



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

El enfoque sistémico en la atención de familias vulnerables

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Graciela Erika Trujillo Núñez



DIRECTORA DEL REPORTE:

DRA. MARÍA BLANCA MOCTEZUMA YANO

COMITÉ TUTORIAL:

DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA

DRA. DOLORES MERCADO CORONA

MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

MTRA. CAROLINA DÍAZ-WALLS ROBLEDO

MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, que me han proveído de un nivel académico de excelencia.

A la Dra. María Blanca Moctezuma por sus valiosas aportaciones para la elaboración del reporte.

A la Dra. María Elena Rivera, quien se tomó el tiempo para revisar minuciosamente el reporte, dándome sugerencias muy útiles; también por sus palabras de apoyo e impulso.

Al resto de mi comité tutorial: Dra. Dolores Mercado, Dra. Rosario Espinosa, y Mtra. Carolina Díaz-Walls.

A la Residencia en Terapia Familiar por la oportunidad de formar parte del programa, y a su responsable académica la Mtra. Silvia Vite, por su gran apoyo durante y después de mi formación.

A los maestros y supervisores de la residencia, quienes me compartieron generosamente su conocimiento, experiencia y sentido de humanidad. Especialmente a la Mtra. Nora Rentarfa, al Dr. Raymundo Macías, y a la Mtra. Luz María Rocha.

A mi equipo terapéutico: Alma T. Téllez, Blanca E. López, Claudia Navarro, Ivette Delgado, Joaquín Torres, Marino Aparicio y Yazmín Quintero.

Agradezco finalmente y de una forma muy especial a las familias, que depositaron en nuestro equipo de terapeutas la confianza para compartírnos sus historias.

Graciela Erika Trujillo Núñez
Agosto 2008

DEDICATORIAS:

En primero lugar deseo hacer un reconocimiento especial a quienes me hicieron saber antes que nadie que la familia es un lugar que cobija, que sostiene y apoya, y que está conformada por personas que están contigo incondicionalmente: a mi hermosa familia TRUJILLO NÚÑEZ, donde tuve la dicha de nacer, crecer, y recibir todo el amor que puede tener un ser humano... por amarme del modo que solo ustedes conocen y me han enseñado... por apoyar cada uno de mis pasos, desde el primero. Con todo mi amor a mis padres, Juan y Magdalena, y a mis hermanos Ciro, Tofío y Juan. Sin ustedes no tendría sentido ningún logro.

A Israel mi esposo, mejor amigo y compañero: gracias por 9 años de amor, de constancia, y de apoyo en cada reto de mi vida. Este logro es también tuyo, pues has compartido conmigo cada momento del camino para alcanzar la meta. Gracias por tu entendimiento, compañía e impulso. TE AMO infinitamente.

A mi padre R. Juan Trujillo: eres mi ejemplo de bondad, de valor y de lucha. Sin ti jamás habría podido aceptarme y amarme, gracias por reconocer las cosas buenas de mí; tus esfuerzos y sacrificios me ha dado la posibilidad de cumplir mis sueños y es algo que jamás terminaré de agradecerte...

A mi madre Ma. Magdalena Núñez: me has inyectado tanta fuerza para seguir adelante que de no ser por ti no habría tenido logros tan importantes; gracias por estar siempre disponible para mí, por renunciar a tantas cosas para que yo pudiera lograr mis anhelos y por decirme cada día de mi vida lo importante que es prepararse.

A mi hermano Ciro. Me has demostrado que uno puede levantarse y mantenerse de pie hasta después de las caídas más duras; te agradezco todas las muestras de amor que me has dado, siempre colocando mis necesidades antes que las tuyas. Eres una bendición en mi vida; te admiro, y te quiero muchísimo hermanito.

A mi hermano Antonio. Gracias por darme en todos los momentos de mi vida tanto amor y bondad... por enseñarme con tu ejemplo la honestidad y el respeto; y por compartir conmigo momentos difíciles y momentos increíbles. Por regalarme la presencia y la sonrisa de tu hermosa familia.

A mi hermano Juan. Me enorgullece mucho la forma en que has conquistado tus sueños... hoy te agradezco por mostrarme el camino del éxito profesional, por estar pendiente de mí, y por estar disponible y cercano siempre. Tu ejemplo me hace saber que vale la pena esforzarse y luchar siempre.

A mis maravillosos sobrinos: gracias Alan, Aldo, Diego, Jacky y Pablo, por iluminar mi existencia desde el primer instante de sus vidas.

A mis cuñadas Martha, Noemí y Cecilia, gracias por cada palabra y cada gesto de cariño, y por cada momento que hemos compartido.

A mi abuelita Sofía por estar pendiente de mí, quererme, cuidarme y apoyarme en todo.

A la familia Mora, por sus muestras de afecto e interés hacia mí; por recibirme tan cálidamente como parte de su familia.

A mis queridos amigos, por lograr -contra todas las adversidades- hacer de la maestría una época maravillosa. Gracias: Blanca, Claudia, Joaquín, Yazmín y Marino.

A ti gran amiga, por compartir conmigo experiencias increíbles y haberme enseñado tantas veces a resignificar las cosas de la vida: gracias Nita.

Por haber renunciado a horas de sueño para escucharme, y estar a mi lado en momentos difíciles, a ti mi "cien por ciento potosina" amiga: gracias Blanca.

A ti, amiga y excepcional mujer, que me has enriquecido con tus palabras y calidez humana, y has sido fuente de impulso e inspiración para mí: gracias Claudia.

Por compartir tantos espacios amiga... y por contagiarme de tu compromiso y amor a la humanidad: gracias Aurora.

A mis amigas de ayer, hoy y siempre: Raquel, Lety, Rocío y Tamy. Gracias por hacerse un tiempo para estar conmigo en los momentos importantes.

A mis compañeros y amigos de la Fundación Bringas-Haghenbeck, por su apoyo y por enseñarme tanto de la labor comunitaria: gracias Daniela, Disraeli y Carmen.

Al programa de Atención Psicológica en Desastres (APSIDE) por haber contribuido sustancialmente a mi formación profesional... y a todos sus miembros por contribuir en mi crecimiento humano.

A los alumnos de la séptima generación de la maestría en Terapia Familiar: gracias por darme esa última dosis de motivación que necesitaba para concluir este ciclo.

