. 3). El equipo terapéutico se mantuvo sin modificación, aunque el espacio terapéutico y la supervisión, cambió, realizando la atención en la FESI.

En cuarto semestre los observadores dejaron de estar presentes, la atención se realizó en el CCH Azcapotzalco y en la Clínica del ISSSTE. El equipo terapéutico contaba con más experiencias y la supervisión redujo su participación, otorgándoles mayor responsabilidad al terapeuta y al equipo. Los casos atendidos como equipo se muestran en la tabla 4. El total de los casos atendidos como terapeuta durante la residencia, se observan en la Tabla No. 5.

II. MARCO TEÓRICO

2. LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y SUS FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS

Un enfoque de gran relevancia para el tratamiento psicológico de las familias es la Terapia Familiar Sistémica. La orientación hacia la terapia familiar sistémica, refleja un giro epistemológico importante, que promueve un cambio en la manera de conceptualizar al mundo y de explicarnos la realidad, se considera que el modo como conocemos lo que llamamos “realidad” determina el modo como nos aproximamos a estudiarla. Un ejemplo claro de lo anterior se identifica en el cambio de estudiar al ser humano desde un enfoque del individuo, hacia un marco más amplio que toma en cuenta los sistemas humanos.

En un inicio “la pauta” (Bateson, 1982) era estudiar al individuo de manera aislada, sin embargo poco a poco se presentó la orientación hacia sistemas más amplios, este cambio de visión implicó un claro cambio epistemológico, es decir un cambio en las reglas usadas en la forma de definir la realidad (Ceberio y Watzlawick, 1998). Podemos distinguir dos tipos de epistemología dentro de la terapia familiar, por un lado la lineal progresiva que hace referencia a una lógica analítica que proporciona explicaciones unicasales de los eventos psicológicos, los cuales obedecen a cadenas de causa y efecto (Pérez, 1995) y por otro lado, la epistemología con enfoque sistémico (también conocida como circular, recursiva, ecológica o cibernética) que coloca especial énfasis en la interacción y el contexto donde ésta ocurre al tratar con totalidades (Eguiluz, 2001). Se le conoce como enfoque sistémico por considerar a la familia como un sistema y conceptualizar los problemas en términos de relaciones, funciones y parámetros del sistema (Feixas y Villegas, 1990). Esta nueva epistemología se basa en el concepto de información, utiliza el análisis de las relaciones entre variables como método de investigación y considera a la conducta en cuanto a las interacciones entre los miembros de un sistema (Pérez, 1995).

La transición hacia la visión sistémica de los conflictos humanos tiene como fuentes teóricas importantes a La Teoría General de los Sistemas, La Teoría Cibernética y La Nueva Teoría de la Comunicación. Dichas teorías surgieron después de las guerras mundiales, época en la cual se propiciaron grandes cambios sociales, económicos y

políticos. Cambios que orientaron el interés de las ciencias hacia una visión de sistemas y hacia los mecanismos de autorregulación que al mismo tiempo tuvieron gran influencia en el mundo de las psicoterapias (Eguiluz, 2001).

2.1. LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

En 1947 surge la teoría general de los sistemas (TGS), desarrollada por Ludwing von Bertalanffy (1976) quien propone una visión de sistemas en interacción para tratar tanto a las ciencias biosociales, como a los problemas prácticos planteados por la tecnología moderna. Esta noción propone que la ciencia estudie sistemas globales, es decir totalidades y no elementos aislados en un ambiente controlado como se realizaba en la tradición científica. Al aparecer la TGS, la Psicología encontró un campo fértil de estudio incorporando sus conceptos a los problemas humanos y específicamente un marco teórico adecuado para al estudio de los sistemas familiares.

1.1.1.1.1 Las funciones principales de la TGS son: 1) Investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos, y fomentar provechosas transferencias de un campo a otro, 2) estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos, 3) minimizar la repetición de esfuerzos teóricos en diferentes campos y 4) propiciar la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre especialistas.

Durante 1950 el concepto de sistemas promovió en los psicoterapeutas la realización de investigaciones formales e informales con familias en vivo, en las cuales se concentraron en el estudio de las propiedades de la familia como sistema (Hoffman, 1987). Un término fundamental dentro de la TGS es el concepto de sistema, noción que no se limita a entidades materiales, sino que puede aplicarse a cualquier todo integrado por componentes que interactúan entre sí como por ejemplo, la familia, de este modo podemos identificar a un sistema como un conjunto de objetos y sus relaciones entre los objetos y sus atributos (Barker, 1981). Los objetos son las partes o elementos que componen al sistema, que aplicado al sistema familiar son los miembros o individuos que lo conforman. Los atributos se refieren a las características de los objetos, que en la familia son identificados por las conductas comunicacionales que se presentan en la interacción (Andolfi, 1990).

2.2. LA TEORÍA CIBERNÉTICA Y LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Casi a la par del surgimiento de la TGS en 1948 surge la Teoría Cibernética desarrollada por Norbert Wiener, quien en la época de la posguerra busca construir máquinas “autorreguladoras” para desarrollar cañones antiaéreos capaces de hacer blanco en aviones. Dichas máquinas constan de un polo de entrada, uno de salida y un sensor, el cual informa al artefacto sobre el estado de los efectores, al mismo tiempo requiere un elemento que compara dicho estado con un estado ideal, generando así las correcciones necesarias para disminuir la discrepancia entre el estado actual de los efectores y el estado ideal (Pakman, 1991).

Wiener define a la Teoría Cibernética como “la Teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes” (Eguiluz, 2001, p. 120) para nombrar su teoría tomó el término griego *kubernetes* que significa timonel o gobierno. Con la teoría cibernética trata de encontrar paralelismos entre las máquinas, los organismos vivientes y la sociedad, proporcionando a la vez un lenguaje común mediante el cual los descubrimientos de una rama científica sean empleados en otra rama en forma fluida y simple, buscando similitudes al estudiar sistemas vivos para aplicarlos en las máquinas y viceversa. Un ejemplo de lo anterior se refleja en el trabajo del mexicano Emilio Rosenblueth (Pakman, 1991) quien colaborando con Wiener en el desarrollo de esta teoría se enfrentó a entender una alteración neurológica conocida como “temblor intencional”, disfunción que se presenta cuando una persona muestra temblor al tratar de asir algo. Rosenblueth conceptualizó dicha alteración neurológica de forma análoga a la oscilación que presentaban los artefactos de Wiener, empleando la misma red conceptual basada en un polo receptor y uno efector, que en el sistema biológico se identificó como un polo sensorial y uno motriz.

Pakman (1991) indica que las relaciones tempranas entre cibernética y terapia familiar consistieron en el surgimiento de modelos terapéuticos que fueron llamados interaccionales, los cuales consistían en aplicaciones de las nociones cibernéticas al campo de las interacciones humanas y de la resolución de problemas. De acuerdo con esta teoría, los sistemas biológicos y sociales tienen estructuras de control que les permiten adaptarse al medio, manteniéndose sin cambio o cambiando su estructura dependiendo de las

alteraciones externas. Lo anterior tiene claras implicaciones para la terapia familiar, ya que la cibernética proporciona una base científica para aproximarse hacia la investigación y la intervención de los sistemas complejos, dinámicos e interconectados como el sistema familiar, donde el individuo no puede explicarse sin incluirlo en la interacción familiar.

2.3. LA NUEVA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN Y LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

La Nueva Teoría de la Comunicación fue desarrollada por investigadores que provenían de la epistemología y la antropología, representados por Gregory Bateson, Ray Birdwhistell, Edward Hall, Erving Goffman, así como Don Jackson y Paul Watzlawick. Esta teoría se distingue de la teoría de la información de Claude Shannon y Warren Weaver desarrollada en 1949, que propone formas de explicación simples y mecánicas, siendo sus elementos básicos un emisor y un receptor (Eguiluz, 2001).

En el libro *Pragmatics of human communication*, Watzlawick, Beavin y Jackson (1995) publicaron el compendio de la nueva teoría de la comunicación, la cual se basa en una epistemología circular e incorpora el concepto de retroinformación de Wiener, siendo ampliamente influenciada por la revolución cibernética, además de la antropología y la teoría de los sistemas. Dentro de esta teoría, los autores identifican el efecto de la comunicación en las relaciones humanas, donde la comunicación no se considera sólo un mensaje, sino un compromiso que impone conductas entre los comunicantes, además se demuestra una correlación entre la naturaleza de la relación y el contenido, constituida en relaciones de igualdad y diferencia.

Las aportaciones de la Nueva Teoría de la Comunicación son importantes para la terapia familiar al identificar que la comunicación entre dos personas tiene consecuencias sobre la relación y que el mensaje recibido depende de la relación, es decir resalta la importancia del contexto para encontrar el significado.

La Teoría General de los Sistemas, la Teoría Cibernética y la Nueva Teoría de la Comunicación aportan un panorama más amplio de los factores que afectan a los sistemas humanos, al mismo tiempo han proporcionado un marco teórico importante que ha

promovido el desarrollo de diversas propuestas metodológicas para tratar con sistemas familiares.

2.4. IMPULSORES DE LA TERAPIA FAMILIAR

Para Foley el precursor de la terapia familiar es Nathan W: Ackerman siendo el primero que en su enfoque terapéutico otorga la misma importancia a los conceptos intrapsíquicos e interpersonales (Ochoa, 1995). Otro autor de gran importancia para la terapia familiar es Gregory Bateson, quien inicia el Proyecto de investigación sobre la comunicación y se interesa en los procesos de clasificación de mensajes y en la forma en que pueden dar lugar a paradojas. En 1954 Bateson desarrolla la teoría del doble vínculo que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia. Esto es importante porque define la locura y otros síntomas psiquiátricos como conductas comunicativas entre las personas y no como fenómenos intrapsíquicos.

Posteriormente Don Jackson funda en 1959 el Mental Research Institute (MRI). El grupo inicial estaba compuesto por Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. En 1961 se incorporó Paul Watzlawick. La orientación del MRI se centra en las interacciones entre los miembros del sistema familiar e incorpora principios de la cibernética y de la Teoría General de Sistemas. Sus integrantes asumen que los problemas psiquiátricos derivan de los modos en que la gente interactúa dentro de la organización familiar. Consideran que, debido a la imposibilidad de acceder a las percepciones de las personas, la terapia ha de operar con las interacciones, con las conductas observables que se producen entre los individuos que viven dentro de contextos organizados como la familia, la escuela, el trabajo, etc. Defienden que el funcionamiento familiar se organiza en torno a reglas, que son los principios reguladores de la vida de cada familia y que la disfunción emerge cuando las reglas se hacen ambiguas, provocando la desorganización del grupo.

En 1962 Nathan W: Ackerman y Don Jackson crean la revista "*Family Process*", lo cual contribuye a consolidar la Terapia Familiar, aumentando la conciencia de que en la organización social del individuo, podía hallarse una nueva explicación de la motivación humana.

2.5. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

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. Se precisa entonces tener en cuenta el funcionamiento familiar en su conjunto y no sólo considerar al paciente identificado o al portador de un síntoma. Al ver a la familia como un sistema en interacción con otros sistemas y que cuenta con una dinámica con interacción e influencia recíproca, se desarrollan los siguientes conceptos básicos:

Un sistema es un conjunto organizado e interdependiente de unidades que se mantienen en interacción. Es un conjunto de elementos interrelacionados con capacidad de ejecución, en particular en su adaptación al ambiente. En el caso de las familias, el contexto de intercambio incluye su clase social, su etnicidad, la cultura que la enmarca en su particular escenario geográfico y aun su tiempo dentro de la historia universal. En segundo lugar, la frecuente referencia a las “partes” de un sistema y a su entrelazamiento significa que todo sistema se compone de subsistemas que mantienen entre sí una relación dinámica y están organizadas en torno de la ejecución de funciones que son cruciales para la supervivencia del sistema total. El sistema familiar, se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo. Con objeto de definir quiénes pertenecen a un sistema, son necesarios límites que funcionan por una parte como líneas de demarcación, individualizando un grupo frente al medio y por otra, como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc. entre dos sistemas o subsistemas. Los límites pueden ser extrasistémicos e intrasistémicos. Los primeros delimitan al sistema con el medio externo, mientras los segundos separan y relacionan los distintos subsistemas que forman el sistema más amplio. En un sistema familiar podemos observar principalmente las siguientes propiedades:

1. Totalidad. La conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, sino que incluye las relaciones existentes entre ellos. Es importante obtener información de sus interacciones.

2. La causalidad circular, describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas.

3. La equifinalidad, se refiere al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.

4. La equicausalidad, es que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. Se abandona la búsqueda de una causa pasada originaria del síntoma por lo que se centra en el momento presente, se evalúan los factores que contribuyen al mantenimiento del problema para influir en ellos e iniciar el cambio terapéutico.

5. Limitación. Cuando se adopta una determinada secuencia de interacción, disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.

6. 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 es la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.

7. Ordenación jerárquica. En toda organización hay una jerarquía, en el sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determina qué se va a 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 a los demás. La relación jerárquica no sólo se observa entre las personas sino también entre los subsistemas a los que pertenecen.

8. Teleología. El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial de sus miembros. Este proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias, morfostasis y morfogénesis. Se denomina homeostasis o morfostasis a la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. Este concepto se emplea para describir cómo el cambio en uno de los miembros de la familia se relaciona con el cambio en otro miembro, es decir, que un cambio en una parte del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo que restaura el equilibrio.

La tendencia del sistema a cambiar y crecer recibe el nombre de morfogénesis, comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia. La realimentación se refiere a las entradas y salidas de información y de energía; se canalizan por medio de un suceso cibernético llamado Lazo de realimentación. En el caso de las familias, estos lazos son senderos de comunicación que cruzan las fronteras entre las unidades en un sentido y en el inverso, dando señal a los miembros sobre su grado de conformidad o divergencia respecto del propósito del sistema. Se considera información a las señales verbales y no verbales que indican la medida en que se cumplen ciertas metas o propósitos ideales.

Mientras que la estructura denota pautas de interacción relativamente duraderas que concurren a ordenar u organizar subunidades componentes de una familia, en relaciones más o menos constantes, es el invisible conjunto de demandas funcionales que organiza la manera de interactuar entre los miembros de la familia.

2.6. CUESTIONAMIENTO DE LA REALIDAD OBJETIVA

Además de la visión hacia los sistemas complejos, otro giro epistemológico importante que ha tenido gran influencia en el modo en que los terapeutas sistémicos intervienen con las familias es el cuestionamiento de la realidad objetiva. Noción que se interesa en el papel que juega el observador en lo observado, por lo que se realiza un análisis de la posición del terapeuta al intervenir en la familia. Se distinguen dos tipos: la cibernética de primer orden y cibernética de segundo orden dentro del modelo cibernético.

2.6.1. Cibernética de primer orden y psicoterapia

Al contextualizar a la psicoterapia durante la época moderna se ha observado el desarrollo de una fértil investigación científica, teorías y diversas estrategias terapéuticas, siendo algo común que el terapeuta se considere capaz de observar la realidad que aqueja al individuo o a la familia y quien debe desarrollar estrategias que propicien el cambio. La terapia familiar moderna influida por el modelo propuesto por la cibernética de primer

orden integra de acuerdo con Zimmerman y Dickerson (1994) cambios importantes tanto teóricos como clínicos, siendo los siguientes:

- 1) El cambio de la causalidad lineal a la circular.
- 2) El enfoque hacia la relación o hacia las curvas de retroalimentación entre individuos (no tanto dentro del individuo).
- 3) El psicoterapeuta desarrolla intervenciones para interrumpir los patrones causantes/ mantenedores del síntoma, en lugar “trabajar durante el proceso”.

Dentro de este marco, el psicoterapeuta asume que la posición que mantiene se fundamenta en la teoría o verdad de su postura, se le considera el experto, quien es capaz de ver el problema que aqueja a la familia y tiene la posibilidad de establecer un plan de acción para resolverlo. Considera que es capaz de mostrar objetividad en sus apreciaciones acerca de la situación problema, tratando de mantener una posición imparcial, donde no debe involucrar sus propios sentimientos.

Sin embargo, los propios psicoterapeutas de acuerdo con lo que observan en la práctica y con los cambios filosóficos preponderantes van transformando su pensamiento y acción. En este sentido nociones que se interesan en el papel que juega el observador en lo observado, conforman dentro del ámbito psicoterapéutico un nuevo panorama donde el terapeuta y el cliente participan en un contexto de mutua transformación, a la vez que se empiezan a cuestionar principios como el de objetividad al señalarse que toda descripción es autorreferencial, ideas que son desarrolladas por la cibernética de segundo orden.

2.6.2. Cibernética de segundo orden y psicoterapia

La Psicología como ciencia se ha mostrado atenta hacia los avances que generan nuevos paradigmas y nuevas formas de ver los problemas. Se identifica que las orientaciones generadas por la cibernética de segundo orden, han tenido gran impacto para la psicoterapia al promover nuevas formas de ver al terapeuta, al cliente, al tipo de intervención que se realiza y la forma de entender los problemas.

La cibernética de segundo orden entiende toda noción cibernética como dependiente del observador (Pakman, 1991), es decir sólo podemos conocer nuestras propias

construcciones sobre los otros y sobre el mundo (Hoffman, 1989). La cibernética de segundo orden es a su vez un “manifiesto constructivista” (Pakman, 1991) al enfatizar el rol activo del ser humano como co-creador de las realidades a las que responde. Desde la visión de segundo orden, se establece que nuestra propia estructura es importante para hacer ciertas observaciones, lo que genera restricciones para el tipo de observaciones que hacemos, que pueden ser corporales o impuestas por el lenguaje. Se cuestiona la objetividad al establecerse que toda descripción es autoreferencial (Feixas y Villegas, 1990; Mendoza, 1991, Keeney, 1994).

Uno de los primeros pasos hacia la cibernética de segundo orden, surge como resultado de las reflexiones obtenidas durante el verano de 1984 con la conferencia Gordon sobre Cibernética, en la cual se buscaba recrear parte del ambiente entusiasta de las conferencias Josiah Macy que tuvieron lugar en la década de los cincuentas. La conferencia Gordon, fue organizada por los cibernéticos Heinz von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela, quienes incluyeron al psicólogo cognoscitivo Ernst von Glasersfeld (Hoffman, 1989), científicos que ofrecen una visión de la teoría cibernética que llamaron la “cibernética de segundo orden”. De acuerdo con Pakman (1991) “la cibernética de segundo orden no sólo tiene, sino que es una epistemología, que lleva la atención desde los ‘sistemas observados’ hasta los ‘sistemas que observan’, al entender a toda noción cibernética (a toda noción en general) como dependiente del observador” (p. 26). Esto significa que el terapeuta debe reconocer su posición dentro del proceso terapéutico como parte del sistema, donde su visión del problema está influida por su postura teórica y donde transforma y es transformado en la relación cliente-terapeuta.

Dentro de esta etapa de evolución de la cibernética, sus relaciones con la terapia familiar tratan de dar un marco epistemológico general para el desarrollo de modelos aplicados al campo de la clínica, donde “el terapeuta no es más alguien que describe al sistema ‘tal cual es desde afuera’, sino alguien que ‘co-construye al sistema del que él también es participante’ ” (Pakman, 1991, p. 26). Zimmerman y Dickerson (1994) identifican que la aproximación de segundo orden tiene tres implicaciones importantes para la terapia familiar: a) un claro entendimiento de las implicaciones de la metáfora cibernética, es decir el cambio de dirección de cualquier clase de causalidad o explicación

positiva hacia la explicación negativa y la teoría de las restricciones, b) ya no se destaca el punto de vista del terapeuta (llamado teoría), sino que se admite el punto de vista del cliente como igualmente importante (si no es que más) tomándose en cuenta la curva de retroalimentación entre el terapeuta y su cliente y c) finalmente en cuanto al terapeuta, se desarrolla la apreciación de que lo que tiene son metáforas útiles y no versiones que compiten por la verdad (esto es, teorías).

Otro aspecto significativo dentro de la cibernética de segundo orden, es la concepción de los sistemas como autónomos, los cuales no pueden ser programados, ni siguen un sendero predecible. Desde esta perspectiva la familia no es entendida como sistema, sino como una red simbólica, donde el síntoma se identifica como un problema constituido como una historia que la gente se ha contado a sí misma. Dentro de esta visión, se trasladan los conceptos de homeostasis, circularidad y calibración hacia los de narrativas, relatos y circulación (Vargas, 2002). La postura de la cibernética de segundo orden, asume que el conocimiento es el ordenamiento y organización de un mundo constituido por nuestras experiencias. Dentro de esta posición, la familia y los individuos realizan construcciones sobre ellos mismos, el medio y los problemas a través de historias.

Desde esta perspectiva, se reconoce que el observador modifica a su objeto de estudio con su sola presencia, por tanto se considera que el terapeuta no puede ser imparcial, ya que está influido por las ideas filosóficas de la época, su educación, raza, nacionalidad y postura moral. También se empieza a cuestionar la idea de que sea posible conocer al mundo tal como es, ya que existen limitaciones perceptivas y limitaciones generadas por nuestros esquemas del lenguaje.

En suma, este cambio de paradigma implica una nueva visión para el proceso psicoterapéutico donde el cliente cuenta con su propia verdad o visión del problema, se requiere una relación más igualitaria entre el cliente y el terapeuta y se considera que el lenguaje estructura nuestra forma de ver el mundo, siendo un aspecto clave para el tránsito terapéutico.

2.7. LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

Tal como un sistema vivo, los psicoterapeutas van transformando su pensamiento y acción. Con las nociones surgidas a partir de la cibernética de segundo orden, se empiezan a cuestionar principios anteriormente tomados como válidos, tales como:

1. La realidad. Se cuestiona la idea de que sea posible conocer la realidad tal como es (Hoffman, 1989 y Neimeyer, 2002).
2. La posición de experto. Se analizan las implicaciones que tiene la posición de experto del terapeuta dentro del proceso terapéutico (Andersen, 1996; Anderson y Goolishian, 1996; Gergen y Kaye, 1996).
3. La objetividad. Se discute si es posible ser objetivo e imparcial (Pakman, 1991, Keeney, 1994, y Hoffman, 1996).

Y sobre todo se trata de identificar cómo afectan estas nociones a la visión del problema que presenta la familia. Con relación a los efectos de las nociones de verdad implicadas en el proceso terapéutico resulta interesante lo señalado por Cecchin (1998):

“Cuando un terapeuta hablaba con una familia, descubría en ella cierto tipo de juego, mientras que otro terapeuta veía otro juego, y un tercero otro. Nos dimos cuenta de que el juego no dependía sólo de la familia sino también del terapeuta. Quizá hasta podía suceder que no hubiera ningún juego real; el juego emergía de la relación entre el terapeuta y la familia” (p. 337).

Cecchin (1998) señala que hecha esta observación, el equipo empezó a dudar de la idea del “descubrimiento” y se enfrentaron a la contradicción de que lo que descubrían dependía del “descubridor” y del tipo de preguntas que formulaban, donde en lo fundamental lo que descubrían era lo que habían co-construido con la familia.

En cuanto a la incomodidad con la posición de experto, Tom Andersen (1996) relata lo siguiente al utilizar las técnicas del grupo de Milán:

“Cuando mis colegas y yo tratamos de aplicar el método de trabajo del grupo de Milán, yo me sentía siempre incómodo al transmitirle la intervención a la familia. Siempre era difícil decir: Nosotros lo vemos así o Nosotros lo entendemos así, o nosotros queremos que

hagan esto. Al presentar la intervención de este modo yo tenía la sensación de que nosotros, el equipo terapéutico, teníamos una mejor manera de ver y entender el problema. Además, teníamos una propuesta acerca de la manera en que la familia debía tratar su problema y dábamos por sentado que esa propuesta era mejor que la de la familia” (p. 80).

Lynn Hoffman (1996) se refiere a la incomodidad en cuanto a las relaciones de poder que se manifestaban durante la terapia:

“Hace unos diez años yo me sentía cada vez más preocupada por las paradojas del poder que afectan a los métodos tradicionales de la terapia familiar. Todos esos métodos se basaban en el secreto, la jerarquía y el control... se mantenía al cliente a distancia y no se compartía el pensamiento del terapeuta.... No sé que me gustaba menos: si empujar a los clientes directamente a hacer lo que yo quería que hicieran, o actuar solapadamente y lograr con subterfugios que hicieran lo que yo quería que hicieran. Yo había sido una terapeuta sistémica convencida... no era necesario desarrollar una relación personal con los clientes, más allá de la necesaria para evitar que abandonaran el tratamiento” (p.33).

Ante tales cuestionamientos la psicoterapia moderna va considerando nuevos caminos y concibiendo diferentes posturas, donde el terapeuta no es alguien capaz de describir al sistema que observa sino que se reconoce como alguien que se involucra, participa, transforma y es transformado mediante sus intervenciones. Dicho cambio de pensamiento va sentando la pauta de lo que se llamará el posmodernismo y la psicoterapia, postura filosófica que cuestiona el modelo modernista y que implica cambios muy importantes en la forma de concebir a los problemas, al terapeuta, a la familia, y a la teoría.

2.7.1. El movimiento posmoderno

Con el posmodernismo se reconoce el papel del lenguaje y el discurso para la estructuración de nuestros pensamientos, nuestra visión sobre las situaciones y el impacto de este discurso lingüístico sobre nuestras conductas. Las perspectivas posmodernas se han caracterizado por admitir la pluralidad de ideas y no tanto por buscar verdades universales, ver a las familias como generadoras de significado y organizadoras de problemas y no tanto como sistemas donde los síntomas desempeñan funciones, a su vez promueven una visión

lateral entre el cliente y el terapeuta, dentro del contexto terapéutico y no tanto una visión del terapeuta experto (Lax, 1996).

La conciencia posmoderna surge de la pérdida de fe, incredulidad, ambivalencia, hacia el paradigma moderno, al respecto Hoffman (1996) señala que el posmodernismo proclama la muerte de la modernidad. Las nociones generadas por esta nueva conciencia, han implicado que la terapia familiar se encuentre en un momento de transición incorporando ideas posmodernas, donde “las ideas, las creencias, las actitudes, los sentimientos, las premisas, los valores y los mitos vuelven a ser considerados como algo central” (Neimeyer, 1997, p. 213). El papel del terapeuta consiste en explicar y desafiar sutilmente los acuerdos mantenidos o sustentados por el lenguaje, mismos que solidifican las relaciones a veces disfuncionales que mantienen los miembros de la familia. El movimiento posmoderno lleva consigo la discusión de los siguientes principios modernistas:

2.7.2. Lo objetivo

Se duda de una verdad única y que sea posible la investigación social objetiva (Hoffman, 1996), siendo que desde la visión posmoderna se asume que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Con relación al importante papel que juega el lenguaje dentro de esta perspectiva, Pardeck, Murphy & Jung se refieren al posmodernismo como “una teoría lingüística que propone que el mundo social no puede ser tratado como un sistema objetivo” (Biever, Gardner y Bobele, en prensa, p. 2), es decir dentro del posmodernismo se reconoce que el discurso delimita nuestra visión del objeto de estudio.

2.7.3. Nociones universales

La tradición moderna se ha caracterizado por buscar nociones generales que se presenten en todo individuo y toda cultura, sin embargo Gergen señala que no hay generalidad transhistórica en la trayectoria de la vida, por lo que es difícil discernir una vía de desarrollo determinada y óptima, así como afirmar que toda desviación de ese camino augure un mal desenlace (Hoffman, 1996).

2.7.4. Nociones de verdad

La postura posmoderna considera que el poder, los factores sociales y la historia moldean nuestra visión de la realidad, verdad y el conocimiento (Biever, Gardner & Bovele, en prensa) por lo que desde esta perspectiva, se reconoce al lenguaje como el medio que proporciona tanto la lógica de nuestras observaciones, como los vocabularios de descripción y explicación para lo que observamos. Las verdades son vistas con escepticismo, cambiantes de acuerdo a la época que vivimos, y al mundo de las ideas preponderantes en el momento histórico. Dado lo anterior, las nociones de verdad implícitas en conceptos de patología y cura han sido considerados como parte de la mitología cultural dentro de la reacción posmoderna (Gergen y Kaye, 1996).

2.7.5. Relevancia del lenguaje

El posmodernismo considera que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen en el intercambio social y se expresan en el lenguaje y el diálogo, variando de acuerdo al contexto. Lo anterior tiene fuertes implicaciones para el desarrollo del “yo” el cual se considera construido a través de la interacción social (Hoffman, 1996) donde las personas construyen y reconstruyen permanentemente (McNamee, 1996). El proceso de interacción social define nuestra comprensión de la realidad, la cual no se identifica como una representación de uno a uno sobre lo que está “allá afuera”, sino como el resultado de procesos sociales e individuales mediados por el lenguaje, elemento esencial que altera, selecciona y transforma nuestra experiencia. El intercambio social se convierte en semillero de ideas, conceptos y recuerdos, manifiestos mediante el lenguaje y en el dialogo, donde las familias y comunidades son consideradas como personas que comparten significados.

2.7.6. Los niveles

Otro concepto que ejemplifica la influencia del lenguaje en nuestras descripciones y clasificaciones de los hechos, es el que se refiere a los niveles. Hoffman (1996) sugiere que los niveles en lugar de identificar a una serie de capas jerárquicas dentro de una estructura,

como se ha realizado en la tradición moderna, pueden identificarse como un conjunto de diferentes factores de influencia mutua, iguales entre sí pero jerarquizados por nosotros.

2.7.7. El proceso terapéutico

Ante la postura posmoderna que empieza a surgir con fuerza dentro del marco de la psicoterapia empezamos a ver que el lenguaje, el diálogo y la narración se identifican como un aspecto esencial, donde el lenguaje determina una nueva manera de hacer terapia, de ver al terapeuta, al cliente, así como al problema que lo aqueja. En el posmodernismo la terapia es entendida “como una práctica social que ofrece a familias, parejas, personas o comunidades, una oportunidad para involucrarse activamente en la construcción y diseño de su propia realidad existencial” (Fried Schnitman y Fuks, 1998, p.386), donde los consultantes y el terapeuta son considerados como autores, quienes mediante la co-creación de contextos posibilitan la expansión de territorios afectivos, cognitivos y de acción. De este modo la narración se convierte en un marco de referencia que genera la visión que tenemos del mundo y el medio central para proceso terapéutico.

2.7.8. Las jerarquías

La psicoterapia tradicional es cuestionada en cuanto a las relaciones de poder manifiestas entre el terapeuta y el cliente. En la psicoterapia tradicional estas relaciones se han caracterizado por ser de dominio y de sumisión, basadas en el secreto, la jerarquía, el control. Sin embargo, la terapia posmoderna se caracteriza por presentar una exploración entre el cliente y el terapeuta, donde el objetivo principal es mantener la conversación y evitar las conversaciones secretas. Dentro del proceso terapéutico y siguiendo los postulados del posmodernismo no se definen etapas de tratamiento, ni funcionamiento correcto. Para la terapia posmoderna el cliente y el terapeuta son autores que co-construyen una nueva realidad, dejando de lado la idea de jerarquías, evitando las relaciones de dominio y sumisión, un ejemplo de lo anterior lo mostró Tom Andersen (1996) quien trabajando con el modelo de Milán, optó por modificar la técnica al sentirse incómodo con su posición de experto terminando por involucrar a la familia para que también diera su punto de vista acerca del problema que la aquejaba. Posteriormente Andersen desarrolló el llamado equipo Reflexivo, en el que su equipo terapéutico deliberaba frente a la familia y le

permitía una mayor intervención en cuanto a la explicación del problema. El terapeuta ya no se identifica aquí como el experto, reconoce que es capaz de modificar con su presencia, y que es modificado dentro del proceso terapéutico.

2.7.9. La función del discurso

La psicoterapia posmoderna se considera como un proceso que consiste en desplazar el discurso problemático del cliente hacia otro discurso más fluido donde el terapeuta muestra una “posición de no saber”, lo cual promueve la creación de nuevos significados por parte del cliente, para esta perspectiva la terapia es un proceso de participación conjunta en el desarrollo de nuevos significados, nuevas realidades y nuevas narraciones.

La visión de segundo orden donde el observador se incluye en lo observado y por tanto modifica y es modificado también permite al terapeuta ampliar su visión al reconocer que lo que descubre depende del descubridor (Cecchin, 1998) y que sólo es capaz de ver lo que puede ver, implicando que el terapeuta amplíe su perspectiva al reconocer que no es ni política, ni culturalmente neutral.

2.7.10. El consultante

Lo antes señalado coloca al consultante en una nueva posición posmoderna, jugando un papel muy activo en la creación de nuevas narrativas, identificándosele como creador de significado y como alguien que vive y entiende su vida a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan. Dentro de este marco, la psicoterapia consiste en desplazar el discurso problemático hacia otro más fluido, donde el consultante mediante el proceso dialogal se desliga de la historia de vida saturada de problemas y su historia es considerada inviolable.

Las nociones anteriores llevan al terapeuta sistémico posmoderno a identificar la realidad como parcial, donde su modo de ver el problema tiene que ver con su propia visión de la realidad, de modo que el apoyo de un equipo de supervisión permite ampliar la visión

del problema. Respetar la realidad del consultante, tomándola como válida, dados los elementos del contexto en el cual se ha desarrollado.

2.8. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

2.8.1. El Modelo Estructural

La terapia estructural de familia, surgió en la segunda mitad del siglo veinte como una de las múltiples respuestas al concepto de hombre integrado en su contexto social, que comenzó a difundirse a comienzos de este siglo. Minuchin (2004) señala el modelo estructural, tiene como objetivo el cambio del sistema familiar, entendido como contexto social y psicológico de los miembros de la familia. El énfasis en la terapia se encuentra en la transformación de los procesos interpersonales en disfunción.

Entre los antecedentes del modelo estructural se encuentra el grupo de sistemas, que tiene entre sus miembros al Decano de los terapeutas familiares Murray Bowen quien es uno de los innovadores en el terreno de la terapia familiar. Bowen hospitalizaba en el Instituto Nacional de Higiene Mental a familias completas de pacientes esquizofrénicos para estudiar a la familia como factor etiológico. Entre los años 1965 y 1970, Minuchin desarrolló su trabajo como director en la Clínica de orientación infantil de Filadelfia, creando un enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar, para él los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras. Las variables estructurales específicas en las que se centra su modelo son los límites, que implican reglas de participación y las jerarquías, que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites (Ochoa, 1995).

Dentro del modelo estructural, el problema en lugar de centrarse en el individuo, se centra en la persona dentro del marco de su familia, cuestionando la convicción de que sólo el paciente identificado es el problema. El marco de referencia del terapeuta es la terapia estructural de familia, considerada como un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al

individuo en su contexto social. La modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías, tiene un impacto en las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas.

Uno de los conceptos fundamentales de la terapia estructural es el de estructura, que alude al conjunto de demandas de los miembros de una familia, reflejo de los procesos de interacción en un momento dado, del ciclo vital. Las familias acuden a terapia cuando se sienten impotentes y perciben su problema como irresoluble a pesar de sus esfuerzos para solucionarlo.

2.8.1.1. La familia vista desde el Modelo Estructural

La familia es un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior, es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, el grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Dar énfasis a las pautas de interacción implica que la vida psíquica de un individuo no sea vista exclusivamente como un proceso interno, sino que el individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse, sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema y estas características incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas.

Entre las funciones de la familia, se encuentra otorgar a sus miembros un sentimiento de identidad independiente, sin embargo todo estudio de la familia debe incluir su complementariedad con la sociedad. La familia posee dos elementos fundamentales, un sentimiento de identidad y un sentido de separación. La pertenencia genera identidad acompañado por la acomodación y asunción de pautas transaccionales en la estructura familiar, mientras que el sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares, en diferentes contextos familiares y en grupos extrafamiliares.

Otro de los retos que enfrenta el sistema familiar son los cambios tanto internos como externos y mantener al mismo tiempo, su continuidad, apoyando y estimulando el crecimiento de sus miembros, mientras se adapta a una sociedad en transición. Al ver a la familia como un sistema, se le considera integrada por holones (Minuchin y Fishman, 2004) los cuales son entidades en los niveles intermedios de cualquier jerarquía. El holón individual incluye el concepto de sí mismo en contexto, contiene determinantes personales e históricos del individuo, abarcando aportes del contexto social. El holón conyugal integra el momento en que dos adultos, hombre y mujer, se unen con el propósito de formar una familia, cuando nace el primer hijo se genera el subsistema padre-hijo. El holón fraterno es el subsistema entre hermanos. Las interacciones dentro del holón parental incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización. Los grandes retos que enfrenta la familia y exigen cambio están incluidos en su ciclo vital organizado en torno al crecimiento de los hijos. La familia también se enfrenta a diferentes requerimientos que le exigen adaptación y transformación, tanto en la posición de sus miembros, como en sus relaciones, para crecer y mostrar continuidad.

2.8.1.2. La psicoterapia en el Modelo Estructural

La familia acude a terapia generalmente por los síntomas de uno de sus miembros, es decir por el paciente identificado, al que la familia rubrica como “el que tiene problemas” o “el que es el problema”. Para el terapeuta estructural los síntomas son una expresión de un problema contextual.

2.8.1.3. El papel del terapeuta

La terapia estructural de familia puede considerarse como una terapia de acción, siendo su herramienta modificar el presente, y el objetivo de las intervenciones en el presente es el sistema familiar. Dentro de este proceso, el terapeuta se asocia a la familia y utiliza su persona para transformarla, se considera que al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambian sus experiencias subjetivas y se modifica su funcionamiento para que pueda desarrollar sus tareas con mayor eficacia. El papel del

terapeuta estructural integra un papel activo, de observación, análisis, director de tareas, guía y constructor de nuevas realidades, ejerciendo un liderazgo que implica responsabilidad del éxito o fracaso del proceso terapéutico. Otra de sus tareas es evaluar a la familia y desarrollar objetivos terapéuticos e intervenir para facilitar la transformación del sistema familiar en la dirección de los objetivos. Dentro del proceso de coparticipación el terapeuta hace saber a los miembros de la familia que los comprende y trabaja con ellos y para ellos, de no comprender la realidad de la familia, solicita ayuda para comprender. Se utiliza a sí mismo, haciendo relucir aspectos de su personalidad que faciliten edificar la acción con los miembros de la familia.

2.8.1.4. Diagnóstico

El terapeuta investiga la estructura familiar, para lograrlo elabora el diagnóstico, es decir una hipótesis de trabajo que se genera a partir de las experiencias y observaciones dentro del proceso de unión con la familia. El diagnóstico se va modificando constantemente a medida que la familia asimila al terapeuta, se acomoda a él y reestructura o resiste las intervenciones reestructurantes. El terapeuta realiza el diagnóstico de los siguientes elementos del sistema, identificando:

1.-La estructura: Para establecer el diagnóstico explora la estructura. El terapeuta elabora un mapa tentativo, examina la flexibilidad de los límites internos de la familia, las fronteras, las jerarquías, las pautas transaccionales, y las alternativas disponibles de los miembros de la familia.

2.-La flexibilidad del sistema y capacidad de elaboración y reestructuración, se modifican las alianzas, coaliciones y los subsistemas.

3.-La resonancia, es la sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros, es la distinción entre el aglutinamiento y el desligamiento.

4.-El contexto de vida, se analizan las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología de la familia.

5.-El ciclo vital y su rendimiento.

6.-La función del síntoma, es la forma en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas referidas por la familia.

2.8.1.5. Intervenciones para lograr el cambio terapéutico

El terapeuta desarrolla operaciones reestructurantes dentro del sistema familiar, son intervenciones dramáticas que crean movimiento hacia las metas terapéuticas, para lograrlo capta las pautas transaccionales de la familia, donde la familia actúa en lugar de describir, se recrean los canales de comunicación, se manipula el espacio, se señalan límites, impone silencio, acrecienta el estrés, bloquea las pautas transaccionales, obstruye el flujo de comunicación, desarrolla el conflicto implícito, el terapeuta se une, alía o entra en coalición con algún miembro o subsistema de la familia. También asigna de tareas, para la sesión o para el hogar.

En sus intervenciones, cuestiona la idea de que el síntoma pertenece a un miembro de la familia, es capaz de manipular el humor y presentarse como apoyo, educador o guía. El terapeuta enseña a la familia nuevas formas de actuar, por ejemplo, de qué modo apoyarse o responder a otros miembros de la familia o cómo enfrentar situaciones.

2.8.1.6. Estrategias

Todos los terapeutas de familia están de acuerdo en que es preciso cuestionar los aspectos disfuncionales de la homeostasis familiar. Existen tres estrategias principales de terapia estructural de familia (Minuchin y Fishman, 2004), cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas. Las tres estrategias son: cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar.

Cuestionamiento del síntoma

El terapeuta observa el modo en que los miembros de la familia se organizan en torno del síntoma y de su portador, e identifica las respuestas que la familia utiliza de manera inadecuada para enfrentar la situación actual.

Su tarea es cuestionar la definición que la familia da del problema, así como la índole de su respuesta, el cuestionamiento puede ser directo o indirecto, explícito o implícito, ir derecho o paradójicamente. El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes. Las técnicas que están al servicio de estas estrategias son la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad.

Cuestionamiento de la estructura familiar

La concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes holones familiares. Si existe apego excesivo, la libertad de los individuos estará limitada por las reglas del holón. Si en cambio existe desapego, es posible que aquéllos estén aislados, faltos de apoyo. El terapeuta identifica a los miembros que operan como desviadores de conflicto y a los que actúan como central de operaciones. El mapa consigna también a los que prodigan cuidados, los que auxilian y los que sirven de chivo emisario. El trazado que así se obtiene de las fronteras entre subsistemas, indica el movimiento existente y marca sectores de posible fortaleza o disfunción. Los sectores disfuncionales dentro de la familia a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa. Las técnicas desarrolladas para cuestionar la estructura familiar, son la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.

Cuestionamiento de la realidad familiar

La terapia de familia parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada y contiene esta modalidad de experiencia, entonces para modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las técnicas utilizadas al servicio de esta estrategia son: los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia.

2.8.2. El Modelo de Terapia Estratégica

Jay Haley (2002) desarrolló sus ideas a partir de tres influencias fundamentales: 1) de las reflexiones surgidas en la *Philadelphia Child Guidance Clinic* (Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia) y el *Family Therapy Institute* (Instituto de Terapia de la Familia de la ciudad de Washington) lugar donde compartió nociones aplicables a la terapia al trabajar con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo así como con Cloe Madanes, 2) al participar en investigación con Gregory Bateson de donde surgió el interés de proponer que la unidad mínima de investigación y terapia era la díada, aunque posteriormente consideró a la tríada como unidad mínima de investigación, 3) desarrolló su estilo basado en las directivas de su trabajo con Milton H. Erickson. Asimismo comparte con él dentro de su propuesta terapéutica que el terapeuta: 1) asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente, 2) establece objetivos claros que siempre entrañan la solución del problema presentado, 3) no aplica un mismo método a todos los casos, sino que diseña una estrategia específica para cada problema y 4) considera que su tarea reside en programar una intervención en la situación social en que se halla el cliente. Una característica fundamental de su postura es partir del examen del poder en las relaciones entre terapeuta y cliente y entre los integrantes de una familia.

El papel del terapeuta

Una de las tareas fundamentales del terapeuta, tiene que ver con definir la unidad social que él puede cambiar para resolver el problema que le presenta un cliente, este punto es clave, ya que se considera que la eficacia del terapeuta es evaluada en términos del resultado de su terapia. El terapeuta debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo, además si ha de resolver una variedad de problemas, no debe adoptar un enfoque rígido y estereotipado con respecto a la terapia, se necesita flexibilidad y espontaneidad, capacidad para aprender de su propia experiencia y para repetir aquellos métodos que hayan dado buen resultado (Haley, 2002). Con su visión sistémica, el terapeuta toma en cuenta el medio social y profesional que rodea a un cliente, por lo que en su papel se encuentra detectar, evaluar y enfrentarse a las coaliciones en que se pueda ver envuelto al actuar.

El cliente ante el problema

Cada familia trae a la terapia su propio y peculiar problema, envuelto en la única respuesta que es posible darle, identificar el modo de resolver el problema que lo aqueja. Los sistemas familiares con problemas presentan una restringida visión de la realidad, sin embargo mediante la orientación del terapeuta pueden ser capaces de imaginar que el mundo es diferente. En el cambio imaginario de las realidades, los miembros de la familia son capaces de desligarse de una “única” manera de ser y de orientarse a otras maneras posibles, más acordes con los objetivos que los han llevado a terapia.