Graciela Erika Trujillo Núñez

ÍNDICE

RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	
1. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar	3
1.1 Características del campo psicosocial	4
Las familias mexicanas en la época actual: nuevos retos para la intervención sistémica	5
1.2 Algunos de los principales problemas que enfrentan las familias ...	7
Violencia	7
Migración	9
Pobreza	10
Las crisis: enfermedad y otros eventos estresantes	11
1.3 La terapia familiar sistémica y la terapia posmoderna como alternativas para abordar las problemáticas señaladas	12
Desarrollo histórico de la terapia familiar	15
Conclusión	17
2. Caracterización de la sede donde se realiza el trabajo clínico	18
2.1 Descripción de la sede	18
2.2 Análisis sistémico de la sede (personal, redes, roles, organigrama, sectores implicados, fuentes de referencia, contexto)	19
2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en la sede	21
Descripción de la atención en la segunda generación de la residencia de terapia familiar	22
II. INTEGRACIÓN DEL MARCO TEÓRICO	
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo	25
1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar sistémica y de las terapias posmodernas	25
La teoría general de los sistemas	25
La cibernética	27
Teoría de la comunicación humana	28

Constructivismo	31
Construccionismo social	32
Narrativa y Hermenéutica	33
1.2 Modelos de terapia familiar sistémica y de terapia posmoderna	33
Modelo estructural	34
Modelo estratégico	42
Modelo de terapia breve del M.R.I.	47
Modelo de soluciones	52
Modelo de Milán	57
Modelos derivados del posmodernismo	61
Modelo narrativo	63
Integración de modelos.....	65

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades clínicas terapéuticas	68
1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico	69
Caso 1. Antonio y Arlette	75
Caso 2. Familia García Estévez	81
Caso 3. Nancy y Gerardo	86
1.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias	92
1.3 Análisis del sistema terapéutico total	92
2. Habilidades de investigación	95
2.1 Reporte de las investigaciones realizadas usando metodología cuantitativa y cualitativa	95
A) Anteproyecto de investigación: propuesta de intervención familiar a víctimas de desastre	96
B) Adaptación de la escala de tácticas de conflicto a la población mexicana	96
C) La investigación cualitativa en la intervención clínica	96
3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento. Atención y prevención comunitaria	97
3.1 Productos tecnológicos	97

3.2 Programas de intervención comunitaria	99
Taller aplicación del enfoque sistémico en la práctica clínica..	100
3.3 Presentación de trabajos en foros académicos	102
La familia con un miembro asmático: una propuesta de intervención	102
3.4 Actividades extracurriculares	107
IV. ANÁLISIS TEMÁTICO Y PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO	108
Teoría de la crisis	109
Las experiencias relacionadas con la pérdida	112
Caso 4. Carmen	112
V. CONSIDERACIONES FINALES	
1. Resumen de habilidades y competencias profesionales	132
2. Incidencia en el campo psicosocial	135
3. Análisis del sistema terapéutico total	136
4. Reflexión y análisis de la experiencia	137
5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo	137
REFERENCIAS	140
ANEXOS	147

RESUMEN

El desarrollo de la humanidad en estos tiempos requiere la actualización constante y la adquisición de herramientas y estrategias para afrontar los retos profesionales crecientes de nuestras sociedades de un modo eficaz, acorde con las necesidades y recursos de la población. En todas las profesiones se han ido refinando cada vez más las especializaciones en un intento por enfrentar dichos retos, y la psicología no es la excepción.

En cualquiera de las áreas de la psicología resulta insuficiente la formación a nivel de licenciatura, por ello se requiere de estudios posteriores que permitan la especialización y con ello la adquisición de herramientas probadas de atención a la población; esto cobra especial importancia cuando del área clínica o de salud se trata.

La Universidad Nacional Autónoma de México ha dado respuesta a la búsqueda de muchos profesionistas al brindar la posibilidad de ampliar su formación con posgrados de vanguardia, como es la Maestría en Psicología Profesional, la cual además de dotar a sus alumnos de herramientas para la docencia y la investigación, plantea la necesidad de insertarlos en escenarios prácticos donde puedan desarrollar habilidades en una área en particular, a través de los programas de Residencia.

Una de las opciones de Residencia dentro del programa de Maestría en Psicología es precisamente la Terapia Familiar Sistémica, en la cual me formé con el objetivo de adquirir conocimientos y desarrollar habilidades no solo a nivel teórico, sino práctico, específicamente dentro del marco familiar sistémico que ha mostrado ser una alternativa eficaz por su forma de concebir los problemas humanos, y por lo tanto por el modo de intervenir más allá de las explicaciones y técnicas fundamentadas en una visión lineal.

Al formar parte de la segunda generación de dicha residencia, considero que si bien hay condiciones que se pueden mejorar, el programa cumplió cabalmente no solo con mis expectativas, sino con los objetivos para los cuales fue creado.

Como resultado, el presente reporte muestra de manera general las habilidades adquiridas plasmadas en los siguientes productos desarrollados: un anteproyecto de investigación, la adaptación de un instrumento de medición a la población mexicana, una revisión documental acerca de la investigación cualitativa en la atención clínica, diversos ensayos, esquemas y presentaciones temáticas, el taller *"Aplicación del enfoque sistémico en la práctica clínica"*, y una propuesta de intervención titulada *"The family with an asthmatic member: an offer of intervention"*, la cual fue presentada en el XIV World Family Therapy Congress, de la *International Family Therapy Association (IFTA)*, en Estambul, Turquía. Adicionalmente presento el desglose de la atención terapéutica brindada a 4 familias de las que atendí a lo largo de mi formación dentro de la Maestría

en Psicología Profesional con Residencia en Terapia Familiar, misma que realicé en la Facultad de Psicología, en el período comprendido entre agosto de 2002 y agosto de 2004.

Es prácticamente imposible mencionar todos y cada uno de los logros adquiridos a partir de esta formación, que se extienden no solo al ámbito profesional; sin embargo existe una manera cercana de describir el cambio de paradigma que representa para mi esta formación, haciendo uso de la frase *“al ver de otra manera podemos pensar de otra manera”* (Hoffman, 1987). Considero que el programa me permitió ampliar mi visión a otros horizontes y con ello empezar a desarrollar un pensamiento abierto a las infinitas posibilidades de entendimiento que la complejidad del ser humano amerita.