El enfoque se focaliza en la solución del problema, por lo que esta terapia no está orientada al crecimiento personal, ni se preocupa por el pasado, el acento se coloca en la comunicación, en tiempo presente. El problema tampoco es de un individuo, el análisis se establece entre dos o más miembros que interactúan. Por esta razón, se toman en cuenta las cuestiones de status y poder en la familia, respetándose sus límites generacionales, sin conceder iguales derechos o responsabilidades a los abuelos, a los padres o a los hijos (Madanés, 2001).

2.8.2. 1. El proceso terapéutico

Jay Haley se enfoca a solucionar dentro del marco familiar, los problemas que le presenta un cliente, haciendo hincapié en encarar cada problema con técnicas especialmente adecuadas para la situación específica. Su objetivo no es aleccionar a la familia sobre su funcionamiento defectuoso, sino cambiar sus secuencias a fin de resolver los problemas presentados. Algo característico de este enfoque es el interés en la jerarquía familiar; de los padres se espera que se hagan cargo de sus hijos, a la par que se bloquean las coaliciones intergeneracionales. La jerarquía del terapeuta también es tomada en cuenta dentro del sistema familiar, poniendo especial cuidado en el lugar que ocupa el terapeuta en la jerarquía, para que no forme inadvertidamente coaliciones con los miembros que ocupan los escalones inferiores, contra de los que ocupan los superiores. Los síntomas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente.

El enfoque estratégico hace hincapié en lo analógico, da por sentado que analógica o metafóricamente un síntoma es expresión de un problema y también una solución para todos los que tienen que ver con él, desde esta perspectiva, el foco de la terapia es la modificación de analogías u metáforas (Madanes, 2001). El terapeuta define al síntoma en términos operativos con la mayor precisión posible, situando la terapia dentro de un marco social, más que en una persona. Un problema se concibe como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas. El terapeuta es considerado como un miembro más de la unidad social dentro de la cual está contenido el problema y es deseable integrar el análisis a unidades más amplias, tales como la red profesional con quien participa la familia.

Para lograr los objetivos de tratamiento, el terapeuta 1) impide la repetición de secuencias e introduce mayor complejidad y alternativas al cliente, 2) define cada problema, abarcando a dos o más personas, 3) determina quién está involucrado en el problema presentado y de qué manera, 4) resuelve cómo ha de intervenir a fin de modificar la organización familiar para que el problema presentado ya no sea necesario, 5) planea el cambio por etapas, de manera que el cambio en una situación provoque otro cambio en otra relación y luego otro más, hasta que toda la situación cambie, 6) programa intervenciones para involucrar o desinvolucrar, conectar o desconectar a varios miembros entre sí.

2.8.2. 2. Intervenciones

Haley define una terapia exitosa cuando soluciona la queja o el problema del cliente, siendo la primera entrevista fundamental para definirlo, incluso describe las etapas que deben cumplirse en la primera entrevista, donde no hay tiempo límite. Puede entrevistarse a una sola persona, aunque teniendo en mente que a través de ella se puede conocer e intervenir sobre la familia, no obstante se prefiere que en la primera entrevista se hallen presentes todos los involucrados. La unidad social adecuada comprende a todos lo que habitan el hogar, pero puede invitarse también a otros familiares y profesionales que tengan contacto con la persona que presenta el síntoma (Galicía, 2004). Puede durar media, una o varias horas, debe establecer un contrato en torno de un problema resoluble y descubrir la situación social que lo genera, puede proponer enseguida un cambio o proceder pausadamente. La primera entrevista se divide en etapas:

1. Etapa social

Es el saludo inicial hacia la familia, procurando que se sienta cómoda; se dirige a cada miembro de la familia y les pregunta su nombre, sin permitir que se hable del problema hasta que se hayan presentado.

2. Etapa de planteamiento del problema

Pregunta a la familia cuál es el problema. Debe tomar en cuenta que la pregunta puede ser abierta para que la conteste cualquiera o dirigirla a la persona más interesada, preocupada o que tiene mayor jerarquía.

3. Etapa de interacción

Solicita a los miembros de la familia que conversen entre sí sobre el problema y deja de ser el centro de atención, pone más énfasis en las acciones que en el contenido de la conversación ya que esto ayudará a determinar la estructura de la familia: alianzas, límites, coaliciones, etc.

4. Definición de los cambios deseados, se obtiene una formulación clara de los cambios que quieren alcanzar. Se necesita que el problema se haga resoluble, esto es que sea algo computable, observable, medible o que permita detectar la influencia que se ejerce sobre la familia.

Después de estas etapas se desarrollan intervenciones que suelen cobrar la forma de directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar. Estas directivas están destinadas a modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta. También se usan para reunir información observando cómo responde cada cual a las instrucciones. El enfoque parte de la base de que toda terapia es directiva y que al terapeuta le es imposible evitarlo, ya que hasta las gestiones que elige comentar y en su tono de voz hay directividad. Las directivas son planificadas deliberadamente, constituyendo la principal técnica terapéutica. Las intervenciones pueden ser directas o indirectas.

Las intervenciones directas se utilizan con familias cooperadoras a quienes se les puede pedir que dejen de hacer algo o que hagan algo diferente. Las intervenciones

paradójicas, tienen la finalidad de facilitar el cambio en los patrones estereotipados de la familia, sin que su resistencia sea de alta intensidad, esto puede lograrse ya sea involucrando a la familia en un sentido global o sólo a una parte de ella. En las intervenciones metafóricas el terapeuta debe descubrir la metáfora implícita en la conducta perturbada y en la interacción familiar en torno de dicha conducta. Otras intervenciones son las de Ordalía (Haley, 1997), mediante éstas, el terapeuta pone una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar. La ordalía es una tarea más severa que el problema para que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma de tal forma que para no realizar la ordalía se opte por abandonarlo.

2.8.3. El Modelo de Terapia Breve orientado a problemas

La orientación hacia la psicoterapia breve surge de un movimiento común entre algunos psicoterapeutas quienes ante muchos años de experiencia práctica, empezaron a sentir una creciente frustración por la incertidumbre de los métodos, lo prolongado de los tratamientos y los escasos resultados obtenidos, lo cual se conjugó con el inexplicable éxito terapéutico de ciertas intervenciones ocasionales. Ante tales interrogantes, surge en 1966, el Centro de Psicoterapia Breve del Instituto de Investigaciones Mentales (MRI) en Palo Alto, California (Fish, Weakland y Segal, 2003). Bajo la dirección de Richard Fish se comenzaron a investigar los fenómenos correspondientes al cambio humano, lo cual exigió la adopción de nuevos puntos de vista acerca de lo teórico, lo aprendido y lo practicado.

Los integrantes MRI contaban con varios años de experiencia en la investigación de la intercomunicación humana y la psicoterapia interaccional (referida a la pareja y la familia) desarrollada bajo la dirección teórica de Gregory Bateson y la dirección clínica de Don Jackson acostumbrados a considerar el proceso más que el contenido y el aquí y el hora más que el pasado, también contaban con una experiencia en hipnosis lo cual los puso en contacto con las innovadoras técnicas de Milton Erickson (Watzlawick, Weakland y Fish, 2003). De estas investigaciones surgen técnicas enfocadas a qué y cómo hacer para ayudar a solucionar de manera efectiva problemas humanos persistentes (Fish, Weakland y Segal, 2003).

Para el enfoque de la terapia breve orientado a problemas, una teoría es un conjunto de ideas relativamente generales que resultan útiles para integrar elementos particulares de observación y de acción en una forma sistemática y comprensible, se le concibe como un mapa conceptual para entender y tratar la clase de problemas que se les plantean a los terapeutas, una herramienta de ayuda que no debe confundirse con la realidad, pero que es útil para orientar el camino.

El objetivo del Centro de Terapia Breve era comprobar que a nivel terapéutico se podría conseguir el cambio deseado, empleando un período máximo de diez sesiones de una hora, haciendo uso de las técnicas conocidas de estímulo para el cambio, como las utilizadas por Milton Erickson, Don Jackson y Jay Haley. El enfoque se concentra, en el desarreglo principal en el presente y busca el cambio mínimo necesario para solucionar el problema, en lugar de reestructurar familias enteras (Fish, et al., 2003). Actualmente el Instituto de Investigaciones Mentales sigue trabajando realizando labores de investigación, docencia y difusión y a través del Centro latino de Terapia breve fundado en 1994 por Karin Sclanger y Barbara Anger-Diaz, busca satisfacer las necesidades de los profesionales de habla hispana interesados en la terapia breve.

2.8.3.1. El proceso terapéutico ante los problemas humanos

La terapia familiar, desde la perspectiva de la Terapia Breve Orientada a Problemas, se centra en el paciente incluido en un contexto de interrelaciones familiares y en contextos más amplios, como los laborales y comunitarios, se enfoca también en la conducta observable en el presente. Cuando una conducta se concibe como problemática, ésta se entiende en relación con su contexto inmediato, es decir con la conducta de los demás miembros de la familia. Un cliente identifica un problema cuando expresa preocupación acerca de una conducta, acciones, pensamientos o sentimientos desarrollados por él o por alguna otra persona con la que se encuentra relacionada significativamente. La conducta problemática es descrita como desviada, infrecuente, inadecuada o incluso anormal, aflictiva o dañosa, de modo inmediato o potencial para el sujeto o para los demás.

Desde esta perspectiva, el terapeuta es un agente activo de cambio que debe lograr una visión clara de la conducta problemática y de las conductas que sirven para

conservarla. Su tarea es identificar el cambio más estratégico en las soluciones y los pasos que estimulan los cambios para solucionar el problema del cliente. La modificación en la pauta del problema, se inicia mediante un cambio inicialmente pequeño en la interacción, en el círculo vicioso y mediante el aminoramiento de la solución, lo cual conduce a un aminoramiento del problema. Cuando un individuo o familia se enfrenta a un problema intenta resolverlo realizando un cambio, en ocasiones es capaz de resolver el problema haciendo uso del sentido común, en otras ocasiones el problema empeora, aunque hablando de cambio, existen referencias por parte de la experiencia en que sucede un cambio ilógico y sorprendente ante una situación sin salida (Watzlawick, et al., 2003).

Ante tal variedad de respuestas ante los cambios, ha habido estudiosos que intentan explicar cómo y por qué suceden los cambios, donde muchas veces se reconoce que el no cambio y el cambio van unidos no obstante su naturaleza aparentemente opuesta. Existen dos teorías que explican el no cambio y el cambio respectivamente, la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos, estas dos teorías explican dos tipos de cambio: el cambio 1, que tiene lugar dentro de un determinado sistema que permanece inmodificado y el cambio 2, que se refiere al cambio que cambia el sistema mismo. Dentro de este modelo se aspira a generar cambios de tipo 2, que aparece como impredecible, abrupto e ilógico visto desde dentro del sistema. Se introduce en el sistema desde el exterior (Acción del terapeuta) siendo no familiar, ni inteligible desde una visión de cambio 1 (La visión de la familia). El cambio 2 incluye el cambio de premisas, a otro cambio de premisas del mismo tipo lógico.

2.8.3.2. El cliente ante el problema

El cliente ante un problema generalmente utiliza la lógica (cambios de tipo 1) tratando de resolverlo al aplicar lo contrario de lo que de lo que produjo la desviación, generando que se empeore el problema. También cuando aplica de más de lo mismo, o establece restricciones en cuanto a la conducta indeseada, lo que genera que se aumente y empeore el problema. Otro intento del cliente es forzar lo que se desea, lo que trae como consecuencia, que no se genere el cambio.

2.8.3.3. El papel del terapeuta

En este enfoque, el terapeuta considera que las explicaciones acerca de cómo surge el problema en el pasado, no contribuyen en nada a la solución del mismo. Para abordarlo, el terapeuta establece una clara definición del problema en términos concretos, al comprender claramente la dolencia que ha traído al cliente a consulta, investiga las soluciones intentadas, para identificar qué clase de cambio no ha de ser intentado y qué es lo que mantiene la situación que ha de ser cambiada. El terapeuta define claramente el cambio concreto y alcanzable a realizar. Su tarea incluye la formulación y puesta en marcha de un plan para producir el cambio, empleando el mismo lenguaje del cliente.

Dentro de este proceso se mantiene atento a las reacciones del cliente, de modo que mantenga su capacidad de maniobra y evite la resistencia. Además el terapeuta, 1) formula tácticas concretas al dar sugerencias, 2) identifica qué persona desempeña un papel más estratégico para la persistencia del problema, 3) propicia el abandono de la solución ensayada por el paciente y descubre qué acción será más eficaz para impedir la anterior solución, 4) examina la pauta de acción que mantiene al problema y el modo de romperla. El terapeuta también debe identificar la acción que le sería más fácil al cliente e incluye cambios en la forma de realizar las transacciones verbales.

Para aumentar su capacidad de maniobra, el terapeuta toma en cuenta seis aspectos fundamentales:

1. La oportunidad y ritmo. Se retira de la postura que haya asumido o abandona la estrategia en el momento en que se encuentre con una resistencia en el paciente.
2. Utiliza el tiempo necesario para pensar y planificar no obstante el apremio del cliente, identificando las estrategias del paciente para apremiar una decisión no planificada por el terapeuta, y al no actuar con información vaga.
- 3.-El uso del lenguaje condicional, es no apoyar una opinión del paciente antes de tiempo.

4.-El terapeuta debe contar con información clara y concreta por parte del cliente, de modo que se identifique cuando se ha llegado al objetivo.

5.-El cliente comunica lo fundamental y realiza las tareas encomendadas.

6.-Se establecen sesiones individuales y conjuntas, donde el terapeuta selecciona dos o tres personas con quienes trabajar.

Como se puede notar, una parte fundamental del proceso terapéutico es propiciar la colaboración del paciente, ante tareas que pueden parecer ilógicas, alocadas o inusuales, es por esta razón que el terapeuta debe ejercer el arte de la persuasión al vender la tarea que romperá con la pauta problema.

Para formular objetivos, el terapeuta considera que el objetivo general es la solución de la dolencia del cliente, el terapeuta identifica sobre qué base elige el objetivo y qué datos determinan el éxito o fracaso del tratamiento. Para evaluar el resultado, es el cliente quien indica que se encuentra satisfecho con el tratamiento. Se identifica la terminación del tratamiento sin asumir una separación desgarradora, dado que el énfasis en la solución de problemas no favorece el desarrollo de una relación de dependencia entre terapeuta y cliente. Se concibe al tratamiento como un medio para solucionar un problema, por lo que no hay necesidad de dedicar demasiado tiempo a resumir los logros del mismo. Como se ha dicho, el objetivo del tratamiento es eliminar o reducir en grado suficiente la dolencia del cliente de modo que considere que ya no es necesario someterse al tratamiento.

2.8.3.4. Las intervenciones

Las intervenciones generales pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento y son lo bastante amplias como para usarse en una amplia gama de problemas, en ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente, incluyen:

1. No apresurarse. Se indica al paciente que sería muy importante que próximamente no hiciese algo que provoque ulteriores avances, se indica que sería preferible un mejoramiento del 75% que uno del 100%.
2. Los peligros de una mejoría. Se le pregunta al paciente si está en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. El terapeuta expone algún posible inconveniente.
3. Un cambio de dirección. El terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia de ser necesario, se realiza cuando el terapeuta discute inadvertidamente con el cliente. También si no hay resultados.
4. Cómo empeorar el problema. El terapeuta casi garantiza que el problema empeorará, cuando el cliente se ha resistido a anteriores sugerencias o si se ha mostrado reticente a probar algo nuevo.

2.8.3.5. Las intervenciones principales

Son estrategias que se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Estas intervenciones constituyen un medio de interrumpir la solución previamente ensayada. Se definen una vez que el terapeuta ha identificado el problema y el intento de solución que ha intentado el cliente ante el mismo. Las intervenciones principales son las siguientes:

1. El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo. Se utiliza ante problemas de funcionamiento corporal o rendimiento físico como la impotencia, la eyaculación precoz, anorgasmia, funcionamiento intestinal, tics, espasmos musculares, tartamudeo. La intervención terapéutica incluye que el paciente renuncie a sus intentos de autoacción y deje de esforzarse demasiado, por ejemplo, se le puede enseñar llevar a cabo otra conducta que excluya la conducta que se desea eliminar.
2. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Se utiliza ante problemas de terror o ansiedad tales como las fobias, timidez, bloqueos creativos en el rendimiento, ante el miedo a salir en escena. El terapeuta utiliza directrices y explicaciones

que exponen al paciente a la tarea, al mismo tiempo exige una ausencia de dominio, explicando paso a paso las acciones a seguir.

3. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición. En estos casos se emplea en conflictos de relación interpersonal, centrados en temas que requieren una mutua colaboración como en las riñas conyugales, los conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes rebeldes. El terapeuta hace que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de debilidad. Se le enseña al cliente a efectuar solicitudes en un estilo no autoritario.

4. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación. Se utiliza en relaciones donde se presenta la paradoja “quiero que lo haga pero que quiera hacerlo”. En estos casos se busca que la persona solicite directamente lo que necesita.

5. La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa. Cuando hay sospecha de que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado como en problemas de infidelidad, delincuencia, falta de honradez. El terapeuta se entrevista con el acusado a quien se le orienta a aceptar las acusaciones para promover el rompimiento de la pauta.

2.8.4. El Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones

El enfoque de Terapia Breve Centrado en Soluciones cuenta con la influencia de diferentes autores: Jay Haley y Thomas Szasz, quienes dieron la idea de que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, porque de este modo tienden a actuar más normal, además Jay Haley y Richard Rabkin, quienes consideraron importante la negociabilidad de la definición del problema; Bandler y Grinder señalaron la utilidad de obtener imágenes e información clara sobre el resultado que espera la familia como una forma de crear ese resultado. Siendo sus precursores más influyentes las nociones de Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute y el Centro de Terapia Familiar Breve (O’Hanlon, y Weiner-Davis, 1993).

Milton Erickson ha sido una gran influencia dentro del área de la terapia familiar, especialmente en la terapia breve, la terapia estratégica y la terapia centrada en las soluciones. Erickson partía de la noción de que cada persona tiene los recursos necesarios para realizar los cambios que necesita hacer, y se interesó más en como las personas superan el error, especulando muy poco sobre el origen de los problemas. Afirmaba que el cliente ofrece claves e información para organizar la terapia, misma que debe satisfacer los estilos y la idiosincrasia de cada cliente. Otra de sus aportaciones, retomada por el enfoque de Terapia Breve Centrado en Soluciones, integra ser breve y diferente.

Surge a partir de los principios del MRI donde John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick y otros trabajaron con un límite prefijado de 10 sesiones y quienes tenían como objetivo resolver el problema presentado, en lugar de reorganizar a las familias o producir insight, se considera que los problemas son de naturaleza interaccional. Para estos autores, el problema es mantenido o empeorado por los intentos ineficaces de las personas para resolverlo, el problema es el intento de solución.

Considerando estas nociones, el modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones muestra una transición desde el enfoque de resolución de problemas, hacia un mayor énfasis en las soluciones y cómo funcionaban. Como representantes se distinguen dos autores: Steve de Shazer y William O'Hanlon, quienes comparten el interés por explorar y destacar las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones (Espinosa, 2004). Para Steve de Shazer es importante la naturaleza de las soluciones, siendo el objetivo identificar lo que funciona a fin de señalar y amplificar las secuencias de solución (O'Hanlon, y Weiner-Davis, 1993). Dentro del enfoque, se presenta el énfasis en concebir que las personas disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver las quejas, siendo la tarea del terapeuta acceder a las capacidades de los clientes y lograr que sean utilizadas.

Como líneas rectoras de este modelo, los terapeutas centrados en las soluciones mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación entre el cliente y el terapeuta, fortalece a los clientes, centrándose en sus recursos y posibilidades, promoviendo la generación de profecías que se autocumplen. Se considera que la resistencia no es un concepto útil, asumiendo que los clientes realmente tienen la intención de cambiar. Cuando los clientes no siguen las sugerencias del terapeuta, están enseñando cuál es el método más

productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar. Por lo que cada cliente tiene una forma única de cooperar, siendo la tarea del terapeuta identificar y utilizar esta forma de cooperación.

Para finalizar este apartado, resulta interesante lo señalado por Beyebach (1995) quien indica que la tendencia hacia el acortamiento de la terapia ha obedecido a condiciones socioeconómicas y políticas específicas. En los años setenta el sistema de salud mental de E. U. admitía el financiamiento de tratamientos relativamente largos y costosos, sin embargo la coyuntura económica actual empuja hacia una restrictividad creciente. Esta realidad ha llevado por una parte a un mayor control sobre las condiciones en las que se realiza la psicoterapia, y por otra hacia la potenciación de aquellos tratamientos que resultan más rentables desde un punto de vista económico: las terapias de grupo y las terapias breves. Asumiendo esta visión aplicable también dentro de los sistemas de salud pública en México, en nuestro papel como terapeutas familiares, los conceptos de la terapia breve centrada en soluciones resultan relevantes, útiles y pragmáticos para nuestro quehacer profesional.

2.8.4.1. Papel del terapeuta en el Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones

El terapeuta que trabaja desde esta perspectiva mantiene una visión optimista acerca de las personas, encontrándose atento a lo positivo que presenta cada cliente, considerando esencial la exploración de los lados fuertes a modo de combatir la disfunción familiar. Para lograrlo utiliza preguntas que generan información acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos de los clientes, ubicándolos dentro de un marco que les permita pensar que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver su problema. Centra la atención de los clientes en las excepciones, soluciones y recursos, normalizando continuamente las experiencias tanto de forma directa como indirecta, donde el lenguaje es un contexto guía hacia los objetivos y el cambio (O'Hanlon, y Weiner-Davis, 1993).

2.8.4.2. Uso del lenguaje

El terapeuta continuamente se adapta al lenguaje del cliente utilizando sus palabras expresiones idiomáticas, metáforas, etc. como una forma de unirse a ellos y establecer rapport. Es importante que el terapeuta aleje al cliente de la jerga que emplea etiquetas fijas y negativas. En caso de que los clientes empleen rótulos negativos o fijos para describirse a sí mismos o a otros, el terapeuta traduce estos rótulos en descripciones de acciones que pueden ser visibles o medibles, siendo su objetivo normalizar las percepciones de los clientes. También el terapeuta debe hacer surgir presuposiciones que introducen ideas o expectativas de cambio. Dentro del lenguaje del terapeuta se utilizan los tiempos verbales con la convicción de que el problema podría desaparecer en cualquier momento o no existir. Por ejemplo al utilizar frecuentemente la palabra “todavía” y pregunta en términos definitivos en vez de términos de posibilidad.

2.8.4.3. Enfoque en los recursos de los clientes

El terapeuta asume que los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas, por lo que habitualmente considera que no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla. No se reúne una amplia información histórica acerca del problema presentado, ni tiempo en conocer la causa o la función de una queja para resolverla. El enfoque en los recursos de los clientes hace notar que:

“Los terapeutas que se centran en las soluciones no aceptan la creencia de que en los individuos, relaciones o familias, los síntomas (lo que llamaremos “quejas”) cumplen determinadas funciones. Incluso las hipótesis más perceptivas y creativas acerca de la posible función de un síntoma no ofrecerán a los terapeutas pistas acerca de cómo puede cambiar la gente. Simplemente sugieren cómo las vidas de las personas se han vuelto estáticas y por que se mantienen de esa forma” (O’Hanlon, y Weiner-Davis, 1993, p.51).

2.8.4.4. El cambio en el proceso terapéutico

Para los terapeutas el cambio es constante. Puesto que el terapeuta se centra en la omnipresencia del cambio, cambiará el tema de conversación de temas referentes a cómo

las cosas han seguido igual, hacia cómo las cosas han cambiado, siendo su cometido identificar y ampliar el cambio. El cambio o la resolución del problema puede ser rápido, incluso como resultado de la interacción durante la primera sesión los clientes obtendrán una visión nueva, productiva y optimista de su situación, siendo común que durante la segunda sesión los clientes informen de cambios significativos, mismos que tienden a ser duraderos. Por lo tanto es importante centrarse en lo que parece estar funcionando, calificarlo como valioso y trabajar para ampliarlo. Desde esta perspectiva es importante evitar redundar los enfoques ineficaces de terapias anteriores, repetir los consejos bien intencionados de familiares y amigos u orientar hacia lo que el cliente ha estado haciendo infructuosamente para resolver su problema.

Un punto esencial es identificar que sólo es necesario un cambio pequeño, ante el cual, el cliente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios. Se considera que un cambio en una parte del sistema puede producir un cambio en otra parte del sistema. Con la finalidad de ampliar y mantener el cambio el terapeuta a partir de la segunda sesión hace la pregunta presuposicional, “Así que, ¿qué ha sucedido que te gustaría que continuara sucediendo?”, esta pregunta inicial expresa la certeza de que han hecho la tarea y de que han sucedido cosas buenas. Una vez que se da una respuesta positiva se hacen preguntas sobre excepciones. Dentro de este contexto se habla el mayor tiempo posible sobre los cambios. Para los terapeutas que trabajan de esta forma, la duración media del tratamiento varía, pero generalmente es inferior a las diez sesiones, habitualmente sobre las cuatro o cinco y ocasionalmente sólo una (O’Hanlon, y Weiner-Davis, 1993).

2.8.4.5. Enfoque hacia los objetivos

Dentro de esta perspectiva, el terapeuta pide a los clientes que establezcan sus propios objetivos para el tratamiento, con excepción de objetivos ilegales o metas inalcanzables o no realistas. Para el terapeuta es importante trabajar con objetivos bien definidos, que sean alcanzables en un periodo de tiempo razonable, centrarse en lo que es posible y en lo que pueda cambiarse. La orientación hacia los objetivos orienta a que el terapeuta esté atento de no iniciar el tratamiento con un objetivo vago o que en su

desarrollo pierda de vista el objetivo, entonces, lo que indica la terminación del tratamiento es haber alcanzado el objetivo del cliente.

2.8.4.6. Visión de la realidad

Para los terapeutas no hay una única forma “correcta” de ver las cosas, sino que se cree que existen puntos de vista más o menos útiles. Desde esta perspectiva los significados que las personas atribuyen a la conducta pueden limitar el abanico de alternativas que emplearán para enfrentarse a una situación. Se asume que las opiniones de las personas acerca de sus problemas aumentan o disminuyen la probabilidad de solución y los puntos de vista que las mantienen bloqueadas simplemente no son útiles, entonces a veces lo único que hace falta para iniciar un cambio importante es promover un cambio en la percepción de la situación. Partiendo de esta visión, el terapeuta mantiene una posición de normalizar y despatologizar que implica la tendencia a considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo psicológico o patológico.

2.8.4.7. Intervenciones del Modelo de Terapia Breve orientado a soluciones

Las sesiones pueden estructurarse de modo que haya la posibilidad de salir con el equipo a los 45 min., en caso de trabajar solo, el terapeuta puede establecer un tiempo para salir de la sesión, tomándose “una pausa para pensar”. Los lineamientos generales de la primera sesión implican 1) realizar tareas de unión que incluyen saludar y charlar sobre cualquier cosa distinta del problema. 2) establecer una breve descripción del problema, 3) identificar información sobre las excepciones al problema, 4) mantener el enfoque hacia las excepciones al problema. Se considera que las excepciones a los problemas ofrecen una tremenda cantidad de información acerca de lo que se necesita hacer para resolverlo, ante esta acción los clientes pueden reconocer que ya han empezado a resolver sus dificultades.

Tareas de fórmula

Las tareas de fórmula tienen efectos notables independientemente de la naturaleza de la queja presentada. Una de ellas es la tarea de la primera sesión, que consiste en solicitarle al cliente que esté atento a lo que ocurre en el área (familiar, vida, matrimonio, relación) que quiere que continúe ocurriendo, útil para central la atención del cliente en el

futuro y crear expectativas de cambio, orientarlo a poner atención en las cosas buenas de su situación y en observar lo que va bien. Cuando los clientes vuelven a la segunda sesión se les pregunta acerca de lo que está sucediendo que le gustaría siguiera sucediendo. Después de describir cosas positivas el terapeuta hace una serie de preguntas presuposicionales para generar información acerca de las excepciones.

Una vez que se tiene una imagen clara de la secuencia de eventos cuando se da el problema, se puede sugerir un pequeño cambio que pueda dar lugar a una diferencia significativa. El terapeuta prepara a los clientes hacia el cambio enfocándose hacia acciones del cliente, orientando su marco de referencia e identificando sus recursos. Por ejemplo cambia la “forma de actuar” dentro de la situación percibida como problemática, hacia acciones e interacciones que intervienen en la situación. Otras tareas de fórmula que inician cambios, son la tarea sorpresa y la tarea genérica, mismas que están diseñadas para orientar la atención de los clientes hacia las soluciones.

2.8.4.7.1. Otras intervenciones

Pregunta del milagro

La pregunta del Milagro se emplea como un instrumento eficaz para construir con los clientes objetivos bien formados, además de romper el encuadre que los clientes hacen de su situación y los sitúa en un futuro diferente (Beyebach, 1995). Consiste en decirle al cliente “Supón que una noche, mientras duermes, hubiera un milagro y este problema se resolviera. ¿Cómo te darías cuenta?, ¿qué sería diferente?, esta pregunta ayuda al cliente a reflexionar sobre la probabilidad de un futuro sin el problema. Además el terapeuta recibe directrices e información útil para ayudar al cliente a encaminarse hacia un futuro más satisfactorio.

Pregunta de la excepción

De acuerdo con Beyebach (1995), la terapia centrada en soluciones puede entenderse como un método para generar excepciones, marcarlas como tales y ampliarlas hasta que desaparezca el problema. El trabajo sobre excepciones se desarrolla en cualquier momento de la terapia, siempre que sea posible identificar algo que los clientes estén

haciendo que sea bueno para ellos, que suponga conseguir sus objetivos, que implique que no se da el problema etc. Se puede preguntar, ¿Qué es diferente en las ocasiones en que las cosas van bien?, mediante esta pregunta se orienta a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado en vez de en el futuro, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas, pese a esperar que los tuvieran. Al buscar excepciones el terapeuta se centra en lo diferente que hace el cliente en las ocasiones cuando el problema no se presenta. O'Hanlon, y Weiner-Davis (1993) sugieren que para identificar excepciones, el terapeuta apoye al cliente a descubrir lo que es diferente en ocasiones deseables y atribuirle control sobre el cambio alcanzado. Dentro de las excepciones se incluyen en el cambio a personas relacionadas con el cliente y se realizan comparaciones de las conductas del cliente, a lo largo del tiempo.

Preguntas presuposicionales

Son aquellas preguntas que encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos y les enriquecen. Al contestar a estas preguntas, los clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable. Una regla para crear preguntas presuposicionales es mantener abierta la pregunta de modo que no pueda ser respondida con un si o un no, inquiriendo acerca de lo positivo, lo que ha funcionado, lo que se ha hecho.

Preguntas de avance rápido

Cuando no se pueden recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que sacar partido, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas al futuro. Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es. Una vez que el cliente describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución. De las preguntas de avance rápido, resultan hipnóticas aquellas donde el terapeuta asume que el problema se ha resuelto y pregunta respecto a los cambios que se producirán como resultado de ello. Por ejemplo: ¿En qué será diferente su vida?, ¿quién será el primero en darse cuenta?, ¿qué dirá o hará?, ¿cómo responderás? (O'Hanlon, y Weiner-Davis, 1993).

Intervención sobre el patrón de la queja

El terapeuta hace que el cliente introduzca alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja. Por ejemplo cambiar de marca, guardar en algún lugar inusual algo, ponerse uñas artificiales, hacer algo más lento, a una hora específica, durante cierto tiempo, en otro lugar, ponerse mejores zapatos, grabar un sermón o incluso pelear por escrito. En suma al cambiar la frecuencia, el tiempo, la duración o el lugar, se añade un nuevo elemento al patrón de la queja y puede interrumpirse el patrón.

2.8.4.8. El cliente en el Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones

El terapeuta que trabaja con los lineamientos de la terapia breve centrada en soluciones, se mantiene atento a las respuestas del cliente, monitoreando constantemente sus reacciones para observar el impacto que sus preguntas, tareas y mensajes tienen en el cliente de modo que se logre la mayor colaboración. Si el cliente no hace lo que el terapeuta le pide, no se etiqueta como actitud de resistencia, sino que siempre se indaga y se hacen observaciones de lo que los clientes están haciendo para conseguir sus objetivos. A partir de esta visión podemos encontrar clientes que presentan diferentes estilos al seguir las instrucciones del terapeuta, donde el terapeuta debe adaptarse a estos estilos. Podemos encontrar clientes que, siguen las instrucciones en tareas directas. En este caso el terapeuta seguirá dando tareas directas. Otros, modifican la tarea directa de alguna forma, ante esta situación el terapeuta ofrece tareas fácilmente modificables, con varias alternativas o que contengan cierto grado de ambigüedad. Hay otros clientes que no hacen tareas, las olvidan, rechaza o señalan que no pueden hacerlas. El terapeuta ante esta situación no da ninguna tarea específica, sino que relata metáforas o historias acerca de cómo otras personas han resuelto problemas similares. En otros casos hacen lo contrario de lo que sugiere el terapeuta, entonces el terapeuta sugiere no cambiar con demasiada rapidez.

2.8.5. El Modelo de Milán

El modelo de Milán se fue desarrollando en un primer momento a partir de la insatisfacción de tipo clínico que sentía Mara Selvini Palazzoli ante la lentitud y la limitación de los resultados obtenidos con la psicoterapia individual, orientándose hacia un

cambio radical, la experimentación de la terapia familiar conjunta (Selvini, 1990). La formación de Mara Selvini Palazzoli tuvo lugar durante la década de los cincuenta, bajo la dirección del profesor Gaetano Benedetti, con bases esencialmente ortodoxas, con entrenamiento a través de supervisiones que centraban su atención en la relación paciente-terapeuta. En 1963, cuando se publicó la primera edición de *Anoressia mentale*, se manifestó la atención prestada hacia la escuela norteamericana de Frieda Fromm-Reichmann y Harry Stack Sullivan, quienes teorizaron como objeto principal de la moderna sicopatología, al estudio de las relaciones interpersonales y sus consecuencias.

En 1967, Mara Selvini como psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia en Milán. A finales de 1971 constituyó un grupo integrado por cuatro miembros, dos hombres y dos mujeres psiquiatras psicoterapeutas: Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Guiliana Prata y ella. En su trabajo psicoterapéutico desarrollaron una modalidad particular de trabajo sustentado en la Teoría General de los Sistemas y en la Teoría de la Comunicación Humana, al ser influidos por Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson. En 1972 iniciaron su investigación con familias en las que algunos de sus miembros mostraban conductas psicóticas y otros que contaban con un diagnóstico de esquizofrenia (Rodríguez, 2004). El verdadero debut del Instituto de la Familia en Milán dentro del escenario internacional tuvo lugar a fines de 1974, con la publicación en *Family Process* del artículo *The Treatment of Children Through Brief Therapy of Their Parents*, en este artículo se presentan, los rituales como una verdadera innovación del grupo de Milán (Selvini, 1990).

Su modalidad de trabajo e innovadoras estrategias de intervención se presentaron en el libro *Paradoja y contraparadoja* (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994). Donde los autores parten de una primera hipótesis. “La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores” (Selvini, et al., 1994, p.13). Un grupo natural con historia que se sostiene por medio de reglas peculiares que tienen el carácter de comunicaciones tanto de nivel verbal como no verbal. Su segunda hipótesis de trabajo indica que las familias que presentan conductas tradicionalmente diagnosticadas como “patológicas” se rigen por reglas peculiares que

llevan a relaciones patológicas. Por lo tanto para poder influir sobre los síntomas en el sentido del cambio se debe intentar cambiar las reglas.

El equipo identificó que las familias con un miembro esquizofrénico, son un “grupo natural regulado en su interior por una simetría llevada a tal punto de exasperación que la hace no declarable y por lo tanto, encubierta” (Selvini, et al., 1994, p.31). Mismos que se hacen expertos en el uso de paradojas donde descalifican el mensaje, descalifican al otro y se descalifican a sí mismos. Con esta pauta, descalifican con frecuencia todos los componentes del mensaje, tanto el propio como el ajeno: el autor, el receptor, el contenido y el contexto en el cual el mensaje es dado. Otra característica de estas familias es que ninguno de sus miembros está verdaderamente dispuesto a declarar la existencia de un liderazgo en el seno de la familia, ni de aceptar la crítica, es decir, la responsabilidad de lo que va mal, resultando imposible asumir una posición definible en la interacción, ya sea simétrica o complementaria. La regla de reglas de tales familias es la prohibición de definir la relación.

El trabajo del equipo de Milán presenta características particulares:

- Se desarrollan las sesiones en una habitación equipada con numerosos asientos, espejo unidireccional, micrófono. Se informa a la familia acerca de la modalidad de trabajo en equipo. Cada sesión se desarrolla en cinco partes: presesión, sesión, discusión de la sesión, conclusión de la sesión y acta de sesión.
- Se trabaja con una pareja heterosexual secundada por la pareja de colegas en la cámara de observación. Se pretende encontrar un equilibrio en la interacción tanto entre los terapeutas como entre las familias. También se evita tener un sesgo por cuestiones de género.
- La entrevista telefónica se considera importante para observar y registrar fenómenos. Los terapeutas evitan la condescendencia, las entrevistas de urgencia y las entrevistas preliminares sin el paciente designado.
- Se define un número de diez sesiones con un intervalo de cerca de un mes.
- Se procura la presencia de todos en la primera sesión.

- El equipo de terapeutas no debe ser perturbado por desniveles jerárquicos, rivalidades o facciones.
- Se identifica que más que el carisma de la persona del terapeuta es importante aplicar la intervención correcta.

El papel del terapeuta

Se considera que todo lo que el terapeuta hace durante una entrevista es una intervención, así mismo lo que no hace y no dice, que de acuerdo a sus efectos podría ser terapéutico, no terapéutico o contra terapéutico. Las actividades del terapeuta tienen que ver con formular hipótesis, útiles para:

- Describir el juego familiar desde una perspectiva sistémica
- Orientar la entrevista, guiando la búsqueda de información que permita verificarla o desmentirla.
- Formular intervenciones que perturben patrones nocivos
- Establecer connotaciones positivas.

El terapeuta también pregunta, responde y realiza afirmaciones. Las preguntas que realiza tienen efectos directos en la familia a través de las implicaciones de éstas, e indirectos por las respuestas verbales y no verbales de los miembros de la familia. Las preguntas son a su vez una invitación para que el paciente se comprometa en la conversación y haga afirmaciones.

Las preguntas de orientación circulares integran la noción de que los hechos son circulares, recurrentes o cibernéticos, siendo las preguntas de diferencias y sobre los efectos del comportamiento. Se considera que es imposible predecir los efectos reales de las preguntas, sin embargo algunas permanecen en las mentes de los pacientes durante días, meses, y en ocasiones años, y continúan teniendo efectos, aunque el terapeuta no sabe el resultado final de las preguntas específicas (Tomm, 1988).

El paciente

Al descentralizarse la atención del individuo, hacia el estudio de la comunicación y de las relaciones en la familia, se fueron integrando distintos niveles de análisis sistémico, tales como el biológico, individual, familiar y social. Que difiere del concepto de paciente designado, quien durante el periodo comprendido entre 1950 y 1960 era visto como el perdedor, en una situación en la que por medio del síntoma trataba de recuperar las posiciones perdidas y a partir de las conductas de éste, se inferían vivencias relacionadas con la ira y propósitos de venganza o castigo (Selvini, 1990).

Se asume que las familias asisten al tratamiento en busca de cambios, aunque se reconoce que el cambio es algo riesgoso y desconocido. Se toma en cuenta la contradicción que implica que la conducta sintomática ayude y estorbe, es decir, los síntomas son soluciones y problemas al mismo tiempo. Mediante las intervenciones del terapeuta, se considera que el paciente es capaz de imaginar cambios de contexto respecto a sus actividades, los miembros de su familia, el status quo, o de evaluar alternativas. Así como aceptar o rechazar sugerencias por parte del terapeuta respecto a la posibilidad de recrear sentimientos, pensamientos o acciones.

Proceso terapéutico

La elaboración de estrategias por parte del terapeuta (o del equipo) puede definirse como una actividad cognoscitiva para evaluar los efectos de acciones anteriores, respecto a la familia y la elaboración de nuevos planes de acción, anticipando las posibles consecuencias entre varias alternativas, y decidiendo cómo proceder en cualquier momento, en particular con el fin de obtener el máximo provecho terapéutico.

Dentro del proceso terapéutico se asume que el contexto y el metacontexto son importantes, al considerar que el significado de toda comunicación surge de la matriz contextual en la cual se desarrolla y a la que al mismo tiempo define. La ley del contexto indica que palabras, frases, comprobaciones y conductas asumen su significado en relación con la situación en la que se observan, es decir, en aquellas circunstancias particulares que

en un momento dado, rodean a una persona (o varias personas) e influyen en su conducta. Un contexto se constituye dentro de una situación precisa que implica una determinada finalidad (o propósito) y una cierta distribución de roles. Siendo la característica de todo contexto, la imposición implícita o explícita de una o varias reglas en la relación; por consiguiente, si varía el contexto, varían también las reglas que le son propias.

El trabajo de observación del equipo, manifiesta una visión binocular de la familia, donde se han multiplicado los observadores para mirarse entre sí, avanzando hacia el terreno de la complejidad: el observador, observa que observa. No se concibe al terapeuta como parte de la familia, sino como parte del sistema terapéutico de cuyo proceso evolutivo es responsable como profesional. La intervención es de tipo activo-prescriptivo, lo que significa que tiene intención de cambiar las modalidades interaccionales de todo el grupo natural. Los terapeutas deben descubrir lo más pronto posible, las reglas del juego de la familia sin someterse a ellas evitando quedar atrapados en la misma pauta organizativa. En su intervención con la familia se introduce alguna información que tenga un efecto negentrópico, es decir, información alternativa con posibilidad de aprendizaje, después de la intervención los terapeutas se aíslan inmediatamente (Selvini, 1990).

Un concepto importante dentro del proceso terapéutico es el de circularidad (Nelson, Eleuridas, y Rosenthal, 1986). Este concepto se introdujo de 1972-1979 dentro de la literatura de Terapia familiar, cuando el grupo de Milán incluyó el interrogatorio circular para dirigir una investigación sistémica que relaciona cómo los cambios y diferencias sustentan recursivamente las interacciones disfuncionales y los síntomas de la familia. La circularidad se define como la capacidad del terapeuta de conducir su investigación, sobre la base de la retroalimentación que la familia le da en respuesta a la información que él solicita acerca de las relaciones y por consiguiente, acerca de la diferencia y el cambio (Penn, 1982). El grupo concibió que el interrogatorio circular era útil para reunir información y generar hipótesis e intervenciones, propiciar que la familia se mire a sí misma y el cambio espontáneo al permitirle a la familia desarrollar una conciencia de la interrelación recíproca de sus conductas.

La neutralidad es un concepto desarrollado por los terapeutas en su interacción con familias. Es la posición donde el terapeuta no está del lado de ningún miembro o subgrupo,

donde no juzga y acepta a todos. Siendo importante que haga preguntas a cada uno de los miembros, pasando igual y realizando el mismo tipo de pregunta para investigar las percepciones de cada persona. El equipo se mantiene atento y apoya el proceso de neutralidad evitando coaliciones entre el terapeuta y algún miembro de la familia (Nelson, Eleuridas, y Rosenthal, 1986).

2.8.5.1. Técnicas de intervención

Entre sus técnicas de intervención se encuentra, la connotación positiva que se refiere a colocar a todos los miembros de la familia en un mismo nivel y evitar verse envuelto en alianzas o escisiones en subgrupos. Se connota positivamente tanto el síntoma del paciente designado como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros por ejemplo que los comportamientos observados aparecen inspirados por el común deseo de mantener la unión y la cohesión del grupo familiar. La función primaria de la connotación positiva de todos los comportamientos observados en el grupo aparece como la que puede facilitar a los terapeutas el acceso al modelo sistémico (Selvini, et al., 1994, p.68), se interviene al: 1) situar a todos los miembros en un mismo plano en cuanto a complementario, 2) confirmar la línea homeostática del sistema, 3) mostrar aceptación al sistema y 4) al connotar positivamente la tendencia homeostática, se provoca paradójicamente la capacidad de transformación.

Los rituales fueron introducidos formalmente en los modelos sistémicos de terapia familiar en 1974 por Mara Selvini, en su libro *Self-Starvation: From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa* (Imber-Black, 1991). En *Self-Starvation*, el ritual en la terapia se define como una acción o serie de acciones, acompañadas por fórmulas verbales y en las que interviene la familia en su conjunto. Como todo ritual debe consistir en una secuencia regular de pasos dados en el momento oportuno y en el lugar adecuado. En 1978, Mara Selvini y su equipo presentaron la prescripción ritualizada de los días pares/días nones, donde recomendaban los aspectos formales del ritual sin hacer referencia a las interacciones reales.

En Paradoja y Contraparadoja los miembros del grupo de Milán continuaron dando algunos ejemplos de rituales con familias esquizofrénicas, destacando siempre la

importancia de presentar el ritual en el marco más amplio de una connotación positiva del dilema familiar.

Se considera que el ritual es útil al interrumpir pautas simétricas interminables, permitir a las personas escucharse mutuamente, estimular la empatía y comunicar la creencia del terapeuta de que ambas posiciones tienen sus méritos relativos. Se inventa y prescribe tomando en cuenta que se debe cambiar las reglas del juego sin recurrir a explicaciones y críticas del sistema familiar. “El ritual familiar es más bien la prescripción ritualizada de un juego cuyas normas nuevas tácitamente sustituyen a las precedentes” (Selvini, et al., 1994, p.111). Para ser eficaz debe incluir a todos los miembros de la familia, implica la creatividad del terapeuta, siendo específico a las peculiaridades de cada familia. El ritual puede hacerse por escrito, definiendo, horario, ritmo, fórmulas verbales, secuencia. Se encuentra más próximo al código analógico que al digital.

La reetiquetación es una intervención terapéutica poderosa donde se traslada la etiqueta de enfermo que lleva el paciente designado a uno o más hermanos considerados sanos por la familia, señalando que el presunto enfermo designado por la familia fue el único que intuyó en el grupo familiar en qué medida el otro o los otros hermanos se encuentran en peores condiciones que él y necesitan su ayuda

Ante una mejoría sospechosa, los terapeutas aceptan sin objeciones una mejoría o una desaparición del síntoma no obstante no parece justificada por el sistema de interacción familiar. En este caso no se da opinión ni confirma la mejoría, sólo se hace notar y el equipo decide dar súbitamente por terminada la terapia, aunque dándoles la posibilidad de una llamada de seguimiento.

Como técnica terapéutica, se recupera a los ausentes, cuando algunos de los miembros de la familia abandonan la terapia. Siendo una maniobra de resistencia por parte de toda la familia. Cuando un miembro se ausenta, los terapeutas aceptan el reto de la familia tomando como válidos los motivos. Ante esta situación, se puede redactar una misiva para ser leída por toda la familia, incluyendo al miembro ausente.

Para eludir la descalificación, es decir, la descalificación de sí y del otro en la relación (“yo no estoy y por consiguiente, tú no estas” y viceversa) es la maniobra fundamental empleada por la familia con interacción esquizofrénica para evitar definir la relación. Tomando esto en cuenta, debe considerarse que lo que se muestra es una invitación tan seductora como descalificadora. En estos casos se utilizan intervenciones paradójicas donde se ataca el juego y no a las víctimas.

Es característico de familias con un miembro esquizofrénico la cancelación de la barrera intergeneracional lo que genera la presencia de recíprocas fantasías incestuosas, homo y heterosexuales. Dentro de este modelo, al tratar el problema de las coaliciones negadas, no se indagan las causas, los por qué o los sentimientos. En la intervención terapéutica se trasciende el lenguaje tomando en cuenta la circularidad. Se concibe como importante, utilizar la intervención sistémica que abarca a toda la familia, la connotación positiva y el comentario paradójico que trata que la totalidad de la epistemología familiar, colocando a todos en una posición insostenible que los obligue al cambio.

Cuando las familias descalifican u olvidan el comentario de los terapeutas, o en caso de que la familia continúe reaccionado o permaneciendo inmodificada, se considera que se puede entrar en un juego sin fin. En estos casos no hay que insistir, hay que cambiar la propia posición en la relación, declarando honestamente la propia impotencia, evitando reprochar a la familia. Puede suceder que si el experto se declara impotente, entonces el paciente tenga la sensación de haber ganado el juego y decidir cambiar por sus propias fuerzas.

Otra técnica es la paradoja extrema, se refiere al modo de comunicación de la familia que sugiere: “sólo puedes ayudarme, no siendo lo que eres”. En este caso se utilizan contraparadojas, aislando ese paradójico pedido, dando una connotación positiva como algo justo y legítimo, o prescribiendo al terapeuta a acceder dicho pedido.

Los terapeutas evitan juicios de bueno/malo y definen al paciente designado como verdadero líder que se ha sacrificado. En este caso los progenitores tienden a rivalizar entre sí y con el paciente identificado, éste último cambia, pasando a su posición de hijo y abandonando sus síntomas. En este caso uno de los hermanos puede presentar síntomas y

los terapeutas dan una connotación positiva a este hecho, finalmente los terapeutas prescriben a los miembros de la última generación, abandonando el rol de progenitores.

2.8.6. Modelos derivados del Posmodernismo

En el ámbito de la Terapia Familiar Sistémica hay autores que han transitado desde las posturas modernas hacia las posmodernas, siendo un aspecto clave la orientación de los sistemas observados hacia los sistemas observantes, es decir el observador se reconoce como parte de un sistema del cual también es participante, de modo que nos es imposible conocer la realidad tal cual es y se confronta la idea de que existe un mundo real que pueda conocerse con certeza objetiva (Hoffman, 1996). Para el posmodernismo el sistema de creencias y las realidades aparentes que existen se constituyen socialmente en lugar de venir dadas, de modo que las nociones de realidad pueden adoptar formas muy diferentes en las distintas culturas o subculturas, épocas y circunstancias. Las verdades son vistas con escepticismo dependiendo de la época y el contexto, presentando un énfasis en el lenguaje (McNamee, 1996) y se considera que los significados juegan un papel fundamental (Neimeyer, 2002).

Al considerarse al ser humano como agente activo y constructor de significado (Lyddon, 1998; Neimeyer, 1997; Neimeyer, 1998; Neimeyer & Levitt, 2000; Neimeyer, 2002) se propone que las personas son co-creadoras de las realidades a las que responden (Feixas y Villegas, 1990, Mahoney, Miller y Arciero, 1997). Para Bruner, la característica distintivamente humana de “contar historias” se identifica como uno de los esquemas de ordenación más poderosos (Neimeyer, 2001), que nos permite estructurar narraciones acerca de nosotros mismos y de los eventos vitales en los cuales participamos. Nótese como la narración o historia se reconoce como elemento fundamental para que el ser humano construya significado suministrando el marco primario a la interpretación y siendo la base para que los individuos den sentido a su experiencia.

Acordes con estas nociones, los modelos de terapia posmoderna aceptan la existencia de múltiples creencias, realidades y visiones del mundo. (Neimeyer, 1997). Al considerar que construimos la realidad, el significado y la narración delinean nuevas formas de hacer terapia, de ver al terapeuta y al consultante.

El consultante ante el problema

La capacidad humana de contar historias no se identifica como un acto estrictamente individual, sino que integra los aspectos generales del lenguaje, la sociedad y la cultura. Puede decirse entonces que la gente, las sociedades y las naciones establecen un sentido de su tradición y diferenciación mediante la creación de las narraciones culturales, las cuales integran y preservan su historia característica. En términos similares los grupos sociales como las parejas, las amistades y las familias buscan identidades coherentes a través de generar un conjunto de narrativas sobre lo que son y sobre sus experiencias. La capacidad humana de estructurar la experiencia en forma narrativa sugiere que la interpretamos a través de historias que nos cuentan o que nos contamos a nosotros mismos (Neimeyer & Levitt, 2000). Las historias determinan efectos reales en cuanto a modelar la vida de las personas, y son la base para que juzguen sus propias vidas y las de los demás (White, 1994). Permiten que la persona comprenda y responda en forma adaptativa a los acontecimientos y situaciones de la vida y se consideran verdades narrativas, independientemente de si corresponden o no con una verdad histórica. Dichas construcciones narrativas generan una sensación de orden respecto a nuestro pasado, presente y futuro, estableciendo la noción de continuidad (Neimeyer & Levitt, 2000).

White y Epston (1993) señalan que las personas acuden a terapia cuando sus narrativas se saturan de relatos inútiles, insatisfactorios y cerrados. Tomando en cuenta que el conocimiento es relacional, a su vez las personas solicitan terapia cuando las narraciones que relatan su experiencia y/o cuando su experiencia al ser relatada por otros, no representan suficientemente sus vivencias.

La transformación del problema

La realidad no deseada o problemática se transforma mediante diferentes estrategias, como la desarrollada por Tom Andersen (1996) quien mediante el equipo Reflexivo, permite el surgimiento de múltiples reflexiones al hacer accesibles diferentes perspectivas de una situación o problema. De este modo se permite la reflexión de ida y vuelta de lo dicho y la transformación de las realidades narrativas, que finalmente son las realidades vividas.

Otro medio para el cambio, se desarrolla en la conversación colaborativa, abierta a la comprensión de realidades, donde el terapeuta asume una posición de curiosidad e igualdad con el cliente y donde el diálogo colaborativo es transformador por sí mismo (Anderson, 1997).

Por otro lado, tomando en cuenta el análisis de los sistemas de poder que delimitan realidades impuestas socialmente, el modelo narrativo asume que la transformación de la realidad problemática del consultante, se realiza al rescatar narrativas no distinguidas en una realidad saturada de problemas. A continuación se tratarán con más detalle las estrategias de intervención de los modelos de psicoterapia derivados del posmodernismo antes señalados.

2.8.6.1. El equipo Reflexivo

El esquema de trabajo del equipo Reflexivo propuesto por Andersen (1994) integra al sistema estancado, ya sea una persona o más, por ejemplo, una familia, más el sistema de ayuda. El sistema estancado es entrevistado por uno de los terapeutas, este conjunto pertenece al sistema de entrevistas, que es un sistema autónomo que define por sí mismo de qué y cómo se habla.

El equipo reflexivo es la parte del equipo que escucha la conversación del sistema de entrevista, sus miembros no se hablan entre sí, sino que cada uno de ellos se habla a sí mismo haciéndose preguntas acerca de cómo pueden ser descritos o explicados, además de la descripción presentada por la familia, tanto la situación o el tema que se presenta. A menudo se encuentra detrás de un espejo unidireccional y la mayoría de las veces está compuesto por tres personas. El equipo reflexivo, que escucha, nunca da instrucciones sobre lo que el equipo de entrevista va a decir o cómo sus miembros deben hablar. Otra de sus actividades es ofrecer a quienes consultan la posibilidad de que a medida que escuchan al equipo se hagan nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas.

El Entrevistador

Dentro del proceso terapéutico, el entrevistador plantea preguntas y evita dar opiniones o consejos. El equipo también sólo da reflexiones especulativas para subrayar que cada miembro del equipo sólo puede tener su propia versión subjetiva del todo y que, de acuerdo con los lineamientos básicos, no existe ninguna versión objetiva o final. Se mantiene una posición de interés mutuo y de curiosidad. El equipo puede estar compuesto por una persona (solamente el entrevistador) o hasta cuatro o incluso cinco.

El equipo reflexivo sigue las siguientes reglas:

- No se hacen reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto del de la conversación del sistema de entrevista.
- Se hace a los miembros una pregunta, estos contestan haciendo a la vez más preguntas.
- No se dan connotaciones negativas.
- Si el tiempo y el territorio lo hicieran posible, podría intentarse hacer una pregunta o comentario que fuera un poco inusitado. Tanto como para representar una sorpresa de modo que las personas tuvieran la posibilidad de ponerse en otra posición y de allí en más dejar de lado y/o agregar algo a las descripciones que hicieron antes.
- Una vez que el equipo reflexivo termina de hablar, se cambian las posiciones y el sistema de entrevistas habla mientras que el equipo Reflexivo escucha. El entrevistador comienza la discusión haciendo una pregunta abierta: “*¿Hay algo de lo que han escuchado sobre lo que les gustaría hacer algún comentario, o hablar?*”.
- Se les pregunta a los miembros del sistema fijo, si quieren una nueva reunión y quienes asistirían.

El proceso reflexivo

Posterior al relato del cliente, los miembros del equipo presentan sus ideas si es que el sistema de entrevistas se las pide. Los miembros del equipo hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre él o los temas presentados, mientras que los miembros del sistema de entrevistas los escuchan. En otras palabras, cada miembro da su versión sobre los temas

definidos como problemáticos. Si las versiones no son demasiado diferentes, servirán como perspectivas mutuas para cada uno de ellos y las otras dos o más versiones tenderán a crear nuevas versiones a medida que los miembros del equipo se hablan en forma de preguntas.

Tal vez más importante es que este proceso les da a los miembros del equipo de entrevistas (el sistema estancado más el entrevistador) la posibilidad de tener un diálogo interno a medida que escuchan las versiones que les presenta el equipo. Después de que el equipo termina sus reflexiones, los miembros del sistema de entrevista hablan antes sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones. De esta manera, tiene una conversación sobre lo que habló el equipo reflexivo acerca de la primera conversación del sistema de entrevista.

Dentro del proceso, es esencial hacer preguntas que faciliten descripciones dobles, ya que estas son las que le dan perspectiva a un fenómeno. Por ejemplo se hacen preguntas sobre descripciones de comparación, donde se comparan cambios a lo largo del tiempo. Otro tipo de preguntas son sobre descripciones en relación con circunstancias, participantes, situaciones. También se hacen preguntas sobre descripciones diferentes, al preguntarse acerca del momento en que empezó, empeoró o disminuyó la situación.

2.8.6.2. El enfoque Colaborativo

El enfoque Colaborativo en psicoterapia recalca el papel de la interacción social y el lenguaje en el desarrollo del conocimiento. Su acción se fundamenta en las siguientes premisas filosóficas:

1. El lenguaje es generador de orden y sentido. Opera como una forma participación social.
2. Se considera que el conocimiento es relacional, se encuentra inserto en el lenguaje y en nuestras prácticas cotidianas, donde también se genera.
3. Se identifica a los sistemas humanos como sistemas de generación de lenguaje y sentido. Más como formas de acción social, que procesos mentales individuales e independientes, cuando construyen realidad.

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. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.

La forma de pensamiento del enfoque, orienta a la práctica terapéutica hacia una actitud de colaboración por parte del terapeuta hacia el cliente, mostrando respeto y curiosidad por conversar acerca de la realidad que lleva al cliente a terapia. Esto es importante porque se considera que en la conversación colaborativa se favorece la transformación de la narrativa del cliente.

El Terapeuta

Para el terapeuta Colaborativo (Anderson, 1997) los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. Se concibe a la terapia como un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de una conversación terapéutica, dentro de la cual se presenta una búsqueda y exploración mutuas, donde los nuevos significados se desarrollan hacia la di-solución de los problemas. Se considera que los problemas no son hechos objetivos ubicados en un listado de categorías normativas, sino acontecimientos o posiciones lingüísticas que suelen interpretarse y describirse de manera conflictiva. Los problemas existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo del que deriva su significado. Destacándose la descripción que hace el cliente acerca de su problema y no la de observadores externos u “objetivos”.

El papel del terapeuta Colaborativo es el de un artista de la conversación, quien crea un espacio que facilita la conversación dialogal, esto es la indagación compartida: el continuo intercambio y discusión de ideas, opiniones, preferencias, recuerdos, observaciones, sensaciones y emociones. Siendo un proceso de participación conjunta de ida y vuelta, de dar y recibir.

El proceso colaborativo

Tomando como fundamento la construcción social de la realidad y de los problemas, el terapeuta ejercita su quehacer desde una posición de “no saber”, es decir con necesidad de ser informado. Considera que el conocimiento está en constante desarrollo, por lo que los hace públicos, los comparte, reflexiona supuestos, pensamientos, preguntas y opiniones.

Asume una posición no jerárquica, donde el cliente informa quién asistirá a la sesión y se presenta la flexibilidad para invitar a los amigos de los clientes, lo cual es útil para transformar el monólogo en diálogo y promover el surgimiento de nuevas comprensiones, nuevos sentidos y nuevas esperanzas. El terapeuta no evita aliarse con alguien, sino que se alía simultáneamente con todos los participantes, a esta postura se le conoce como multiparcialidad. Un aspecto central de esta postura es la capacidad honesta y sincera del terapeuta para recibir, invitar, respetar, escuchar y involucrarse en la historia del cliente. Facilita y participa en la narración y renarración de la historia, procurando la multiplicidad de versiones. Es interesante señalar que el terapeuta ni resuelve problemas ni arregla nada. La exploración del problema en el curso de la terapia lleva a su disolución, no a una solución, los problemas no se resuelven, sino que se disuelven en el lenguaje.

En el enfoque Colaborativo el terapeuta trata de crear un espacio y facilitar un proceso donde situaciones acerca de problemas (o narrativas) no trabajables puedan ser transformadas en trabajables, con posibilidades. Cuando esto sucede, los problemas comienzan a disolverse. Hay un interés en hablar el lenguaje del cliente, aprender sus valores y puntos de vista, sus palabras y sus frases, usar el lenguaje cotidiano del cliente como una herramienta terapéutica estratégica, como una forma de editar las historias del cliente y como una técnica para estimular su cooperación en la búsqueda del cambio. El lenguaje del cliente ofrece claves para definir problemas, objetivos de tratamiento e intervenciones. La acción terapéutica se basa en: 1) escuchar con curiosidad los puntos de vista y dilemas del cliente, 2) conocer la descripción del problema de cada miembro de la familia, interesarse en las diferencias entre las experiencias, las explicaciones y los significados atribuidos a un mismo hecho, a una misma familia, o individuo, con interés en mantener la riqueza de las diferencias, 3) conversar con un miembro de la familia por vez,

de modo que los otros miembros escuchen, mostrando un sincero interés y respeto por lo que cada persona tiene que decir, 4) escuchar a la familia con interés de aprendiz. Se desarrolla un proceso compartido de exploración de los problemas y desarrollo de posibilidades al mantener una “posición de no saber”, donde no se necesita ser experto en como deberían vivir los clientes, en las preguntas correctas o en la mejor narrativa (5). Se hace público el conocimiento, donde cliente y terapeuta pueden pedir aclaraciones, o disentir con las opiniones del equipo, moviéndose a una responsabilidad conjunta entre el terapeuta y el cliente (6), se trabaja con descripciones y explicaciones múltiples y cambiantes, socialmente construidas (7), no se considera a la familia como un grupo de individuos independientes, sino como una combinación fluida de individuos dialógicos (8). Se trabaja con el individuo en relación, que coordina pensamientos y conductas por medio del lenguaje, se alude a los pensamientos y conversaciones internas, privadas del cliente, mediante el recurso de lo no dicho (9). Se incluye tanto los pensamientos aún no formados, como los aún no hablados, para que puedan emerger nuevas descripciones de sí (10).

2.8.6.3. El Modelo Narrativo

Dentro del modelo narrativo se reconocen los esquemas de poder como construcciones sociales de la realidad, misma que se establece dentro del lenguaje. No se asume la creencia de que existen hechos objetivos o intrínsecos respecto de la naturaleza de las personas, sino más bien ideas construidas a las que se asigna un estatus de verdad. Para Foucault, estas verdades son normalizadoras en el sentido de que construyen normas en torno a las cuales se incita a las personas a moldear o constituir sus vidas, de modo que se concibe al poder y al conocimiento como inseparables (White y Epston, 1993). El acto de construcción de la realidad se desarrolla mediante el lenguaje, con el cual se integran y construyen historias las cuales se ocupan de las particularidades de la experiencia, siendo relevante el tiempo, pues los relatos existen en virtud del desarrollo de los acontecimientos a través del tiempo.

Identidad y narración

Para la terapia narrativa, nuestras identidades se desarrollan a partir de muchas voces (multi-vozes), la identidad socialmente creada considera la influencia de la historia,

cultura, género, sexualidad, clase y otras relaciones de poder. Al asumirse que la identidad no es fija, se considera que está siempre en proceso de ser creada, por lo que en terapia se crean y re-crean las identidades (Russell & Carey, 2004).

Las conclusiones de identidad que traen los consultantes están asociadas con conocimientos específicos de vida y prácticas de vida que son potenciales para dar forma a otras o modos de estar en el mundo y de pensar acerca de la vida (White, 2004). La práctica narrativa da la oportunidad y posibilidad de apreciar sí mismos re-recordados o alternativos (sí mismos no-reconocidos que se han vivido e imaginado) (Madigan, 2004).

El proceso de transformación narrativa

Dentro del modelo narrativo se concibe que lo que determina el comportamiento de las familias y de las personas es el significado que los miembros atribuyen a los hechos. Se reconoce que ciertos significados contribuyen a la supervivencia y a la carrera de los problemas que se presentan en terapia, por lo tanto el papel del terapeuta incluye rescatar la experiencia vivida que queda fuera del relato dominante, que propicia la generación, o re-generación de relatos alternativos. El terapeuta a su vez se hace experto en rescatar los acontecimientos en la historia del cliente, es decir hacer surgir toda la gama de sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, acciones que tienen una localización histórica, presente o futura y que el relato dominante no puede incorporar lo que determina su comportamiento.

El trabajo terapéutico incluye ampliar las narrativas, rescatando lo no incluido en ellas, siendo la función de la terapia la identificación o generación de relatos alternativos que permitan representar nuevos significados, aportando con ello posibilidades más deseables, nuevos significados, que las personas experimentan como útiles, satisfactorios o con final abierto. El proceso transformador promueve la agencia personal del consultante, es decir situar a la persona como protagonista o como participante en su propio mundo de actos interpretativos. Esto permite que al volver a contar una historia, se cuente una historia nueva, donde las personas participan con sus semejantes en la re-escritura y por tanto en el moldeado de sus vidas y relaciones.

Cuando asiste un consultante a terapia, su narración se presenta saturada de problemas, al describir las áreas etiquetadas como problemas. Dentro de la narración del consultante, se exploran áreas vitales, al utilizar la dimensión tiempo, se identifican o descubren eventos extraordinarios, donde se haya vencido al problema. El terapeuta coloca especial intención en los temas que pueden ser útiles para desarrollar relatos alternativos, donde se puede indagar acerca de lo que se ha hecho diferente y lo que ha funcionado.

Al proceso de co-crear historias alternativas de identidad, se le llama conversación de re-escritura, dentro de este tipo de conversación el terapeuta identifica elementos que contradigan la historia dominante, que al ser ampliamente descritos, dan la posibilidad de integración con otro elemento, para de este modo ampliar la historia. El mapa conversacional de re-escritura se divide en, 1) preguntas acerca de panorama de acción, que tienen que ver con identificar las acciones realizadas por el consultante, sus pasos, lo inusualmente hecho, los otros momentos, etc. y 2) las preguntas acerca del panorama de identidad, que invitan a los consultantes a reflexionar tanto de su identidad, como de la identidad de otros. Se consideran intenciones o propósitos, valores/creencias, esperanzas y sueños, principios de vida, y compromisos. Cuando los efectos de la historia problema ya no se conservan, puede considerarse que la re-escritura se ha llevado a cabo. El tomar nuevas iniciativas unidas a la historia preferida, es un signo de que ha sido integrada la historia alternativa preferida de identidad (Russell & Carey, 2004).

Para apoyan a la gente a desligarse de sus historias dominantes y percibir las desde una diferente perspectiva, se utilizan las conversaciones deconstructivas, las cuales se desarrollan cuando son expuestas y discutidas las ideas dominantes y las creencias que fundamentan el problema. Cuando se identifica lo que la persona ha soportado, ha hecho contra o ha cambiando puede darse la posibilidad del desarrollo de una historia alternativa (Morgan, 2000).

Mediante la externalización del problema, se insta al cliente a cosificar y a veces a personificar, el problema que lo oprime, separando la distinción del problema de la distinción de la persona. Esto es útil para ayuda a los miembros de la familia a apartarse de las descripciones saturadas por el problema de sus vidas y relaciones. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada y externa, a la persona o a la relación a la

que se atribuye. La externalización abre la posibilidad de que se describan a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada por el problema, permite el desarrollo de una historia alternativa de la vida familiar, más atractiva para los miembros de la familia. La externalización del problema es útil para:

1. Afrontar de un modo más desenfadado, problemas que parecían terriblemente serios.
2. Apartarse de la influencia del problema.
3. Combatir la sensación de fracaso.
4. Facilitar la promoción de la cooperación familiar o personal, al aliarse contra el problema.
5. Ofrecer opciones de diálogo y no de monólogo, sobre el problema.
6. Disminuir los conflictos personales más estériles, incluyendo las disputas respecto a quién es responsable del problema.

Para realizar la externalización del relato saturado de problemas, se fomenta primero la externalización del problema y se rastrea la influencia del problema en la vida y las relaciones de la persona. Se hacen preguntas como: *¿De qué manera ha estado el problema afectando sus vidas y sus relaciones?*. Dentro del relato del consultante se identifican los acontecimientos extraordinarios. Se promueve el surgimiento de nuevos significados, organizados en un relato alternativo, donde el imaginar desempeña un papel muy importante, se puede preguntar: *¿Cómo pudo usted resistirse a la influencia del problema en esta ocasión?*. Las narraciones que surgen son útiles para apoyar en el proceso de redescibirse a sí mismo, a los otros y a sus relaciones con ellos, realizando preguntas como: *¿Qué le dice eso de usted?*, *¿Cómo cree usted que esta información sobre usted mismo afectará a sus próximos movimientos?*. Lo anterior en su conjunto ayuda al consultante a describir su influencia y la influencia de sus relaciones con los otros, sobre la vida del problema

Preguntas de influencia relativa

Mediante estas preguntas se traza el mapa de la influencia del problema sobre las vidas y relaciones de la familia. El primer paso incluye instar a la familia a describir su propia influencia sobre la vida del problema, es decir cuando han logrado evitarlo, se hacen preguntas como las siguientes: ¿Cómo ha conseguido enfrentarse eficazmente al problema?, ¿Qué indica esto acerca de sus cualidades como persona y acerca de las relaciones existentes?

Testigos externos

Dentro del proceso terapéutico se puede invitar a una audiencia a asistir a la conversación terapéutica. La función los testigos externos es, escuchar y conocer las historias preferidas y el derecho de identidad del consultante. Pueden ser personas que a petición del terapeuta y escogidas por el consultante, asisten como miembros de la comunidad, familiares, amigos o profesionales. Mediante la participación del testigo externo, el terapeuta propicia la ampliación y consolidación de la nueva narración del consultante, permitiéndoles comentar lo que les ha movido acerca de lo relatado y lo que le puede ser de utilidad en su pensamiento, experiencia o vida.

Los rituales y celebraciones

En el proceso de transformación narrativa, los rituales y celebraciones, consolidan y reconocen pasos significativos que se alejan de la historia del problema, hacia una versión de la vida nueva y preferida. El tiempo y contenido del ritual se determina en un proceso colaborativo entre el terapeuta y quienes le consultan.

Documentos

Los documentos que comparte el terapeuta con el consultante, se pueden poner a su disposición, por ejemplo las notas de evolución de la terapia, de este modo se evita el conocimiento secreto y se formaliza el avance o proceso histórico del consultante. Estas notas se redactan en forma de carta que resume cada sesión y es compartida por la familia y el terapeuta, se caracterizan por emplear palabras comprensibles por la familia. Las

funciones de los documentos son, promover relatos con potencial curativo, generar distinciones, conectar experiencias y acontecimientos que facilitan el desarrollo de los recursos. Además de las cartas, se pueden utilizar diplomas y certificados que en conjunto tienen el objetivo de convertir las vivencias del consultante en una narración o relato con sentido, coherencia y realismo.

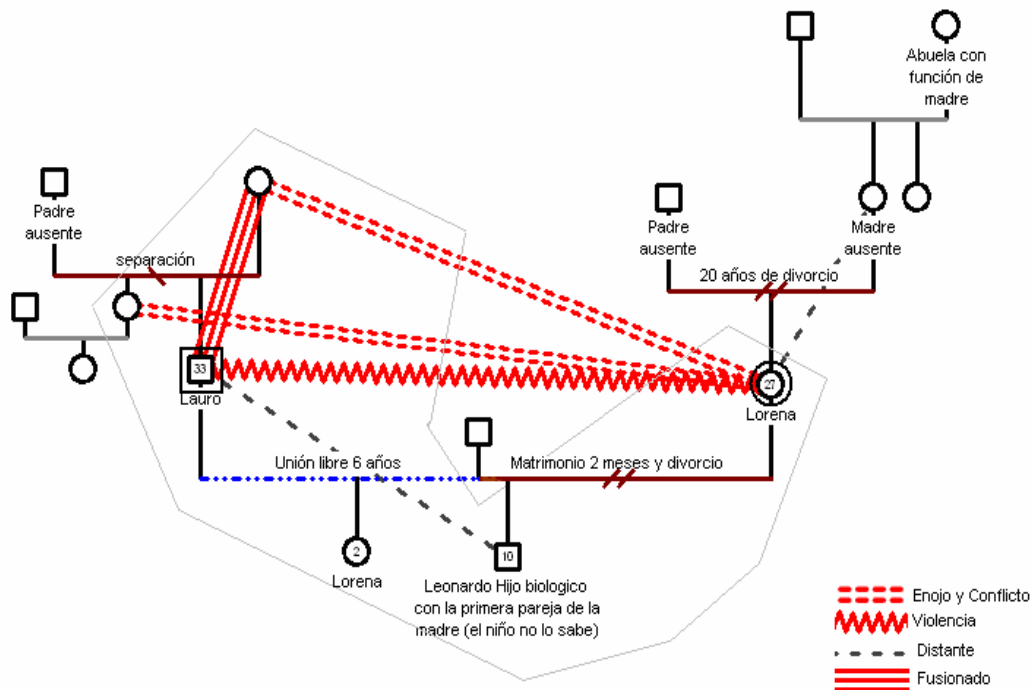
Después de describir los modelos derivados del posmodernismo, se hace notar que dentro de éstos toma particular importancia el lenguaje, la narración y la interacción social, entendiéndose que no nos es asequible el conocimiento objetivo o auténtico de una realidad inmutable. La narración preferida, es la transformación de la narración problemática que al mismo tiempo es la realidad vivida por quienes asisten a terapia.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3. TRABAJO CLÍNICO CON FAMILIAS. INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES

La intervención del Terapeuta Familiar Sistémico, incide en la resolución de los problemas que presentan las familias conceptualizándolas como sistema. Los casos que a continuación se describen fueron atendidos como terapeuta (tabla 5), los nombres de las familias fueron modificados para proteger su privacidad. Se clasifican en: 1) violencia de pareja, 2) adolescentes de familias monoparentales y 3) familias atendidas con modelos derivados del posmodernismo.

3.1. Violencia de pareja



Características de la familia:

Familia reconstituida que se compone de 4 miembros, el Sr. Lauro de 33 años y su esposa, la Sra. Lorena de 27 años, Leonardo de 9 años y la menor de 2 años. La Sra. Lorena tuvo un matrimonio previo con quien procreó a su primogénito. Sin embargo el padre biológico se desentendió del niño y de su esposa por lo que a los dos meses de convivencia, la Sra. Lorena regresó con su hijo a casa de su abuela. Al formalizar la relación con su actual pareja tramitó el divorcio con el padre de su hijo. La pareja convive en unión libre desde hace 6 años y procrearon una niña que actualmente tiene 2 años.

Características del tratamiento:

El caso se atendió en la Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala. Las Supervisoras fueron: Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky y Dra. María Suárez Castillo. La duración del tratamiento fue de 10 sesiones, del 30 de agosto del 2005 al 27 de febrero del 2006. El tratamiento se realizó con el Modelo Estructural. Las personas que asistieron a la consulta fueron los cuatro miembros de la familia.

Motivo de consulta:

El Sr. Lauro reportó que tenía problemas con su esposa, señaló que era “celosa, posesiva, le costaba trabajo comunicarse con la gente, no hacía amistades, era reservada, le gustaba que la gente estuviera con ella, que sentía que la hacían a un lado”. Esta conducta la presentaba desde hacía cuatro o cinco años. Al preguntarle por qué decidió buscar ayuda en ese momento, respondió que era porque llegaron a los golpes.

Hipótesis 1:

La familia de origen de cada miembro de la pareja presenta estilos de relación diferentes. Lauro al contar con un modelo de familia aglutinada mantiene una relación cercana con ésta por lo que muestra una mayor lealtad a su familia de origen. Lorena cuenta con un modelo de familia desligada, mismo que la hace centrarse en su propia familia presentando hacia ésta una mayor lealtad,

principalmente con su hijo Leonardo con quien siente que se hacen diferencias, así como con su hija Lorena. Los estilos de la pareja chocan, ya que cuando Lauro se acerca a su familia de origen, Lorena lo siente como una acción de deslealtad hacia ella y hacia sus hijos y cuando ella desea que Lauro se centre en su propia familia, éste se siente desleal con su familia de origen, tachando a Lorena de absorbente y posesiva. Ante éste conflicto de lealtades, cuando la tensión crece ocurren situaciones de violencia verbal o física que permiten a Lauro salir “con justificación” del sistema. Posteriormente cuando Lauro regresa compensa a Lorena con tiempo y espacio.

Objetivos de tratamiento:

- Nombrar la violencia tanto física como verbal
- Que la pareja desarrolle estrategias para el control de impulsos
- Propiciar el surgimiento de patrones más efectivos de comunicación
- Que se eliminen los eventos de violencia entre la pareja.

3.1.1. Síntesis, análisis y discusión teórico metodológica de la intervención

La hipótesis 1, toma en cuenta lo señalado por Minuchin (2004) quien refiere que los miembros de subsistemas o familias aglutinadas pueden verse perjudicados, dado el exaltado sentido de pertenencia, al requerirse un importante abandono de la autonomía. La carencia de una diferenciación en subsistemas, desalienta la explicación y el dominio autónomo de los problemas, en este caso se considera que el Sr. Lauro pertenece a este tipo de familia. Su esposa por el contrario proviene de una familia de tipo desligado, donde sus miembros pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia, carecen de sentimientos de lealtad, pertenencia, capacidad de interdependencia y para solicitar ayuda cuando la necesitan. Estos estilos contradictorios tienden a chocar en ambos miembros de la pareja, ya que implican expectativas no cubiertas. Se postula que a partir de estos estilos se generó un espacio de tensión que culminó en un episodio de violencia de pareja. Ambos participaron aventándose cosas, con golpes y jalones de cabello, en presencia de los niños. Por lo que el tema de la violencia fue el primer foco del tratamiento.

En la primera sesión, el Sr. Lauro refirió que respondió a una agresión de su pareja, quien le aventó un objeto a la cara. Ramírez (2004) señala que la violencia física es una invasión del espacio físico de otra persona y puede hacerse de dos maneras: mediante el contacto directo con el cuerpo de la otra persona, con golpes, empujones, jalones de cabello, forzar a tener relaciones sexuales. Es también limitar sus movimientos de diversas formas: encerrar, provocar lesiones con armas de fuego o punzo-cortantes, aventar objetos y en caso extremo producir la muerte. Otra forma de violencia física consiste en realizar actos violentos alrededor de la persona por ejemplo, romper objetos delante de ella. Se considera que la cólera de los hombres puede ser más atemorizadora y destructiva que la de las mujeres cuando asume la forma de la violencia física, debido a su mayor fuerza y tamaño (Papp, 1995).

Corsi (1994) señala que el tema de la violencia empezó a identificarse como un problema social grave a comienzos de los años 60, cuando algunos autores describieron el “síndrome del niño golpeado”. Posteriormente en los inicios de los años 70, la creciente influencia del movimiento feminista fue decisivo para atraer la atención de la sociedad sobre las formas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres.

Dentro del proceso terapéutico se propició el cambio de distancia entre la pareja. Al solicitarles se dirigieran el uno al otro y hacer que se sentaran juntos se proponía poner de relieve la significación de la díada (Minuchin y Fishman, 2004). Dentro de este marco el terapeuta asume una posición distante, es decir se apoya en su condición de especialista, dispone secuencias de interacción, promueve la escenificación de movimientos habituales o introduce novedades forzando a los miembros de la familia a relacionarse unos con otros en interacciones desacostumbradas.

Dentro del plano ético, al abordar en psicoterapia el tema de la violencia, se atribuye al golpeador la responsabilidad de la violencia e intimidación y a la mujer la responsabilidad de protegerse a sí misma, hasta donde sea posible (Goldner, Penn, Sheinberg y Walker, 1990). Ramírez (2004) señala que para asumir su responsabilidad, el hombre tiene que aceptar primero que es él quien genera y decide ejercer su violencia. Se considera importante que el hombre aprenda a centrarse en su propia experiencia, es decir, hablar de cómo generó su violencia, que se refiera a sí mismo y emplee en su discurso, la

palabra “yo”. Para el hombre, su violencia es un misterio, si no acepta que él mismo genera su violencia, no puede llegar a entender el proceso por el cual llega a ser violento. Para asumir su responsabilidad, necesita aceptar que él es quien decide ejecutar y detener su violencia. Si el hombre empieza a conocer su propio proceso y aprende a reconocer cómo decide desarrollar su violencia, está en posición de decidir no llevarla a cabo. Esto tiene la ventaja de poder desafiar asuntos relacionados con los secretos y le permite al terapeuta declinar invitaciones de ignorar, desacentuar o minimizar la violencia como un asunto importante. El tema de la violencia puede establecerse de inmediato como una prioridad a la que hay que dirigirse antes de trabajar otros asuntos o problemas en la relación.

La pareja describió el evento de violencia, ambos se sentían decepcionados de ellos mismos, el Sr. Lauro se describió como hipócrita y la Sra. Lorena que había fallado como pareja y a sus hijos. Así mismo ante la preocupación del Sr. Lauro acerca de que los episodios de violencia se hicieran normales, se les explicó en qué consistía el Ciclo de la violencia (Corsi, 1994) procurando explicarlo en forma sencilla para que fuera comprendido por los asistentes.

Se propició la apertura de límites entre la pareja al favorecer la interacción entre ellos, donde cada uno debía identificar las cualidades en el otro, no obstante Lorena se resistió a hacerlo. Al asistir los hijos, se establecieron límites entre el subsistema conyugal y fraterno ya que en las primeras sesiones el niño se sentaba en medio de la pareja, atento a los problemas que manifestaban. Se realizaron movimientos espaciales al colocar al padre y al hijo juntos e identificar la diferencia de estatura, señalando que “a personas grandes problemas grandes y a personas pequeñas problemas pequeños” y la metáfora de ubicación espacial de la familia donde se extrae al hijo del subsistema conyugal para que la pareja se enfoque a solucionar sus problemas y el hijo se integre al subsistema fraterno. Esta estrategia que toma en cuenta la geografía familiar, integra lo señalado por Minuchin (2004) al apuntar que cuando una familia acude a la primera sesión, la forma en que se ubican puede dar indicios acerca de las alianzas y coaliciones, centralidad y aislamiento. La ubicación proporciona una metáfora para la intimidad o la distancia entre las personas y puede constituir un modo efectivo de trabajar con los límites. La redistribución geográfica se utiliza como una técnica que dramatiza las descripciones de la familia. El terapeuta

puede decidir el cambio de asientos para unir o separar subsistemas, redistribuir el espacio para indicar un objetivo terapéutico: lograr que se produzcan transacciones sin interferencias. Si el terapeuta desea crear o consolidar un límite, puede conducir a los miembros de un subsistema al centro de la habitación. La manipulación espacial posee el poder de lo simple, su elocuencia gráfica esclarece el mensaje del terapeuta. En este caso, se diferenció al subsistema conyugal y fraterno, así como las tareas para cada uno de estos subsistemas. A partir de esta intervención el niño estableció un mayor contacto con su hermana, y la madre reportó que el ejercicio se trasladó también en casa, donde procuraba evitar que el niño se preocupara por problemas de grandes.

En la sesión 3, la pareja comentó que no habían peleado y que habían logrado comunicar sus molestias, alcanzar acuerdos y pedir disculpas. La madre señaló preocupaciones acerca de su hijo, quien no sabía que el Sr. Lauro no era su padre biológico, pero empezaba a hacer preguntas acerca de sus apellidos, ya que eran diferentes a los de su hermana, y la mamá consideraba que el niño “sospechaba algo”, además de que sentía que su pareja hacía diferencias con Leonardo, dándole preferencia a su hija. Para reforzar el subsistema parental se propiciaron interacciones padre-hijo en la sesión 4. El padre se mostró muy conmovido ante esta estrategia ya que el niño señaló que sentía que su papá no lo quería y que sólo quería a su hermanita y por eso la agredía, a lo que su papá le reiteró conmovido el gran amor que sentía por él. En la sesión 5 el Sr. Lauro señaló que habían asistido a un retiro y se dieron cuenta “*de muchas cosas*”, “*antes decía voy a ir a terapia a ayudar a mi esposa para que reconozca sus errores, pero tenía que reconocer primero los míos*”. La pareja había establecido un acuerdo en lo familiar, ella iba a convivir más con su familia y él más con la familia de Lorena. Se fomentó la apertura de canales de comunicación entre ellos, donde cada uno señaló el tipo de apoyo que esperaba del otro y se comprometió a realizarlo.

En la sesión 6 la pareja señaló que no se habían presentado discusiones entre ellos, había más diálogo, le estaban echando ganas para rescatar la relación. Lo habían logrado, hablando, pidiéndose disculpas, respetando a la familia del otro, sin criticarla. El Sr. Lauro señaló que no había presionado a su pareja para que visitara a su familia, sin embargo Lorena lo veía un poco distante, y poco cariñoso. La madre nuevamente expresó su

preocupación acerca de su hijo, no se sentía capacitada para responder todas sus preguntas y lo veía un poco rebelde. El Sr. Lauro expresó sus temores de que el niño supiera que él no era su padre biológico. Se les pidió imaginaran posibles contextos, tanto positivos como negativos de la posible reacción del niño, cuando decidieran explicarle acerca de su padre biológico y que platicaran qué harían como pareja ante cada uno de estos contextos. Se normalizó la incertidumbre de la pareja y se les informó acerca de los posibles riesgos al posponer hablar con el niño. Se destacó el papel de Lauro como “padre de crianza” y se hizo notar lo positivo de que el niño conociera el secreto antes de entrar a la adolescencia. Al respecto, Rotenberg (2001) analiza las implicaciones de que los hijos adoptados se enteren durante la adolescencia de su condición. Indica que la adolescencia es una etapa en la cual se reactivan conflictos anteriores y es un periodo atravesado por crisis de identidad. Todo adolescente debe responderse a preguntas existenciales, además que la adolescencia es una etapa de duelos: el duelo por el cuerpo infantil, el duelo por los padres idealizados de la infancia, el duelo por el sentimiento de protección absoluta. Pero se complejiza un poco más porque también se reactivan duelos anteriores, donde el abandono de un padre es un duelo. En la adolescencia, se presentan nuevas búsquedas, se reactivan los temores y los adolescentes “prueban” constantemente a los padres, desafiándolos una y otra vez. Momento álgido en que los hijos cuestionan a los padres, se enfrenta para discriminarse, para que en esa metamorfosis surja un individuo adulto, con una identidad propia. Se considera que “para todos los padres la adolescencia de sus hijos es una etapa difícil y peor para los adoptantes, la oposición y actitud desafiante del adolescente, puede ser interpretada, como una pérdida definitiva (y no como una etapa transitoria y normal) porque se lo mira nuevamente desde el ángulo de la adopción, como si esto fuera aun estigma que quedara siempre interfiriendo el vínculo” (Rotenberg, 2001, p. 45).

Cuando los adolescentes adoptados se oponen a los padres, pueden llegar a decirles “ustedes no tienen derecho porque no son mis padres”, ante esta afirmación, los padres pueden tomar esas palabras como “una verdad indiscutible” y quedar paralizados y sometidos a ese “dictamen”, en lugar de comprender que es un intento de diferenciación, que les demuestren que los “re-adoptan” (Rotenberg, 2001). Dentro de las estrategias terapéuticas, se asumió una posición distante, al indicar las diferencias entre las actitudes en la niñez y en la adolescencia. Por la preocupación de la madre acerca de su hijo, quien no

sabía que el Sr. Lauro no era su padre biológico, el foco de atención se trasladó hacia el tema del efecto del secreto en la relación de la pareja y en la relación padre-hijo de crianza, desarrollándose la siguiente hipótesis 2:

El tema de la paternidad del Sr. Lauro respecto a Leonardo, al mantenerse en secreto promueve dificultades en la relación de pareja, donde la Sra. Lorena interpreta las actitudes de su pareja hacia el niño, como un modo de hacer diferencias y de rechazo. Ante estas interpretaciones se desvía la necesidad de desvelar el secreto y ante lo no dicho se generan molestias entre la pareja, que culminan en diferentes tipos de violencia tanto verbal, como emocional. Este secreto influye en la relación padre-hijo, donde el padre se protege emocionalmente al tratar de no apegarse a un niño que siente que en un momento dado “puede querer irse con su verdadero padre”, trato que es interpretado por la Sra. Lorena como un modo de relación distinto hacia quien “debería ser tratado igual que a un hijo verdadero”, considerando este trato distinto, como un modo de rechazo hacia el niño, hacia ella y hacia su pasado.