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

*"Antes de ser uno mismo, se es "hijo" o "hija"... se nace en el seno de una "familia".
Zonabend, 1988.*

1. Análisis del campo psicosocial y de la problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar

Se considera como familia a un grupo de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria y convivencia, generalmente bajo el mismo techo, que comparten sus recursos de subsistencia y servicios, y que al menos en alguna etapa de su ciclo vital incluye dos o más generaciones (Macías, 1994a).

La familia constituye el contexto para crecer y recibir protección. Es un grupo natural que en el curso de su desarrollo ha elaborado pautas de interacción que constituyen una estructura que dirige el funcionamiento de los miembros de la familia, define sus conductas y facilita sus interacciones. La familia necesita de esta estructura para desempeñar sus dos tareas centrales: apoyar la *individuación* y proporcionar *pertenencia* (Minuchin, 1974; Gorostegui, 2004).

Los conflictos que se generan al interior de las familias varían de acuerdo a sus diversas estructuras, las que además adquieren diferentes características de acuerdo a su contexto socioeconómico (Gorostegui, 2004). La familia como entidad no está aislada sino que se encuentra inmersa en un entorno al que pertenece, y es influida por él (Moratalla, 2003).

Puede haber una gran discrepancia entre lo que comúnmente se denomina familia y las modalidades de estructura familiar existentes; es común que por apego a las formas de familia antiguas se haga referencia a la familia nuclear conyugal como el único o el más predominante modelo de familia, sin embargo, constituye un sólo tipo de configuración que no es siquiera el que más prevalece en la humanidad actualmente.

De este modo, los terapeutas familiares debemos considerar toda la diversidad de familias con las cuáles podríamos intervenir, de qué forma se están desarrollando sus funciones, cuál es su estructura, de qué manera influye y es influida por el contexto en que se desenvuelven, y estar al pendiente de nuestros posibles prejuicios respecto a la conformación de las familias.

A efecto de ahondar en los aspectos antes mencionados, el presente capítulo presenta una revisión de algunas áreas del campo psicosocial en el que incide el trabajo del terapeuta familiar en el país, seguido por el análisis de algunos de los principales

problemas que enfrentan las familias mexicanas, y finalizando con la descripción del desarrollo histórico de la terapia familiar sistémica y la forma en que ésta constituye una alternativa para el abordaje exitoso de las problemáticas que se mencionarán.

En el segundo punto se presenta la descripción y análisis sistémico de la sede donde se realizó el trabajo clínico durante la residencia, además de la forma en que los miembros de la segunda generación participamos en la atención brindada a los solicitantes en la sede mencionada.

1.1 Características del campo psicosocial

En la actualidad existen en México una serie de factores sociodemográficos que inciden en el surgimiento o agudización de problemas psicosociales; violencia, pobreza, problemas de salud y migración, son sólo algunas de estas dificultades que aquejan cada vez más a la población del país.

Los problemas antes mencionados, si bien tienen un largo tiempo estando presentes en nuestro país, muestran un crecimiento que tiene que ver con un incremento de la población en general, además de las crisis económicas y los cambios a nivel social como son: la inserción de nuevos tipos de familia, el que las personas se unen o casan cada vez a mayor edad, el desempleo, el nuevo rol que ha adquirido la mujer, el incremento de la esperanza de vida y el incremento de la población económicamente activa, entre otros aspectos (INEGI, 2001).

En este sentido, la familia mexicana ha mostrado una gran flexibilidad y capacidad para actuar como un dispositivo que regula los procesos sociales a través de cambios en su estructura, ciclo de vida, composición, relaciones de parentesco y surgimiento de nuevos tipos de hogar familiar y al emplear estrategias tendientes a mitigar el impacto de problemas como el desempleo y los bajos salarios. "Estas estrategias de adaptación involucran tanto la organización interna del grupo familiar, como al reforzamiento de los vínculos de parentesco que dan cuenta de la existencia de una red de comunicación y apoyo entre familias emparentadas, más allá de los muros de la vivienda." (Moctezuma y Desatnik, 2001, p. 5).

Con respecto a la conformación de familias, en los años cincuenta había casi 26 millones de habitantes en el país, y poco menos de 6 millones de hogares familiares, mientras que para el 2000 se incrementó a aproximadamente 22 millones de hogares, de una población total de 97 y medio millones. A lo largo de dos décadas se mantuvo constante el hecho de que alrededor del 83% de hogares tenía un jefe de hogar, y aproximadamente el 17% tenía una jefa de familia; pero para el 2000 aumentó el número de hogares con jefa de familia en un 3%, y esta cifra tiende a seguirse incrementando (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de hogares por sexo del jefe(a)

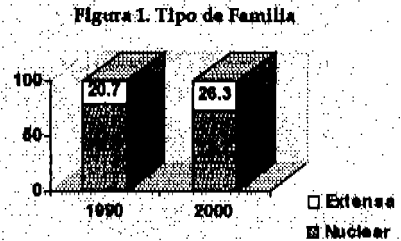
Sexo del jefe	1950	1960	1970 a	1990 a	2000 a
Hogares con jefe h	ND	ND	8 111 399 (82.6%)	13 397 357 (82.7%)	17 671 681 (79.3%)
Hogares con jefa h	ND	ND	1 705 234 (17.4%)	2 805 488 (17.3%)	4 597 235 (20.7%)
Hogares h en Total	5 768 815	6 784 093	9 816 633	16 202 845	22 268 916

FUENTE: INEGI. *Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.*

La distribución de los hogares ha sido más o menos estable desde el año 1950, pese a que en los últimos años el número de divorcios se ha incrementado de manera tal que en 2003 de cada 100 matrimonios se realizaban 11 divorcios en todo el país; particularmente en el Distrito Federal la proporción para ese año fue 20 divorcios por cada 100 matrimonios (INEGI, 2004).

De acuerdo a la distinción del tipo de hogares que realiza el INEGI (1999) un hogar nuclear es el que está conformado por una pareja y los hijos de ésta, y un hogar extenso o ampliado es donde habitan los miembros de un hogar nuclear, pero en el que además habitan otros familiares.

En México existe un alto porcentaje de hogares extensos (26%) aún cuando predominan los hogares nucleares (74%) El incremento en el número de familias en 10 años es de 5 millones y medio, cantidad bastante considerable. La proporción de familias extensas tiende a incrementarse muy poco con el paso del tiempo.



Las familias mexicanas en la época actual: nuevos retos para la intervención sistémica

Según datos del XII Censo General de Población y Vivienda del 2000, de aproximadamente 97 millones de habitantes en el país solo alrededor de 93 millones viven en hogares familiares. Esto significa que casi 4 millones de personas viven en hogares que van desde los unipersonales, hasta aquellos encabezados por parejas del mismo sexo, situación que amerita la adecuación de estrategias de atención familiar, no solo en el ámbito de la salud mental, sino en la legislación y otros temas relevantes en la sociedad.

Por otro lado el número de integrantes por cada núcleo familiar es en promedio de 4 a 5 en hogares con jefe (hombre) y 2 a 4 en hogares con jefa (mujer), con un promedio global de 3 a 4 integrantes. La atención que se brinde a las familias debe contemplar este aspecto, pues la conformación de la familia mexicana actual ha cambiado con respecto a la que predominaba hace algunos años, donde había un mayor número de miembros y la mayoría de las veces era de tipo nuclear conyugal.

De este modo, cuando hablamos de la familia no podemos quedarnos con las referencias de generaciones anteriores, pues este concepto es actualmente muy diferente del que se podía entender algunos años atrás. Cada vez con mayor frecuencia, aparecen configuraciones familiares nuevas, diferentes al concepto de familia clásica, como es el caso de las familias reconstituidas, monoparentales y las conformadas por parejas del mismo sexo (Moratalla, 2003).

Hace algunos años, cuando recién se presentaron los primeros cambios en relación a la estructura familiar, solía hablarse de una crisis de la familia; con el paso del tiempo se ha ido rechazando tal idea para dar paso a la concepción de que existen nuevas familias, lo cual ha roto con el esquema de los años sesentas. Se ha pasado de sólo un modelo de familia a la aceptación de la diversidad de modelos y formas familiares, entre los más mencionados tenemos a las parejas cohabitantes, familias reconstituidas, parejas homosexuales y hogares monoparentales. Stacey (1992) afirma que "se ha hablado, incluso, de la familia posmoderna, caracterizada por su perfil de incertidumbre, de inseguridad, de duda, no tanto como el modelo familiar que substituiría la moderna familia conyugal, sino como un estadio en el que se rompe la progresión de la evolución de la familia y esta institución se enfrenta a un incierto futuro" (Citado por Roigé, Ribot y Rico, 2000, p. 11).

De este modo la familia ha desarrollado una enorme capacidad para conceptualizar, agregar y constituir nuevas identidades familiares. Por el momento las definiciones terminológicas no son muy claras, e incluso son inexistentes para algunas formas familiares, pues van creándose en cada caso.

Conforme pasa el tiempo se vuelven más comunes ciertos tipos de relaciones familiares (por ejemplo las uniones de hecho o las familias reconstituidas) por lo que se van adoptando términos que permitan definir las relaciones de parentesco, así como los roles específicos para cada uno de estos, como es el caso de un padrastro, o de los padres del padrastro (llamados en algunos casos "abuelastros") dado que las familias reconstituidas forman, hoy en día, una nueva modalidad familiar, con características propias que son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad actual (Roigé, Ribot, y Rico, 2000; Moratalla, 2003).

Por otro lado, y a pesar de la tendencia a hacer generalizaciones respecto al tipo de familia predominante y sus patrones dominantes en México, cabe destacar la necesidad de tener una visión de pluralidad, tomando en cuenta que hay una diversidad de formas

de familia que tienen que ver con aspectos como la región geográfica y la etnia a la cual pertenecen.

Resulta pertinente reconocer -por ejemplo- la variedad cultural existente en las diferentes zonas del país; la influencia norteamericana de nuestra región norte, los contrastes de la zona centro y el predominio indígena de la región sur, entre otros aspectos (Moctezuma, 1986).

Es así como la diversidad familiar deriva a lo largo del tiempo en una complejidad cada vez mayor para la atención de familias mexicanas, con la necesidad inherente de que los terapeutas seamos flexibles y abiertos a las posibilidades de familias que nos podamos encontrar, del mismo modo que seamos capaces de adaptar nuestras técnicas de intervención a dichos casos. La constitución de las familias mexicanas se encuentra en constante cambio, y del mismo modo los terapeutas debemos avanzar en la aceptación y adecuación de nuestro estilo de intervención para beneficio y mejor aprovechamiento del espacio terapéutico por parte de las familias.

1.2 Algunos de los principales problemas que enfrentan las familias

Violencia

En el año 2003 aproximadamente el 46.6% de las mujeres de 15 años y más que viven en pareja, reportan al menos un incidente de violencia, ya sea emocional, física, sexual o económica, en los últimos 12 meses. En las mujeres de 50 a 54 años y en las de 55 y más se disminuye un poco el porcentaje, sin embargo, sigue siendo un nivel alto, de 39.9% y 32.2% respectivamente. En mujeres en edad adulta (20 a 49 años) el promedio se mantiene acorde con el porcentaje total (entre 46.4% y 52.8%), siendo el porcentaje mayor (55.8%) para el grupo de mujeres más jóvenes, de entre 15 y 19 años.

Tabla 2. Violencia por grupo de edad

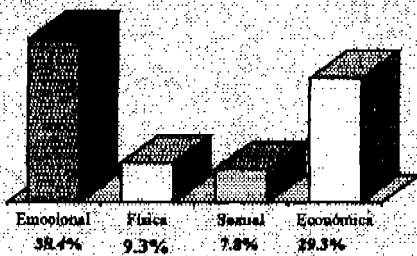
Grupos de edad	Mujeres con al menos un incidente de violencia	Porcentaje
15 a 19 años	330 224	55.8
20 a 24 años	931 718	50.8
25 a 29 años	1 377 548	52.8
30 a 34 años	1 473 121	50.4
35 a 39 años	1 348 656	48.8
40 a 44 años	1 097 650	48.7
45 a 49 años	901 563	46.4
50 a 54 años	578 959	39.9
55 y más años	963 503	32.2
No especificado	61 516	56.0
Total	9 064 458	46.6

NOTA: Se refiere a las mujeres de 15 y más años con pareja residente en el hogar.

FUENTE: INEGI. Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003.