La sesión 7 se orientó al tema de cómo explicarle a Leonardo acerca de su origen. El Sr. Lauro comentó que tenía miedo de que el niño conociera a su padre biológico y lo fuera a cambiar por él, afirmó que evitaba vincularse cercanamente al niño, “porque si se enterara, a lo mejor lo dejaría por su padre biológico o le diría que él no es su padre”, señaló que tenía miedo de perderlo. Se les brindó consejo especializado entregándoles un decálogo (anexo 3) elaborado por quien reporta, acerca de cómo platicarles de su origen a los hijos adoptivos, el cual fue leído y comentado en la sesión. La pareja señaló que las sugerencias los habían tranquilizado. En posterior sesión, Lauro destacó que a lo mejor no decirle a su hijo tenía que ver con sus problemas de pareja, que tenía miedo de que su hijo supiera la verdad, pero que a lo mejor era para cuidarse él, y que esta actitud era interpretada por Lorena como que él no quería al niño, lo cual era fuente de problemas con ella.

Atendiendo las características del genograma, se identificó que la Sra. Lorena atravesó por separación matrimonial, después de 2 meses de casada con su primera pareja y un divorcio posterior. Se considera que el divorcio afecta la vida de una mujer más drásticamente que la de su ex marido, ubicándolas en posiciones vulnerables que pueden promover que busquen un nuevo matrimonio y establezcan una familia reconstituida

(Carter, 1995). Uno de los dilemas especiales para las mujeres, se hace evidente ante el divorcio y el nuevo matrimonio (McGoldrick, 1995). Robinson (1993) señala que algunos pasos que requiere la familia ante un nuevo matrimonio son:

1. Integrarse en una nueva relación, lo cual implica recuperarse del primer matrimonio, incluyendo un divorcio emocional.
2. Conceptualizar y planificar un nuevo matrimonio y familia, lo cual involucra aceptar los miedos de ambos miembros de la pareja y de los niños acerca de formar una nueva familia. Aceptar la necesidad de tiempo y paciencia para ajustar la complejidad y ambigüedad ante nuevos roles, hogar, espacios, tiempo, autoridad, culpa y conflictos no resueltos.
3. El nuevo matrimonio y la reconstrucción de la familia incluye la conclusión del apego hacia el esposo previo y renunciar al ideal de la familia intacta y la aceptación de un diferente modelo de familia. El nuevo matrimonio puede generar en los hijos reacciones y sentimientos muy variados (Urdaneta, 1994).

Algunos padres, debido a sus sentimientos de culpa o temor al rechazo por parte de sus hijos, llegan a negar el hecho de tener una pareja o de haber contraído nupcias. El hijo puede enterarse por otras fuentes de la situación, percibiendo a su padre como un mentiroso y poco confiable. El ocultar la verdad crea confusión acerca de los sentimientos de su progenitor, genera hostilidad y resentimiento. Este puede considerarse otro factor de riesgo para la familia atendida, dado que los hijos no estaban enterados de que pertenecían a una familia reconstituida.

La sesión 8 continuó con el tema de cómo explicarles a los niños adoptivos acerca de su origen. Rotenberg (2001) indica que hay una fantasía frecuente que consiste en pensar que si no se habla de los padres biológicos, el niño no sentirá necesidad de saber quiénes fueron. “si no se sabe, no se sufre”. Otras veces, los padres sienten como una obligación el tener que contárselo a sus niños porque “la psicóloga dice que el niño lo sabe inconscientemente”, pero no es lo que ellos desearían hacer, o no están preparados emocionalmente para hacerlo en ese momento y el tiempo de los padres es una variable a respetar, tanto como el tiempo del hijo. Existe el temor de que “se entere por otros”, que no son sus padres y que el hijo les pierda la confianza. Cuando esto sucede y los padres no

están totalmente convencidos, se corre el riesgo de dar información compulsivamente, sin escuchar lo que el hijo pregunta. No se debe perforar la mente con la supuesta “verdad” a quien no está capacitado para asimilarla, sobrecargando a los niños con información excesiva e inadecuada, diciendo más de lo que pueden entender. Se considera que en estos casos, los niños podrán asimilar la información en la medida en que los padres lo hayan hecho previamente.

En el discurso de la Sra. Lorena, se identificó que le atemorizaba explicarle a su hijo acerca de su primer matrimonio, tenía temor de ser juzgada. Urdaneta (1994) ofrece algunos lineamientos para explicar la separación de los padres a los hijos. Señala que dar esta explicación depende de la edad del niño, madurez, capacidad de comprensión y, en general, de las situaciones relacionadas con la separación. Una correcta y buena explicación puede ser dada por ambos padres, en forma separada o conjunta, dependiendo del grado de relación o entendimiento entre los mismos. Se señala que es importante no ser evasivo, utilizar frases muy sencillas y sobre todo ser sinceros. Se le debe asegurar al niño que fue producto de un gran amor entre sus padres, que se casaron enamorados, pero que empezaron a tener diferencias en la manera de pensar, en sus gustos y caracteres, sintiéndose infelices estando juntos, para estar mejor decidieron vivir cada uno en una casa diferente. Los padres deben ser comprensivos ante la reacción del niño y tratar de demostrarles que los entienden.

Para la siguiente sesión, la pareja reconoció cambios en su relación de pareja, indicando que se habían controlado más, que hacían pausa y luego aclaraban las cosas. Se realizó la pregunta de escala y señalaron que al iniciar la terapia se encontraba en un 3 y en ese momento en un 7. Se identificaron los lados fuertes de la pareja y como padres. En la décima sesión la pareja manifestó nuevamente conflictos entre ellos, Lorena aclaró que para ella no les afectaba el secreto, sino la influencia de otras personas refiriéndose a la familia de su esposo, ya que éste mostraba más lealtad hacia ellos que hacia su familia, Lauro se mostró sorprendido o tal vez molesto con la evaluación que hizo su esposa acerca de sus avances en terapia, ya que él sentía que estaban bien como pareja. Para abrir los límites entre ellos se les pidió indicaran lo que esperaba uno del otro, se normalizaron las

altas y bajas en las relaciones y se validaron las molestias que sentían cada uno acerca del otro. Sin embargo a partir de esa sesión la familia dejó de asistir.

Entre los objetivos de la sesión 11, se planeaba analizar y cuestionar el tema del sobreinvolucramiento de Lauro con su familia de origen, así como evaluar la flexibilidad del subsistema conyugal en cuanto a aceptar nuevos estilos de interacción, donde Lauro planteara la posibilidad de darles prioridad a su esposa e hijos. Hasta la sesión 10, la pareja había mostrado disposición, pero poca flexibilidad para cambiar los estilos de interacción con la familia extensa. Lauro deseaba mantenerse muy involucrado con su familia de origen, probablemente como un recinto de apoyo ante sus problemas de relación, Lorena se mostraba desmotivada a continuar aceptando esta situación y quizá, veladamente se orientaba hacia la escisión de la pareja.

Posiblemente la insistencia de Lorena en cuanto a dejar el tema del problema en la relación y orientarse al tema de su hijo y el secreto, representaba un estilo conyugal de desviación del conflicto, y Lauro ante la percepción de que su pareja deseaba abandonarlo (lo cual no fue mencionado, pero sí percibido en la conversación con Lorena) asistió a terapia con el objetivo, más de no perderla que de cambiar su estilo, ya que la idea inicial y la de su familia de origen, era que la del problema era ella.

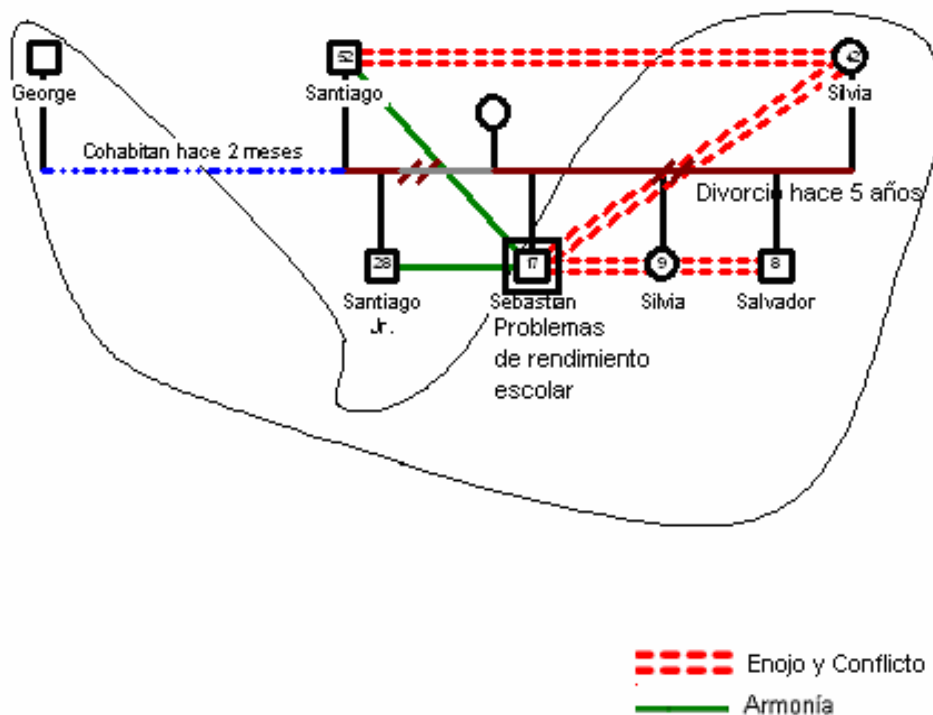
La pareja dejó de asistir en las tres sesiones subsecuentes, se les dejó recado de sus siguientes citas, sin embargo no se comunicaron hasta dos meses después de la última sesión. Lauro señaló que durante ese tiempo, la pareja había tenido un conflicto y dejado de hablarse, por lo que ya no habían asistido a sus citas. Se le comentó que de acuerdo con las reglas del servicio se les había dado de baja, aunque se les invitó a solicitar nuevamente la terapia, brindándoles los datos necesarios.

Se considera que entre las habilidades del terapeuta, no sólo se encuentran tratar de satisfacer las demandas de la familia, sino evaluar el tema que debe tener prioridad. Sería importante metacomunicar cuando ambos miembros de la pareja parezcan encontrarse en una posición donde cada uno considere tener la verdad, dado el riesgo de no tomar acuerdos y de sacrificar su relación. Asimismo puede identificarse que el deseo de la familia de tratar temas diferentes al del conflicto de pareja, puede considerarse como un estilo de la

pareja para desviar el conflicto. Si el terapeuta acepta esta invitación se presenta el riesgo de que actúe de modo isomórfico al estilo particular de la pareja y se respalde el aumento explosivo de los niveles de tensión entre ellos.

3.2. Adolescentes de familias monoparentales

Se presentaron dos familias para esta categoría, la primera:



Características de la familia:

Familia reconstituida de 5 miembros, formada por la Sra. Silvia de 41 años y su pareja George, con quien cohabitaba hacía 2 meses de iniciado el proceso terapéutico. La Sra. Silvia tiene 3 hijos: Sebastián el paciente identificado de 17 años, Silvia de 9 años y Salvador de 8 años. La Sra. Silvia tenía 5 años de divorciada y su ex esposo mantenía contacto ocasional únicamente con Sebastián (una vez cada 2 meses, aprox.).

Características de tratamiento:

El caso se atendió en la Clínica de Terapia Familiar CCH Azcapotzalco. La supervisora fue la Maestra Juana Bengoa González. La duración del tratamiento fue de 5 sesiones, del 28 de marzo al 31 de mayo del 2005. El tratamiento se realizó siguiendo los lineamientos del Modelo de Milán. Las personas que asistieron al tratamiento fueron la madre y su hijo.

Motivo de consulta:

El motivo de consulta fue que la Sra. Silvia reportaba problemas en la relación madre-hijo y académicos por parte de Sebastián quien faltaba a clases y no hacía la tarea, perdiendo el segundo semestre, por lo que se encontraba recursándolo.

Hipótesis:

La relación entre la madre y su hijo ante la salida del padre podría haberse caracterizado como de amalgamamiento, donde, la madre tomó a su primogénito, como figura masculina, que cumplía una función de apoyo y de representación del padre, dándole a Sebastián ante sus hermanos una jerarquía equivalente a la de un padre.

Sin embargo al entrar Sebastián a la etapa adolescente se empezaron a establecer dificultades para adaptarse a un nuevo modo de relación, dado que Sebastián no estaba cumpliendo con las expectativas de su madre en cuanto a apoyo, compañía, académicas y conductuales. Estas conductas lo hacían ver ante la madre como desagradecido y desleal colocándolo en una posición periférica tanto con su propia familia, como con la familia extensa, donde la madre se alejaba emocionalmente de su hijo. Este último se mostraba grosero, rechazante, poco dispuesto al diálogo y aislado.

Aunado a lo anterior la poca flexibilidad del sistema podría mantenerse porque la Sra. Silvia ante “la rebeldía” de Sebastián había sentido que debía colocarse en una posición jerárquica mayor y mantener una posición de mujer fuerte, de “mujer que no necesita un hombre para sacar a su hijos adelante”. Sin embargo al tratar de asumir el papel del padre mostraba ambivalencia, siendo a veces demasiado fuerte, gritando, diciendo groserías, alterándose, posición que era descalificada por Sebastián al identificar ésta acción como el intento de tomar el estilo del padre-expulsado; y en ocasiones la madre se mostraba demasiado débil, cediendo, mostrándose consecuente o consentidora y no cumpliendo cabalmente con los castigos que había impuesto. Sebastián al

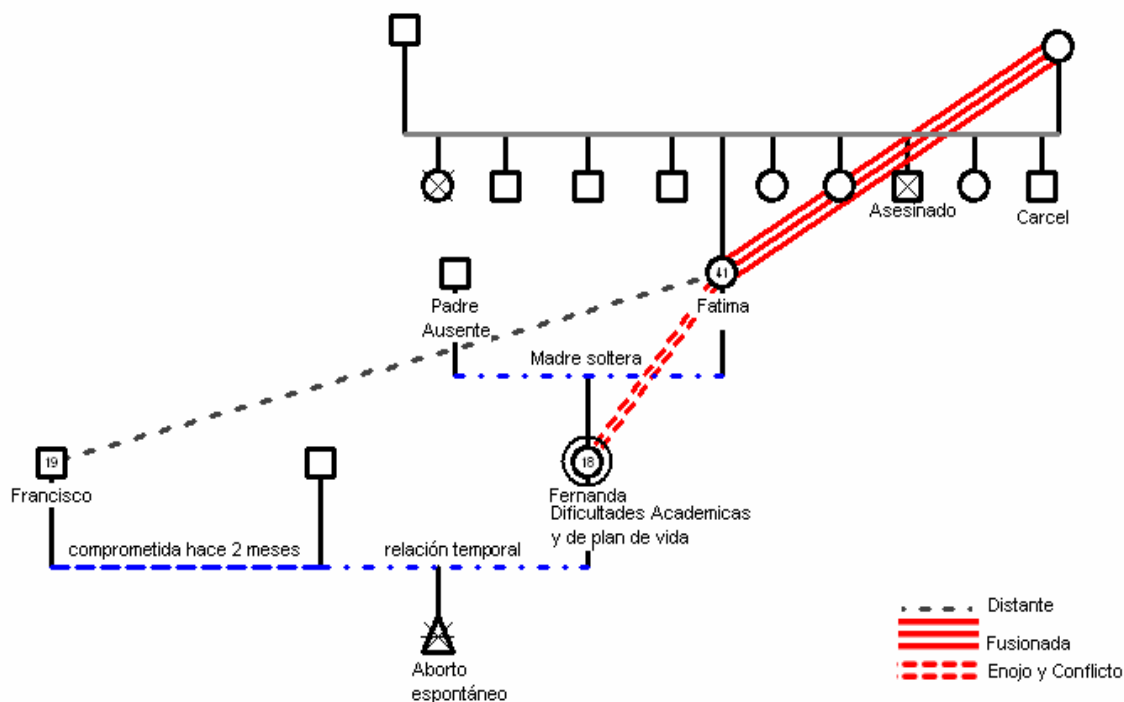
mantener su posición de “rebeldía” obtenía beneficios ya que después de hacer sentir incompetente a su madre, ésta lo compensaba, entonces Sebastián recuperaba temporalmente los beneficios en cuanto a permisos, monetarios y de jerarquía.

Objetivos de tratamiento:

- Mejorar la relación madre-hijo
- Evidenciar la actitud de sacrificio de Sebastián al ser leal a la figura de su padre

3.2.1. Adolescentes de familias monoparentales.

La segunda familia presentada:



Características de la familia:

Familia monoparental que consta de 2 miembros, la madre de 41 años y su hija Fernanda de 18 años que cursa el 6° semestre del CCH.

Características de tratamiento:

El caso se atendió en la Clínica de Terapia Familiar CCH Azcapotzalco, siendo la Maestra Juana Bengoa González la supervisora del caso. El tratamiento tuvo una duración de 6 sesiones, del 28 de febrero al 15 de agosto del 2006, siguiendo los lineamientos del Modelo de Milán. Asistiendo al tratamiento la madre y su hija.

Motivo de consulta:

En la solicitud de servicio de Psicología de la escuela se señala que la alumna presenta problemas de bajo rendimiento académico. En la entrevista telefónica con Fernanda se reportaron dificultades en la relación madre-hija “ya que no se llevaban bien”, esto ocurría desde hacía 6 meses, por diferencias en opiniones, comentó, “*mi madre quiere que yo haga lo que ella no hizo*”.

Hipótesis 1:

Fernanda al pertenecer a una familia de tipo aglutinado fue guiada por fuertes figuras de autoridad (abuelos, tíos, madre), mismas que le impedían la toma de decisiones. Al haber carecido de una figura paterna cálida ha buscado parejas con características protectoras donde pueda seguir siendo guiada para no tomar decisiones. Ahora en su adolescencia y ante su mayoría de edad debe enfrentar decisiones vitales, sin embargo al fracasar y mostrar incapacidad, se le permite seguir tomando un papel infantil, de modo que la madre pueda seguir sintiéndose útil y funcionando como madre-guía. Al morir su bebé nonato se eliminó el riesgo de que Fernanda saliera prematuramente del hogar, por lo que esta muerte puede implicar alivio, y a la vez sentimiento de culpabilidad de la madre y la hija (duelo no resuelto), la eliminación del “problema” pudo funcionar como un sacrificio de Fernanda para no salir del hogar, a su vez sus conductas de fracaso son un sacrificio que evitan el riesgo que podría implicar para su madre quedarse sola (ciclo vital de nido vacío) lo cual podría incluir riesgos en la salud mental de la madre, quien se encuentra controlada en tratamiento psiquiátrico.

Hipótesis 2

Fernanda y su madre se sienten enojadas al no alcanzar las expectativas que mantenían, la primera por ser madre y la segunda que esperaba tener una hija madura y encaminada en el estudio.

Fernanda al encontrarse en una etapa de duelo no resuelto ante la pérdida de su bebé (por quien señala estaba dispuesta a luchar y sacarlo adelante) sintió que no valía la pena luchar y salir adelante, mostrando conductas inmaduras, donde miente, ha dejado sus estudios, castigando de este modo a su madre por haber estado en un inicio en contra de la vida del bebé.

Hipótesis 3

La madre puede considerar hereditario el sino del abandono de la pareja y de la madre soltera, por lo que trata de afianzar la unión de su hija y su novio mediante leyes civiles y religiosas. Al haber límites rígidos entre madre e hija, no pueden llegar a acuerdos, la hija guarda sus enojos y castiga a la madre con conductas rebeldes, inmaduras, inseguras y de dependencia, y la madre se siente incomprendida y poco valorada.

Objetivos de tratamiento:

- Propiciar el desarrollo de fortalezas en la madre ante la etapa del ciclo vital de nido vacío
- Mejorar la relación madre-hija
- Mejorar la autoestima en Fernanda, lados fuertes
- Evidenciar la actitud de Fernanda de búsqueda de un padre-esposo
- Eliminar temores en la salud mental de Fernanda.

3.2.2. Síntesis y análisis teórico metodológico del tratamiento.

El tratamiento con adolescentes implica tomar en cuenta, las características particulares de esta etapa. La adolescencia se contempla como una transformación social, más que biológica y el enfoque psicosocial constituye el único modo provechoso de conceptualizar sus problemas y anticipar las posibilidades de un tratamiento eficaz (Fishman, 1990). La adolescencia, no existe independientemente de un contexto social definido, tomando en cuenta que hace cien años nuestros abuelos no concebían ni experimentaban la adolescencia tal como hoy lo hacemos. Después de la Primera Guerra Mundial, los soldados jóvenes comenzaron a percibirse a sí mismos como miembros de una clase distintiva y explotada, posteriormente quisieron conservar su carácter diferente y rebeldía,

como una forma de auto diferenciación protectora y para distanciarse de la generación de sus mayores que estaban mando (Fishman, 1990). Los problemas que pueden presentar los adolescentes en su familia, se relacionan con la identidad, la competencia social y los problemas de separación, aspectos que surgieron en los casos que a continuación se analizan.

La atención de las dos familias se desarrolló tomando como fundamento el modelo de Milán, al identificarse mitos persistentes en la familia. En el caso del hijo adolescente: la lealtad hacia el padre expulsado, y la idea por parte de la madre de que “la mujer puede sacar a sus hijos delante sola”. Mientras que con la hija adolescente, la madre creía que debía controlar a su hija para que saliera adelante y la hija consideraba que la debían rescatar porque no podía sola. La firmeza de los mitos familiares, ante momentos de transición, colocan a las familias dentro de una pauta repetitiva de tensión y descalificación mutuas, entre la madre y su primogénito. Se identificó en ambos casos el auto sacrificio a favor de la homeostasis: el hijo adolescente quien se mantenía leal a la imagen del padre y leal a la imagen de los hombres de su familia (quienes tendían a mostrarse irresponsables y superiores a las mujeres) sacrificando su futuro y sus propios proyectos. La hija adolescente, tendía a mostrarse irresponsable e incapaz como un modo de sacrificarse para mantener ocupada a su madre y evitarle una recaída, siendo que se encontraba controlada en tratamiento psiquiátrico desde hacía 5 años.

Selvini (et al., 1994) parte de una primera hipótesis. “La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores” (p.13). Su segunda hipótesis indica que las familias que presentan conductas tradicionalmente diagnosticadas como “patológicas” se rigen por reglas peculiares que llevan a relaciones patológicas. Por lo tanto para poder influir sobre los síntomas en el sentido del cambio se debía intentar cambiar las reglas. Como estos autores señalan, los sistemas patológicos se caracterizan por repetir compulsivamente las soluciones memorizadas al servicio de la homeostasis. En el caso de Sebastián, la madre seguía tratando de “*hacerse la fuerte*”, ya que debía “*sacar a sus hijos adelante sola*”, con sus actos trataba de homologar la conducta del padre, mostrándose “*gritona, grosera y confrontativa*”, no obstante su hijo la descalificaba constantemente, señalando que “*ese*

papel no le quedaba” y mantenía su pauta de rebeldía, aunque el costo fuera ser expulsado del sistema al igual que su padre. La firmeza en las pautas, también se manifestaron en el caso de Fernanda, quien al involucrarse en relaciones inestables, había mostrado indicios de “tratar de escapar” de la díada madre-hija tan fuertemente sostenida, aunque sin dejar de presentarse como incompetente, y la madre ante la dificultad de transitar hacia la etapa del ciclo vital de nido vacío, se mantenía ocupada en controlar tiempo y espacio de su hija, lo cual generaba tensión y desgaste entre las dos.

Para el caso del hijo adolescente, al identificarse hasta la tercera sesión, pocos cambios en el estilo de interacción familiar, se connotó positivamente el no cambio. Utilizando la estrategia del equipo de Milán, se colocó a todos los miembros de la familia en un mismo nivel para evitar involucrarse en alianzas. Se connotó positivamente tanto el síntoma del PI, como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros, por ejemplo, que los comportamientos observados aparecen inspirados por el común deseo de mantener la unión y la cohesión del grupo familiar. El mensaje que se le dio a la familia fue que su modo de relación se presentaba como un modo de mutuo sacrificio, donde la madre sacrificaba su tranquilidad al tratar de asumir el estilo de su padre y el hijo se sacrificaba al mantenerse leal al mismo. Como señala Selvini (et.al., 1994) “La función primaria de la connotación positiva de todos los comportamientos observados en el grupo aparece como la que puede facilitar a los terapeutas el acceso al modelo sistémico” (p.68), al no identificar a ningún miembro como causante o culpable de lo malo que ocurre en la familia. La estrategia incluyó situar a todos los miembros en un mismo plano en cuanto a complementario, confirmar la línea homeostática del sistema y mostrar aceptación del mismo. Al connotar positivamente la tendencia homeostática se promovió paradójicamente la capacidad de transformación. En sesión posterior, se identificaron cambios en los dos miembros de la familia, la madre se mostró más tranquila, con capacidad de escucha y para establecer acuerdos, mientras que el hijo se mostró dispuesto a no responder agresivamente a su madre, además de otorgarle un presente, atención que su hijo no había tenido anteriormente, lo cual la madre describió como un cambio satisfactorio y sorprendente.

En la sesión 5, se estableció un ritual de transición, dado que al hijo adolescente se le quería seguir tratando como un menor y muy pronto accedería a la mayoría de edad.

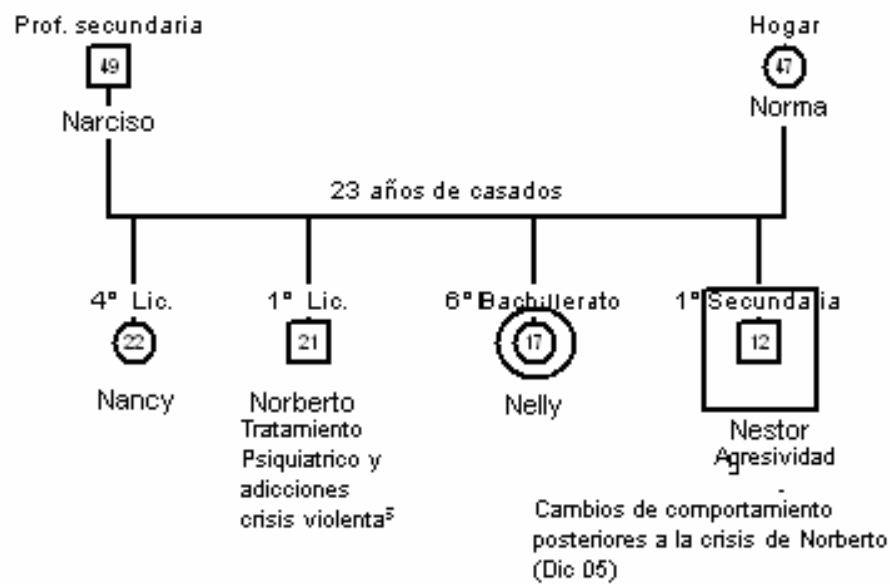
Para establecer el ritual, Selvini (et.al., 1994) señala que al conocer la historia de la familia deben identificarse eventos que dan lugar a mitos, es decir ideas fijas y no cuestionadas que comparten los miembros de la familia. El mito se fundamenta en una creencia compartida actuando como piedra angular para el mantenimiento de la homeostasis del grupo. En ambos casos, el mito parecía ser que al hijo debía seguirse guiando como a un niño, y el adolescente se mantenía actuando como un niño rebelde o incapaz, por lo que en las dos familias se prescribieron rituales para propiciar la transformación de las reglas del juego familiar. Se define que el ritual es la prescripción de un juego cuyas normas nuevas tácitamente sustituyen a las precedentes, el ritual se formuló incluyendo a todos los miembros de la familia, estableciendo horario, ritmo, fórmulas verbales y secuencia.

En el ritual se estableció que el hijo debía despedirse de su infancia regalando un juguete a sus hermanos e identificar qué cambios tenía que hacer al acercarse a la vida adulta. En periodo posterior al vacacional, se realizó el contacto telefónico con la Sra. Silvia, con el propósito de concertar la siguiente cita con la familia. El objetivo de la sesión sería evaluar los resultados del ritual y la consolidación del cambio en la relación madre-hijo. Sin embargo la Sra. Silvia reportó que con la terapia había logrado mejorar la relación con su hijo, identificar que su hijo tenía muchos aspectos positivos, tales como no estar en problema de adicciones, le gustaba hacer ejercicio y estaba dispuesto a apoyarla más con sus hermanos pequeños, a su vez, ella estaba logrando apegarse a las reglas que había establecido con él. La Sra. Silvia deseaba darle gracias personalmente al equipo, aunque le sería imposible por no desear llegar tarde a su trabajo. Se procedió a llenar el formulario de evaluación del tratamiento, siendo evaluado positivamente, por lo que el caso se dio de alta. Se puede considerar que durante la evolución del tratamiento, las estrategias utilizadas permitieron promover cambios útiles para la familia. En caso de que los cambios persistan durante el tiempo, la familia puede asumir que ha logrado sus objetivos de tratamiento.

En cuanto a la familia de Fernanda, los rituales utilizados se enfocaron a destacar como desgastante al sobreinvolucramiento de la díada madre-hija, y con posibilidad de ser liberado, promover la sana separación madre-hija y abrir el dialogo en temas como, la capacidad, el desarrollo personal y la esperanza. Los rituales fueron realizados con disposición y jovialidad por las pacientes. El análisis de las ideas que surgieron a partir de

los rituales fueron motivo de apertura en la comunicación y transformación de las pautas de comportamiento, donde ante la emancipación de la hija, la madre mantenía una posición, cordial, de apoyo y tranquilidad. La hija, se mostró dispuesta a la responsabilidad, comunicación y con planes a futuro. El caso se dio de alta en la octava sesión.

3.3. Familia multiproblemática, con miembro psicótico



Características de la familia:

Familia nuclear compuesta por los padres Narciso de 49 años, su esposa Norma de 47 y 4 hijos. Nestor presentaba agresividad y cambios de comportamiento.

Características de tratamiento:

El caso se atendió en la Clínica de Medicina Familiar “A” Tlalnepantla, ISSSTE. La supervisión la llevó a cabo la Maestra Rosario Espinosa Salcido. El 30 de marzo del

2006, se desarrolló la única sesión, siendo el objetivo inicial conocer a profundidad las características tanto de la familia, como del caso, para decidir el modelo de atención a utilizar, tratando de introducir elementos del modelo narrativo¹. Asistieron a la sesión ambos padres.

¹ Se considera que por las características de la familia no fue posible aplicar las estrategias del modelo narrativo durante esa única sesión.

Motivo de consulta:

La madre reportó que su hijo Néstor decía cosas sin sentido, blasfemias y se ponía agresivo, esto ocurría desde que su hermano Norberto, en diciembre del año anterior presentó una crisis, durante la cual se cercenó los dedos de una mano, por lo que lo hospitalizaron y lo canalizaron a psiquiatría. Quienes estuvieron presentes ante la crisis fueron Néstor y Nelly, la Sra. señaló que cuando regresó a su domicilio “*todo estaba lleno de sangre*”, esta situación había afectado a todos incluso a ella a quien se le dificultaba dormir. A partir del problema tuvieron que cambiarse de domicilio. Respecto a Norberto nació sin orejas por lo cual muestra mucho enojo contra ambos padres, al considerarlos responsables de su problema, se muestra muy resentido y presenta mucha agresividad, tiene problemas de alcoholismo, le dan crisis en las que se pone “*muy loco y violento*”, los arremete a todos y se agrede a sí mismo.

3.3.1. Síntesis, análisis y discusión teórico metodológica de la intervención

La Sra. Norma se presentó muy sobrecargada por los problemas de su familia y en particular por la crisis violenta que presentó su hijo Norberto. El padre consideraba que su hijo los trataba de chantajear. Dentro del relato se procuró externalizar el problema, señalando el efecto del fantasma de la depresión en la familia, sin embargo, la familia permanecía envuelta en el relato saturado de problemas, con poca disposición a escuchar.

Como mensaje se les recalcó que la familia estaba padeciendo por el fantasma de la depresión, donde cada uno estaba siendo afectado de diferente manera por éste. La madre

que mostraba una gran tristeza y enojo hacia su hijo, el padre quien no sabía como acercarse a Norberto a quien se le parecía tanto y deseaba salir del hogar.

Néstor y Nelly dominados por el fantasma de la depresión y Norberto haciendo un esfuerzo por mantener unida a la familia. Se les recomendó tomar medidas drásticas y diferentes para vencer al fantasma de la depresión. El caso se dio de baja al dejar de asistir y ser imposible la comunicación vía telefónica.

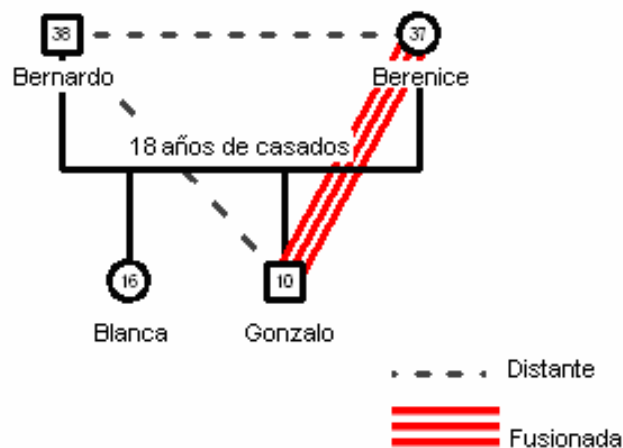
Observaciones

La familia multiproblemática requiere el apoyo de otros profesionales además del psicólogo, tales como el psiquiatra, el médico y el trabajador social, por lo que el pronóstico de evolución favorable se ve limitado ante la falta de disposición de la familia para atenderse de manera periódica en los diferentes sistemas profesionales. En este caso la familia se presentó en estado de crisis, se mostraba sobrecargada por los problemas que enfrentaba, con dificultades para mantener la atención y concentración. Al descargar largamente sus vivencias y preocupaciones, tomaron la terapia más como un desahogo, que con el deseo de mantener un tratamiento (la sesión duró un poco más de dos horas).

3.4. Familias atendidas con modelos derivados del Posmodernismo

3.4.1. Familias con niños que presentan dificultades en el control de esfínteres.

Se presentaron dos familias con esta condición, la primera:



Características de la familia:

Familia nuclear que consta de 4 miembros, el Sr. Bernardo de 38 años y su esposa la Sra. Berenice de 37 años, Blanca de 16 años y Gonzalo de 10 años. La pareja tiene 18 años de casados.

Características de tratamiento:

Se llevó a cabo en la Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala. La Supervisora fue la Dra. Xóchitl Galicia Moyeda. La duración del tratamiento fue de 6 sesiones del 27 de octubre del 2005 al 30 de enero del 2006. La atención se realizó con el Modelo Narrativo. Asistiendo a la consulta los cuatro miembros de la familia en las primeras dos sesiones y en las restantes, la madre y el niño.

Motivo de consulta:

La Sra. Berenice reportó que su hijo Gonzalo presentaba problemas de ansiedad, se hacía del baño, era nervioso, decía quererse matar, situación que se presentaba tanto en casa, como en la escuela. Ocurría desde que el niño tenía 3 años. Como antecedente de tratamiento, los padres fueron a la escuela para padres, donde les daban pláticas cada 8 días acerca de la educación infantil. Le realizaron al niño un reporte psicométrico donde los resultados indicaron niveles significativos de ansiedad.

3.4.1.1. Síntesis, análisis y discusión teórico metodológica de la intervención

Los abordajes narrativos presuponen que las personas viven sus vidas a través de historias, que organizan y dan sentido a su experiencia. Cuando los consultantes asisten a terapia, presentan problemas, los cuales son concebidos como existentes dentro del lenguaje, capturados en las historias dominantes, las cuales son co-creadas dentro de las comunidades lingüísticas y acordes con ellas (Grandesso, 2002). La historia dominante que lleva a terapia el consultante, incluye una selección de eventos a través del tiempo.

En esta familia la trama narrada por la madre incluía una visión de su hijo como desvalido, lo que inició desde antes de que el niño naciera, siendo su embarazo de alto

riesgo. Al nacer “*se le dificultaba tomar la teta, por tener dedos chuecos, además de ser enfermizo*”. La mamá percibía que el niño no era aceptado por la abuela y que era comparado por su primo de similar edad, quien era “*güerito*” y era el preferido de la abuela, con quien anteriormente la madre, llevaba una relación muy cercana, la cual disminuyó al nacer el niño. La madre señaló que al sentir que rechazaban a su hijo y que éste era débil lo “*sobreprotegió*” Lo anterior se entrelazaba con los problemas de relación con su esposo, quien se mantenía mucho tiempo fuera del núcleo familiar, por lo que la madre encauzaba todas sus energías hacia su hijo. Cuando el padre regresaba al hogar, no era aceptado por el hijo, lo cual fue explicado por el padre como que “*en su imaginación el niño pensaba que su mamá era nadamás de él*”, que el niño le tenía “*celos*”. La historia así presentada, describe un relato que integra la identidad (self) del niño.

White (2004) señala que las identidades se establecen dentro de las prácticas lingüísticas de los grupos sociales, las cuales son históricas y culturales. Se asocian con conocimientos específicos y prácticas de vida potenciales para dar forma a otras identidades, modos de estar en el mundo y de pensar acerca de la vida, conformadas por múltiples voces dentro de un marco contextual. En esta familia la identidad del niño tenía que ver con calificativos de: “*mañoso, nervioso, flojo, desidioso, celoso, barbero*”, además de ansioso, ya que le realizaron un reporte psicométrico donde los resultados indicaron 96% de ansiedad. La narración de la historia saturada de problemas está definida en términos de debilidad, discapacidad, disfunción o inadecuación (Morgan, 2000).

La familia se mostraba preocupada por la encopresis² del niño, por lo que se examinaron las soluciones intentadas por los padres cuando ocurría el problema, siendo castigos, regaños, no darle dinero, no dejarle ver la tele, un manazo, estrategias que sólo en ocasiones les habían funcionado. La frecuencia del problema era en ocasiones diario, 2 veces al día o había veces en que no se presentaba. El diálogo terapéutico se encaminó a indagar el efecto del problema en la vida de las personas y sus relaciones, lo cual implica identificar de qué modo se ha afectado el sentido del self de la persona, lo que él piensa acerca de sí mismo, cómo se ve como amigo, hermano, hijo, sus esperanzas, relaciones, escuela, vida social, pensamientos, salud física, sentimientos, vida diaria, siendo útil para conocer el estrés o preocupación que el consultante experimenta.

²White (1994) utiliza el término pseudoencopresis, al señalar que en su experiencia a través de las técnicas de la terapia narrativa, quien presenta el problema logra sobreponerse a los efectos de su dominio, por lo que no se le define como encopréptico.

Al asistir la familia se pueden iluminar similitudes y diferencias en la experiencia que pueden ser posteriormente exploradas (Morgan, 2000). Para identificar a todos los miembros de la familia como “víctimas” incapaces de controlar los sucesos relacionados con el problema, se indagó de qué modo el que Gonzalo se “hiciera” estaba afectando a cada miembro de la familia.

La mamá señaló que le afectaba porque cuando salía con su hijo y olía mal, lo alejaba y le pedía que no platicaran, porque la gente iba a pensar que era ella la que olía, que también le afectaba porque se estaba volviendo agresiva con él, le había pegado, que ella tenía que lavar la ropa interior y le daba asco.

El Sr. Bernardo señaló que se sentía mal cuando se burlaban de su hijo. Blanca comentó que no le gustaba que le pegaran a su hermano, “*me enoja con mi mamá*”, “*me duele cuando le pegan*”, señaló que le daban ganas de llorar y encerraba en su cuarto. Gonzalo señaló que le había afectado mucho porque sus amigos le decían que olía feo.

En la tercera sesión, para facilitar la expresión respecto al problema, por parte de cada miembro de la familia, se le pidió a Gonzalo que realizara un dibujo de su popó. Siendo la encopresis la preocupación de la familia la conversación se dirigió hacia la externalización de problema. Dentro de la conversación, el señalar que “*el niño se hace por mañoso*” era transformado a que el niño era víctima de la “*caca traicionera*”. 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 sí mismas y restringidas posibilidades existenciales (Grandesso, 2002).

Se establece que es esencial que el terapeuta se una al niño en la experiencia de opresión que a éste le provoca la “*ruin caca*”. Con la comunicación familiar y mediante el dibujo que realizó Gonzalo de su caca, se promovió que se sintiera acompañado. De este modo se preparaba el terreno para establecer un contexto de disputa, en el cual se pudiera

incitar al niño a luchar contra los síntomas. Al permitirle a Gonzalo identificar lo que experimentaba cuando estaba dominado por los síntomas y agregando la información obtenida por los demás miembros de la familia, se hizo patente el carácter “traidor de la ruin caca”. Se procuró hacer notar al niño que la caca “lo engañaba y lo tomaba desprevenido” y que “la ruin caca se sale con la suya y decide librarse contra su voluntad” (White, 1994). Se le indicó “esta popó como que se te sale, está portándose mal, es grosera, te está ganando”, el niño respondió afirmando. Se le preguntó “si alguna vez había logrado vencer a esa popó” y dijo que no. Se le preguntó si la popó era más fuerte que él, afirmando. Al indagar sobre cómo le hacía sentir esa popó, respondió que le hacía sentir mal. Se le señaló que esa ruin caca se le salía sin permiso, que le había afectado con sus compañeros y en su familia, con su papá quien le decía que olía feo, y con cada miembro de la familia. Se realizó un análisis acerca de quién debería ser más fuerte y se le invitó a estar atento cuando le ganaba. A pesar de que el niño se caracterizaba por responder con monosílabos, al externalizar el problema de este modo, se mantuvo concentrado en la conversación, mostrándose dispuesto.

En la cuarta y quinta sesión la Sra. Berenice reportó que el niño “*no se había hecho del baño y andaba más tranquilo*”, para indagar eventos extraordinarios se le preguntó a Gonzalo acerca de cómo le había hecho, respondiendo “*yendo cada vez al baño*”, de este modo se desarrolla la agencia personal del consultante, al hacer notar que es capaz de resolver las situaciones a las que se enfrenta. Dentro de esta sesión, se procuró el cambio de narración acerca del hijo, quien era tachado de “*flojo, mañoso, que no puede*”, se le solicitó a la madre que le dijera algo positivo a su hijo, señalando: “*Ahora si estás avanzando, estas bien bonito, ya te vistes solo, ya no te busco la ropa*”. Se hizo notar que a Gonzalo ya lo estaban tratando como a un niño más grande, que antes parecía que lo trataban como un niño más pequeño. La Sra. Berenice afirmó comentando que hasta hacía poco tomaba con vaso entrenador y todavía le lavaba los dientes. Para favorecer el desarrollo de otras voces de identidad principalmente por parte de la madre se propició que través del diálogo identificara cualidades en su hijo, señalando que era buen estudiante, ya estaba avanzando, ya se viste solo, ya no le buscaba la ropa. Se integró la voz de la abuela, quien señaló en la quinta sesión que el niño era más responsable, más inteligente, más tranquilo, que ya entendía más.