Total de mujeres: 19 471 972

Figura 2. Tipo de Violencia



Con respecto al tipo de violencia, de este porcentaje total con al menos un evento de violencia en los últimos 12 meses (46.6%), la *violencia emocional* es la de mayor frecuencia (38.4%) seguida por la *violencia económica* (29.3). Cabe destacar que en muchos casos (38.2%) hay más de un tipo de violencia, como se deduce de los datos contenidos en la gráfica.

La violencia física se refiere a golpes en el cuerpo, golpes en la cara y reclusión. La violencia sexual puede ser violación, hostigamiento y agresiones a la sexualidad de la mujer; por su parte la violencia emocional es el maltrato a través de los gritos, insultos, burlas, comparaciones, amenazas y groserías. La violencia económica se manifiesta a través de la limitación al gasto en el hogar.

Como un dato interesante el porcentaje mayor de violencia es hacia las mujeres económicamente activas, aunque no hay una diferencia tan grande con respecto a las que se dedican al hogar:

Tabla 3. Tipo de violencia de acuerdo a la actividad.

Tipo de violencia y condición de actividad	Total de mujeres	Mujeres con al menos un incidente de violencia	Porcentaje
Total	19 471 972	9 064 458	46.6
Económicamente activa	7 289 758	3 617 324	49.6
Quehaceres domésticos	11 187 040	5 052 244	45.2
Otra actividad no económica	963 162	382 296	39.7
No especificado	32 012	12 594	39.3
NOTA: Se refiere a las mujeres de 15 y más años con pareja residente en el hogar.			
FUENTE: INEGI. Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003.			

Puede observarse a partir de las tablas anteriores, que la violencia ejercida contra las mujeres no distingue grupos socioeconómicos, edad, o niveles educativos. Por otro lado la *violencia sobre las mujeres en gran parte se da en su entorno más cercano, el hogar, y es ejercida por su pareja conyugal* (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Golpes, amenazas, agresión verbal, encierro doméstico, prohibiciones, ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, y amenazas, son las formas más frecuentes en que se violenta a las mujeres. En algunos casos, incluso, las mujeres mueren como consecuencia de actos de violencia.

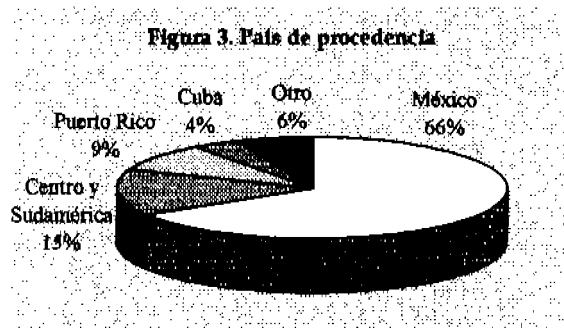
“La violencia familiar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima

en la víctima: además, repercute en otros ámbitos de la sociedad, como la escuela y el trabajo donde se manifiesta en el bajo rendimiento o el abandono escolar y en el tiempo de trabajo perdido" (Moctezuma y Desatnik, 2001, p. 7).

Migración

Otro de los fenómenos que inciden de manera directa en la necesidad de ajustes en el funcionamiento de la familia mexicana es la migración; en México éste fenómeno obedece a factores sociales y económicos, pero también tiene que ver con una tradición familiar (U.S. Census Bureau, 2000).

Según datos de INEGI y CONAPO (2004), en México la movilidad migratoria es de aproximadamente 23.8 millones de personas; 1048 municipios practican la migración interna y 492 la migración internacional, principalmente a Estados Unidos de Norteamérica. De este modo en la actualidad se habla de que una de cada ocho personas en Estados Unidos de Norteamérica es de origen hispano, de los cuales un 66 por ciento es mexicano.



Según registros del año 2000 un 39% de esta población hispana en Estados Unidos había nacido fuera de este país. De este grupo, el 43% entró a los Estados Unidos en la década de los 90's, el 29.7% en la década de los 80's y el restante 27.3% antes de la década de los 80's.

Se sabe que en un gran porcentaje de los casos las familias no emigran completas, sino solo uno o dos de sus miembros, generalmente los padres. Esto significa que hay muchas familias en nuestro país con miembros ausentes, lo que implica vivir el fenómeno descrito como pérdida ambigua que es una de las más difíciles se pueden enfrentar, pues puede estar asociada únicamente con la pérdida psicológica, como en el caso de la migración; la pérdida psicológica, al igual que la pérdida física, provoca angustia. Tomando en cuenta que nuestra cultura no tiene ritos que testimonien dicho

evento, convierte a la pérdida ambigua en la más estresante y que “no solo desorganiza a la familia, al disminuir el número de miembros que participan en ella y al exigir que otro tome el relevo, sino que, de forma característica, obliga a las personas a cuestionar a su familia y el papel que desempeñan en ella” (Boss, 2001, p. 21).

Pobreza

Al revisarse la evolución de la pobreza en el país entre 1992 y 2000, se encuentra información importante y que da un panorama general de las condiciones de vida de la población mexicana a lo largo de la década de los noventa. A continuación se mencionan algunos datos significativos.

La población económicamente activa se incrementó de 31.2 millones de personas en 1991 a 39.6 millones en el 2000, lo cual tuvo un impacto en la tasa de desempleo abierto que se incrementó de 2.8 a 5.5 por ciento de 1992 a 1996; sin embargo, se habla de un decremento en el desempleo pues en el año 2000 se registró una tasa de 2.2 por ciento (Cortés, Hernández, Székely y Vera, 2002).

Las tendencias de las remuneraciones se vieron muy afectadas a lo largo del decenio: los salarios reales disminuyeron a lo largo de toda la década. El ingreso per cápita de los mexicanos no recuperó en el 2000 los niveles que se habían alcanzado en 1992.

De acuerdo al análisis realizado por Cortés, Hernández, Székely y Vera, en 1992 el 22.5 por ciento de población mexicana tenía un ingreso insuficiente para cubrir las necesidades mínimas de alimentación; este porcentaje se reduce al 21.1 por ciento entre 1992 y 1994, pero se incrementa marcadamente entre 1994 y 1996 a 37.1 por ciento. Hay una reducción para 1998 en que el nivel se colocó en 33.9 por ciento, y finalmente de 1998 al 2000 la proporción de personas en condición de pobreza se redujo al 24.2 por ciento. Estos mismos datos vistos en cantidad de personas resultan alarmantes, pues de 19 052 128 pobres en 1992 se incrementó a 23 798 782 en 2000, es decir que hay un aumento de 4.7 millones de personas en situación de pobreza extrema.

En la actualidad de los aproximadamente 103 millones de habitantes que tiene México, 14.4 millones viven en pobreza alimentaria o extrema; según datos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), si continúa la alza en los precios de los alimentos a nivel mundial, el número de pobres en México podría aumentar en 6.9 millones al pasar de 20.6 millones a 27.5, incrementándose dramáticamente la cantidad de familias con ingresos inferiores a los necesarios para cubrir su alimentación básica (El semanario, 2008).

El nivel de pobreza tiene un impacto en la dinámica de la población, y particularmente de la familia. Al comparar hogares pobres con no pobres, por ejemplo, se observa que en los hogares más pobres la proporción de niños que asisten a la escuela es menor, y hay una mayor proporción de adolescentes entre 13 y 15 años que trabajan.

El crecimiento de la pobreza está generalmente asociado con altas tasas de desempleo, ingresos bajos y trabajos en sectores informales, a lo cual se suman graves problemas de acceso y cobertura de amplios sectores de la población a servicios adecuados de salud pública, educación y vivienda.

Las crisis: enfermedad y otros eventos estresantes

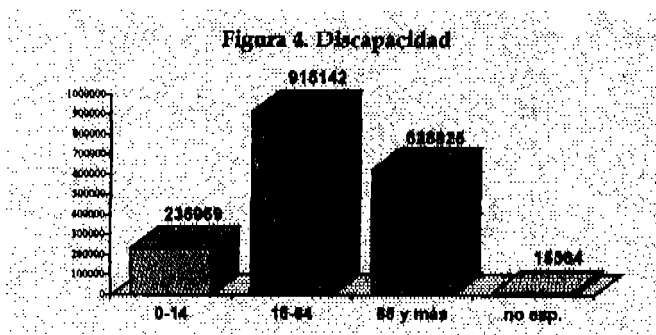
Como sabemos cualquier situación de crisis ya sea circunstancial o vital que afecta a una persona, tiene un efecto en el entorno familiar y el ajuste hecho por el sistema a partir de la experiencia tendrá a su vez un efecto en que se enfrente de una manera más eficaz o no el problema emergente.

Ante este tipo de eventos es necesario conocer cómo estos repercuten en la familia y qué pautas pueden ayudar a asimilar la situación nueva; aunque se dice que con el transcurso del tiempo la mayoría de las familias superan las crisis por sí mismas, el conocer estrategias para facilitar el proceso es de mucha ayuda (Cortés et. al., 2002).

Para la familia, crisis significa haber agotado sus formas habituales de funcionamiento y relación, con la consecuente demanda de cambio; esta necesidad de cambio surge cuando una tensión afecta a un sistema y requiere encontrar pautas que se apartan de su repertorio habitual (Pittman III, 1990) lo cual ocurre por ejemplo cuando se presenta un evento inesperado para la familias, que podría ser un accidente, desastre, enfermedad o problema legal; pero también puede surgir a partir de entrar a una nueva etapa en su ciclo vital sin tener la suficiente flexibilidad para enfrentarlo.

El problema es aún más serio cuando el desencadenante de la crisis se convierte en un problema crónico, genera discapacidad, o muerte de alguno de los miembros de la familia.

En México los cambios generadores de crisis son numerosos y frecuentes. Hablando por ejemplo de discapacidad sabemos que en el 2000 había en el país 1 795 300 personas con alguna discapacidad, como se muestra en la gráfica siguiente:



La familia juega un papel fundamental en el proceso de mantener, restablecer y optimizar la salud de cualquiera de sus miembros, especialmente cuando se trata de *enfermedades crónicas cuya atención y afrontamiento rebasa los marcos institucionales de salud para abarcar la vida cotidiana del enfermo y sus familiares*. La enfermedad crónica o la que implique riesgo para la vida de uno de los miembros es un golpe arrollador para la vida familiar, que demanda una drástica variación en el funcionamiento habitual, cambia todo el sistema de prioridades e implica que cada miembro se desborde por el cambio no previsto; como todo evento estresante está marcado por la incertidumbre y la ambigüedad. Es importante asumir una postura positiva ante la vida por parte de la familia, resulta decisivo para afrontar, soportar o remontar el impacto de tan desagradable acontecimiento como lo es la enfermedad crónica.

Las familias en las cuales un miembro padece enfermedad crónica se ven impactadas en diferentes aspectos; estructuralmente por ejemplo aparece la necesidad de un cambio de roles y funciones, sobre todo el de cuidador primario. Se presenta aislamiento social y alteración emocional en los subsistemas implicados; la enfermedad crónica tiene también una repercusión en los ciclos evolutivos familiares. Se dice que el impacto resultante es un interjuego entre las variables familiares y las propias de la enfermedad (Navarro, J., 1998).

Según Navarro (1998) el aspecto socio-cultural influye de muchas formas, pues *impregna las relaciones entre todos al otorgar significados diferentes a cada enfermedad*, lo cual repercute no sólo en cómo el enfermo vive su enfermedad, sino en cómo es tratado por la sociedad y por su familia.

1.3 La Terapia Familiar Sistémica y la Terapia Posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas

Cualquiera de las problemáticas antes mencionadas y sustentadas por los datos estadísticos tiene una repercusión en imposibilitar o limitar el cumplimiento de la función básica de la familia de promover el desarrollo pleno de cada uno de sus miembros; tomando en consideración que existe una serie de necesidades que se distribuyen de forma piramidal, es lamentable que en un gran número de casos ni siquiera se logre el cumplimiento de las más básicas.

El no cumplir con las necesidades más básicas no sólo impide el logro de otras necesidades, sino además matiza las problemáticas en diversas áreas de la vida familiar. Por ejemplo, si una familia vive en un estado de pobreza extrema, difícilmente tiene acceso a una buena salud física y cuenta con pocas posibilidades de gozar de una buena

salud mental. Existirán problemas emocionales en sus miembros y la forma de relacionarse se verá alterada, impidiendo que se proporcione entre los miembros el apoyo necesario para que genere un buen equipo que haga frente a la difícil situación de la pobreza. La intervención familiar, si bien no incide directamente sobre la pobreza, si puede fortalecer el buen funcionamiento de un sistema familiar para que sea capaz de enfrentar de un modo distinto y más eficaz las adversidades.