En la sesión 6 habían pasado 2 y medio meses sin ver a la familia, ya que al niño le dio varicela, y posteriormente se presentó el periodo vacacional. La madre reportó que el niño no se había hecho durante ese tiempo, a excepción de un día antes de la sesión cuando “*se hizo*” por estar jugando trompo. Se le solicitó al niño que realizara un nuevo dibujo el cual se comparó con el primero, se le preguntó a Gonzalo qué diferencia veía entre esa caca y la anterior, respondió: “*es diferente en que la otra estaba feliz de que me hiciera del baño, porque me andaban diciendo que estoy sucio*”. Se le preguntó a Gonzalo acerca de la diferencia que veía ahora que le había ganado y señaló: “*que no está tan feliz porque no ha logrado ganarme*”. Se le preguntó a la mamá si detectaba alguna diferencia entre el dibujo de antes y el de ahora, indicando que la anterior estaba mas deforme, tenía cara de mala, la de ahora se veía mejor, no se veía tan agresiva, tenía diferentes colores. Se le preguntó a Gonzalo si creía que podía seguirle ganando y respondiendo que si, se le señaló que en algún momento esa caca traicionera iba a intentar ganarle. Para reconocer el que Gonzalo hubiera vencido a la caca traicionera se indicó que era un gran logro y que lo había logrado en poco tiempo, porque se habían visto casos de jóvenes de 17 años que no podían vencer a la caca y él la había vencido relativamente rápido. Se le preguntó qué tendría que suceder para que la caca traicionera no le ganara nuevamente, respondiendo que “ya no aguantarse”.

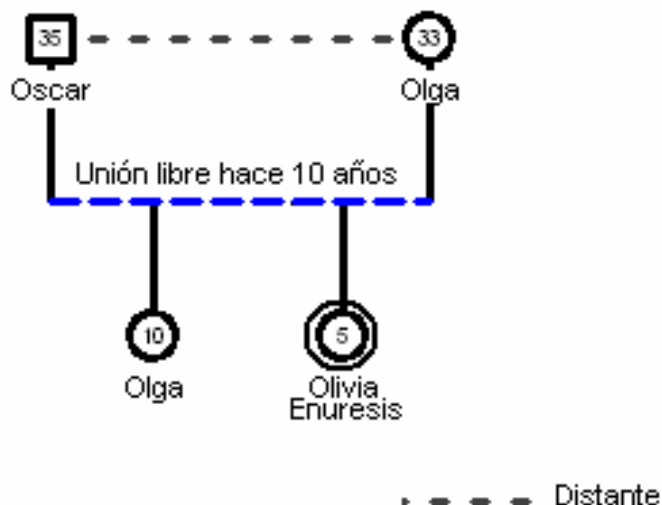
El proceso terapéutico propicia la deconstrucción, apartando creencias, ideas y prácticas culturales que vive la persona. Apoya a la gente a desempacar las historias dominantes y verlas desde una diferente perspectiva, ayudando en el proceso de romper con el sentimiento de culpa, alejándose de la visión de que el problema habla de su identidad. Cuando las ideas dominantes y creencias que fundamentan el problema son expuestas y discutidas, se identifican logros que abren posibilidades para el descubrimiento de una historia alternativa (Morgan, 2000). Con la deconstrucción se buscó propiciar en Gonzalo y su familia una visión de vencedor del problema. Se realizó la pregunta de escala, acerca de lo que se había logrado desde que inició en terapia. La mamá señaló que al principio estaban en el No. 1 y en ese momento en un 8 o 9, se indicó que era un gran avance. Gonzalo señaló que al principio estaba en el No. 1, y en ese momento en el número 5. Se le preguntó qué tendría que hacer para llegar a 10, respondiendo, no ser flojo para ir al baño.

Se le preguntó a la mamá que se podría decir en lugar de flojo, dijo que tendría que poner atención. Se le sugirió a Gonzalo que no se dejara engañar por esa caca traicionera.

Después de la evaluación de la familia, se planeó para la siguiente sesión realizar preguntas de orientación (Epston y White, 1998), tales como ¿qué cualidades personales y de relación fueron esenciales para alcanzar lo logrado?, ¿qué le sugerirías a alguien que tuviera tu mismo problema?, también se preparó la entrega de un diploma de vencedor a Gonzalo en caso de continuara con el control de su esfínter, sin embargo la familia dejó de asistir las 2 sesiones subsiguientes. En posterior llamada telefónica, la Sra. se disculpó con el equipo por no haber asistido ya que se había sentido mal físicamente. Reportó que Gonzalo no se había hecho en todo ese tiempo (3.5 meses), estaba mejor y mas tranquilo habiendo alcanzado el objetivo de tratamiento. Lo anterior hace notar que es importante que el terapeuta esté atento a las señales que envíe la familia referentes a cuando ha logrado su objetivo de tratamiento, ya que de ese modo se acordará el alta en su justo momento, no obstante los intereses que tenga el terapeuta por identificar si los cambios se han mantenido. Esta situación se resuelve en lo propuesto por Tom Andersen (1994) quien al terminar la sesión es informado por la familia si desean volver a asistir a terapia y quienes quieren que asistan.

3.4.2. Familias con niños que presentan dificultades en el control de esfínteres

La segunda familia presentada con esta condición:



Características de la familia:

Familia nuclear compuesta por cuatro miembros, el padre Oscar empleado de 35 años, la señora Olga dedicada al hogar de 33 años. La pareja tenía dos hijas: Olga de 10 años y Olivia de 5 quien era la paciente identificada.

Características de tratamiento:

Se llevó a cabo en la Clínica de Medicina Familiar “A” Tlalnepantla, ISSSTE. Siendo la supervisora, la Maestra Carmen Susana González Montoya. Su duración fue de 5 sesiones del 27 de octubre del 2005 al 30 de enero del 2006, utilizando el modelo Narrativo. En las primeras dos sesiones asistió toda la familia, en las restantes, la madre y su hija menor.

Motivo de consulta:

El motivo inicial de consulta fue el vómito de la hija en la escuela desde hacía dos meses antes de iniciar la terapia.

3.4.2.1. Síntesis, análisis y discusión teórico metodológica de la intervención

Dentro de la hipótesis preliminar, se estableció un posible conflicto entre el padre y la madre, por lo que con el objetivo de observar las pautas de interacción entre ellos, se utilizó la técnica de la escenificación, es decir asistir a los miembros de la familia para que interactuaran en presencia del terapeuta, observar las pautas de interacción familiar, reorganizar lo que se observó e introducir nuevos elementos o modos diferentes de interactuar (Minuchin y Fishman, 2004). Al realizar la técnica, la pareja señaló que no se había percatado de lo que sentía el otro miembro de la familia, donde ambos manifestaban sobrecarga dentro de sus respectivos roles, lo cual formulaba la hipótesis de límites rígidos entre ellos y sobrecarga ante las demandas inherentes a la etapa del ciclo vital de la familia con hijos en edad escolar. Dentro de la escenificación se iluminó que la esposa interrumpía constantemente a su pareja para señalar sus molestias, y se le solicitó escuchar más que interrumpir. Asimismo se indagó sobre los intentos que habían realizado ambos padres para ayudar a la niña a enfrentar sus miedos. Se hipotetizó que el padre le otorgaba

consuelo a su hija, manteniéndola como desviadora del conflicto entre pareja, por lo que la primera y segunda sesión se enfocó a abrir los canales de comunicación entre los padres.

En la tercera sesión, la madre reportó que desde que habían asistido a terapia, la niña no había manifestado más el vómito, ni los temores lo cual sugirió que eran preocupaciones orientadas a atraer al padre al núcleo familiar. Sin embargo después de la última pelea con su pareja, momento en que el padre amenazó con irse de la casa, la madre señaló que estaba acostumbrada a resolver los problemas sola, por lo que en ese momento le preocupaba la enuresis de su hija, conducta nueva que no se había presentado anteriormente y no resolver sus conflictos de pareja. Se realizó el análisis de las soluciones intentadas ante la enuresis de la niña, que implicaban castigos o amonestaciones. Acciones que tienen la idea subyacente de que el niño tiene el problema dentro de sí (White, 1994).

Se procedió a la externalización del problema, siendo en este caso la enuresis, acción útil para propiciar la apertura de conclusiones negativas de identidad (conclusiones delgadas), que son privadas de su estatus de verdad. Asimismo para abrir el espacio para otras conversaciones, que contribuyan a la generación de conclusiones de identidad (self) más positivas y que enriquecen las descripciones de vida, de la gente y de sus relaciones (White, 2004).

Se le solicitó a la Sra. Olga esperara afuera mientras se platicó con Olivia. Al abordarse el tema de la enuresis, la niña explicó que “*le ganaba*” en el baño, haciéndose pipí, pero en la escuela le ganaba poquito y no se daban cuenta. Lo anterior conforma el objetivo de trazar la historia del problema, donde se realizan preguntas directas acerca del pasado y de la relación de la persona con el problema en esos tiempos. Dentro de la conversación, el consultante nombra el problema invitándosele a elegir un nombre apropiado. Se pueden externalizar sentimientos, problemas entre la gente, prácticas sociales, culturales y metáforas. Para externalizar el problema, se le preguntó si esa sería una “pipí traviesa”, al salirse sin permiso, idea que Olivia aceptó con agrado. A partir de ese momento se utilizó la conversación externalizante, donde la forma de hablar separa el problema de la gente, situándose al problema lejos de la persona. De este modo, en la conversación se permite un espacio para la acción contra el problema y para trabajar, cooperativamente en la revisión de su relación con el problema (Morgan, 2000).

Para explorar alternativas de acción, se le preguntó: ¿Cómo le podrías hacer para que la “pipí traviesa” no te gane?, a lo que la niña respondió: “*ir al baño*”. Se le solicitó que imaginara con los ojos cerrados cómo era esa pipí traviesa, de que color era, que cara tenía y se le pidió realizara un dibujo de la pipí traviesa. Mientras realizaba su dibujo se le orientó a señalar otras alternativas para ganarle a la “pipí traviesa”: “*Cuando juegue a las barbies... ir al baño, ganarle a los demás el baño*”. Cuando terminó se le pidió hiciera otro dibujo de ella haciendo del baño. Se le sugirió ver el reloj cada hora para que fuera al baño y ella le ganara a la pipí. “Ese reloj va a ser tu amigo” y te va a ayudar a recordar cuando debes ir al baño para ganarle a esa pipí traviesa.

Dentro del proceso, el terapeuta indaga y busca en la narración para hacer notar cualquier evento que contradiga la historia dominante. Una vez que el evento es ricamente descrito, el terapeuta puede buscar para unir con otro evento. Por lo que dentro de la conversación se buscó identificar situaciones exitosas, relatando que una vez le ganó a la “pipí traviesa” yendo primero al baño, por lo cual se le felicitó. Se realizaron conversaciones de re-autoría, al hacer preguntas acerca del panorama de acción, donde se preguntó acerca de lo que se hizo, los pasos a seguir, lo inusual, las otras ocasiones a enfrentar. Se le señaló que estuviera atenta porque cuando jugara, viera la televisión, cuando sus papás se enojaran o se pelearan la pipí le iba a querer ganar, se le preguntó en esos casos qué tendría que hacer, respondiendo que “*ir al baño*”.

Las preguntas acerca del panorama de identidad, tienen la intención de invitar al consultante a reflexionar de modo diferente acerca de su identidad y de la identidad de otros (Russell & Carey, 2004). Para introducir ésta área, se mostró al equipo el dibujo de la pipí traviesa, señalándole a la niña que podría ser “*vencedora de pipís*”. Se le sugirió que pegara su dibujo en su cuarto para recordarle que debía ir a hacer pipí.

En la sesión 4 se continuó con la conversación externalizante preguntándole: ¿Qué ha pasado con la pipí traviesa?, respondiendo que ya no se hacía tanto, se le reconoció que le estaba ganado a la pipí traviesa. Dentro del panorama de acción se le preguntó: ¿Cómo le has hecho?, señalando que cuando tuvo ganas, corrió y le ganó el baño a su mamá y a su hermana, cuando jugó con la muñeca, fue al baño. Las conversaciones reconstructivas apoyan a la gente a desempacar las historias dominantes y verlas desde una diferente

perspectiva, permitiendo romper con el sentimiento de culpa. Cuando las ideas dominantes y creencias que fundamentan el problema son expuestas y discutidas, se hacen visibles logros que pueden abrir posibilidades para el descubrimiento de una historia alternativa.

Dentro del panorama de conciencia se le preguntó: ¿Quién es más fuerte tu o la pipí traviesa?, diciendo que ella era la más fuerte. Se le enseñó el dibujo de la sesión anterior y se le pidió que dibujara cómo era esa pipí ahora que le había ganado. Se le preguntó quién se dio cuenta de que le ganó a la pipí traviesa, respondiendo que su primo y su hermana, sus papás no se dieron cuenta. Se compararon los dos dibujos, resaltando que el que representaba el problema actual era muy pequeño en comparación con el anterior. Se le sugirió a Olivia que comprara una pulsera de plástico color rosa, la cual podría ser un apoyo para ganarle a la pipí, y que fuera vencedora de pipís. El equipo la definió como una niña fuerte, inteligente, que pone atención, por lo que se le felicitó.

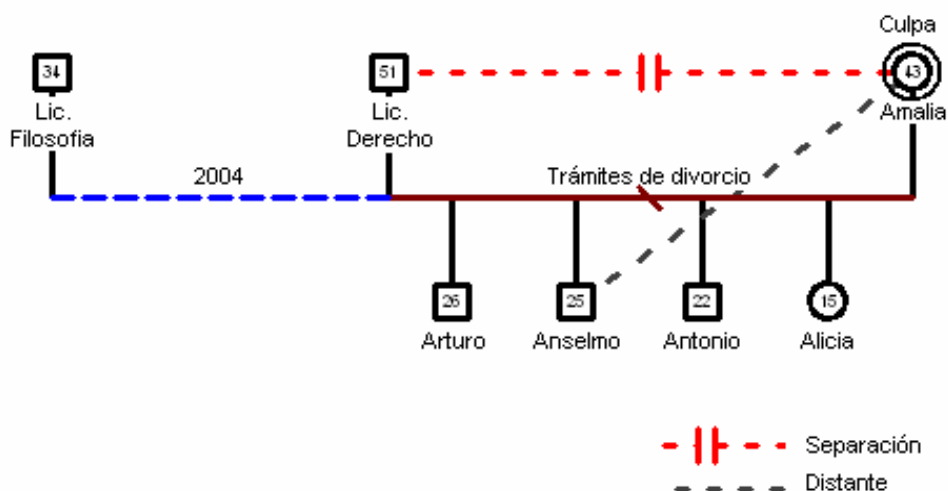
Quiso hacer otro dibujo, trazando una niña con un paraguas, señalando espontáneamente mientras dibujaba que sus papás se habían peleado y se iban a divorciar. Se le indicó que a veces los papás no se sienten contentos entre ellos, pero siempre van a estar con sus hijos. Para ampliar el panorama de acción y haciendo alusión a su dibujo se utilizó la metáfora de que cuando los papás se enojan es como cuando llueve y hay truenos y relámpagos. Se le preguntó acerca de cómo podría vencer el miedo de cuando sus papás se pelearan, respondiendo que podía irse de ahí para no mojarse y no oír los truenos, ni ver la lluvia, podría irse a su cuarto, porque esos problemas son de grandes, dormirse, ver televisión, escuchar el radio o dibujar.

Siendo que la madre en la quinta sesión había reportado que la niña ya no había presentado el problema de la enuresis a partir de la sesión 3, se procedió a continuar con la conversación externalizante con Olivia. Se le preguntó cómo le había ido con su “pipí traviesa”, a lo que respondió que ella le había ganado. Que no necesitaba la pulsera mágica porque ella le ganaba a la pipí. Se le solicitó dibujara a su familia, comentando que le había ido bien en la escuela y con su familia. La niña se mostraba tranquila, expresiva y en confianza. Se identificaron situaciones exitosas cuando había vencido al miedo a las arañas o a la oscuridad. Se le otorgó un diploma de vencedora de pipís, siendo un documento terapéutico utilizado cuando los consultantes realizan un compromiso importante o cuando

están listos para celebrar sus logros. Al incluir a la madre en la felicitación, se destacó el éxito obtenido por la niña y la idea de fortaleza. El equipo la definió como una niña fuerte, inteligente, que ponía atención.

Siendo la última sesión se indagó la percepción de la madre acerca del proceso terapéutico, la Sra. evaluó el servicio con un 10, señaló que la terapia le ayudó a no pelearse tanto con su esposo, a ponerle más atención su hija mayor, Olivia le expresaba más lo que sentía. Se identificó a Olivia como una niña muy inteligente y se le sugirió a la Sra. estar abierta a sus dudas.

3.4.3. Familias atendidas con modelos derivados del Posmodernismo: Violencia de Género



Características de la familia:

Familia monoparental de 5 miembros. La Sra. Amalia de 43 años, separada de su esposo desde hacía 1.6 años, vivía con tres de sus hijos. Su segundo hijo de 25 años se fue a vivir con su padre después de la separación.

Características de tratamiento:

El tratamiento se desarrolló en la Clínica de Medicina Familiar “A” Tlalnepantla, ISSSTE. Siendo supervisado por la Maestra Rosario Espinosa Salcido. Su duración fue de 6 sesiones del 20 de abril al 6 de julio del 2006. Los modelos de intervención fueron Narrativo y el Equipo de Reflexión, con Terapia sensible al género.

Motivo de consulta:

La Sra. Amalia ya había asistido al servicio de terapia psicológica del 30 de mayo del 2003 al 27 de junio del mismo año, por problemas con su esposo, quien era violento, la amenazaba de muerte, la golpeaba, se le dio de alta con el modelo enfocado a Soluciones. Asistió nuevamente a terapia, reportando que se encontraba separada de su marido. Su hijo Anselmo vivía con su padre y estaba molesto con ella porque se separó de su padre y supo que ella llevaba una relación amorosa antes de terminar su matrimonio, misma que mantenía, aunque su actual pareja no convivía con sus hijos. Por la pérdida de relación con su hijo la consultante sentía “gran dolor y deseaba reconciliación con su hijo”.

3.4.3.1. Síntesis, análisis y discusión teórico metodológica de la intervención

La consultante relató que se casó a los 15 años. Después de más de 20 años de matrimonio se dio cuenta que había cosas que no andaban bien, su esposo ejercía violencia física y emocional contra ella. Ramírez (2004) indica que la violencia en el hogar tiene objetivos muy específicos, cuando el hombre es violento con su pareja, su objetivo es tenerla bajo control para obtener beneficios al disponer de los recursos de ella. Existe una clara conexión entre el género de la persona violenta y su violencia, es decir, las características de la masculinidad están directamente relacionadas con el potencial de violencia de individuo. La violencia de género se presenta en todos los estratos socioeconómicos, variando sus expresiones y prevalencia. Es definida como el uso de la fuerza y el poder para someter o controlar a otros, que generalmente se encuentran en un estado más vulnerable del que somete, ya sea por la edad, sexo, fuerza física o relación de parentesco (Goldner, Penn, Sheinberg y Walter, 1990).

La Sra. Amalia, asistió a terapia nuevamente porque a pesar de vivir separada de su esposo desde hacía año y medio, no se sentía bien, “*la seguía el fantasma de que antes de salirse de su casa empezó a andar con una persona*”, cuando sus hijos lo supieron, su hijo Anselmo se fue con su padre y se negó a volver a verla y a hablarle. Es importante señalar que la Sra. Amalia, había vivido violencia por parte de su madre en su infancia y tenía el secreto de que su madre había ejercido la prostitución. En el núcleo del hogar sus hijos también habían padecido violencia al ser testigos de lo que pasaba con sus padres. Ramírez (2004) señala que desde etapas tempranas los niños aprenden que la violencia es una forma eficaz par “resolver” conflictos interpersonales, especialmente si la han padecido dentro del hogar, ya sea como víctimas o como testigos, convirtiéndose el uso de la violencia en el modo habitual de expresar los distintos estados emocionales, tales como enojo, frustración, miedo.

Las historias que traen los consultantes a terapia son la sustancia de la terapia narrativa. Como se puede identificar, dentro de la historia se narran los diferentes momentos en que había sido víctima de la violencia, los cuales iniciaron desde su infancia con su madre y vecinos de su misma edad. La violencia la había seguido hasta su vida actual en diferentes momentos, contextos y con diferentes personas. Morgan (2000) señala que los hechos de una historia están unidos en una secuencia a través del tiempo y de acuerdo a una trama. Incluir el contexto, contribuye a la interpretación y significación que damos a los eventos. Tomar en cuenta el género, clase, raza, cultura y preferencia sexual son contribuciones poderosas en la trama de la historia.

La Sra Amalia, de acuerdo a sus construcciones de género, tenía presente lo que era ser una buena mujer y buena madre, debía ser obediente, callar su voz interna, así como servir y satisfacer a su esposo e hijos, considerándose responsable de la unión familiar. En su historia, al identificarse como una mala madre, se colocaba al problema dentro de sí misma, por lo que se consideraba culpable y merecedora de la violencia.

Como estrategia para transformar su narración, se utilizó la externalización del problema. Aprovechando que en su relato señaló que la perseguía un fantasma, se le preguntó, cómo podría llamarse el fantasma que la perseguía, respondiendo que fantasma de la infidelidad o fantasma de la mala madre, prefiriendo finalmente señalar que la

perseguía el fantasma de la mala madre. De este modo se bautizó al problema y se establecieron conversaciones externalizantes al cuestionar: ¿desde cuando este fantasma está presente en su vida?, ¿que ha contribuido a su dominio?, ¿cuáles han sido sus efectos? y ¿cómo el fantasma afecta su relación con otros?. El fantasma de la mala madre le decía “*que si no lo hubiera hecho (salirse de su casa) a lo mejor mi hijo estaría conmigo*”. Señaló que se sentía, “*la más mala de todas las mujeres*”, el fantasma de la mala madre la hacía sentirse mal, decaída, que no se quería levantar, se sentía cansada, le hacía que se comparara con otras mujeres. Se identificó que también la afectaba “*la culpa*”, al verse con su actual pareja, ya que sentía que no podía ver a sus hijos de frente, lo anterior corresponde a identificar el efecto del problema en la vida de la persona.

El contar con otra pareja era motivo de devaluación, culpa y dolor, ya que sentía que había fracasado, “*al separarse de su marido y propiciar la desintegración familiar*”. Goldner, Penn, Sheinberg y Walter (1990) indican que la mujer conforma su identidad femenina, sentido del self y de autoestima, a través de su capacidad para crear y mantener relaciones con los demás. Se considera que la obligación de la mujer es conservar las relaciones familiares y a la familia como un todo, sin importar el costo personal, de modo que la mujer eventualmente llega a medir su autoestima mediante el éxito o fracaso en sus intentos para relacionarse, proporcionar cariño y cuidados.

Al hablar del tema de la violencia, es importante identificar los elementos que la relacionan con el género. Lamas (1994) señala que el papel de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Su fundamento se sostiene por una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y por lo tanto, los cuidan, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino como lo público. La dicotomía masculino-femenina, con sus variantes culturales, establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género. La identidad de género se establece más o menos a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre los dos y tres años) y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos.

Desde dicha identidad, el infante estructura su experiencia vital en el género al que pertenece, lo hace identificarse en todas sus manifestaciones, sentimientos o actitudes de “niño” o de “niña”, comportamientos, juegos, etc. Después de establecida la identidad de género, cuando un niño se sabe y asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino esto se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias.

Goldner (et al., 1990) afirman que aparte de la diferencia biológica de los sexos, la identidad de género se encuentra enraizada en otras determinantes psicológicas, culturales y políticas. El género no sólo está profundamente arraigado en la psique, sino también en la política de las relaciones familiares. Los hombres y las mujeres crean relaciones donde buscan uno en el otro las capacidades que cada uno ha perdido, el hombre debe tolerar la sensación de un sentimiento de debilidad, puesto que su sentido del poder personal puede resultar profundamente amenazado si empieza a ver a su compañera como una persona con sus propios derechos (que puede irse, no estar de acuerdo o competir con él). Para muchos hombres cuando sienten que la mujer puede abandonarlos en cualquier sentido, el temor a la desintegración es tan grande que desesperadamente tratan de volver a ganar el control a costa de lo que sea. Si la mujer desea conservar su sentido del derecho que tiene ante tal intimidación, debe acallar las voces internas y los mensajes de la cultura en general. Donde quiera que voltee escuchará que si no agrada al hombre comete una trasgresión, cuando defiende el derecho a su propia vida, a su sexualidad, a ser bien tratada, él podría calificarla de histérica.

Para indagar eventos extraordinarios en la historia relatada, se le preguntó si alguna vez le había ganado al fantasma de mala madre, respondiendo que ella le daba la razón a sus hijos y pensaba que era *“una mujer mala, se sentía mal, se bloqueaba, tenía culpa”*. Se invitó a la sesión a algún testigo imaginario importante en su vida, llevando a su madre quien reconocía en ella cualidades que ella no creía tener, considerándose culpable por la desintegración familiar. Al preguntarle acerca de lo que pensaba de ella por haber roto con la cadena de violencia que padecían ella y sus hijos, Amalia no identificó áreas positivas de sí misma, respondiendo que ella se veía como egoísta. Si sus hijos escucharan lo positivo que señalaban los demás de ella, de todos modos le reprocharían por la desintegración

familiar, lo cual indicaba que la historia saturada de problemas se mantenía fija, dando la sensación de estar dominada por “algo” y congelada en el tiempo.

Respecto a la separación con su esposo, Amalia, señaló que ahora estaba más tranquila, que trabajaba y sus hijos se encontraban en un hogar armonioso, aunque su hijo Anselmo no le respondía las llamadas y su hija menor trataba de controlarla y le decía egoísta. En la narración se exploró acerca de lo que pasaba antes de que llegara el fantasma de la mala madre y lo que hacía para superar ese dolor, señalando que con el tiempo se superaba, pero luego volvía. Papp (1995) señala que las mujeres son formadas con la expectativa de que su principal meta en la vida, es cuidar de otros, por lo que sus vidas tienden a centrarse en actividades que conducen al engrandecimiento de otros, y no de ellas. El sentido que tienen de sí mismas (self) está profundamente afincado en afiliaciones y relaciones personales que requieren el desarrollo de capacidades y cualidades de afectuosidad, expresividad emocional y empatía. Estos atributos las preparan para los roles que cumplen en las familias como las encargadas de confortar, pacificar y facilitar, como las que intermedian en los conflictos de los demás y se amoldan a los intereses familiares. Responder a las necesidades de otros puede brindarles una sensación de gratificación y placer a las mujeres al ayudar a desarrollarse y a crecer a quienes las rodean, sin embargo el precio que pagan es tener que depender de otros, en particular de sus maridos.

Una buena madre es evaluada en la medida en que acepta el sufrimiento con abnegación, por su propio entrenamiento, enseña al niño por oposición lo que es un hombre, si ella es abnegada, el niño debe de ser lo opuesto, el que impone. Ella es el primer ejemplo que el niño tiene de cómo los seres humanos se relacionan mediante la imposición, dominación, subyugación y abnegación, es observador de cómo ella acepta la violencia, los mandatos y desprecios del padre, cómo acepta gustosa lo poco o mucho que le da y especialmente cómo está siempre dispuesta a hacer lo que le pidan para tenerlo contento. Cuando sea adulto, el niño tenderá a actuar bajo estos patrones, siendo que en su experiencia le resulta muy fácil la posición del padre, pues siempre está la madre para responder y solventar las necesidades del hombre. El hombre aprende que tiene que encontrar una mujer que abandone sus propias necesidades para satisfacer las del padre-esposo (Ramírez, 2004).

Ante la descalificación que ejercían sus hijos sobre ella, se le señaló que tal vez seguía siendo víctima de la violencia que pasó de manos de su esposo a manos de sus hijos, respondiendo conmovida que no lo había pensado así. El tipo de violencia al que Amalia había sido sometida en diferentes áreas era de tipo emocional, la cual tiene como objetivo destruir los sentimientos y la autoestima de la mujer, haciéndola dudar de su propia realidad. Este tipo de violencia se considera tremendamente dañina, porque causa que la mujer maltratada se sienta constantemente presionada, sin poder definir de dónde viene esa presión. Generalmente se hace mediante actitudes físicas que implican invalidación, crítica, juicios y descalificación. Por ejemplo, si ella está diciendo algo, el hombre mueve los ojos hacia arriba como una forma de crítica y de descalificación; si ella está hablando de una idea que es importante para ella, él se muestra aburrido; cuando se enoja con ella, para castigarla agacha la cabeza y deja de comunicarse con ella (esto lo hace para ponerse como la víctima).

Russell & Carey (2004) señalan que cuando alguien asiste al terapeuta es muchas veces porque circunstancias terribles y/o complejas han aumentado conclusiones negativas acerca de ellos, puede entenderse como perdedor, depresivo, loco o otras conclusiones problemáticas de identidad (self). La conversación de re-autoría toma lugar cuando terapeuta y consultante se involucran en la identificación y co-creación de historias alternativas de identidad. Se puede reconocer en el relato lo que señala Gergen (1994, citado en Russell & Carey, 2004) que nuestras relaciones fundan nuestras identidades, en lugar de que nuestras identidades fundan nuestras relaciones.

La Sra. Amalia relató que después de darse cuenta de que estaba viviendo violencia por parte de sus hijos se sintió deprimida, triste, sensible, se nombró como violencia a la indiferencia y al rechazo. Como eventos extraordinarios para vencer la culpa, comentó que había empezado a recordar que ella quería salirse por las buenas de su casa, pero no fue posible, reconoció que la desintegración familiar no fue del todo culpa suya, que no era tan mala persona, que trataba de ser buena madre, de no dañar a la gente. Al ir permitiendo recordar sí mismos anteriores no reconocidos y al trazar la historia del problema en la vida de la persona, se abre el espacio para considerar otras historias acerca del problema.

Cuando el problema es colocado en un contexto en el tiempo, se le ve como cambiante y menos estático o fijo, por lo que para engrosar la historia limitante de la consultante, se propició la identificación de eventos no seleccionados en la historia dominante que permitieran re-recordar lo positivo. Se realizaron preguntas del panorama de acción tales como: ¿de qué manera le demuestras y has demostrado tu amor a tus hijos?, ¿qué te dice de ti haber roto con esa cadena de violencia?, ¿qué te dice de ti que hayas logrado vencer el miedo?, ¿de que otra manera vas a hacer notar tu voz?. La consultante reseñó que estaba empezando a poner límites con su hija quien la cuestionaba de que saliera con su pareja. Se le reconoció que estaba haciendo notar su voz. Externalizando el problema se le preguntó si pensaba que el miedo y la culpa podrían traicionarla en la próxima visita de su hijo, quien finalmente había decidido ir a verla, al responder que tal vez tendría que darle explicaciones, se le señaló que eso pertenecía a su intimidad y probablemente no debía estar en la mesa de discusión.

En la cuarta sesión señaló que notaba haber roto con el miedo y la culpa que la acosaban, señaló que se sorprendía, que tenía que decidirse a hacerlo y al mismo tiempo le costaba trabajo. Sus armas para vencer al miedo y la culpa fueron: hablar, estar arreglada, no actuar con miedo, con indecisión, sino segura, cariñosa y contenta, lo cual tenía que ver con el panorama de conciencia. Ante esta nueva identidad narrada, se sugirió realizara una celebración del resurgimiento de esta nueva Amalia. Se le preguntó cómo podría celebrarlo, respondiendo que podría hacer una fiesta e invitar a hijos y amigos. Cuando se propone un ritual, el tiempo y su contenido se determina en un proceso colaborativo entre el terapeuta y los consultantes, se considera que los rituales para celebrar son útiles para engrosar las narraciones, porque festejan pasos significativos en el viaje, lejos de la historia del problema, hacia una versión de la vida nueva y preferida (Morgan 2000).

Al hacerse consiente de que había vivido violencia se le pidió como tarea que hiciera una carta despedida a la violencia, la cual entregó en la siguiente sesión:

“Violencia, hoy quiero de una vez por todas irme de ti para siempre, quiero sacarte de mi vida, ya no quiero vivir contigo, no quiero más miedo, ni más culpa, tampoco quiero encontrarte en ningún momento en que me encuentre, ni en mi casa, ni en mi trabajo, ni con mis

hijos, ni con mi familia, ni pareja, ya no permitiré que me sigas lastimando más, hasta nunca”.

Comentó que era difícil aceptar que se había vivido con violencia, por muchas partes, pareja, hijos, familia. Es importante señalar que la familia cumple un papel importante en la transmisión de la violencia, dado que una parte significativa de los agresores y mujeres maltratadas fueron víctimas o testigos de maltrato en su niñez (Goldner, et al., 1990).

Cuando su hijo Anselmo acepto visitarla, Amalia, señaló que logró hacer a un lado el temor de ser rechazada. En la última sesión, la consultante mencionó que se sentía *“bien..., tranquila, se había dado cuenta de que lo que tenía que hacer era escuchar su voz, no de la mala mamá, la mala mujer”*. Su nueva voz le diría que ella era fuerte, buena persona, que ya se veía más cualidades, que sin culpa y sin miedo se escuchaba, hacía lo que quería, con sus hijos era mas abierta, tranquila, cariñosa, comentó sus planes para el futuro. Se le sugirió invitara a alguien significativo para ella como testigo de su avance. Los testigos externos son una audiencia invitada a la conversación terapéutica, escuchan y conocen las historias preferidas y advierten el derecho de identidad de la consultante, pueden ser personas de la comunidad, familia, amigos o profesionales. Al testigo externo se le pregunta lo que le ha llamado la atención de lo narrado, acerca de lo que ha movido en su pensamiento o experiencia de vida. Con los testigos externos, el terapeuta evita aplaudir o exclamar aprobación ante sus afirmaciones, que traería implícito ejercer una posición superior, como alguien que enjuicia y decide lo que es correcto, o quien aconseja lo que se debe decir en una posición de experto. Las reflexiones del terapeuta deben evitar la reproducción de normas de la sociedad, en lugar de responder a lo que la persona dice acerca de sus propios valores (Russell & Carey, 2004). En la sesión Amalia presentó a su pareja, quien la describió como responsable, trabajadora, entregada, madura y sana.

A lo largo de cada una de las sesiones se utilizaron las aportaciones del equipo reflexivo, que ofrecieron descripciones diferentes y disímiles relativas la narración que ofrecía Amalia. Mediante éstas, se propició el desarrollo de una perspectiva que cuestionaba al sistema estancado de problemas de la consultante, quien tenía una visión de sí misma como culpable de la desintegración familiar, mala madre, mala mujer, y egoísta.

Las nuevas descripciones que ofreció el sistema de ayuda, incluían cuestionar las perspectivas de género construidas socialmente, donde se destacó la injusta diferencia al evaluar a hombres y mujeres que viven infidelidad (término utilizado por la consultante). Se cuestionó si su hijo sería víctima de la violencia de género al castigar a una mujer por tener un amante. A la Sra. Amalia le sorprendió descubrir que sus hijos ejercían violencia contra ella, la padecía y había padecido a lo largo de su vida. Se le sugirió invitara a la alegría a su vida y a construir una cárcel para condenar a la culpa. Las aportaciones del equipo reflexivo y el trabajo con el modelo narrativo permitieron la transformación de los significados de la consultante, acordándose el alta del caso en la sexta sesión.

3.5. EL SELF EN LA PSICOTERAPIA SISTÉMICA POSMODERNA

La psicoterapia posmoderna recalca el papel del lenguaje y la narración en la construcción de las realidades de los sistemas humanos. Las estrategias psicoterapéuticas de los modelos derivados del posmodernismo se orientan al descubrimiento por parte del consultante de distintas o novedosas descripciones, que puedan incorporarse, transformar y ampliar su propia narración. El nuevo diálogo, conlleva la transformación del self del cliente, que se presenta inicialmente como deficitario y estático y transita hacia un self más esperanzador. La visión de un self narrado, se contrapone al self intrapsíquico, visto como entidad de los modelos derivados de la perspectiva moderna, por lo que a continuación se detallará el desarrollo del self, analizando su línea epistemológica, hasta su resurgimiento en los modelos derivados del posmodernismo y se analizará la transformación del self en los casos atendidos con los modelos derivados del posmodernismo.

Epistemología del Self

El ser psicoterapeuta implica no sólo contar con una variedad de conocimientos, capacidades y habilidades, además del manejo de diversas técnicas orientadas a un fin, sino el estar concientes de las cuestiones epistemológicas implícitas en nuestra práctica. Al identificar a la epistemología como el modo como conocemos lo que conocemos, debemos ser concientes de las premisas que dirigen nuestras percepciones y nuestras acciones para que el ejercicio de la psicoterapia se presente como ético y estético (Keeney, 1994). Es así

que cuando hablamos del self debemos conocer el marco teórico implícito en esta concepción.

Self moderno

La ciencia psicológica permite distinguir entre la visión epistemológica de un self moderno y de un self posmoderno (Figura 1). Baldwin (2000) señala que el concepto del self ha intrigado a escritores y filósofos a través de los años, su definición sobrepasa al *Oxford English Dictionary*, con cerca de cinco páginas entregadas al intento de definir la palabra “si mismo” (self) en sus muchos sentidos y formas y cerca de otras catorce páginas para sus muchas modificaciones.

Nuestros ancestros, tomaban al self de modo implícito en el concepto del alma, concebida como el vital e inmaterial principio de vida o la esencia de los humanos. Así, las religiones primitivas vieron al alma como lo que controlaba tanto a la mente como a la materia. La idea del alma y su muerte llevó la atención hacia la cuestión de la inmortalidad, que ocupó un lugar central en el pensamiento religioso. También Descartes trató el dualismo entre el cuerpo y el alma, al postular “pienso, luego existo”.

A partir de las teorías Freudianas se inició el ataque hacia las líneas establecidas por el dualismo Cartesiano, al agregar el concepto de lo inconsciente. No obstante su énfasis en el determinismo psíquico sirvió para estimular fructíferamente la discusión del concepto del self.

Las perspectivas que atribuyen a cada individuo rasgos de personalidad: pasión, alma, creatividad, temple moral, corresponden a lo que Gergen (1992) identificó como visión romántica del yo, donde los rasgos interiores, se consideran esenciales para el establecimiento de relaciones comprometidas, amistades fieles y objetivos vitales. Se concibe que los rasgos verdaderamente importantes, se encuentran más allá de la observación y no se dejan atrapar por ninguna de las simples prácticas de la razón. Como esencia del hombre se encuentran los atributos como la pasión, el genio, la inspiración, etc., innatos, inherentes a los instintos naturales del individuo.

Con los esfuerzos por examinar al self desde una base empírica, por parte de William James, John Dewey y otros, se desarrolló un cambio de interés, donde la premisa básica era la búsqueda de la objetividad y la certeza científica. El análisis del self moderno, tiene como característica el ser concebido como algo que puede ser conocido, no sólo por uno, sino también por los demás. En consecuencia, el self puede observarse, medirse, cuantificarse (Goolishian, 1998). De acuerdo con esta visión, el self se entiende como una entidad, algo que preexiste a nuestra necesidad de describirlo. Para conocerlo sólo hay que examinarlo, eje central para los movimientos fenomenológico, introspectivo, psicodinámico y las terapias psicoanalíticas y humanísticas. En todas estas psicologías tradicionales, subjetivistas y esencialistas, se da por sentado al self como una entidad abstracta, diferenciada y separada de las restantes construcciones psicológicas.

Los escritores de la escuela existencialista fueron gran influencia para el estudio del self, al explorar el mundo de la fenomenología subjetiva. George Herbert Mead reintrodujo el concepto del Self como una unidad básica de la personalidad dentro del pensamiento científico, conllevado por las reglas que el self aprende en el curso de su socialización. Identificó al Self como un proceso en lugar de una estructura, señaló que el self y la conciencia del self emergen de la interacción social. El trabajo de Mead permitió el posterior desarrollo del interaccionismo simbólico, un campo grandemente influenciado por el pensamiento moderno tanto sociológico como psicológico.

Es difícil encontrar una teoría moderna de personalidad que no tenga al self en una posición central (Baldwin, 2000). Hay contribuciones importantes por parte de Erikson y Greenacre, quienes describieron la emergencia del self en términos del desarrollo del ego y del desarrollo psicosexual del niño. Se identificó que la ausencia fundamental de una distinción entre el self y el no self, podía ser vista como una característica básica de los recién nacidos, quienes posteriormente logran distinguir entre su imagen corporal y los objetos de su entorno. Después se logra el concepto del self permanente al alcanzar el desarrollo de la constancia del objeto.

Baldwin (2000) identificó al self en terapia como la influencia más importante para la psicología en el siglo veinte. La atención en el self fructificó con los escritos de los filósofos existencialistas que encabezan el trabajo de Søren Kierkegaard, quien escribió

acerca de las profundidades de sus propias preocupaciones personales. En el desarrollo del existencialismo se incluyen pensadores religiosos como Bultmann, Marcel y Tillich, así como aquellos que se separaron claramente de la visión religiosa como Sartre y Camus. Se debe apreciar en este desarrollo, el trabajo de Edmundo Husserl quien introdujo el método fenomenológico en la filosofía guiando a la gente a examinar su propia experiencia. De especial importancia fue su insistencia en la “intencionalidad”, la idea de que todo mundo de significado debe enraizarse en la experiencia. Otros autores importantes de la filosofía existencial que influyeron en la psicología y el estudio del Self son:

□ Víctor Frankl quien desarrolló la logoterapia para indicar su preocupación central con el problema del significado, se interesó en la trascendencia del self como la esencia de la existencia. Señaló que el psicoterapeuta, no es un maestro o premaestro que proporciona una imagen del mundo tal como el terapeuta lo ve, sino que debe ser capaz de ver el mundo tal como lo ve el paciente.

□ R. D. Laing, se interesó en el rol del self en la comprensión de la psicosis. Se preocupó fuertemente por el acto de confirmación, siendo que el sentido de identidad requiere la existencia de otro para el cual uno es conocido, una falla en esta confirmación o la desconfirmación tanto del propio self como de los otros, se identificó como lo que lleva a la no entidad caótica de la esquizofrenia, donde se pierde totalmente la capacidad de relacionarse tanto con el propio self como con el del otro. Laing consideraba que la tarea en terapia es hacer contacto con el self real del paciente a través de comprender el mundo existencial del falso self.

□ Carl Rogers, consideraba a la persona buscando ayuda como básicamente auto responsable y auto directiva. Identificó el potencial de la dirección del self en pacientes a quienes empezó a referirse como clientes, asume que el papel del terapeuta es como asistente y promotor del proceso de determinación del self y su desarrollo. El movimiento hacia una psicología mas humanista emergió después de la segunda guerra mundial y fue aceptado por muchos terapeutas quienes encontraron insatisfactorio el determinismo y reduccionismo de la visión Freudiana, resultando en el interés de la única y auténtica experiencia humana, movimiento que promueve los potenciales movimientos humanos de los 60 y 70.

El self visto como entidad importante en el desarrollo saludable del individuo, fue estudiado por Bowen (1991) quien distinguió dos tipos de sí-mismo, el sí-mismo real y el seudo sí-mismo. El sí-mismo real compuesto de creencias claramente definidas, convicciones, opiniones y principios vitales, sobre la base de la experiencia individual, permite el raciocinio, la ponderación de alternativas y asumir la responsabilidad de las propias decisiones. Por otro lado, concibió al seudo sí-mismo, como adquirido bajo los efectos de una presión emocional, que puede ser modificado por un impulso emocional. Se compone de creencias y principios irregulares y discrepantes. Como se puede notar, su visión de causalidad se hace patente al señalar que el grado de diferenciación de una persona se determina por el grado de diferenciación de sus padres en el momento de su nacimiento, por su sexo, por la manera en que la persona se ha adaptado en la esfera familiar, por el orden de nacimiento, o por la normalidad, o no del patrimonio genético.

Para la metáfora básica de las ciencias cognitivas, el self es una función de computadora en la que la mente y el Self se reducen a programas internos de la máquina, capaces de computar la utilidad de posibles acciones. Las operaciones mentales y del self sólo procesan informaciones y resultados en relación con un criterio o sintaxis intrínseco construido dentro del sistema, como se observa en el pensamiento cibernético aplicado a los sistemas humanos, a la terapia familiar, a ciertas variedades del llamado constructivismo radical y la teoría de los constructos personales. En estas teorías los significados y la comprensión suelen reducirse a una estructura biológica y al funcionamiento de sistemas fisiológicos que, cibernéticamente, computan y dan origen al proceso psicológico denominando sí mismo, concibiendo al self como un nexo entre los alcances internos de la experiencia y el mundo externo. Estos puntos de vista se apoyan en la idea cartesiana y lockeana de que la mente es un espacio cerrado autosuficiente (Goolishian, 1998).

Gergen (1992) señala que en la visión modernista del yo (self), sus principales características no son una cuestión de intensidad, sino más bien una capacidad de raciocinio, para desarrollar nuestros conceptos, opiniones e intenciones conscientes. Para el dilema modernista, las personas son normales, previsibles, honestas y sinceras. Los modernistas creen en el sistema educativo, la vida familiar estable, la formación moral y la elección racional de determinada estructura matrimonial. El “interior oculto” ya no es

determinante: la persona está allí, puede ser observada y si se le aplican los poderes sistemáticos de la razón y la observación, se puede saber cuál es su carácter.

Self y psicoterapia

La atención hacia el constructo del self, se modificó al aplicar las nociones de la cibernética en la psicoterapia. Stierlin (1997) identificó que a partir de ese momento, se dejó hablar de individualidad, yo o yo-mismo, dado que implicó que todo se redujera a conceptos como regulación, conducción e ingreso libre. Niklan Luhmann aseveró la desaparición del individuo al señalar que los individuos o personas se difuminaban convirtiéndose en elementos de los sistemas sociales, resultado de una perspectiva que percibía los procesos biológicos, y psíquicos como entornos del sistema social (Stierlin, 1997). Otro elemento que permitió el dejar de lado la atención hacia el Self se plasmó en los esfuerzos iniciales de la Psicoterapia Familiar Sistémica para diferenciarse de un enfoque individualista, atomista y de causa-efecto. Anderson y Hoffman (1994, citadas en Ibarra, 2004) señalaron que la visión sistémica en psicoterapia se enfocó en lugar de esto, a constituir como su objeto de reflexión e intervención a las relaciones interpersonales, con una visión de influencia mutua, donde si se cambia un miembro, se promueve el cambio en todo el sistema. Surgiendo así la posibilidad de considerar los “problemas psicológicos” en contexto, no como manifestaciones de propiedades internas, sino como parte de pautas de interacción.

El Self posmoderno

Gergen (1992) señala que a partir del surgimiento del análisis crítico del posmodernismo se concibe que las personas existen en un estado permanente de construcción y reconstrucción. Cada realidad del yo, cede paso al cuestionamiento reflexivo, la ironía y, en última instancia, el ensayo de alguna otra realidad a modo de juego. Con las ideas posmodernas, se cobra conciencia de que los objetos de los que hablamos no están “en el mundo”, sino que más bien son el producto de nuestras perspectivas particulares. El conocimiento no se considera producto del descubrimiento objetivo de una realidad inmutable, sino que surge como una construcción autorreferencial, una recurrencia de las descripciones que generan otras descripciones (von Foerster, 1981,

citado en Fruggeri, 1996). Los individuos, en sus procesos de construcción del mundo, se encuentran limitados por las creencias, los mapas y las premisas que tienen acerca del mundo. De este modo, se reconoce que siendo el conocimiento 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.

Desde esta visión, el self, integra la multiplicidad de voces mediante el acceso a los avances de la tecnología. El self, encuentra voces que armonizan con las propias y otras que le son ajenas. Esta saturación social (Gergen, 1992) proporciona una multiplicidad de lenguajes del yo, incoherentes y desvinculados entre sí, donde para cada cosa que se sabe con certeza acerca del yo, se levantan reflexiones que dudan y hasta se burlan. Así todas las concepciones anteriores sobre el yo dejaron de ser inmutables, el yo se desmantela como poseedor de características reales identificables, tales como la racionalidad, la emoción, la inspiración y la voluntad. Al analizar al self, se identifica que como entidad no resulta inherente a todas las culturas, algunas dan sentido de identidad a partir de las relaciones familiares, la edad y el lugar que se ocupa en la familia. También procesos como la emoción y la razón dejan de considerarse la esencia real y significativa de las personas, a la luz del pluralismo, se conciben como resultado del modo de conceptualizarlos.

Con el posmodernismo, desaparecen las verdades universales y se aceptan los conocimientos locales, enfocándose en el lenguaje, que a través de las palabras expresa la convención colectiva. Los grupos sociales poseen un vocabulario particular o una especial manera de decir las cosas, y estos vocabularios o maneras de hablar defienden, a la vez que reflejan, sus valores posturas políticas y estilos de vida. Para los integrantes de tales grupos, dichas maneras de hablar (o de escribir) adquieren una realidad local; que les parece totalmente convincente.

Stierlin (1997) identifica que el análisis del self integra problemas tanto en la manera como se le describe y como en cuanto a su utilidad terapéutica:

- Es un constructo que para ser descrito debe recurrirse una y otra vez a otros constructos problemáticos, sea el individuo, el sujeto, el yo o el propio yo-mismo.
- Cuando se habla de un yo-mismo, el uso corriente del lenguaje nos sugiere también un objeto, una cosa, pero una cosa, si mantenemos este uso del lenguaje que no se comporta en absoluto como una cosa.
- Cuando se parte de la idea de que sólo existe un yo-mismo verdadero o falso, bueno o malo con sus fronteras fijas e inamovibles, genera conceptos estigmatizadores de normalidad-anormalidad.

No obstante Stierlin (1997) agrega que el constructo llamado yo-mismo resulta imprescindible en la práctica psicoterapéutica porque en él se concentra la dinámica motivacional humana, y en la práctica psicoterapéutica siempre se trata de captar esta dinámica, de sintonizar con ella y de influenciar en ella de una u otra manera.

Para Karl Tomm (1993, citado en Espinosa, 2002) un self posmoderno se constituye por lo que “sabemos” de nosotros mismos y por cómo nos describimos como personas. Sin embargo, se reconoce que este autoconocimiento está constituido en gran parte por las prácticas culturales (de exclusión, etiquetado, evaluación, segregación, descripción, etc.) inmersas en nuestro contexto más amplio. En el lenguaje, nos sometemos a “controles” sociales invisibles basados en prácticas lingüísticas presuposicionales y patrones socioculturales implícitos. Se considera que en el plano de las relaciones sociales, se encuentran unidos: el poder, vinculado al saber y delimitados ambos, por el lenguaje. Las identidades, tal como los recuerdos no se conciben como productos creados libremente de la introspección o las reflexiones sin problemas de un self privado, sino que las identidades se conciben de acuerdo a campos ideológicos construidos por el orden social dominante que mantienen sus intereses (Madigan, 1997).

Stierlin (1997) clasifica diferentes tipos de self, que a continuación se exponen, analizando de qué manera se presentó la transformación del self en los casos atendidos con modelos derivados del posmodernismo:

1. **El yo-mismo que garantiza la identidad.** Es un yo-mismo que se mantiene constante, que olvida la dimensión tiempo y el contexto. En el caso del niño con encopresis, la madre lo describía como débil, rechazado, mañoso, miedoso, desidioso, y que siempre había sido así. El self mostrado de este modo, se asumía inamovible. La definición de este self deficitario, permitía que el niño de 10 años, aún tomara leche con su vaso entrenador como si fuera de menor edad. El self estático se hace evidente en las primeras sesiones mostrándose saturado de una narración que no rescata aspectos positivos al presentarse como problema. Similarmente en el caso de la Sra. Amalia quien señaló con voz inaudible que se consideraba “una mala madre, la más mala de todas las mujeres, que la seguía el fantasma de la infidelidad”, ya que en su contexto social se reveló que tenía un amante aún casada. Nadie sabía que su madre había ejercido la prostitución. El self de la Sra. Amalia, se encontraba subyugado por la sombra social de que las mujeres infieles son malas. Ante este self paralizado, era incapaz de reconocer sus logros y capacidades demostradas.

2.-**El yo-mismo como sujeto y objeto de historias.** Reconoce el poder del lenguaje dentro de historias o relatos que someten, ordenan y conservan las experiencias vitales, creando sentido y orientando la conducta. Este yo mismo cambia y se enriquece mediante el lenguaje que es constitutivo de nuestras vidas. Lo anterior se identifica en familias que comparten historias problemáticas, que versan sobre determinados temas repetitivos, tales como el alcoholismo, la violencia o las psicosis maníaco-depresivas. En estos casos, las familias se sienten sometidas bajo la fuerza inevitable o la maldición de los hechos, y las historias familiares de déficit, son relatadas y compartidas a través de las generaciones. Las características de este yo mismo se identifican en el caso de la Sra. Amalia, quien había vivido bajo el yugo de la violencia por parte de su madre y su ex esposo. En la segunda sesión identificó que también era sometida a la violencia emocional por parte de cada uno de sus hijos, lo cual fue una revelación para ella. Nombrar los hechos como violencia ampliaron el panorama narrativo del self, otorgando responsabilidades como practicantes y consentidores de la violencia.

3.- El yo-mismo como descubridor e iniciador de opciones de supervivencia. Es el yo-mismo que posibilita actuar y reaccionar de manera imprevisible, sorprendente, variable y abierta. Los espacios de contingencia, característicos de la posmodernidad aumentan en la medida en que las normas, tradiciones, coacciones sociales y expectativas no interrogadas, comienzan a ser rebatidas.

Lo anterior inicia al identificar que la identidad no se considera en un estado fijo, ni localizada dentro de la persona, sino que se le reconoce dentro de contextos sociales y de negociaciones intrincadas que tienen lugar dentro de los complejos campos de poder y del discurso. En la historia de la Sra. Amalia predominan las ideas dominantes, narraciones donde ella se vislumbra como sometida por los discursos del poder relacionados al género y a las prácticas que indican lo que debe ser una mujer decente, casada, con hijos y lo que no debe de ser. Esta visión polarizada, constriñe su visión de sí misma, hacia una única manera de vivirse, donde son negadas o descalificadas otras identidades de sí misma, que entran en contradicción con las descripciones oficiales.

El construccionismo social concibe al lenguaje como constitutivo de identidades, negociadas a través de la relación con los otros, aquellos con los que convivimos. La transformación de narrativas lleva consigo un proceso de deconstrucción de los discursos de poder tradicionales, en una sociedad patriarcal. Mediante la deconstrucción se otorga el acceso a la aparición de múltiples visiones enriquecidas acerca de uno mismo. La deconstrucción en la narración de la Sra. Amalia, permitió que fuera rebatida la visión de sí misma como incompetente y merecedora de la violencia, permitiéndole la reescritura de su historia, de su vida y de su realidad. Promoviendo la generación de nuevos significados apoyados en experiencias, vivencias, logros y recursos antes no percibidos que engrosan la historia limitada y generan nuevas narraciones de identidad. Lo anterior le permitió asumir su responsabilidad y su capacidad para detener la violencia que otros ejercían contra ella, tanto su ex esposo, sus hijos, su pareja, en su trabajo, con su madre.

Al agregar las reflexiones del equipo, relacionadas con el tema de la infidelidad, se cuestionó que los fantasmas persigan menos a los hombres que a las mujeres, perdonándolos a ellos y castigándolas a ellas. Ante esta nueva descripción, Amalia reveló que su madre también había sido objeto de la violencia y el rechazo social, al ser tachada

por sus vecinos, como una mala mujer. Las preguntas acerca de si su madre habría logrado vencer al fantasma de la violencia y de cómo lo habría hecho, propiciaron la apertura de narrativas y posibilidades de acción.

4.-El yo-mismo entendido como parlamento interior. Es un parlamento intrapsíquico donde hay distintas facciones que luchan por el poder, el reconocimiento y la realización de sus necesidades. Entre estas facciones hay una comunicación abierta o secreta, el entre ellas hace surgir patrones de acción e interacción, juegos y reglas de juego. Algunas facciones consiguen dominar temporalmente de manera casi demagógica el escenario, entonces las aspiraciones y voces de la otras permanecen anuladas, disociadas, en la oscuridad y excluidas del discurso intrapsíquico. El sujeto experimenta los conflictos inevitables en el parlamento interior como ambivalencia o incluso polivalencia.

La confusión en la narración de Amalia se manifestó al señalar que temporalmente lograba vencer al fantasma de la mala madre (self de la consultante) y escuchar su voz. Su actual pareja le decía que ella era buena madre, que estaba al pendiente de sus hijos, pero señaló que de repente entraban otras voces, les daba la razón a sus hijos y pensaba que era una mujer mala, se sentía mal, se bloqueaba, tenía culpa y empezaba a pensar que les estaba faltando el respeto. En su narración, se encontraron voces contradictorias, que atrapaban y paralizaban a la consultante.

5.-El yo-mismo de los recursos. Es necesario agudizar la mirada para ver los recursos sin utilizar del si-mismo, ver además de los problemas, las ofertas y posibilidades de solución. En el caso de la niña que padecía enuresis, su madre la describía como miedosa. Se le preguntó a la niña acerca de cómo podía vencer a esa “pipi traviesa” respondiendo que yendo al baño. Al cosificar al problema que le aquejaba, se le daba poder sobre éste, se permitió que afloraran nuevas narrativas al vencer al problema y se enriqueció la narración acerca de sí misma, con narrativas de fuerza y de vencedora. En las subsecuentes sesiones se identificaron nuevas estrategias, felicitando sus logros por todo el equipo. La enuresis se eliminó en la quinta sesión. Para rescatar recursos también se presenta un enfoque hacia re-recordar sí-mismos alternativos experimentados fuera de lo real de un problema específico de identidad (Madigan, 1997). En el caso de la Sra. Amalia cuando es capaz de reconocerse como buena madre, buena pareja, buena hija y buena

trabajadora, se da fundamento a la agencia personal del consultante, a la reescritura de su historia y al ejercicio de la pluralidad en la identidad.

6.-El yo-mismo de la familia y la comunidad

Es el desarrollo, reconciliación, y reafirmación de los yo-mismos antes descritos dentro del contexto de las relaciones familiares, para que por encima de las circunstancias de la vida, se pueda estar seguro de la identidad y se tenga la capacidad de aprender cosas nuevas que permitan la transformación, la evolución y la realización de la persona. Este yo mismo es importante para el análisis del self posmoderno, porque incluye la interacción, que da como resultado del proceso humano de producción de significado por medio de la acción del lenguaje (Goolishian, 1998). El self en una perspectiva posmoderna, puede considerarse una expresión de la capacidad para el lenguaje y la narración, considerando que los seres humanos siempre se han contado cosas entre sí y han escuchado lo que los demás les cuentan. Siempre hemos comprendido qué somos y quiénes somos a partir de las narraciones que nos relatamos mutuamente. Goolishian (1998) considera que no somos más que coautores de una narración en permanente cambio que se transforma en nuestro sí mismo, y como coautores de estas narraciones de identidad nos encontramos inmersos en la historia de nuestro pasado narrado y en los múltiples contextos de nuestras construcciones narrativas. Lo anterior se puede identificar en el caso, donde la madre del niño con encopresis describía su comportamiento en términos negativos. Siendo el self creado a partir de la interacción social y las descripciones de los demás acerca de sí mismo, se orientó a la madre a identificar lo positivo en el niño, ver y describir sus avances, ante lo cual la madre reconoció que el niño era más responsable, más inteligente. La abuela también lo describió como más grande, que ya entendía más. El hecho de que tanto la madre como la abuela voltearan su mirada hacia otras partes de la identidad del niño, modificó la propia definición de sí mismo, enriqueciéndose el self narrado del niño y ampliando sus posibilidades de conciencia y de acción. Se puede notar que nos co-construimos a través de la mirada de otros con quienes convivimos.

Desde la perspectiva posmoderna, el self, es siempre aprendido y está siempre en desarrollo: es un modo de aprender a caracterizar en el discurso la propia capacidad como agente, como alguien que puede hacer, como actor. Sin embargo el self no es un actor, una

descripción o una representación como lo da a entender la concepción metafísica o existencialista, sino una expresión cambiante de nuestra narración, una manera de contar la propia individualidad. Cambia continuamente y no está limitado o fijado a un lugar geográfico o a un momento en el tiempo. En este caso el desafío terapéutico para los terapeutas posmodernos es ayudar a los consultantes a re-contar las historias de su vida, de manera que les permita una comprensión de sus orígenes y del significado de sus actuales dificultades, donde el cambio se torne narrativamente concebible, alcanzable y creíble. La Sra. Amalia señaló en la última sesión, que a partir de la terapia logró: *“desechar lo que no le servía: el fantasma de la culpa y la etiqueta de la mala madre”*, lo consiguió escuchándose, reconociéndose, identificando que era responsable de algunas cosas, dándose cuenta de que había sido un proceso y que no era la culpable, lo que indicó una transformación en su Self narrado. Goolishian (1998) establece que la naturaleza del self y la de nuestras subjetividades se convierten en fenómenos intersubjetivos. La cambiante red de narrativas es el producto de intercambios y prácticas sociales, del diálogo y la conversación. Para esta visión posmoderna, no somos más que coautores de las identidades que construimos narrativamente. El terapeuta en su relación con el consultante, prepara el camino para propiciar la transformación de la historia en un proceso reconstructivo que favorece el desarrollo de nuevas co-construcciones del sí mismo.

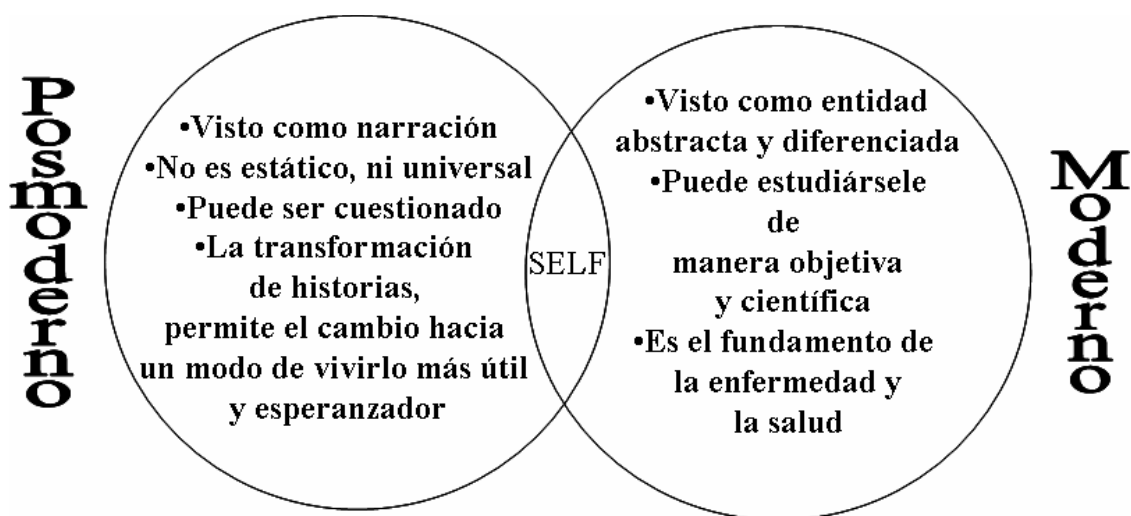


Figura 1. El self desde la perspectiva posmoderna y moderna

El papel del terapeuta posmoderno

Lo que tiene lugar en la terapia no es una edición de la narración del cliente a cargo del terapeuta, sino una conversación terapéutica que permite la transformación del self narrado del consultante. Se logra formulando preguntas acerca de su narración, para ingresar en su subjetividad. Estas preguntas se hacen desde una posición de no saber, ya que jamás podemos conocer estas subjetividades narradas hasta que el consultante nos las dice. El terapeuta debe establecer una conversación terapéutica donde tenga la necesidad de averiguar el sentido, la intención de cualquier comportamiento, acción o enunciación de su consultante y de interpretar mediante el proceso conversacional. Nunca se puede conocer a priori verdaderamente la intención de una acción cualquiera, sino que debemos confiar en la explicación que el consultante dé ante nuestras preguntas. Se puede entender entonces, que la terapia posmoderna es una conversación para el cambio, la conversación terapéutica sirve para generar un relato alternativo en que el problema queda redefinido y deja de producir dolor, propiciando el proceso de cambio en el sistema de significados de la familia. Sluzky (1992, citado en Rodríguez y Beyebach, 2006) señala que lo que el terapeuta hace es introducir modificaciones en el sistema semántico de las familias para provocar cambios en relatos específicos o introducir modificaciones en las relaciones de dominancia entre los distintos relatos. En la sesión final del caso del la Sra. Amalia, se le preguntó a la consultante, ¿Te gusta esta nueva Amalia?, respondiendo: “Sí, estoy más tranquila, un poco más segura. A mis hijos, los veo más tranquilos, a lo mejor, yo iba con mi pareja y regresaba a casa con culpa y miedo de que me juzgaran. Ahora, no regreso con culpa, ya no me cuesta trabajo y veo la respuesta en ellos. Yo creo que les transmitía mi temor por sentir culpa, que ahora no siento y a ellos los veo bien. Me doy cuenta de que al irme con mi pareja, sentía que era algo prohibido y ahora no, ahora es algo normal”.

3.6. ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL

La cibernética de segundo orden entiende toda noción cibernética como dependiente del observador (Pakman, 1991). Desde la visión de segundo orden se establece que nuestra propia estructura es importante para hacer ciertas observaciones, misma que genera restricciones para el tipo de observaciones que hacemos, que pueden ser tanto corporales como impuestas por el lenguaje. Uno de los primeros pasos hacia la cibernética de segundo

orden surgió como resultado de las reflexiones obtenidas durante el verano de 1984 con la conferencia Gordon sobre Cibernética, en la cual se buscaba recrear parte del ambiente entusiasta de las conferencias Josiah Macy que tuvieron lugar en la década de los cincuentas. La conferencia Gordon, fue organizada por los cibernéticos Heinz von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela, quienes incluyeron al psicólogo cognoscitivo Ernst von Glasersfeld (Hoffman, 1989). Estos científicos ofrecen una visión de la teoría cibernética que ellos llaman la “cibernética de segundo orden”. De acuerdo con Pakman (1991) “la cibernética de segundo orden no sólo tiene, sino que es una epistemología, que lleva la atención desde los ‘sistemas observados’ hasta los ‘sistemas que observan’, al entender a toda noción cibernética (a toda noción en general) como dependiente del observador” (p. 26). Esto significa que el terapeuta debe reconocer su posición dentro del proceso terapéutico como parte del sistema, donde su visión del problema está influido por su postura teórica y donde transforma y es transformado en la relación cliente-terapeuta. Dentro de esta etapa de evolución de la cibernética, sus relaciones con la terapia familiar tratan de dar un marco epistemológico general para el desarrollo de modelos aplicados al campo de la clínica, donde “el terapeuta no es más alguien que describe al sistema ‘tal cual es desde afuera’, sino alguien que ‘co-construye al sistema del que él también es participante’ ” (Pakman, 1991, p. 26).

Las nociones de la cibernética de segundo orden han tenido un impacto en la Psicología como ciencia y en particular en el ámbito psicoterapéutico define un nuevo modo de ver los problemas, de ver al terapeuta, al cliente y al tipo de intervención que se realiza. Zimmerman y Dickerson (1994) señalan de qué modo han influenciado a la psicoterapia las nociones cibernéticas donde, 1) se presenta un cambio de dirección de cualquier clase de causalidad, hacia una visión circular de los problemas, donde hay una explicación funcional de los mecanismos de autorregulación de los sistemas y 2) el punto de vista del terapeuta (su teoría) es igualmente importante al del cliente. Desde este punto de vista no se asume una verdad única y universal. Tomando en cuenta lo anterior, las nociones señaladas pueden considerarse como el fundamento de nuestro quehacer como observadores y terapeutas dentro del sistema terapéutico en la Residencia en Terapia Familiar Sistémica.

Nuestro trabajo con familias dista de ser unidireccional, es decir la visión de que el terapeuta incide directamente en la familia y es quien determina lo correcto, lo incorrecto y quien cuenta con la verdad. Por el contrario la acción terapéutica basada en la Cibernética de segundo orden, muestra una interacción diferente entre el sistema terapéutico (sistema familiar y el terapeuta), donde éste último enriquece su visión de la circunstancia que trae a la familia a terapia y su propia acción terapéutica a través de los comentarios, sugerencias, lineamientos, orientaciones y propuestas del sistema de terapeutas (sistema de supervisión y los terapeutas) quienes tras el espejo observan al sistema familiar y al terapeuta.

Se asume que el sistema familiar, el sistema terapéutico y el sistema de supervisión participan en un juego de interacción de influencia e interacción mutua, donde a su vez las características particulares de la familia tienen un impacto en el sistema terapéutico total (sistema terapéutico y sistema de supervisión), quienes también tienen una influencia activa en la familia por la presencia del sistema de terapeutas (sistema de supervisión y terapeutas) quienes aunque no son visibles se mantienen atentos y activos, manifestándose mediante llamadas telefónicas o incluso llegando a intervenir presencialmente con la familia (Desatnik, Franklin, Rubli, 2002).

Dentro de nuestra formación como terapeutas en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar se ha incluido un grupo de observadores en el proceso de supervisión, el cual se conforma por los alumnos de primer semestre de la maestría, mismo que queda incluido en el sistema terapéutico total y se prepara para incidir directamente con las familias, acción que tienen oportunidad de ejercer a partir del segundo semestre.

La acción recursiva entre los elementos de los sistemas antes señalados tiene como último fin brindar el servicio psicoterapéutico de calidad que las familias requieren para satisfacer su necesidad de ayuda. Al enfocarnos hacia la atención de una familia o de un cliente, debemos reconocernos integrados dentro de sistemas amplios que incluyen a un sistema social, a un sistema legal, al sistema institucional, al sistema académico, y como hemos señalado más directamente nos integramos al sistema terapéutico total que incluye al sistema terapéutico y al sistema de supervisión.

Participar en todos estos sistemas nos habla de un complejo flujo de información, donde cada individuo aporta su propio esquema de conocimientos compuesto por su historia personal y familiar, experiencias, habilidades, capacidades, características de personalidad, y conocimientos. El participar dentro de estos sistemas nos va transformando continuamente a través de un proceso donde la retroalimentación por parte de cada subsistema, tiene la función de desarrollarnos y prepararnos como profesionistas éticos orientados hacia el servicio psicológico de familias.

El realizar un análisis de lo que implica la formación dentro de la práctica clínica supervisada debe tomar en cuenta diferentes aspectos que tienen que ver con cada subsistema en el cual se participa. Por un lado la supervisión debe cumplir con diversos requisitos, tales como tener la capacidad de evaluar y retroalimentar los aciertos, errores, los puntos ciegos de los terapeutas, conteniendo y preservando su integridad como persona, por lo tanto requiere la presencia de condiciones para ser efectiva, y propiciar la formación del estudiante.

Haley (2002) señala que el tipo de supervisión más eficaz es la colectiva y la que se realiza en vivo, misma que se desarrolló durante la Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Mediante esta estrategia, se observa al terapeuta a través de una pantalla de visión unilateral y se le instruye durante la entrevista, pudiéndose juzgar el procedimiento según diversos criterios. Se considera que este tipo de supervisión es la menos costosa en comparación con la supervisión tradicional de persona a persona donde sólo un estudiante aprovecha la sapiencia del supervisor. La supervisión mediante el espejo de una sola visión permite a su vez observaciones directas de todos los aspectos verbales y no verbales de la sesión. El equipo observador puede enfocar su atención en cualquier dirección que parezca pertinente, de este modo no está limitado al enfoque de la cámara. Con el uso del espejo de una visión, el supervisor puede observar el trabajo del entrenando con la familia. Si otros entrenandos están observando en el cuarto adyacente al espacio terapéutico, el supervisor puede explicar y comentar lo observado y la ejecución de las técnicas a los estudiantes. El supervisor interviene con el uso del teléfono, llamándolo en momentos cruciales y haciendo sugerencias acerca de las intervenciones específicas a utilizar. No obstante el no contar con espejo de visión unidireccional no limita el ejercicio de la supervisión tal como se pudo

observar en la Sede de la Clínica de Medicina Familiar “A” del ISSSTE, donde las estrategias se proponen por escrito.

Durante mi experiencia en la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, se utilizaron las siguientes técnicas de supervisión (Blumenfield, 1982):

1. Modelado. Las supervisoras modelaron diferentes técnicas, en la representación de casos ficticios o con las familias atendidas. En algunas ocasiones se observaron videos de casos reales, donde el terapeuta explicaba las técnicas utilizadas y se recibía retroalimentación del grupo.

2. Supervisión en grupo, los beneficios del grupo en términos de economía (el uso económico del tiempo y la energía y la información de muchos terapeutas en cada caso).

Como se ha señalado, la supervisión se llevó a cabo de forma conjunta a un grupo de estudiantes. De acuerdo con Haley (2002) entre los beneficios obtenidos con esta estrategia de aprendizaje se encuentran por un lado, que la observación colectiva multiplica el número de clientes vistos. Al participar en un equipo de 5 miembros, donde cada estudiante atendió en promedio seis casos, el equipo en su conjunto atendió treinta familias, con una variada gama de problemas. La orientación que las supervisoras brindaron a los estudiantes al tratar un caso fue observada y recibida por todo el equipo, guiando a medida que avanzaba la sesión. Al compartir en equipo el estudio de un caso, se generó una mayor gama de ideas sobre el procedimiento a seguir, así el terapeuta en formación no sólo recibió ideas de su supervisor, sino también de sus pares.

Haley (2002) sugiere las siguientes actividades para quien supervisa a un equipo, mismas que se llevaron a cabo durante la Residencia:

1. El supervisor intervendrá lo menos posible en la entrevista del terapeuta con la familia.

2. El supervisor formulará una sola idea por llamada. Puede resultar difícil recordar varias cosas mientras se entrevista a una familia.

3. El supervisor explica al estudiante que si al recibir una orientación por medio del teléfono, la considera complicada o si el terapeuta desea una explicación más extensa, tiene la libertad de salir del consultorio a discutir el asunto.

4. El supervisor da sugerencias e imparte directivas.

5. Debe quedar en claro que la tarea del supervisor no se limita a hacer que la terapia se desarrolle correctamente e instruir a un terapeuta en formación; también debe proteger a la familia de la incompetencia de un principiante y de la intromisión en áreas privadas que no le interesan al terapeuta.

Los estilos de la supervisión observados durante la Residencia fueron diferentes. Hay quien intervino constantemente por medio del teléfono y quien no lo hizo. Hay quien entra a una sesión y quien no lo hace. En estos casos es deseable que la supervisión aclare su preferencia para no crear confusión.

Tomando como base las nociones de la cibernética de segundo orden, la supervisión hacia un terapeuta, un equipo y una familia, no es unidireccional, si bien, ejerce un impacto modelador de terapeutas, el supervisor también es informado y transformado dentro del proceso recursivo donde participa y en los sistemas donde interviene. Acorde con estos postulados, la supervisión también es supervisada y esta supervisión es guiada por los aspectos éticos de competencia que se presentan en la docencia.

Ford (2001) señala que es importante para los que ejercen labores de supervisión mantenerse actualizados en los desarrollos en la teoría de enseñanza, aplicaciones, y tecnología, así como en el contenido de las áreas que instruye. La supervisión debe ser creativa, comprender la dinámica grupal, conocer los fundamentos teóricos que sustentan las técnicas que enseña, tomar en consideración a la persona del terapeuta y tener conciencia de los diferentes roles que juega como maestro, facilitador, evaluador, consultante, entre otros (Desatnik, Franklin, Rubli, 2002).

Por otro lado, se pueden analizar las expectativas del estudiante que participa como supervisado dentro del sistema de supervisión. Incluyen una relación de mutuo respeto, donde no obstante sea mayor el conocimiento y experiencia del supervisor, éste sea capaz de orientar sin imponer calificativos que disminuyan la autoestima.

También es imperativo que las acciones terapéuticas sugeridas o impuestas cuenten con un sustento teórico práctico donde generosamente se otorgue orientación acerca de lo que se hace y por qué se hace. Cuando la supervisión no pueda orientar al equipo en el momento, dadas las presiones de la ejecución en vivo y el ritmo de atención, se espera sugiera bibliografía pertinente al caso.

Es importante reconocer que cualquier persona que ejerza labores de supervisión u otras adolece de problemas humanos, por lo que puede estar a disgusto con áreas personales o de su trabajo. En estos casos la supervisión puede mostrarse irritable o adoptar una relación adversaria con los estudiantes. En esta circunstancia, Ford (2001) señala que cualquier declinación en la motivación o profesionalismo de un miembro de la facultad, afecta su competencia como maestro, siendo una obligación ética identificar y buscar ayuda para cualquier problema emocional experimentado que pudiera afectar su ejecución profesional.

La retroalimentación que la supervisión ofreció se encontró orientada hacia el perfeccionamiento de los aspectos teórico-prácticos en diversos aspectos, tales como el planteo de la hipótesis, el desarrollo adecuado de la estrategia terapéutica, en cuanto a la relación directa con la familia y el fundamento de la intervención. A su vez, permitió a los supervisados expresar sus ideas y si era pertinente se ponían en práctica, por ejemplo cuando se propone un ritual, una tarea, mensaje, o desarrolla algún medio literario.

El supervisor al expresar sus ideas cuando se encuentra observando a una familia presenta a los supervisados una forma de pensamiento, sistemático que incluye, respetar el ritmo de la familia, no presionar hacia el cambio, hacer surgir las capacidades de la familia y ser neutral.

No obstante debe considerarse que aunque el proceso de retroalimentación hacia el supervisado es constante por parte del supervisor, no se realiza en una sola dirección, el supervisor también ésta está siendo objeto de observación y evaluación por parte de los supervisados, quienes lo pueden calificar como digno de respeto, conecedor,

experimentado, bueno, impetuoso, pasivo, impositivo, dogmático, entre otros. Tales calificativos deben ser objeto de revisión por parte del supervisado para estar atento a lo que pueda afectar su disposición al aprendizaje o que identifique todo lo que pueda aprender, de quien tiene mas experiencia.

Otro de los sistemas en los cuales se participa es el equipo terapéutico donde podemos aprender de los iguales, expresar ideas, venderlas, equipararlas, y ser generoso si se tiene más información en pro de la atención hacia la familia. El terapeuta bajo supervisión tiene múltiples contactos con el equipo: en una presesión planeando en grupo, al dejar el cuarto de terapia y al unirse al grupo para breves consultas durante la sesión en caso de ser necesario y en la postsesión, donde el grupo desarrolla tareas terapéuticas para la familia. En estos casos, el supervisor está atento a que entre los miembros del equipo no se realicen interpretaciones psiquiátricas en un contexto que no es de terapia grupal o se hagan comentarios negativos al supervisando, en lugar de esto, favorece el aprendizaje propiciando entre el equipo el desarrollo de propuestas de intervención (Haley, 2002).

Como terapeuta frente a la familia también se participa en una transformación recursiva, donde se aprende continuamente tanto de la familia como de uno mismo, ante sus reacciones y en la observación del video de sesión. Al estar frente a la familia, en cuanto a la comunicación verbal es importante evitar las muletillas que se utilizan en el discurso, tales como OK, bueno, si, aja, etc. Cuidar la forma de plantear las preguntas a la familia para que sea una a la vez, dirigir nuestras intervenciones similar tiempo a cada miembro, revisar nuestras emociones ante el cliente para que no sean un obstáculo para la intervención, por ejemplo ante confusión, enojo, miedo, aburrimiento, etc. Dentro de la comunicación no verbal cuidar la postura corporal, que no sea rígida, no mover los pies como signo de nerviosismo, aspectos que se van mejorando con la práctica y en la relación con la familia.

Dentro de este apartado en mi experiencia personal como terapeuta en formación obtuve orientación, adiestramiento y respeto por parte de las supervisoras. Al realizar labores de supervisión en los casos de seguimiento, como individuos y miembros de un equipo vamos desarrollando seguridad personal como terapeutas en la medida en que los casos son dados de alta, siendo un ejercicio que nos prepara para nuestra práctica profesional como Terapeutas Familiares Sistémicos.

3.7. REPORTE DE HABILIDADES DE DIFUSIÓN

Entre las competencias profesionales que debe mostrar el egresado de la maestría en psicología con residencia en Terapia Familiar Sistémica, se incluye contar con la capacidad de desarrollar investigación sobre los procesos de familia y pareja. El apearse a los lineamientos establecidos por la *American Psychological Association* (APA) favorece difundir los resultados de modo que proporcionen información útil para exponerla en foros o para el desarrollo de programas de salud y/o educación a los que haga referencia.

En este caso se realizó una investigación de tipo cuantitativa, para evaluar la incidencia de la depresión en mujeres y hombres que transitan por la etapa del ciclo vital del nido vacío. Investigación complementada con un estudio de tipo cualitativo que identificaba los factores contextuales que favorecen la ausencia de depresión en la mujer que se encuentra en esta etapa del ciclo vital.

3.7.1. Investigación cuantitativa

El título de la investigación fue: “Evaluación del nivel de depresión en mujeres y hombres, en la etapa de ciclo vital de nido vacío”. La investigación se enfocó a tres temas que se consideran de actual importancia, la depresión, la vejez y la inclusión de las etapas del ciclo vital en la investigación cuantitativa. El trabajo se justifica considerando que la incidencia de la depresión en la población mundial es de creciente interés, considerándose que hasta el año 2000, la depresión era la cuarta causa de muerte, y que para el año 2020 será la segunda causa de muerte. Por señalar un dato, se espera que la proporción mundial de personas adultas de más de 65 años alcance más del doble del actual, pasando del 6.9% al 16.4% entre los años 2000 y 2050, según estudios de la Organización Panamericana de la salud (De los Ríos, 1993). Al tomar en cuenta esta información nos damos cuenta que es importante identificar factores que inciden en la depresión en la gente mayor de modo que los sistemas de salud puedan abocarse a realizar labores educativas y preventivas para éste tipo de población y sus familias.

Se considera a la familia como el núcleo de subsistencia y protección y el medio en el cual se desarrolla el ser humano. Éste núcleo social no es estático, algunos autores

consideran que la familia transita por un ciclo evolutivo que comprende de diferentes etapas. Particularmente en la etapa de nido vacío, ante la partida de los hijos, la pareja de adultos enfrenta cambios drásticos que pueden incidir en la salud emocional de las personas.

Los participantes en la investigación, fueron 16 hombres y 16 mujeres con hijos mayores de 18 años, a quienes se les solicitó su participación voluntaria. Todos habitaban en la comunidad de los Reyes Iztacala Municipio de Tlalnepantla Estado de México. Se utilizó una ficha demográfica para cada participante que constó de 11 preguntas acerca de sus datos generales tales como edad, sexo, estado civil, ocupación, asimismo una pregunta que permitía ubicarlos, ya sea en el grupo de ciclo vital de nido vacío (Grupo 1) o el grupo de adultos que viven con sus hijos (Grupo 2).

Para evaluar el nivel de depresión se utilizó la Escala de Autoevaluación de Zung, escala que consta de veinte rubros que abarcan tanto las alteraciones del afecto como los síntomas cognoscitivos y fisiológicos más comunes de la depresión.

La muestra se analizó en cuanto a rango de edad, estado civil, ocupación y participación en otras actividades, encontrándose que el rango de edad de toda la muestra estaba entre 51 y 79 años. En cuanto al estado civil, el 68% de la muestra era casado, el 15.6% divorciado, el 12.5% viudo, siendo sólo 1 participante soltero (3.1%). En ocupación el 40.6% se encontraba jubilado, siendo el mayor porcentaje de hombres (37.5%) en comparación con una mujer (3.1%). Esto indica que el 43.8% de las mujeres se dedicaban al hogar. La participación de la muestra en otras actividades ya sea de ejercicio o con amistades indicaba que el 53% de la muestra no realizaba ninguna actividad tal como ejercicio o con amistades.

Siendo nuestro objetivo evaluar el nivel de depresión en mujeres y hombres que se encontraban en la etapa del ciclo vital del nido vacío, al comparar el nivel de depresión en ambos grupos para el género femenino, el 87.5% del grupo 1 no presentó depresión, similarmente al 75% de las mujeres del grupo 2. En cuanto a la depresión leve, sólo se detectó un 12.5% en ambos grupos, mientras que en el grupo 2, el 12.5% de los casos presentó depresión moderada, nivel de depresión que no se presentó en el grupo 1.

Respecto al género masculino, al comparar ambos grupos, el 100% del grupo 1 no presentó depresión, tampoco un 75 % de las hombres del grupo 2. Se identificó un 25% de depresión leve en el grupo 2, no presentándose este nivel en el grupo 1. Asimismo el nivel de depresión moderada no se presentó en ningún grupo para el género masculino.

Se discutió que no obstante no se detectaron diferencias significativas en el nivel de depresión en ambos grupos, ni entre géneros, el dato coincide con investigaciones donde no se encuentran diferencias claras en el nivel de depresión tomando en cuenta el género. Aunque a partir de lo encontrado se hace notar que el incluir el concepto de ciclo vital en la investigación, implica tomar en cuenta una serie de factores contextuales que podrían generar diferencias en cuanto al nivel de depresión que muestra una persona. Factores tales como el lapso de tiempo en que los hijos han dejado el hogar, el estado civil, las actividades que se realizan, la vida religiosa y el estado de salud/enfermedad de la muestra. El presente estudio destaca la importancia del contexto en la investigación de la familia y sus integrantes, siendo guía para futuras investigaciones, donde al estudiar grupos más homogéneos contextualmente, probablemente se podrían encontrar diferencias en cuanto al nivel de depresión (Ramón y Romano, 2005a).

3.7.2. Investigación Cualitativa

El título de la investigación fue: “Ausencia de depresión en la mujer y nido vacío: Evaluación Cualitativa”. Al investigar la depresión en la mujer, se ha encontrado que éste padecimiento es más frecuente en el género femenino, en comparación con el masculino. Aún en la adolescencia las mujeres tienden a presentar tasas de depresión más altas que los hombres de su edad (Aguilar, De Eduardo y Berganza, 1996). En cuanto a la depresión en la mujer mayor, Osborn, Fletcher, Smeeth, Stirling, Bulpitt, Breeze, Ng, Nunes & Tulloch (2003) concluyeron que la mujer mayor que vive aislada socialmente, padece más depresión en comparación con las mujeres mayores que mantienen redes sociales.

Con base en esta información teórica se realizó un estudio de tipo cuantitativo titulado: “Evaluación del nivel de depresión en hombres y mujeres que se encuentran en la etapa de ciclo vital de nido vacío” (Ramón y Romano, 2005), las hipótesis se orientaron a suponer que se presentaría mayor nivel de depresión en un grupo de nido vacío en comparación con un grupo de nido repleto, sin embargo no se encontraron diferencias significativas en cuanto al nivel de depresión al comparar los resultados de los grupos cuyos hijos viven con ellos (nido repleto) y de los hijos que ya no viven con ellos (nido vacío), por lo que resultaba de interés investigar qué características tienen los significados en una mujer sin depresión que se encuentra en el ciclo vital del nido vacío, en cuanto a las redes de apoyo, el área de la salud/enfermedad, el área espiritual y las expectativas para el futuro.

Para realizarlo, se analizaron los factores contextuales referidos, mediante un estudio de caso, n=1. Se decidió investigar a una persona de género femenino perteneciente a la muestra del estudio cuantitativo previo, quien no presentaba niveles de depresión, se encontraba en el ciclo vital del nido vacío y mostraba motivación para participar en ésta fase del estudio.

Dentro del procedimiento, se utilizó la entrevista en profundidad dentro del hogar de la participante, mismo que resultaba un lugar óptimo al contar con condiciones de privacidad, tranquilidad y acceso hacia recuerdos: álbumes fotográficos, indumentaria, objetos familiares, etc. que facilitarían y complementarían los relatos de vida. La entrevista se basó en un guión sobre los temas a tratar (teniendo libertad el entrevistador de ordenar y formular las preguntas a lo largo del encuentro de la entrevista), ésto según la versión de Patton (Valles, 2000). Se consideraron los siguientes temas: 1) redes de apoyo intrafamiliares y extrafamiliares, 2) área de la salud/enfermedad, 3) área espiritual, 4) expectativas futuras, tanto personales como familiares.

Para el análisis de la entrevista, se utilizó además de la entrevista transcrita en formato Word (programa Office), la herramienta informática para el análisis cualitativo de datos textuales denominada Atlas/Ti, programa diseñado para realizar un análisis cualitativo ante una gran cantidad de datos. El programa Atlas/Ti se basa en los principios de la teoría fundamentada, aunque permite realizar el análisis desde cualquier perspectiva teórica

(Garay, Iñiguez, Martínez, Muñoz, Pallarés y Vázquez, 2002). Para realizar el análisis se debieron crear “categorías” a través de un proceso de codificación (Mella, 1998).

A partir del análisis de la entrevista se desarrollaron 10 categorías, siendo las siguientes: 1) actividades sociales, 2) actualidad, 3) expectativas, 4) papel de la abuela, 5) pareja, 6) partida de los hijos, 7) redes de apoyo, 8) religión, 9) salud/enfermedad y 10) valores. Para cada categoría se desarrollaron una serie de subcategorías.