La terapia familiar sistémica tiene un vasto campo de acción a nivel nacional con respecto a lograr el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población; la visión sistémica posibilita al terapeuta familiar la inserción dentro de ámbitos no necesariamente clínicos donde se puede tener una incidencia importantísima en dicho objetivo, por ejemplo, a nivel educativo o de salud, implementando y coordinando programas de atención o bien realizando investigación al respecto.

La terapia familiar es, de acuerdo con Lynn Hoffman (1987) uno de los campos enriquecido con la revolución epistemológica derivada de los planteamientos sistémicos; dichos planteamientos realizan grandes contribuciones a la práctica terapéutica, sobre todo al abrir la entrada a nuevas formas de pensamiento y alternativas de solución. Hablando por ejemplo del grupo de Palo Alto, una de las contribuciones que le son más reconocidas (Linares, 2002) es el focalizarse en la comunicación humana, además de insertar el concepto de metacomunicación y su uso dentro de la intervención.

Con referencia al campo de acción en que la terapia familiar sistémica ha estado inserta desde sus inicios, encontramos una variedad impresionante, y no se limita únicamente a los escenarios clínicos, sino que ha encontrado una amplia aplicación en escenarios sociales, empresariales y educativos, entre otros. La terapia familiar se ha centrado no sólo en la atención de grupos familiares, sino también individuos en diferentes estadios de su desarrollo (niños, adolescentes y adultos) y poblaciones con problemáticas específicas. A continuación menciono varias de las contribuciones que han realizado desde el marco de la terapia familiar sistémica, algunos de sus más importantes representantes.

En la década de los setentas la terapia familiar dejó de ser en Estados Unidos un proceso experimental para convertirse en una de las modalidades terapéuticas usuales en los centros de salud mental (Minuchin, 1974).

Dentro del grupo surgido en el Instituto de Ackerman se enfocaron en aquellos tiempos en explicar la continuidad del individuo a través de las vicisitudes de la familia, incorporando conceptos existenciales y las técnicas de escultura de Virginia Satir.

Boszormenyi Nagy (1987) desarrolló una teoría ética donde propone un sistema de obligaciones familiares que se desarrolla a través de las generaciones; de allí que sugiriera que el tratamiento familiar se llevara a cabo con al menos tres generaciones.

Virginia Satir por su parte, desarrollo su técnica de escultura familiar, la cual se utiliza como metáfora en tercera dimensión de la visión familiar.

Carl Whitaker trabajó durante muchos años con pacientes esquizofrénicos, y se enfocó en utilizar los estados emocionales e incluso los procesos irracionales de los terapeutas para atacar las defensas de los miembros de la familia.

Murray Bowen en los años sesentas hospitalizaba familias completas de pacientes esquizofrénicos para estudiar a la familia como factor etiológico. Posteriormente, en los setentas incorporó al entrenamiento de terapeutas la revisión de su familia de origen.

Jay Haley y Braulio Montalvo, lograron a finales de los sesentas que la Philadelphia Child Guidance Clinic fuera una de las clínicas infantiles en Estados Unidos donde todo el tratamiento era familiar. Como parte de este mismo escenario, Minuchin y sus colaboradores lograron desarrollar nuevos modelos para estudiar la influencia de la familia en el mantenimiento de síntomas psicósomáticos en los niños.

Haley, junto con Weakland, y D. Jackson en el proyecto de Bateson, realizaron atención terapéutica con familias esquizofrénicas.

Al separarse Haley del grupo de Palo Alto, y después de colaborar con Minuchin, dirigió su instituto en Washington junto con Cloé Madanés; juntos realizaron contribuciones desde su modelo estratégico, en problemáticas como la emancipación juvenil, y la violencia.

Giorgio Nardone ha desarrollado valiosas aportaciones para la atención estratégica de problemas diversos, como son fobias, obsesiones, ataques de pánico, y problemas sexuales, así como para abordar las relaciones de pareja, problemas escolares, anorexia y bulimia.

Por otro lado, en los últimos años el enfoque de terapia breve centrado en soluciones se ha propagado en diversos lugares del mundo, abriéndose a numerosos campos de aplicación tanto dentro como fuera del ámbito de la psicoterapia. De este modo se han realizado trabajos con problemáticas como el alcoholismo, por parte de autores como Berg y Miller; la violencia familiar, tema abordado por Lipchik y Kubicki en 1996; la esquizofrenia que abordaron Eakes, Walsh, Markowski, Cain y Swanson en 1997; y el abuso sexual, cuya intervención es realizada y detallada por Dolan. Respecto a otros escenarios el enfoque centrado en soluciones ha incursionado en la orientación escolar, el consulting organizacional y el trabajo social (Beyebach, 1999).

Por su parte los miembros del grupo de Milán (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, año) en sus inicios enfocaron mucho de su esfuerzo al trabajo terapéutico con familias con conductas psicóticas, algunas de ellas esquizofrénicas, y a la atención de familias con bulimia o anorexia.

Adicionalmente el enfoque ha tenido gran relación con el movimiento feminista, y en el trabajo con parejas para el manejo de conflictos y la mediación.

Respecto a las terapias posmodernas, Michael White utilizó técnicas de externalización en el trabajo con diversas poblaciones. Dichas técnicas surgieron de su trabajo con niños que sufrían encopresis, y se fue extendiendo a problemas como los

temores infantiles, violencia, esquizofrenia y duelo, entre otros. David Epston, al igual que White, ha aplicado ampliamente la terapia narrativa en población infantil.

Como alternativa de atención, desde la perspectivas sistémica y la perspectiva posmoderna se ha puesto énfasis en la necesidad de tomar en cuenta el contexto de las familias, necesidad que hace patente su importancia en un país como el nuestro donde la pobreza, marginación y violencia (entre otros problemas) no pueden ser visto sin incluir explicaciones de índole social.

Los modelos sistémicos constituyen opciones de intervención a corto plazo para la atención de conflictos al reducir al máximo posible el número de sesiones y, por ende, el sufrimiento de las personas y el esfuerzo económico implicado. Por otra parte, al estar enfocados en unidades de atención más grandes, como son las parejas o las familias, amplían el beneficio de la atención brindada y colaboran en prevenir situaciones de riesgo con las familias del futuro.