Dentro del marco teórico de la investigación cuantitativa que antecede a este reporte se indicaba la propensión de personas adultas a sufrir depresión (Espinosa, 1992; Kasl-Godley, Gatz & Fiske, 1998 y Sowdon, 2002) y que las mujeres tendían a presentar tasas de depresión más altas que hombres de su edad, aún en la adolescencia (Aguilar, De Eduardo y Berganza, op cit). No obstante que estos datos no coincidieron con los resultados de nuestra investigación al evaluar el nivel de depresión en mujeres mayores que estaban en la etapa del ciclo vital del nido vacío, los resultados nos hicieron suponer que había ciertos factores relacionados con el contexto que influían en que las mujeres en esta etapa no presentaran depresión. Tomar en cuenta factores relacionados con el contexto resultaba importante ya que hay estudios que indicaban que la mujer mayor que vive socialmente aislada padece más depresión, en comparación con las mujeres mayores que mantienen redes sociales (Osborn, Fletcher, Smeeth, Stirling, Bulpitt, Breeze, Ng. Nunes & Tulloch, 2003).

Los resultados de este estudio cualitativo permitieron identificar algunos elementos contextuales de vida, que aportan información sobre características más específicas de una persona que se encuentra en etapa de nido vacío. Se consideró que aunque la partida de los hijos del hogar fue un trance doloroso para la entrevistada, el apoyo espiritual que encontró en la religión fue básico para lograr que no existiera en ella depresión. Se presentó un proceso de adaptación a esta nueva condición de vida, que mostró más dificultad en los días más cercanos a la partida de sus hijos; sin embargo fue superando esa dificultad con el paso del tiempo. Se podría inferir entonces que en la etapa de nido vacío existen diferentes momentos de adaptación a la nueva condición que se vive, dentro de los cuales el lapso de tiempo transcurrido desde que ocurrió el hecho, relacionado con el aspecto espiritual es un

área muy importante a considerar en futuras investigaciones sobre depresión en etapa de ciclo vital en el nido vacío.

Un dato que concuerda con los datos teóricos, es el hecho de que se presentó una relación entre la ausencia de depresión y el contar con redes de apoyo tanto internas como externas, lo que lleva a pensar en la importancia de mantener redes de apoyo para una persona adulta. Para la entrevistada sus hijos constituyen una red importante de apoyo, sin embargo el papel que le proporciona su pareja resultó fundamental, ya que además de compañero matrimonial, pasó a ser un compañero existencial, al compartir el hogar y ofrecerse apoyo mutuo en todos los aspectos de vida.

En el área de la salud/enfermedad, la entrevistada manifestó que aún existiendo en ella una enfermedad importante, el área espiritual la llevó a asumir su condición con aceptación, manteniendo sus expectativas de vida, considerando como una gran oportunidad el estar con vida y asumiendo el tratamiento requerido. Lo que nos permite asumir que la enfermedad tampoco es un factor contundentemente relacionado con la presencia de depresión. Como resultado se identificaron los siguientes factores relacionados a que no se presentara depresión y a que existiera un bienestar emocional: 1) el aspecto espiritual (religioso), 2) las redes de apoyo con que se cuenta (internas y extra familiares), 3) el apoyo de su pareja, 4) su actitud ante la enfermedad y 5) sus valores (Ramón y Romano, 2005b)

3.7.3. Reporte de actividades en foros académicos

3.7.3.1. Como asistente:

1. XXIII Coloquio de Investigación celebrado los días 25, 26 y 27 de agosto del 2004. Se impartió en el Estado de México en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Las tres áreas temáticas del coloquio pertenecen a las ciencias biológicas, medicina y psicología, presentándose además de avances en investigación por parte de académicos y docentes, carteles y trabajos estudiantiles. Las áreas de interés a las que se asistió tienen que ver con los temas de la psicología tales como psicología de la salud, la psicología del envejecimiento, salud y calidad de vida, psicología del amor. Estudios sobre

desarrollo infantil y educación básica, el desarrollo lingüístico en preescolares, la pareja y sus perspectivas teóricas e intervención clínica, la terapia familiar sistémica, su teoría, práctica e investigación. Tales conferencias aportan al estudiante una visión más amplia sobre los temas actuales en investigación que resultan novedosos. Además permiten tener una perspectiva acerca de la acción social del psicólogo dentro de la psicología aplicada en escenarios tales como los desarrollados dentro del proyecto de “Piña Palmera” donde se otorga educación especial a infantes con problemas de desarrollo en el estado de Oaxaca.

2. Conferencia Taller “Aplicación de la hipnosis Ericksoniana en Terapia Familiar y de pareja, se impartió el 15 de noviembre de 2004, en la FESI, por la Dra. Michele Ritterman, la ponente, trabajó con Jay Haley, Milton Erickson, Salvador Minuchin, es escritora de 20 artículos editados en la revista *Family Process* y es autora de dos libros que tratan del empleo de la hipnosis en la terapia familiar.

Dentro del taller se hizo notar la importancia y utilidad de trabajar con familias y parejas haciendo uso de la hipnosis. Se definió que si se trabaja con un individuo empleando hipnosis, se incide en todos los miembros de la familia. La hipnosis es útil para que la gente dirija su propia vida, siendo dueña de su mente. Un aspecto novedoso dentro del taller fue identificar a la familia como una poderosa hipnotista. La familia otorga continuamente mensajes a sus miembros, realizando una labor hipnótica con el paciente, de modo que en algún momento surge el síntoma que permite mantener la homeostasis de la familia, así la familia tiene el poder de inocular culpas, generar estrés, hasta adicciones.

El papel del psicoterapeuta en un inicio es observar los patrones de relación familiar, en lugar del contenido de los mensajes, observar la estructura familiar, los procesos inconscientes, llegando a identificar el flujo de sugerencias entre sus miembros. Se toma en el tiempo subjetivo, considerándose que en el momento de trance el tiempo se detiene subjetivamente transcurriendo más lentamente.

3. Taller “La aplicación de la Terapia Breve Estratégica para resolver problemas familiares”, los días 29 y 30 de enero de 2005. Con una duración de 20 hrs., se impartió en las instalaciones de la institución educativa CUDEC por el psicoterapeuta italiano Giorgio Nardone.

El ponente señaló que la relación entre padres e hijos no es unidireccional, dado que por principio no se tiene el mismo poder, el adolescente no posee la experiencia ni los recursos de una persona adulta, pero si las ganas de descubrir y ponerse a prueba. El adulto debe proporcionar entonces los instrumentos y hacer de guía, respetando su entusiasmo y las ganas de descubrir. El primer postulado en su trabajo con familias, es que nadie puede sustituir a los padres. Sin embargo los modelos que propician la democracia le restan poder a los padres siendo que los hijos requieren guías y límites claros, mas que padres-amigos, siendo lo más difícil que los padres recuperen su autoridad ante sus hijos. Se identificaron tres estilos de paternidad siendo el modelo permisivo, el modelo sacrificante y el modelo intermitente. El modelo permisivo es el que no dirige al hijo por lo que no se le responsabiliza del error. Dentro del modelo sacrificante, los padres se sacrifican renunciando a cosas materiales por sus hijos, por lo que el hijo no valora el esfuerzo, generándose conductas egoístas y de descalificación hacia los demás. El modelo intermitente integra a todos los demás, al ser poco estable y emplear la comunicación paradójica genera mayor número de trastornos psíquicos. Dentro del taller el ponente presentó diferentes casos del público orientando a los padres a identificar su problema y la solución, utilizó preguntas para clarificar significados familiares, parafraseó, otorgó connotación positiva, realizó preguntas con ilusión de alternativas y propició el cambio.

4. Precongreso de psicodrama, desarrollado el 4 de mayo del 2005 en la Facultad de Psicología de la UNAM. Entre las actividades del Precongreso se realizó el reconocimiento público al Dr. José Luis González Chagoyan por su labor dentro del psicodrama. El taller del “Grupo Mamut” impartido por Rosa Doring integró a los asistentes al escenario quienes mediante la invitación a participar en movimientos corporales libres y en conjunción con los ritmos musicales, propiciaban la unión, el esparcimiento y la liberación del estrés. Posteriormente se dividió al grupo por temas, mismos que debían ser desarrollados a través de la expresión corporal. En otro taller: “Del teatro al Psicodrama: Escenas que cobran vida propia” se participó como observadora de un video de una obra de teatro donde la protagonista relataba sus experiencias como mujer enamorada quien integraba las ideas socialmente establecidas para su rol de género, que la orientaban a proteger al desvalido, sacrificarse y darse sin medida, generando en ella la incompreensión de sí misma y de los demás, limitando su capacidad de crecimiento

personal. Posteriormente mediante la escenificación de dos casos del público, se identificó de qué manera, los especialistas en psicodrama pueden orientar hacia la salud psicológica, haciendo uso de la imaginación de situaciones, personajes y contextos, misma que puede resultar liberadora al integrar a todos los participantes a la sesión en una acción empática y de coterapia .

5. Curso “Lineamientos para el abordaje de la violencia familiar” desarrollado del 4 al 15 de Julio del año 2005. Impartido en el Distrito Federal, en el Instituto Latinoamericano de Estudios de La Familia (ILEF), con una duración de 40 hrs.

Entre los temas abordados se encuentran la terapia sistémica en el trabajo con violencia familiar, los mitos, los tipos de violencia, el ciclo de la violencia, el trabajo con grupos de hombres y mujeres los organismos que atienden a las personas violentadas. También el modelo terapéutico de Virginia Goldner, los aspectos legales sobre violencia familiar y el maltrato infantil.

La violencia se define como el acto de poder que atenta contra la dignidad de las personas. Entre los tipos de violencia se encuentra la física, sexual, económica, la negligencia, la violencia emocional. Se considera que un acto violento es voluntario, intencional, focalizado, recurrente y se incrementa con el tiempo. Como efecto de la violencia se presenta el síndrome de estrés postraumático que se genera ante un evento que pone en riesgo la vida, en estos casos el evento no se puede integrar a la propia narración generando ideas recurrentes, pesadillas y desesperanza. Otro efecto de la violencia es el síndrome de indefensión aprendida, donde los eventos violentos se dan en periodos variables. La persona violentada aprende a no hacer nada, mostrando una predisposición negativa hacia el aprendizaje y falta de motivación.

Dentro del ámbito terapéutico, cuando la familia se encuentra violentada es importante nombrar a la violencia y romper el cerco del silencio. Al hablar de la violencia intrafamiliar se integra el tema del feminismo dentro de la búsqueda de la equidad.

3.7.3.2. Como ponente

Se participó como ponente con la presentación de la investigación titulada “Factores de resiliencia en la mujer en la etapa del ciclo vital de nido vacío: Evaluación Cualitativa”,

el día 30 de septiembre del 2005. La ponencia se presentó como parte de los trabajos del Congreso de Resiliencia México, realizado en la Facultad de Estudios Superiores Acatlán ubicada en Naucalpan, Estado de México, los días 28, 29 y 30 de septiembre del 2005.

En el estudio de tipo cualitativo presentado se identificaron los factores que han coadyuvado a la salud emocional de una mujer adulta resiliente al enfrentar obstáculos en su vida tales como la enfermedad, los problemas de pareja, y los cambios en la familia al encontrarse en la etapa del ciclo vital del nido vacío. La investigación, se llevó a cabo como una fase posterior a un estudio cuantitativo en el cual se evaluó el nivel de depresión en mujeres que se encontraban en la etapa del ciclo vital del nido vacío. Se concluyó que los factores de resiliencia que coadyuvaron a superar las adversidades en la entrevistada fueron asumir la vida en función de valores tales como el respeto, la unión familiar, la vida en pareja, y la creencia en un Dios. Resultando también fundamentales contar con redes de apoyo y participar en actividades con contemporáneos.

3.8. DESARROLLO DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

1. Se impartió el taller de Comunicación no violenta los días, 1, 8, 16 y 23 de febrero del 2005 con una duración de 6 hrs. En la primaria Federal Isidro Castillo, ubicada en el Estado de México y dirigido a padres de familia.

Contenido del taller:

1. Introducción a la comunicación no violenta
 - a. Orígenes, creador, un poco de historia y ejemplos exitosos
2. Características de la comunicación
 - a. Lenguaje Jirafa y Lenguaje Chacal
3. Observo, siento, necesito
4. Hacer peticiones
5. Conclusiones finales

El taller se basa en el modelo creado por el Dr. Marshall Rosenberg, con el propósito de enseñar una forma de comunicación que favorezca el que las personas resuelvan sus diferencias aún las más extremas, en un ambiente de mutuo entendimiento. La Comunicación No Violenta promueve la expresión de sentimientos, necesidades, aspiraciones e intereses de manera honesta, sin críticas, culpas y temores. El taller se impartió a 13 personas.

Como estrategia de aprendizaje se realizaron dinámicas para propiciar la participación y la expresión de experiencias de los participantes, de modo que al aprovechar el bagaje de conocimientos de los adultos se favoreciera el mutuo aprendizaje. El objetivo del taller es que las habilidades adquiridas puedan ser útiles al permitir establecer relaciones interpersonales no violentas, como padres de familia, maestros, alumnos, amigos, etc, tanto a nivel personal como en el ámbito profesional.

2. En la Clínica del ISSSTE, se impartió una plática informativa del 2 de junio del 2005 acerca de los problemas de pareja con una duración de 20 min. Dicha plática tuvo como objetivo informar acerca del tema y promover en los pacientes de la clínica la búsqueda de ayuda profesional en la clínica de terapia familiar, ante éste tipo de problemáticas.

3.9. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

1. Se realizó la evaluación psicológica de una persona del género masculino de 35 años quien reportaba falta de estabilidad en sus empleos desde hacía 6 meses. La evaluación se desarrolló con la intención de orientar acerca de las áreas de su personalidad que lo limitaban y en las cuales debía trabajar. La batería se integró de las siguientes pruebas: 16 PF Cattell, Cuestionario de Adaptación para adultos Bell, Test de Ansiedad ISRA, Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado IDARE, Cuestionario Estructural Tetradimensional para la depresión, Escala satisfacción familiar por adjetivos, ESFA, Escala de Clima social (FES/WES).

Los resultados obtenidos reportaron un buen nivel de inteligencia, juicio, facilidad para aprender y adaptación social. Las áreas en las que debía trabajar fueron su falta de

perseverancia, fuerza de voluntad disminuida, su carencia de motivación ante tareas difíciles, su tendencia a involucrarse en muchas reflexiones y consideraciones antes de emprender una acción. Se le sugirió: Aprender a ponerse retos y superarlos, de modo que aumente su seguridad en si mismo y le posibilitara aprender a reconocer sus lados fuertes y ponerlos en práctica. Desarrollar su habilidad para abrirse más ante las personas con quienes convivía y trabajaba. Asistir a reuniones sociales, estando dispuesto a conocer gente nueva. En su familia aprender a solicitar ayuda. Identificar sus capacidades vocacionales, dirigidas hacia un trabajo donde hiciera patente su inteligencia manifestando sus ideas, su creatividad y donde se involucrara en actividades múltiples. Desarrollar en su trabajo habilidades de liderazgo, considerando que tenía capacidad para ver de diferente modo los problemas y proponer alternativas de acción. No obstante se indicó que éste aspecto sería posible revelarlo una vez que desarrollara más su área social.

2. Investigación de la historia de la terapia familiar en México

Como parte de una investigación acerca de la historia de las instituciones que se dedican a la docencia de la terapia familiar, se visitó la Universidad de las Américas (UDLA), Campus Distrito Federal, al ser la primera universidad que ofreció formación en terapia familiar con nivel de maestría (Eguiluz, 2004).

Se entrevistó en las instalaciones de la universidad a la Dra. Blanca García y García quien comentó que la validez oficial del programa de maestría en psicología se logró en 1995 (RVOE: Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de educación Pública (SEP), fecha de Acuerdo Mar. 13, 1995). La orientación actual de la maestría incluye el aprendizaje de los modelos terapéuticos estructural, Terapia Breve, Milán, Equipos de reflexión y narrativa, contando con 300 hrs. de supervisión. La práctica clínica se desarrolla principalmente en la Casa de la Sal, los Centros de diagnóstico y tratamiento para menores en niñas y niños, el psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y el Judas Tadeo.

3.9.1. Productos tecnológicos

3.9.1.2. Manual de teoría y técnicas para la psicoterapia desde el Modelo Estructural

Como terapeutas en formación tenemos no solamente la responsabilidad de conocer los fundamentos epistemológicos de nuestra práctica, sino también ejercerlos en pro de la sociedad, lo cual tiene implicaciones éticas en nuestro trato con los pacientes, los integrantes de las áreas de la salud y la sociedad.

El manual presentado, es un producto tecnológico de la Maestría En Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, de utilidad para quienes se inician como psicoterapeutas de familias. Es ser una herramienta para la formación y el aprendizaje del modelo estructural, donde se ejemplifica e ilustra qué se hace (teoría), cómo se hace (práctica) y porqué se hace (epistemología) dentro del ámbito psicoterapéutico. Siendo su objetivo brindar los lineamientos generales, herramientas, conceptos y procedimientos del modelo estructural para satisfacer la necesidad de conocimiento de quienes se inician en el ejercicio de la psicoterapia, siendo un apoyo para terapeutas en formación y un material de consulta para terapeutas ya formados.

El primer capítulo se enfoca a conocer el modelo estructural, desde sus antecedentes históricos hasta sus conceptos básicos. Asumiendo también que como terapeutas familiares nuestro interés se centra en la familia, sus funciones, características y transiciones vitales por las que atraviesa. En la segunda parte del manual hay un interés por conocer de qué modo se ejerce la psicoterapia desde el modelo estructural. El papel del terapeuta se adecua a las características particulares de cada familia. Hay un interés en identificar qué hace el terapeuta, en qué se enfoca, qué técnicas utiliza, de qué modo el terapeuta hace “danzar a la familia”. En una parte final del manual se presentan anexos donde se ejemplifica la aplicación de cada una de las técnicas en un caso hipotético, el de la familia Beristain, familia que se transforma paso a paso siguiendo las estrategias del terapeuta. También se cuenta con una plantilla de autoevaluación de los conocimientos adquiridos, figuras para mejorar el aprendizaje y un glosario de términos. Finalmente, tomando en cuenta que nos

encontramos integrados en una época cibernética se ofrecen vínculos de interés para quienes estén interesados en introducirse más al modelo estructural.

3.9.1.3. Manual de Terapia Breve Centrado en Problemas

El manual de Terapia Breve es un producto tecnológico de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de utilidad para quienes se inician como psicoterapeutas de familias. Es un apoyo didáctico para terapeutas en formación y un material de consulta para terapeutas ya formados. El manual se encuentra estructurado de tal modo que también puede ser utilizado en la docencia al ampliar cuadros de información para discutir en clase mediante diapositivas. Cuenta con información acerca de los orígenes del modelo y trata de responder a las siguientes preguntas: ¿cómo se configuran los problemas humanos y que impide su solución lógica?, ¿cuál es el papel del terapeuta para lograr romper la pauta del problema? e introduce al área práctica mediante la explicación del uso y utilidad de las intervenciones que pueden utilizarse en cada problemática, durante todo el proceso terapéutico y en el momento oportuno.

Presenta información adicional tal como la descripción del proceso terapéutico de 5 casos ficticios, un diagrama sobre los pasos a seguir a lo largo del tratamiento, información acerca de las actualidades del MRI, así como un ejercicio de apoyo para identificar a qué estrategia se debe recurrir de acuerdo a la problemática del cliente.

3.9.1.4. Video del Modelo Estructural

Como terapeutas en formación podemos desarrollar productos tecnológicos que coadyuven a la formación de quienes tienen interés en el quehacer terapéutico desde un modelo determinado. El video del modelo estructural, es una herramienta para la introducción hacia el tema del quehacer psicoterapéutico desde el modelo estructural, en el mismo se presentan las bases teóricas del modelo, donde se señalan los conceptos fundamentales del modelo estructural, así como la biografía de Salvador Minuchin.

En otra sección se presenta la descripción de 6 casos hipotéticos, mismos que representan diferentes casos y en los cuales los terapeutas se enfocan a ejemplificar las

estrategias orientadas al cuestionamiento del síntoma, el cuestionamiento de la estructura y el cuestionamiento de la realidad. Su duración es de 45 min. y se presentó en un formato de DVD, lo cual permite su revisión tanto de manera individual como colectiva, siendo un apoyo didáctico para docentes, alumnos de psicología y para terapeutas en formación.

3.9.1.5. Video del Modelo Estratégico

El video del modelo estratégico es un producto tecnológico de apoyo a la docencia. Presenta las bases teóricas del modelo estratégico con fotos de sus representantes e influencias, se desarrolla un caso ficticio, aunque basado en la práctica clínica. Dentro de la presentación del caso se mostraron las etapas de la entrevista siguiendo los lineamientos del modelo, así como la implementación de las intervenciones directas, paradójicas, uso de la metáfora, y la técnica de ordalía. Su duración es de 45 min. y se presentó en un formato de DVD.

3.9.1.6. Maratón de la terapia familiar

El maratón de la terapia familiar se desarrolló tomando como fundamento la información teórica acerca de la historia de la terapia familiar. Se presentó como un producto tecnológico comunitario, desarrollado por 10 estudiantes de la maestría integrantes de la cuarta generación. Consta de 60 tarjetas con preguntas y del lado opuesto a la tarjeta tres opciones de respuesta, un tablero, manual de instrucciones y 5 fichas para los jugadores. El maratón es una herramienta útil para el aprendizaje de la historia de la terapia familiar ya que coadyuva a retener el conocimiento de una forma divertida y didáctica, fue entregado a la docente responsable de la materia, Modelos de Intervención, Dra. María Suárez Castillo.

3.10. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

Toda persona que desarrolla una actividad, ya sea como técnico, especialista, o profesionalista, tiene la responsabilidad ante sí mismo y la sociedad de cumplir las normas éticas que le marquen su conciencia y le exijan la convivencia social (Varela, 1982). En

este sentido, la moral se establece por un conjunto de normas de conducta que dicen al hombre cómo debe actuar en relación con los demás individuos, mientras que la ética se interesa por la reflexión del por qué consideramos válidos los comportamientos y normas establecidos (Savater, 1996). Desde este punto de vista el comportamiento ético nada tiene que ver con premios ni castigos, sino con actos de conciencia y responsabilidad social.

Como miembros de la sociedad contamos con creencias éticas, que son las guías que proveen la dirección moral y organización de nuestra conducta. Los valores y creencias nos proveen de un sentido de lo que es correcto hacer en una situación particular. Estos valores son adquiridos de muchas fuentes: familia, parientes, cultura, entrenamiento formal en la ética y el propio análisis racional de aspectos éticos (Ford, 2001).

En nuestro quehacer como estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, nos integramos en actividades que de inicio tienen implicaciones éticas. El quehacer terapéutico dista de ser una acción unidireccional, se encuentra integrado en múltiples sistemas y cuando el profesional falla trasciende a sistemas más amplios, de ahí su importancia al quedar en entredicho no sólo el quehacer del profesional, sino del sistema que participa con él y el nombre de la institución que lo respalda.

Desde el primer contacto con las familias y aún ejerciendo el papel de observadores, se mantiene implícito el respeto y la confidencialidad de lo que se observa: el dolor humano. Asimismo a partir de las primeras experiencias como terapeutas frente a una familia, contamos con un marco ético integrado por la supervisión que con su experiencia orienta y guía, además del consenso de un equipo, procurando la competencia profesional que se acompaña de dos principios fundamentales: el hacer bien a otros y no hacer daño a otros (Drane, 1982, Ford, 2001). Lo anterior se identifica en la siguiente experiencia desarrollada, durante el segundo semestre:

Asistió una pareja con su hijo de 10 años y su hija de 2 años. La pareja había tenido recientemente un episodio de violencia física. Se retiró a los hijos de la sesión, llevándolos con otra terapeuta, para protegerlos emocionalmente, ya que el problema era de pareja.

Las ventajas de quien aplica la ética en sus actividades profesionales tienen que ver con el efecto del servicio que se otorga, al establecerse una armonía entre la vida práctica y las normas éticas, que enaltecen la dignidad del individuo y predicen la satisfacción personal a quien la practica al favorecer la convivencia social entre quien ofrece sus servicios y quien los recibe. Al aplicar la ética en nuestra profesión, se establece una relación de confianza y respeto.

Como miembros de una Residencia, participamos en diferentes actividades: como estudiantes, terapeutas bajo supervisión y terapeutas responsables de un proceso de seguimiento. Al ser estudiantes nuestra preparación se fundamenta en un cuerpo de conocimientos válido y confiable, que se apega a los conocimientos teóricos de autores reconocidos en el campo de la terapia familiar (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 1.). Siendo terapeutas en formación asumimos la responsabilidad de actuar en el desempeño de nuestras actividades profesionales, académicas y científicas bajo un criterio rector, que es garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos o grupos que requieran de los servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la Psicología. De acuerdo con el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005) nos adherimos a los siguientes principios:

1. Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas
2. Cuidado responsable
3. Integridad en las relaciones
4. Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.

En nuestro papel como terapeutas bajo supervisión o como responsables de un proceso de seguimiento, el servicio de atención se proporciona contando con los estudios, el entrenamiento y la supervisión particular a cada caso (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 2.). Se efectúan solamente las intervenciones para las cuales se cuenta con educación, formación, o experiencia supervisada, y pericia necesarias (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 30.). La experiencia del terapeuta implica estar consciente de sus reacciones automáticas, tales como el rechazo o el deseo de protección del otro y actuar conforme lo que conviene al proceso terapéutico. Lo que se identifica en el siguiente ejemplo:

En mi experiencia como observadora, acudió a terapia una madre que ejercía violencia física y emocional contra su hija de 12 años. En un momento de la sesión la madre empezó a agredir verbalmente a su hija, el terapeuta evitó establecer una alianza con la hija para disminuir el riesgo de que la hija fuera agredida después de concluir la sesión.

Al encontrarnos frente a las familias se utiliza un lenguaje razonablemente entendible acerca de nuestros servicios (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 50.). Desde la primera sesión con la familia y de acuerdo con el artículo 118 del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005) se obtiene el consentimiento informado por parte de la familia utilizando un lenguaje entendible para los participantes. Dentro del contenido del consentimiento informado se supone que la persona posee la capacidad para consentir, se le ha proporcionado la información significativa concerniente al procedimiento que se va a llevar a cabo, siendo con la participación de un equipo. También se obtiene permiso de la familia para el registro o grabación electrónica de sesiones o entrevistas (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 118.) y se asegura el resguardo de las mismas. El consentimiento ha sido expresado libremente y sin influencias, lo cual se documenta en forma apropiada, donde el cliente y el terapeuta rubrican su consentimiento utilizando un formato específico para cada Sede.

Al participar en diferentes Sedes de entrenamiento, nos encontramos inmersos en contextos institucionales a los cuales se responde con apego a las normas establecidas, atendiendo la problemática de la población solicitante y proporcionando actas informativas de sesión para cada caso atendido. Dentro del marco de entrenamiento, al ser responsables de un caso participamos en diferentes fases en cada sesión. Durante la presesión y a través de actas se documenta el trabajo profesional, de modo que se cuenta con un resumen o transcripción de lo ocurrido en la sesión anterior, misma que contiene las hipótesis pertinentes al caso, el modelo utilizado, las estrategias de intervención empleadas, los aspectos significativos que surgieron en la sesión, así como los objetivos de tratamiento. Al presentar el acta de la sesión a las supervisoras y al equipo, se cuenta con la posibilidad de obtener sugerencias y lineamientos, facilitando la prestación del servicio ya sea por parte del terapeuta o de otros profesionales. Las actas también se presentan para asegurar la

responsabilidad, y para cumplir con otros requisitos de instituciones o de la ley (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 53.).

Durante la relación terapéutica con las familias y al recibir atención, interés y apoyo, tienden a quedar agradecidas con un buen servicio terapéutico o sentir afinidad con el terapeuta, sin embargo nos abstenemos de establecer relaciones múltiples no profesionales con usuarios de los servicios (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 81.).

Al otorgar el servicio de Terapia Familiar se aclara desde inicio el respeto a la confidencialidad de la información que se ventile al interior del grupo, y se hace lo necesario para protegerla. En las actas de sesión, se encuentran registrados los datos de las familias atendidas. La supervisión solicita extremo cuidado con éstas, evitar que sean olvidadas y al terminar el semestre sean eliminadas o se tachen los datos de las familias, también que no se hable de éstas en cafeterías o áreas comunes. En el reporte de experiencia profesional los nombres de las familias son modificados para proteger su confidencialidad. En caso de que no se tenga control total de la información manifestada en las actas, éstas deben contar con la información mínima indispensable para permitir los reportes sobre la evolución y conclusión de los casos. El psicólogo reconoce que la confidencialidad puede establecerse por ley, por reglas institucionales o profesionales, o por relaciones científicas, y toma las precauciones razonables para tal efecto (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 132.). En este caso se mantienen bajo resguardo las actas de la sesión, así como los vídeos del caso (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 85.). La información debe transmitirse en instalaciones con suficiente y necesaria privacidad para que nadie ajeno al equipo se encuentre presente. Es importante que se tomen providencias de lo que sucederá a los materiales audiovisuales que los pacientes permitieron a los terapeutas tener de buena fe, y hacer arreglos para que alguien se deshaga de ellos a la muerte del terapeuta (Berger, 1982).

Cuando el trabajo del psicólogo con pacientes o clientes se haga bajo supervisión, se le da a la familia el nombre del supervisor cuando éste tenga la responsabilidad del caso. Si el terapeuta es un estudiante, también se informa de ese hecho al cliente o paciente (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 99.).

El sistema terapéutico total se mantiene atento a que la información que se le presente a la familia sea verídica, sobretodo cuando tiene que ver con aspectos legales donde si no se cuenta con la información suficiente debe decirse a la familia que se investigará lo que no se sabe. En caso pertinente puede dejarle de tarea a la familia informarse sobre aspectos que no tenga suficiente información, de este modo se evitará que por falta de información se dañe a la familia.

También dentro del flujo de información entre el terapeuta y la familia se debe estar atento a que no se le de a la familia falsas expectativas acerca de la evolución del caso, si el problema presentado requiere el apoyo en tratamiento o diagnóstico de otro profesional tales como el médico, psiquiatra, neurólogo, nutriólogo, etc. debe solicitársele a la familia.

El terapeuta al realizar el primer contacto con el cliente y si éste insiste en que la información que manifieste dentro de la sesión sea “secreta” se puede intuir que la información podría involucrar acciones que han ido o vayan en contra de la ley, por lo que tomar el caso podría implicar ser cómplice o sujeto posterior a investigación legal. En estos casos el terapeuta puede manifestar que es factible tratar cualquier caso que no vaya contra la ley, donde no atenderá casos que impliquen homicidios, narcotráfico, robos, etc. Asimismo debe informarse a la familia si sus acciones tienen implicaciones legales como en casos de violencia intrafamiliar o incesto.

Se presentó el caso de una niña abusada sexualmente por su padrastro. Se nombró este hecho como un acto de violencia y se exigió la salida del padre del hogar para proteger a la hija para continuar con el tratamiento. Se habló con la familia de las implicaciones legales del caso.

Si el cliente solicita un reporte del proceso terapéutico, se debe incluir en éste sólo la información básica al caso y la nota de que se otorga el informe por solicitud del cliente. En caso que un Juez solicite información acerca del proceso de un caso, el terapeuta debe estar dispuesto a otorgar la información que el juzgado requiera considerando los aspectos de respeto y confidencialidad pertinentes.

A los usuarios del servicio de Terapia Familiar se les permite tomar segundas opiniones y en caso de que el cliente realice el tratamiento concomitantemente con otro

terapeuta, es deseable contactar con éste para compartir información que aporte una mejor guía para el cambio terapéutico. Las practicas de canalización de pacientes o clientes que realiza el psicólogo son congruentes con la ley (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 103.).

Asistió una pareja con su hija de 21 años con diagnóstico de trastorno bipolar. Para optimizar el tratamiento, se le sugirió a la pareja que además de la terapia familiar incluyeran el apoyo psiquiátrico. Se les proporcionó información al respecto.

Dentro de nuestra práctica profesional supervisada y acordando con el cliente se decide la terminación de la 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, discutimos los puntos de vista y necesidades del cliente, dando el consejo apropiado de preterminación, y tomando otras providencias necesarias para facilitar la transferencia de la responsabilidad a otro proveedor de servicios, en caso de que el paciente necesite uno de inmediato (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 113.). Como terapeutas responsables de un caso en seguimiento, éste se continúa hasta su alta, dado que el psicólogo no abandona a los pacientes o clientes (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, Art. 115.).

3.10.1 Ética y visión de la realidad

La formación profesional de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, recalca tomar conciencia del marco epistemológico del que se parte. Desde una perspectiva moderna donde el terapeuta asume que tiene una visión correcta de la realidad, toma como base de su quehacer un marco normativo acerca de lo que está bien y lo que no está bien, sin embargo partiendo de una postura ética es importante reconocer las posibles diferencias en los sistemas de valores del terapeuta y de la familia. Para Fieldsteel (1982) el problema ético no es el hecho de que el terapeuta tenga un sistema de valores y una definición de lo que conduce a un crecimiento individual óptimo en una familia que funciona correctamente, sino más bien que el terapeuta pueda reconocer cuáles son sus opiniones profesionales y cuáles son las preferencias personales que provienen de sus propias necesidades. Quehacer que se desarrolla cuando la supervisión o el equipo cuestionan al

terapeuta acerca de dónde parten sus ideas, de su experiencia personal, de lo que ha visto, de lo que ha leído y recalcan la importancia de identificar de qué manera la postura del terapeuta puede interferir con una estrategia terapéutica, con el modelo elegido o con la actitud que presenta el terapeuta ante la familia.

En cuanto a los sistemas de poder implícitos en terapia, Fieldsteel (1982) señala lo siguiente: la familia o el individuo llegan solicitando algún tipo de ayuda; el terapeuta, empleando su destreza profesional y poder implícito en su puesto, puede decirles que deben dejar de percibir las cosas en la forma en que lo hacen y que deben confiar en lo que él les dice, que deben aceptar la definición del problema que él les da. Fieldsteel (1982) indica que debido a la desigualdad extrema en la relación entre el paciente y el profesional, los pacientes aceptan las percepciones del terapeuta como verdaderas, arrogándose el derecho de redefinir los problemas que se presentan en términos de sus propios sistemas de creencias. La familia consultante asume que tenemos los conocimientos, la habilidad clínica y la experiencia profesional, pero también aceptan inicialmente lo que se les dice debido al poder que nos atribuyen y que nosotros usamos. Sin embargo el esquema de trabajo en la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, integra el trabajo terapéutico supervisado, propiciando que no sólo estén en juego nuestras propias creencias, sino las creencias y la experiencia de las supervisoras. El trabajo desarrollado en la presesión y en la postsesión completan el análisis de las ideas, creencias y los mitos personales, actividad que se multiplica en la formación al realizarse en equipo, y que implica el cuestionamiento de “nuestra realidad”, y que permite a su vez, tomar conciencia de nuestros propios conjuntos de ideas, o axiomas de poder, enalteciendo el trabajo terapéutico. Ante estos casos, Fieldsteel (1982) sugiere que el terapeuta oriente a la familia acerca del por qué se recomienda la terapia familiar, y les informe lo qué les exigirá ésta a los miembros de la familia, para que la terapia se convierta en una aventura cooperativa, en vez de un ejercicio de poder.

Por otro lado, respecto a modelos directivos para hacer terapia, Fieldsteel (1982) afirma que dentro del modelo estructural se presenta el peligro de que el papel del terapeuta como un agente más activo de cambio, haga que la responsabilidad de la dirección del cambio pase del paciente al terapeuta. Dentro de mi experiencia en la Residencia, se

reconoce que las familias asisten a terapia, muchas veces en busca de ayuda, orientación y dirección, sin embargo, se respetó el ritmo de las familias, se utilizaron estrategias para conocer la visión del problema por parte de la familia, sin imponer puntos de vista, aunque en casos necesarios el terapeuta asumió un papel de experto, para incluir la noción de riesgo ante un problema presentado. También, en algunos casos, para auxiliar el cambio familiar y evitar que el terapeuta impusiera puntos de vista, se retomaron las voces del equipo de supervisión y de la ascendencia o descendencia familiar del cliente. En cuanto a las tareas impuestas a la familia, se respetó el rechazo para realizarlas, convirtiéndose éste hecho en información importante y relevante para el tratamiento y no en motivo de castigo o sentencia.

Las nociones éticas no pierden su valor, dentro de las nociones posmodernas, que reconocen visiones parciales de la realidad y verdades contextuales, al contrario, el terapeuta ético está conciente de la parcialidad de su propia epistemología. El terapeuta posmoderno parte de la realidad de la familia y su discurso, utilizando estrategias para apoyar al cliente a deconstruir su discurso dominante, participa en conversación colaborativa o lo acompaña en un diálogo reflexivo, donde pueden participar diferentes voces de un equipo, mismas que ofrecen una visión más amplia y compleja del problema. Es importante para la ética posmoderna que éstas nuevas visiones del problema puedan ser aceptadas, rechazadas o cuestionadas por los clientes, propiciando una relación más horizontal y menos dominada por el poder “del que sabe”, lo que permite al cliente ampliar sus narrativas, propiciar el desarrollo de una nueva historia mas completa y esperanzadora.

El terapeuta posmoderno parte de la idea de que el ser humano buscará lo bueno, lo correcto, lo socialmente útil, no obstante está atento, recalca y nombra lo particular y socialmente indeseable: la violencia, el incesto, la infidelidad y se hacen notar las implicaciones emocionales, sociales y legales para cada problema. En estos casos el terapeuta exige la desaparición de esas conductas para continuar con el tratamiento, como ejemplo de lo anterior, se presentó una pareja que se agredía física y verbalmente. Se estableció con la pareja un contrato de no violencia para continuar con la terapia. La pareja aceptó y dejó de agredirse.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Para hablar de las habilidades y competencias adquiridas durante la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, es necesario conocer las características que el sistema de Posgrado en la UNAM ofrece a quien tiene el privilegio de participar como estudiante de sus programas.

Como antecedente, se puede señalar que desde hace más de setenta años, la UNAM, posee la oferta de posgrado más diversa y amplia. Los estudios de posgrado, representan el nivel más elevado del sistema educativo y constituyen la estrategia para formar profesionistas, científicos y humanistas del más alto nivel, que cuentan con reconocimiento nacional e internacional (Universidad Nacional Autónoma de México, 2005).

La UNAM, incluye 40 programas diferentes de posgrado (maestría y doctorado) y 35 programas de especialización, mismos que cubren todas las áreas de conocimiento. Ofrece a sus estudiantes de posgrado la más completa infraestructura instalada de Latinoamérica, cuenta con una planta de más de 5000 profesores y tutores, siendo la mayor y más calificada del país. A través de su planta académica, se ofrece atención personalizada a sus estudiantes, con el fin de garantizar los más altos niveles de exigencia académica

A partir de 1996 a través de la Reforma al Reglamento General de Estudios de Posgrado, se promovió un cambio de estructura para dotar al posgrado de unidad institucional y de autonomía administrativa que incluyera todas las entidades académicas, ya sea Institutos, Centros, Escuelas o Facultades, donde lo que rige son los programas, más que las entidades. A partir de este momento, la Maestría en Psicología inició el consenso para unificar su programa, el cual se imparte en La Facultad de Estudios Superiores Iztacala y en La Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria.

El programa de Maestría en Psicología, con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, está integrado por materias teóricas referentes a los principales modelos de atención en Terapia Familiar, lo cual exige a sus estudiantes ser consientes de los principios

epistemológicos que subyacen al ejercicio de la psicoterapia. El enfoque práctico de la Residencia, permite contar con efectiva práctica supervisada, la cual se realiza en diferentes escenarios, donde el estudiante se adapta a las características de cada sede, lo que le exige flexibilidad y creatividad.

El trato con los usuarios de los servicios de Terapia Familiar se realiza para contar con las competencias profesionales que permitan el ejercicio profesional de la psicoterapia. El desarrollo de estas competencias inicia desde el primer momento en que se presenta una familia a terapia, donde el terapeuta debe generar una relación de colaboración tanto con la familia, como con otros profesionistas a quienes compete el caso, siendo su finalidad propiciar la resolución o disolución del problema presentado. El terapeuta se mantiene atento a las características de las familias, reconoce que asisten con diferente disposición dependiendo su problemática. La disposición puede variar, ya sea, si van por voluntad propia, si han sido obligados por alguien significativo, o si han sido canalizados por la escuela, por el sistema de salud o por el sistema legal.

Dentro del proceso terapéutico, el psicoterapeuta entrevista, observa y realiza hipótesis referentes al sistema familiar. Detecta la situación de cada miembro, define motivos de consulta y demandas terapéuticas, siendo capaz de evaluar el tipo de problema y de elegir el tratamiento que sea más eficaz para resolverlo. También se mantiene observador y es flexible para reformular, ampliar o desechar hipótesis, evaluando constantemente los resultados, hasta que tomando acuerdo con la familia se define el término del tratamiento.

El terapeuta familiar, elabora reportes de tratamiento, ya sea que se desenvuelva en la práctica privada o dentro de una institución. Lo cual es importante para llevar el seguimiento de los casos, analizar resultados, evaluar y llevar constancia del tratamiento. Es capaz de trabajar en equipo, colaborar, aceptar ideas nuevas y proponer otras, de modo que el servicio que se otorgue sea de calidad.

Todo profesionista, tiene como función otorgar servicios a la población. La Residencia exige a los estudiantes participar como ponentes ante foros académicos y la atención a la comunidad mediante conferencias o talleres. Estas actividades requieren la

realización de presentaciones utilizando medios visuales, sintetizar información, presentar ideas con claridad y resolver preguntas. Asimismo se cuenta con conocimientos para realizar evaluaciones psicológicas, utilizando pruebas psicométricas. El profesionista de posgrado debe mostrar su capacidad para incrementar el bagaje teórico práctico de la ciencia, lo cual se manifiesta al ser capaz de desarrollar investigación cuantitativa y cualitativa.

Al formarnos como terapeutas familiares se desarrollan habilidades de observación, escucha, comunicación, empatía y análisis. Las familias depositan su confianza en el sistema terapéutico y motivan hacia la búsqueda de información que permita una mejor comprensión de su problemática. Como terapeuta supervisado se desarrollan habilidades para aplicar los conceptos teóricos a la práctica, ejecutar tareas, sintetizar y comunicar información. La supervisión se mantiene conciente de que debe incidir en diferentes sistemas, tanto con sus pares, el equipo terapéutico, el terapeuta y la familia, actividad que los residentes ejecutan en el seguimiento de los casos.

Al integrarnos como parte de un equipo terapéutico, se tiene conciencia de que existen múltiples puntos de vista acerca de los problemas que presentan las familias, lo cual promueve el ejercicio de la flexibilidad y la evitación del dogmatismo. Se desarrollan habilidades para exponer ideas y la creatividad para formular tareas útiles para cada caso. La flexibilidad se desarrolla a su vez al transitar por los diferentes escenarios terapéuticos, que cumplen con su función de atención y servicio, no obstante contar con diferentes características.

4.2. INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL

El adiestramiento del Terapeuta Familiar con enfoque sistémico dentro de la UNAM, incluye el objetivo asistencial y formativo que se lleva a cabo en los diferentes escenarios de intervención supervisada. El trabajo directo con los usuarios del servicio de Terapia Familiar, permite incidir en la realidad social de las familias mexicanas, al permitirnos conocer diversos problemas a los que nos enfrentaremos en nuestra práctica profesional. El énfasis práctico del posgrado permite optimizar el perfil de egreso, al desarrollarse las competencias necesarias para brindar un servicio profesional de calidad.

En el trabajo como psicoterapeuta se reconocen y ejercen las normas éticas de la profesión, siendo prioritario mantener el respeto y la confidencialidad de lo que presentan las familias. Se busca garantizar el bienestar de todos aquellos individuos o grupos que requieran de los servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la Psicología. El servicio se otorga con respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, manteniendo responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.

La práctica profesional desarrollada durante la Residencia, integra tanto la función como terapeuta y como equipo. Como dato interesante, se identificó que el 70% de los casos atendidos, fueron requeridos por mujeres, quienes se presentaban como principales receptoras o canalizadoras del servicio. Las familias atendidas al ser conceptualizadas como sistema no son identificados como poseedores de un problema, sino que se concibe la existencia de trastornos dentro del sistema familiar que afectan a todos sus miembros.

De los casos atendidos, el 35% señalaron dificultades en la relación de pareja, siendo el problema de más alta incidencia. El 30% de las familias, presentaron a un hijo como problema, mientras que los adolescentes representaron un 23.5% de los usuarios atendidos, mostrando dificultades en la relación con sus padres, en rendimiento académico o algún tipo de adicción (6%) tal como se observa en la tabla No. 6.

El ejercicio de la psicoterapia implica retos, esfuerzo y satisfacción cuando las familias logran resolver lo que los llevó a terapia, lo cual es compartido por el equipo quien apoya y asiste. Los sistemas en que participamos como estudiantes de la Maestría y que interactúan entre sí, coinciden en el momento en que se da de alta a las familias, lo cual en mi función de terapeuta representó el 71% de los casos.

4.3. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

La formación de profesionistas con las competencias necesarias para otorgar un servicio profesional de calidad, integra programas académicos de excelencia, donde confluyen docentes, instituciones, usuarios del servicio y estudiantes comprometidos. Inicia desde que se participa en el proceso de selección para ingreso y concluye al presentar

el examen de competencias profesionales. Dentro de este proceso se tiene contacto con diferentes sistemas: 1) docentes, supervisoras y tutoras capacitadas, quienes acompañan, retroalimentan y forman, 2) sistema que egresa, quienes nos dan nuestras primeras experiencias como observadores, 3) sistema de pares, quienes modelan y retroalimentan, 4) sistema familiar, a quienes como terapeutas procuramos transformar y quienes nos transforman. Este ejercicio se desarrolla a su vez, en cada una de las etapas del proceso terapéutico y particularmente en la post sesión donde se realiza la reflexión de la reflexión de lo dicho y lo hecho, lo cual es un proceso que optimiza el desarrollo de las habilidades analíticas del terapeuta. Al introducir la dimensión tiempo, y avanzar en el proceso de formación, se transforma nuestra ejecución. El modelado de las docentes y pares nos permiten realizar las intervenciones de manera correcta, las intervenciones exitosas retroalimentan no sólo al terapeuta, sino también al equipo. La carga de trabajo durante la Residencia, se justifica al considerar la complejidad para desenvolverse como un psicoterapeuta familiar ético y profesional.

4.4. IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO

Los estudios de Posgrado en Psicología de la UNAM, cuentan con reconocimiento nacional e internacional, ofreciendo al egresado la posibilidad de participar en la promoción de la salud mental en México y en el extranjero. Permiten la superación académica al otorgar un título, el acceso a mejores opciones profesionales, la posibilidad de participar en actividades docentes y de investigación, así como otorgar servicio de psicoterapia, ya sea en escenarios públicos o privados. El esfuerzo por desarrollar profesionistas calificados, se justifica porque la terapia familiar es cada vez más demandada en nuestra sociedad, dadas las situaciones estresantes políticas, sociales y económicas de nuestro país.

La Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, nos ofrece un bagaje teórico práctico, que a nivel profesional nos permite desarrollar un servicio ético y de calidad a quien lo requiera. Dentro del Programa, es de gran apoyo, contar con un tutor que acompaña, guía y orienta, siendo el primer contacto profesional que nos da la seguridad y confianza necesarias en momentos de incertidumbre, ante los casos o situaciones novedosas, a los que se enfrenta el estudiante.

Como estudiantes nos mantenemos concientes de la importancia de la actualización constante, mediante la participación en Seminarios, Conferencias, Simposios y contamos con la posibilidad de ampliar el conocimiento psicológico, al realizar investigación.

Se destaca la importa

A nivel personal implica el compromiso y esfuerzo constante, la creatividad y el logro de objetivos. El círculo social y familiar se hace conciente de este esfuerzo manteniendo su comprensión y colaboración. Las implicaciones de los estudios adquiridos, en la persona del terapeuta se extienden hacia todos los sistemas en los que participa. Por todo lo anterior, quien reporta no puede estar más que agradecida con todos aquellos sistemas de los cuales aprendió y en los que intervino.

REFERENCIAS

- Aguilar, E., De Eduardo, J. y Berganza, A. (1996). Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. *Revista latinoamericana de psicología*, 28, (2), 341-366.
- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo. diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona, España: Gedisa.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), La terapia como construcción social (pp. 77-91). Barcelona, España: Paidós.
- Anderson, H. (1997). Conversación, lenguaje y posibilidades. un enfoque posmoderno de la terapia. Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), La terapia como construcción social (pp. 45-59). Barcelona, España: Paidós.
- Andolfi, M. (1990). Terapia familiar: un enfoque interaccional (E. Prieto, Trad.). México, D. F.: Paidós.
- Baldwin, D. Jr. (2000). Some Philosophical and Psychological Contributions to the use of self in therapy. [Algunas contribuciones filosóficas y psicológicas del uso del self en terapia]. En M. Baldwin (Ed.), The use of the Self in Therapy. (pp. 39-60). New York, E. U.: The Haworth Press.
- Barker, P. (1981). Theoretical approaches to family therapy [Aproximaciones teóricas en terapia familiar]. En P. Barker (Ed.), Basic family therapy (pp. 21-28). Great Britain: Granada.
- Bateson, G. (1982). Espíritu y naturaleza. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Berger, M. M. (1982). Problemas éticos en el uso de videocintas. En M. Rosenbaum (Comp.), Ética y valores en psicoterapia (p.p. 386-408). México, D. F.: Fondo de cultura económica.
- Bertalanffy, L. V. (1976). Teoría General de los Sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beyebach, M. (1995). Avances en Terapia Breve centrada en las soluciones. En J. Navarro y M. Beyebach (Comps.), Avances en terapia familiar sistémica (pp.157-193). Barcelona, España: Paidós.

- Biever, J. L., Gardner, G. T. & Bovele, R. M. (En prensa). Postmodern perspectives: Social construction and family therapy [Perspectivas posmodernas: construcción social y terapia familiar]. En C. Franklin & C. Jordan (Eds.), Family practice in social work: Interventions and integrations. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Blumenfield, M. D. (1982). Applied supervision in psychotherapy [Supervisión aplicada en psicoterapia]. New York, E.U.: Grune & Stratton.
- Bowen, M. (1991). De la familia al individuo. la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Barcelona, España: Paidós.
- Carter, P. (1995). El divorcio: el de él y el de ella. En M. Walters, B. Carter, P. Papp, & O. Silverstein, La red invisible. pautas vinculadas al género en las relaciones familiares (pp. 279-311). Barcelona, España: Paidós.
- Cebeiro, M. y Watzlawick, P. (1998). La construcción del universo. España: Herder.
- Cecchin, G. (1998). Construccinismo social e irreverencia terapéutica. En D. Fried Schnitman (Ed.), Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad (pp. 333-346). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Corsi, J. (1994). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. En J. Corsi (Comp.), Violencia familiar. una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social (pp. 15-64). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- De los Ríos, R. (1993). Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. Género, Salud y Población en la Américas. Publicación Científica, 541, O.P.S. 3-18.
- De Oliveira, H. (2005). Perspectiva de la salud mental como factor de desarrollo humano. [En red]. Disponible en: www.who.int/es/.
- Desatnik, O. Franklin, A., Rubli, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión. Supervisores y supervisados: una experiencia institucional. Psicoterapia y Familia, 15, 47-56.
- Drane, J. F. (1982). Ética y psicoterapia. perspectiva filosófica. En M. Rosenbaum (Comp.), Ética y valores en psicoterapia (p.p. 33-68). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Eguiluz, R. L. (2001). La teoría sistémica. alternativas para investigar el sistema familiar. Tlaxcala: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Espinosa, S. R. (1992). El ciclo vital en las familias mexicanas: características culturales y estructura familiar. Tesis de Maestría, UDLA Campus México, México, D.F.

- Espinosa, S. R. (2002). Familia, Adolescencia e identidad: Procesos psicosociales y terapéuticos. Psicoterapia y Familia, 15 No 2, 39-48.
- Espinosa, S. R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En R. L. Eguiluz (Comp.). Terapia Familiar. su uso hoy en día (pp.116-137). México: Pax.
- Epston, D. y White, M. (1998). La terminación como rito de pasaje: preguntas para una terapia de inclusión. En R. Neimeyer y M. J. Mahoney (Comps.), Constructivismo en psicoterapia (p.p. 311-327). Barcelona, España: Paidós.
- Feixas, G. y Villegas, M. (1990). Constructivismo y psicoterapia. Barcelona, España: Promociones y publicaciones universitarias.
- Fieldsteel, N. (1982). Problemas éticos de la terapia familiar. En M. Rosenbaum (Comp.), Ética y valores en psicoterapia (p.p. 280-290). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Fish, R., Weakland J. H. y Segal, L. (2003). La táctica del cambio. cómo abreviar la terapia (4ª ed.). (J. A. Iglesias, Trad.). Barcelona, España: Herder.
- Fishman, H. C. (1990). Tratamiento de adolescentes con problemas. un enfoque de terapia familiar. Barcelona, España: Paidós.
- Ford, D. G. (2001). Ethical reasoning in the mental health professions [Razonamiento ético en las profesiones de salud mental]. Washington, E. U.: CRC Press.
- Fried Schnitman, D. y Fuks, S., I. (1998). Metáforas del cambio: terapia y proceso. En D. Fried Schnitman (Ed.), Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad (pp. 377-391). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fruggeri, L. (1996). El proceso terapéutico como construcción social del cambio. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), La terapia como construcción social (pp. 61-74). Barcelona, España: Paidós.
- Gaceta, UNAM (2005). La UNAM entre las mejores 100 universidades del mundo. No. 3851.
- Galicia, M. (2004). Terapia estratégica. En R. L. Eguiluz (Comp.), Terapia familiar. su uso hoy en día (pp.81-113). México, D. F. :Pax.
- Garay, A., Iñiguez, L., Martínez, M., Muñoz, J., Pallares, S. y Vázquez, F. (2002). Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña. Revista Española de Salud Pública. 76(5), 437-450.

- Gergen, K. J. (1992). El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo (L. Wolfson, Trad.). Barcelona, España: Paidós.
- Gergen, K. J. y Kaye, J. (1996). Mas allá de la negociación del significado terapéutico. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), La terapia como construcción social (pp. 199-218). Barcelona, España: Paidós.
- Gobierno de la República (2005). Los objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de avance 2005 [En red]. Disponible en: <http://www.objetivosdelmilenio.org.mx/>
- Gobierno del Distrito Federal (2006). Albergue para Mujeres que Sufren Violencia [En red]. Disponible en: <http://www.equidad.df.gob.mx/violencia/alberguehtml>.
- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M. y Walker, G. (1990). Amor y violencia: paradojas de género en las relaciones violentas. *Family Process*, 29, 343-364.
- Goolishian, H. (1998). Narrativa y Self. algunos dilemas posmodernos en Psicoterapia. En D. Fried Schnitman, (Ed.), Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad (pp. 293- 306). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Grandesso, M. (2002). Terapias posmodernas: un panorama. Sistemas familiares y otros sistemas humanos, 18, (3), 19-27.
- Grayson, H. (1982). Problemas éticos en el adiestramiento de los psicoterapeutas. En M. Rosenbaum (Comp.), Ética y valores en psicoterapia (p.p. 69-82). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Haley, J. (1997). Terapia de ordalía (Z. J. Valcárcel, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Haley, J. (2002). Terapia para resolver problemas. nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz (Z. J. Valcárcel, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Ham- Chande, R., Palma, Y., Torres, A. L., Ibáñez, E. (2002). Calidad de vida y redes de apoyo social de las personas en edades avanzadas en la ciudad de México. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [En red]. Disponible en: <http://galeon.hispavista.com/vforoisem/044.htm>.
- Hernández, H., L´Gamiz, A., Maravilla, A., Camarillo, E., Huitrón, G. (2006). Factores determinantes de estrés y su asociación a toxicomanías en adolescentes universitarios de la UAEM. [En red]. Disponible en: <http://galeon.hispavista.com/vforoisem/044.htm>.

- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la terapia familiar. un marco conceptual para el cambio de sistemas (J. J. Utrilla, Trad.). México: Fondo de cultura Económica.
- Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la terapia familiar. Psicoterapia y Familia, 2, 51-71.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), La terapia como construcción social (pp. 26-43). Barcelona, España: Paidós.
- Ibarra, A. (2004). ¿Qué es la terapia colaborativa?. [En red]. Disponible en: <http://anatalya.uab.es/athenea/num5/ibarra.pdf>.
- Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. A. (1991). Rituales terapéuticos y ritos en la familia. Barcelona, España: Gedisa.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1999) Las familias mexicanas. [En red]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/catalogo/default.asp?accion=2&upc=702825491567&seccionB=cp
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2000). XII Censo general de población y vivienda [En red]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/default.aspx?c=701>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2003). Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [En red]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/catalogo/Default.asp?accion=1&upc=702825000013
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2004). Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos [En red]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/catalogo/default.asp?accion=2&upc=702825168469&seccionB=cp
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2005a). Hogares con jefatura femenina [En red]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/catalogo/Default.asp?accion=1&upc=702825006545
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2005b). Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI [En red]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/catalogo/Default.asp?accion=1&upc=702825001083

- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2005c). Resultados Preliminares Del II Censo De Población Y Vivienda [En red]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/catalogo/default.asp?accion=2&upc=702825001333&seccionB=cp
- Kasl-Godley, J. E., Gatz, M., & Fiske, A. (1998). Depression and depressive symptoms in old age. *Clinical geropsychology*, 211-217.
- Keeney, B. P. (1994). *Estética del cambio* (L. Wolfson, Trad.). Barcelona, España: Paidós.
- Lamas, M. (1994). La antropología feminista y la categoría “género”. En M. Lamas (Comp.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*.
- Lax, W. D. (1996). El pensamiento posmoderno en una clínica. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), La terapia como construcción social (pp. 93-110). Barcelona, España: Paidós.
- Lyddon, W. J. (1998). Formas y facetas de la Psicología constructivista. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Comps.), Constructivismo en psicoterapia (pp. 89-114). Barcelona, España: Paidós.
- Madanes, C. (2001). Terapia familiar estratégica (L. Wolfson, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Madigan, S. (1997). Re-Considering Memory. Re-Remembering lost identities back toward re-remembered selves [Re-consideración de la memoria. Re-recordando las identidades perdidas tornando hacia los sí mismos re-recordados]. En C. Smith & D. Nylund (Eds.), Narrative Therapies with children and adolescents (p.p. 338-354). New York, E. U.: The Guildford Press.
- Madigan, S. (2004). Discursive reproductions: Narrative therapy work with internalized problem conversations [Las representaciones discursivas: el trabajo de la terapia narrativa en las conversaciones acerca de problemas internalizados]. En S. Madigan (Ed.), Therapeutic conversations. Therapy from the outside in. (pp. 207-229). Vancouver, Canada: Yaletown Family Therapy.
- Mahoney, M. J., Miller, H. M. y Arciero, G. (1997). Metateoría constructivista y la naturaleza de la representación mental. En M. J. Mahoney (Ed.), Psicoterapias cognitivas y constructivistas. teoría, investigación y práctica (pp. 131-150). Bilbao, España: Descleé de Brower.
- McGoldrick, M. (1995). Women through the family life cycle [La mujer a través del ciclo vital de la familia]. En M. McGoldrick, C. M. Anderson & F. Walsh

- (Comps.), Women in families. A framework for Family Therapy (pp. 201-226). E. U.: Norton.
- McNamee, S. (1996). Reconstrucción de la identidad: la construcción comunal de la crisis (O. Castillo, Trad.). En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), La terapia como construcción social (pp. 219-232). Barcelona, España: Paidós.
- Mella, O. (1998). Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa. Santiago: CIDE. 25-74.
- Mendoza, G. 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 Álvarez, México, D.F.
- Minuchin, S. (2004). Familias y terapia familiar (V. Fichman, Trad.). Barcelona, España: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (2004). Técnicas de terapia familiar (J. L. Etcheverry, Trad.). México, D. F.: Paidós.
- Morgan, A. (2000). What is narrative therapy? An easy-to-read introduction [¿Qué es la terapia narrativa?, una introducción de fácil-lectura]. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Neimeyer, R. A. & Levitt, H. M. (2000). What's narrative got to do with it? Construction and coherence in accounts of loss [¿Qué puede hacer la narrativa? Construcción y coherencia con relación a la pérdida]. En J. H. Harvey & E. D. Miller (Eds.), Loss and trauma, general and close relationship perspectives (pp. 401-411). E. U.: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R. A. (1997). Una valoración de las psicoterapias constructivistas: contextos y retos. En M. J. Mahoney (Ed.), Psicoterapias cognitivas y constructivistas. teoría, investigación y práctica (pp. 196-232). Bilbao, España: Descleé de Brower.
- Neimeyer, R. A. (1998). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Comps.), Constructivismo en psicoterapia (pp. 29-58). Barcelona, España: Paidós.
- Neimeyer, R. A. (2001). The language of loss: Grief therapy as a process of meaning reconstruction [Lenguaje de la pérdida: la terapia del duelo como un proceso de reconstrucción de significado]. En R. A. Neimeyer (Ed.), Meaning reconstruction and the experience of loss (pp. 261-291). Washington, E. U.: American Psychological Association.

- Neimeyer, R. A. (2002). Aprender de la pérdida. una guía para afrontar el duelo (G. R. Ramírez, Trad.). Barcelona, España: Paidós.
- Nelson, T. S., Eleuridas, C. y Rosenthal, D. M. (1986). La evolución del interrogatorio circular. el entrenamiento de terapeutas familiares. Journal of Marital and Family Therapy, Vol. 1, 6.2, 113-127.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1993). En busca de soluciones. un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona, España: Paidós.
- Ochoa de A., I. (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona, España: Herder.
- Organización Mundial de la Salud (2006). Informe sobre la salud en el mundo [En red]. Disponible en: www.who.int/es/.
- Organización Panamericana de la Salud (2006). Base de Datos de Indicadores Básicos en Salud de la OPS [En red]. Disponible en: www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_484.htm.
- Osborn, D., Fletcher, A. E; Smeeth, L, Stirling, S., Bulpitt, C. J.; Breeze, E., Ng, E. S.W., Nunes, M. J. & Tulloch, D.A. (2003). Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people aged 75 and over in the United Kingdom: Results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. International Journal of Geriatric Psychiatry. 18(7), 623-630.
- Pakman, M. (Ed.) (1991). Las semillas de la cibernética. obras escogidas de Heinz von Foerster. Barcelona, España: Gedisa.
- Papp, P. (1995). Parejas. En: M. Walters, B. Carter, P. Papp, & O. Silverstein, La red invisible. pautas vinculadas al género en las relaciones familiares (pp. 224-276). Barcelona, España: Paidós.
- Penn, P., (1982). Interrogatorio circular, Family Process, 21(3), 27-37.
- Pérez, G. C. (1995). La muerte en familia, el caso del enfermo terminal. alternativas de intervención terapéutica. Tesis de licenciatura en psicología, ENEP Iztacala, Edo. De Méx.
- Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, UNAM, 2001.
- Ramírez, H. F. A. (2004). Violencia masculina en el hogar. Alternativas y soluciones. México, D.F.: Pax.

- Ramón, H. C. y Romano, G. E. (2005a). Evaluación del nivel de depresión en mujeres y hombres, en la etapa de ciclo vital de nido vacío. Manuscrito no publicado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México.
- Ramón, H. C. y Romano, G. E. (2005b). Ausencia de depresión en la mujer y nido vacío: Evaluación Cualitativa. Manuscrito no publicado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México.
- Robinson, M. (1993). Family transformation through divorce and remarriage. A systemic approach [La transformación de la familia a través del divorcio y el nuevo matrimonio. Una aproximación sistémica]. London: Routledge.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En R. L. Eguiluz (Comp.) Terapia familiar. su uso hoy en día (pp.161-195). México, D. F.:Pax.
- Rodríguez, M. A. y Beyebach, M. (2006). Terapia Sistémica. En. D. Borobio (coord.), Familia en un mundo cambiante. (p.p. 365-386). Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca.
- Rotenberg, E. (2001). Adopción. el nido anhelado. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
- Russell, S. & Carey, M. (2004). Narrative therapy. Responding to your questions [La terapia narrativa. Respondiendo tus preguntas]. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Savater, F. (1996). Ética para Amador. México, D. F.: Ariel.
- Secretaría de Salud (2005). Salud México 2004. Información para la rendición de cuentas [En red]. Disponible en: <http://evaluacion.salud.gob.mx>.
- Selvini, M. (1990). Crónica de una investigación. la evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli. Barcelona, España: Paidós.
- Selvini, P., Boscolo, L. Cecchin, G., Prata, G. (1994). Paradoja Y Contraparadoja. un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica (S. Frondizi de Bullrich y I. Pardo, Trad.). México, D. F.: Paidós.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2005). Código ético del Psicólogo. México D. F.: Trillas.
- Sowdon, J. (2002). Is depression more prevalent in old age?. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 35, (6), 782-787.
- Stierlin, H. (1997). El individuo en el sistema. psicoterapia en una sociedad cambiante. (A. Ackerman, Trad.). Barcelona, España: Herder.

Tomm, K. (1988). Entrevistas con Intervenciones: Parte III. ¿Se intenta formular preguntas lineales, circulares, estratégicas o reflexivas?. Family Process, 27 (1).

1.1.1.2 Universidad Nacional Autónoma de México (2005). El centro de información de posgrado [En red]. Disponible en: http://www.posgrado.unam.mx/informacion/acervo/11_mil.html.

Urdaneta, Y. (1994). Los hijos del divorcio. Venezuela: Disinlimen.

Varela, G. (1982). Ética. México, D. F.: Instituto Politécnico Nacional.

Vargas, A. P. (2002). Construccinismo, constructivismo y terapia sistémica [21 párrafos]. Revista Episteme [En red]. Disponible en: <http://www.episteme.com>

Watzlawick, P. Weakland, J. H. y Fish, R. (2003). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos (11 ed.). (A. G. Miralles, Trad.). Barcelona, España: Herder.

Watzlawick, P., Beavin, B. J. y Jackson, D. D. (1995). Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Barcelona, España: Herder.

White, M. (1994). Guías para una terapia familiar sistémica (A. Bizio, Trad.) Barcelona, España: Gedisa.

White, M. (2004). Narrative practice and the unpacking of identity conclusions [Práctica narrativa y conclusiones desempacadas de identidad]. Narrative practice and exotic lives: Resurrecting diversity in everyday life. (pp. 119-147). Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos (O. Castillo, M. Beyebach y C. Sánchez, Trads.). Barcelona, España: Paidós.

Zimmerman J. L. & Dickerson, V. C. (1994). Using narrative metaphor: Implications for theory and clinical practice [Uso de la metáfora narrativa: implicaciones para la teoría y la práctica clínica]. Family Process, 33, 233-245.

No	Familia	Motivo de consulta	Características del tratamiento		
			Ses	Supervisoras	Modelo
1	Rosales, asistieron el padre de 32 años, la madre de 30 y la hija de 4.	Pareja que al transitar por crisis matrimonial, no había tomado una decisión acerca de permanecer juntos o divorciarse.	6	Mtra. Ofelia Desatnik y Dra. María Suárez.	Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones
2	Familia Alcántara, asistieron Angélica, de 30, su hija Ana de 13 y la abuela de 61 años.	Problemas en la relación entre Angélica y Ana. La madre presentó crisis de furia contra su hija, persiguiéndola con un cuchillo.	4		Modelo Narrativo
3	Familia Giralda, asistió Angélica	Reportaba ansiedad y atracones de comida.	4		Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones
4	Familia Vallejo, asistieron Margarita de 48 años, Jorge de 12, Jessica de 21 y José de 28 años.	Se reportó obesidad en el niño, ansiedad, abandono de hogar por parte del padre.	2		Modelo Estructural
5	Familia Irigoyen, asistieron Alonso de 18, y Bernardina de 49 años.	Problemas en la relación madre-hijo	4		Modelo Estructural
6	Maldonado, asistieron madre e hijo, de 62 y 34 años respectivamente	Problemas de Pablo y su sobrino Paúl, a quién reportaron como inseguro, con falta de carácter	6	Dra. Luz de Lourdes Eguiluz, y Dra. Xóchitl Galicia.	Modelo Estructural
7	Familia Rodríguez, compuesta por el padre de 49 años y sus hijos, Diana de 19, Edgar de 16 y Julieta de 14 años	Depresión de los miembros de la familia, ante la separación reciente de ambos padres.	5		Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones
8	Familia Beristain, se presentaron Miguel de 47 años, Alicia de 49 años y José de 10.	Los padres reportaron problemas en límites con su hijo.	5		Modelo Estructural y Centrado en Soluciones
9	Familia Andrade, compuesta por Adolfo de 52 años, Rosa de 50 años, y Alfonso de 12 años.	Se reportó a Alfonso como solitario, preocupación por aspectos relacionados con la sexualidad del niño.	2		Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones
10	Familia Arvizu, asistieron Manuel de 60 años, y Antonia de 56 años.	Se reportaron problema de alcoholismo del hijo. No sabían cómo controlarlo.	4		Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones

Tabla No. 1. Muestra las familias observadas durante el primer semestre. La Sede de entrenamiento fue la Clínica de Terapia Familiar FES IZTACALA. El nombre de las familias ha sido modificado para proteger su anonimato.

No	Familia	Motivo de consulta	Proceso terapéutico				Modelo utilizado
			Alta	baja	Sesiones	Sede y supervisoras	
1	Alcántara. Asistieron la madre y la hija de 18 años	Problemas de conducta en la hija y bajo rendimiento escolar	X		7	Clínica de Terapia Familiar CCH Azcapotzalco. Mtra. Juana Bengoa González	Modelo de Milán
2	Almaráz. Asistieron la madre y el hijo de 18 años	Intento de suicidio de Gilberto	X		18		
3	Barrera. Integrada por joven de 18 años y su madre.	Adicción del hijo y bajo rendimiento escolar	✗				
4	Bonfíl. Asistió Noemí de 21 años	Ideas de suicidio de la paciente, sentimiento de vacío	X		3		
5	Blanco. Asistió Sergio de 16 años	Indecisión de continuar con los estudios		X	2		
6	Bernal. Asistió pareja en etapa del ciclo vital de nido vacío.	La Sra. reportó preocupaciones por su hijo y nieto y deseo de ser mejor persona	X		7	Clínica de Medicina Familiar "A" ISSSTE. Mtra. Carmen Susana González Montoya	Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones
7	Martínez. Asistió la madre y su hija de 21 años	La Sra. reportó duelo por su esposo y preocupaciones familiares. Su hija presentaba problemas para realizar sus metas por discapacidad.	X		7		
8	Meléndez. Asistió la Sra. Lucrecia de 44 años.	La Sra. reportó infidelidad y violencia de pareja	X		6		
9	Molina. Asistió la Sra. Josefina de 41 años.	Preocupación por hija de 21 años.	X		7		

Tabla No. 2. Muestra las familias atendidas como equipo durante el segundo semestre. El nombre de las familias ha sido modificado para proteger su anonimato.

No	Familia	Motivo de consulta	Proceso terapéutico				Modelo
			Alta	baja	Sesiones	Supervisoras	
1	Colmenares. Asistió pareja de 46 años	Preocupación de la pareja por su hija con probable trastorno bipolar	X		13	Dra. Luz de Lourdes Eguiluz y Dra. Xóchitl Galicia	Terapia Breve centrada en Soluciones
2	Clavel. Asistió Rita de 31 años	Insatisfacción con su pareja y ante situaciones del pasado que repercutían en la relación con sus hijos	X		9	Mtra Ofelia Desatnik y Dra. María Suárez	
3	González. Asistió pareja	Problemas de pareja y violencia		X	6		
4	Jiménez. Asistió la pareja	Problemas de pareja		X	3		
5	Rincón. Asistió Tania de 51 años.	Dificultades en la relación con su hija de 13 años, quien tenía problemas de rendimiento escolar	X				Estructural
6	Romo. Asistió Hilda de 25 años	Problemas familiares con primos y pareja		X		Dra. Luz de Lourdes Eguiluz y Dra. Xóchitl Galicia	Terapia Breve Centrada en problemas
7	Arizmendi. Asistió madre e hijo de 10 años	Problemas familiares y con hijo	X		7		
8	Camacho. Asistió Raquel de 36 años	La paciente se encontraba en un momento de crisis, sin ánimos para hacer las cosas		X	7		

Tabla No. 3. Muestra las familias atendidas como equipo durante el tercer semestre en la Clínica De Terapia Familiar FES IZTACALA. El nombre de las familias ha sido modificado para proteger su anonimato.

No	Familia	Motivo de consulta	Proceso terapéutico				Modelo
			Alta	baja	Sesiones	Sede y supervisoras	
1	Familia Cornejo. Asistió la madre y el padre de 37 y 44 años respectivamente	Enuresis en la hija menor y problemas de pareja	X		6	Cínica de Medicina Familiar "A" ISSSTE. Mtra. Rosario Espinosa Salcido	Terapia Breve centrada en Soluciones
2	Familia Colín. Asistió la pareja con 12 años de casados. La Sra. Colín de 32 años y su esposo de 33.	Mujer violentada por su pareja y en su infancia como testigo de la violencia de su padre.		X	9	Espinosa Salcido	Narrativo
3	Familia Costa. Asistió la madre de 48 años y sus hijos de 10 y 7 años	Problemas conductuales de los hijos ante la separación de sus padres		X	11		Estructural
4	Familia Contreras. Asistió la Sra. Nieves de 46 años	Violencia de pareja y depresión		X	2	Clínica de Terapia Familiar CCH Azcapotzalco. Mtra Juana Bengoa González	Milán
5	Familia Camacho. Asistió la Sra. Camacho y su sobrino de 16 años.	Indefinición e insatisfacción de la Sra. Camacho, acerca de su papel como madre-tía.		X	7		
6	Familia Centeno. Asistió la madre de 25 años y su hija de 4	La Sra. Centeno reportó indefinición con su pareja y falta de control de su hija de 4 años	X		9		
7	Familia Colmenares. Asistió la madre de 39 años y sus hijas de 16 y 11 años	La hija mayor presentaba dificultades en la relación con su madre y hermana	X		9		
8	Familia Cervantes. Asistió Joshua de 17 años	Presentaba estrés, ante los cambios por la reciente muerte de su padre, de su abuela y cambio de domicilio	X		2	Terapia Breve Centrada en soluciones	

Tabla No. 4. Muestra las familias atendidas como equipo durante el cuarto semestre. El nombre de las familias ha sido modificado para proteger su anonimato.

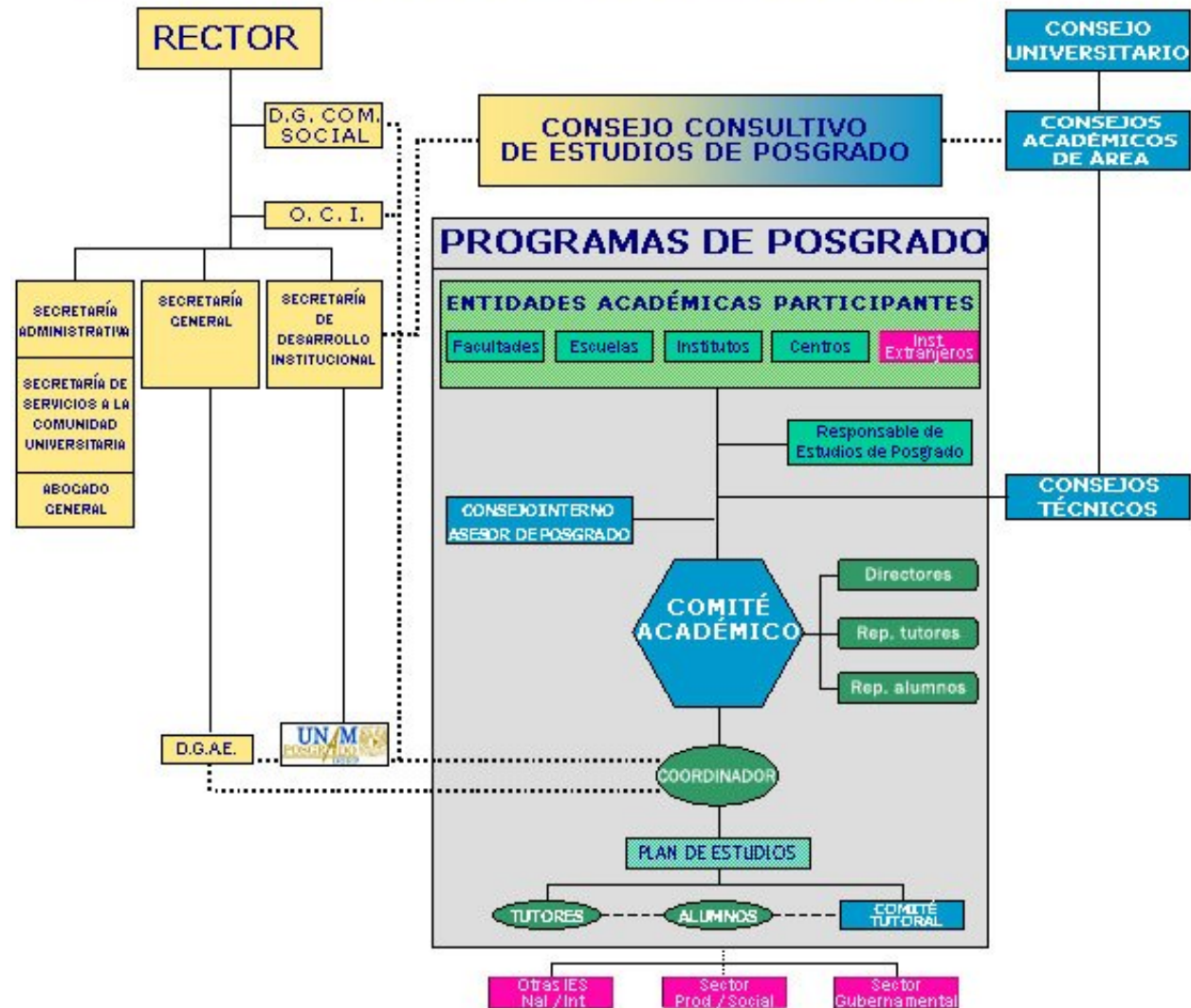
No	Familia	Semestre	Motivo de consulta	Proceso terapéutico				Modelo
				Alta	baja	Sesiones	Sede y supervisoras	
1	Gutiérrez. Asistió la madre y el hijo de 17 años	2	Problemas en la relación madre-hijo adolescente y académicos	X		5	Clínica de Terapia Familiar CCH Azcapotzalco. Mtra Juana Bengoa González	Modelo de Milán
2	García. Asistió la madre y su hija de 6 años	2	Vómito y enuresis de la hija	X		6	Cínica de Medicina Familiar "A" ISSSTE. Mtra. Carmen Susana González Montoya	Modelo Narrativo
3	Romero. Asistió la pareja, su hijo de 9 años e hija de 2 años	3	Problemas en la relación de pareja por violencia. Se presentaba un secreto familiar, ya que el hijo de 9 años era adoptivo		X	10	Clínica de Terapia Familiar FES IZTACALA. Mtra. Ofelia Desatnik y Dra. María Suárez.	Modelo Estructural
4	Alarcón. Asistió la madre y el hijo de 10 años	3	El niño presentaba encopresis y problemas de ansiedad	X		6	Clínica de Terapia Familiar FES IZTACALA. Mtra. Xóchitl Galicia.	Modelo Narrativo
5	Jiménez. Asistió la madre de 45 años y la hija de 18	4	Problemas en la relación madre-hija adolescente y bajo rendimiento académico	X		6	Clínica de Terapia Familiar CCH Azcapotzalco. Mtra Juana Bengoa González	Modelo de Milán
6	Gómez. Asistió la madre y el padre	4	Familia mutiproblemática al contar con un hijo con alcoholismo y brotes sicóticos		X	1	Cínica de Medicina Familiar "A" ISSSTE. Mtra. Rosario Espinosa Salcido	Modelo Narrativo
7	Asistió la Sra. Rubio de 45 años	4	Culpa y dolor de la Sra. quien al separarse de su esposo y tener otra pareja era rechazada por uno de sus hijos.	X		6	Cínica de Medicina Familiar "A" ISSSTE. . Mtra. Rosario Espinosa Salcido	Modelo Narrativo y Equipo Reflexivo

Tabla No. 5. Muestra las familias atendidas como terapeuta, durante la Residencia. El nombre de las familias ha sido modificado para proteger su anonimato.

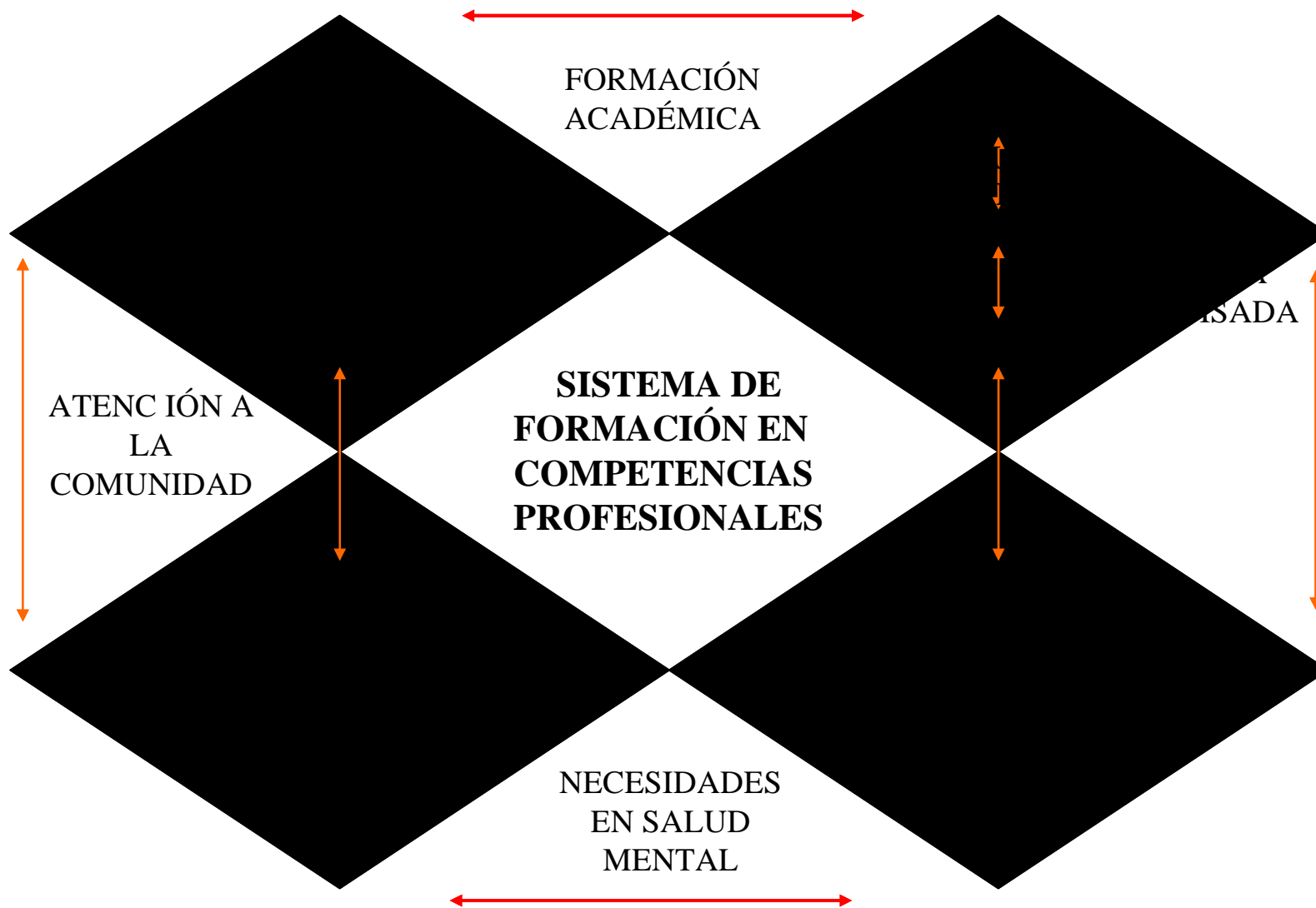
	RASGO FAMILIAR	TOTAL	PORCENTAJE
1	Adicción	2	6
2	Suicidio	1	3
3	Bajo rendimiento escolar	7	20.5
4	Violencia	5	15
5	Familias con problemas de pareja que presentan un hijo sintomático	10	30
6	Problemas de pareja	12	35
7	Adolescentes	8	23.5

Tabla No.6. Muestra el total de casos atendidos como equipo y terapeuta, durante la Residencia. El total de casos atendidos fueron 34. Se hace notar que el 70% de las familias fueron canalizadas por un miembro femenino, que a su vez fue receptor del servicio. Los casos pueden presentar más de un rasgo.

SISTEMA UNIVERSITARIO DE POSGRADO



Anexo 1. Sistema Universitario de Posgrado



Anexo 2. Sistema de formación de competencias profesionales

Anexo 3. Decálogo para apoyar a los padres a explicarles a sus hijos que son adoptivos

- Una buena y correcta explicación puede ser dada por ambos padres, en forma separada o conjunta dependiendo del grado de relación o entendimiento entre los mismos. **La pareja debe estar vinculada** para contener el dolor psíquico del niño y bajar el nivel de ansiedad en caso de que se presente.
- En ocasiones, los padres sienten como una obligación el tener que contárselo al niño, pero no es lo que realmente desean hacer, o no están preparados emocionalmente para hacerlo. Es por eso importante **considerar que el tiempo de los padres** es una variable a respetar tanto como el tiempo del hijo.
- Es bueno **planificar el momento** para conversar con los hijos, esto debe ser personal, en un lugar apropiado y sin testigos. Si son varios hijos los padres pueden decidir el hablar con todos ellos, juntos o por separado dependiendo de las edades de los niños y de la capacidad de comprensión de cada uno.
- En cuanto al dilema de decirle o no decirle al niño que tiene un padre de crianza, hay una fantasía frecuente de los padres que consiste en pensar que si no se habla del padre biológico el niño no sentirá necesidad de saber quién fue con una idea de que "Si no se sabe no se sufre". Sin embargo cuando se abre la necesidad de hablar, si los padres abren el tema sin estar realmente convencidos y sin haberlo elaborado ellos mismos **se corre el riesgo de darle al hijo la información compulsivamente sin escuchar lo que está preguntando**. No se debe perforar la mente con la supuesta "verdad", a quién no está capacitado para metabolizarla, la supuesta verdad no implica conocer todos los detalles. Se debe evitar sobrecargar a los niños con información excesiva e inadecuada, diciendo más de lo que pueden entender
- La angustia de los padres es distinta a la de los hijos. Es importante tomar en cuenta que los niños podrán metabolizar la información en la medida **en que los padres lo hayan hecho previamente**.

Anexo 3. Decálogo para apoyar a los padres a explicarles a sus hijos que son adoptivos

- Es importante **respetar el momento del niño** en caso de se perturbe con la conversación y se niegue a seguir hablando del tema, o en casos en que manifieste sentimientos de de enojo o de tristeza. Los padres deben ser comprensivos con sus hijos y tratar de demostrarles que los entienden. Si el hijo no desea seguir hablando, los padres deberán respetar este hecho con la seguridad de que el hijo reanudará la conversación cuando esté preparado. Cuando se le habla al niño, los padres pueden utilizar la técnica de "**servir de espejo de sus sentimientos**", es decir, expresarle verbalmente lo que creen que él está sintiendo, de tal forma que el niño se de cuenta que hay una preocupación por entenderlo y de que se le está permitiendo comunicarse.
- Para los niños, todo lo que ocultan los padres tiene una connotación de misterio por lo que ellos tienden a dar **rienda suelta a variadas fantasías acerca de aquello que presienten**, pero que desconocen. El niño puede descubrir por otras fuentes o de manera casual lo sucedido, lo cual puede crear un sentimiento de desconfianza hacia sus padres ante la sensación de haber sido engañado.
- Los padres deben **evitar expresarse en forma negativa del padre biológico del niño**, ya que estopodría aumenta la angustia y los sentimientos ambivalentes del niño. No es necesario fomentar sentimientos de ninguna índole hacia esta figura (amor-odio).
- Generalmente los padres creen que contarle al hijo es el final de un largo proceso de dudas y angustias y que una vez conversado se acabarán los cuestionamientos, sin embargo, deben procurar sólo responder lo que el hijo pregunta en lugar de inundarlo de información. **Las preguntas continuarán hasta que el hijo las haya integrado dentro de su propia historia**
- El hijo puede necesitar la oportunidad para hacer preguntas a los padres en forma individual. Es importante que los padres las **respondan sin ser evasivos, utilizando frases muy sencillas y sobre todo ser muy sinceros en todo momento y circunstancia.**