Desarrollo Histórico de la Terapia Familiar

A principios del siglo veinte ya existían varias formas de consejo matrimonial y orientación infantil que incluían a otros miembros de la familia en el tratamiento, aunque el énfasis seguía siendo entender al individuo, y con ese fin eran incluidos.

A finales de los treinta se crearon en Estados Unidos las primeras asociaciones familiares, como la *American Association for Marriage and Family Therapy* (AAMFT). En esa época de predominio psicoanalítico, dicho enfoque tuvo una función ambigua: por un lado poner de manifiesto que las relaciones familiares son muy importantes en la génesis de los conflictos neuróticos, pero por otro lado, para protección de la regla de abstinencia terapéutica, se consideró inadecuado el contacto del terapeuta con la familia de su paciente.

Asimismo, fue un psicoanalista quien al publicar en 1937 su artículo "La familia como unidad social y emocional" se colocó como precursor de la tesis de que la familia influye en el desarrollo de síntomas de uno de sus miembros. Se trata de Ackerman.

Entre las aportaciones más importantes al desarrollo del enfoque sistémico se encuentran las de algunos neo-psicoanalistas así como las hechas a partir de la evolución de la psicología social. Fromm-Reichman introduce en 1948 el término "madre esquizofrenógena", y Rosen en 1953 el de "madre perversa". En los años cincuenta Whitaker trabajó con esquizofrénicos en el seno familiar, al igual que Bowen, Boszormenyi-Nagy y Framo, todos ellos con origen en el psicoanálisis. Bell realizó entrevistas conjuntas teniendo un resultado exitoso en el manejo de problemas infantiles.

El origen formal de la Terapia Familiar Sistémica suele ubicarse con la investigación de la comunicación humana que Bateson inició en 1952 en el *Veterans Administration Hospital*, aún cuando se trató de un estudio etnográfico, y no de un proyecto clínico. Las dos primeras personas que Bateson contrato para trabajar en dicho proyecto fueron Haley y Weackland; en 1954, Don Jackson se unió al proyecto como asesor psiquiátrico y supervisor clínico, pues laboraba como psiquiatra en el hospital donde se llevaba a cabo.

A partir del proyecto de Bateson se desarrolla el escrito más importante sobre el doble vínculo, llamado "Hacia una teoría de la esquizofrenia". En su libro *Pasos para una ecología de la mente*, Bateson divide los créditos de los conceptos del doble vínculo de la siguiente forma: a Haley se le dio crédito por reconocer que los síntomas de la esquizofrenia sugerían una falta de habilidad para discriminar los tipos lógicos. Esto fue ampliado por Bateson, quien agregó que los síntomas y etiología pueden ser descritos en términos de un doble vínculo. Esta hipótesis fue comunicada a Jackson y éste encontró una relación con sus ideas sobre la homeostasis familiar.

De este modo, Bateson, el antropólogo, y Jackson el clínico, proponen desarrollar el concepto de sistema, con la asistencia y colaboración de Haley y Weackland.

En 1959 el impulso del proyecto de Bateson disminuyó y como la Terapia Familiar llegó a ser conocida en los Estados Unidos Jackson formó el *Mental Research Institute (MRI)* en Palo Alto, California. En 1962 Jackson y Ackerman fundan la revista *Family Process*, mismo año en que el proyecto de Bateson terminó oficialmente. En estos tres años (de 1959 a 1962) hubo una relación no formal entre el proyecto y el recién fundado MRI; al terminar el proyecto Haley se unió a este instituto.

En 1959 Virginia Satir se mudó a California y se unió también al MRI. Fundó el Centro de formación en Terapia Familiar, trajo sus ideas al Instituto y las llevó alrededor de los Estados Unidos con su publicación de 1967 "Conjoint Therapy".

Satir y Haley dejaron el MRI casi al mismo tiempo, a mediados de los sesentas. Haley fue a Filadelfia donde desarrollo sus ideas sobre familias como sistemas; en sus primeros años en dicho lugar colaboró con Minuchin en el desarrollo de la terapia estructural y posteriormente centró su atención en la terapia estratégica.

Se dice que la muerte de Jackson y la separación de Haley y Satir en un período tan corto fue un golpe severo para el MRI pues el instituto se debilitó a nivel nacional en los años siguientes a la muerte de Jackson y sólo posteriormente, bajo el liderazgo de Watzlawick, Weackland y Fish, resurgió. Ellos tres han tenido éxito retomando ideas de Bateson, Jackson y Haley, y agregando los términos matemáticos de Watzlawick. Han relacionado el concepto de "cambio clínico" con los sistemas humanos y la Terapia Breve Familiar.

En la década de los sesentas Salvador Minuchin (impulsado por Ackerman) inicia su investigación con familias de bajo nivel social, casi todos migrantes puertorriqueños con

problemas de delincuencia. Como resultado final de este trabajo desarrolla el modelo estructural, que se describe con un poco más de detalle en el siguiente apartado.

En 1967 se publica el libro de Watzlawick, Beavin y Jackson que es la primera obra que articula conceptualmente la práctica clínica de la Terapia Familiar con la Teoría General de Sistemas y la pragmática de la comunicación.

Como puede observarse, la década de los sesentas es de expansión de los modelos sistémicos en la psicoterapia.

A finales de los años sesenta en Europa, se desarrolla el movimiento sistémico. En Inglaterra, Laing, después de estar en contacto con los investigadores de Palo Alto, instaura el modelo sistémico en la *Tavistock Clinic* de Londres. En Alemania, Stierlin crea un servicio clínico de medicina psicosomática y terapia familiar perteneciente a la Universidad de Heidelberg.

En Italia es donde se dan las principales aportaciones a la corriente sistémica en crecimiento; en 1967 Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata ponen en marcha en Centro de investigación en Terapia familiar; constituyen el llamado grupo de Milán que tiene grandes repercusiones en el movimiento sistémico internacional.

Lo que caracteriza a los años setentas es la divulgación y proliferación de escuelas, así como la detección de anomalías y limitaciones de éstas. Adicionalmente se inicia un profundo cuestionamiento epistemológico a finales de ésta década.

Conclusión

La evolución de la Terapia Familiar Sistémica ha significado no solo un cambio en el método de intervención de lo individual a lo familiar, sino un cambio del paradigma predominante llamado "lineal" a una concepción "circular" o "recursiva" desde la cual es inaceptable una relación de causa-efecto entre los eventos. Esta concepción circular supone que el individuo forma parte de una "danza" general recurrente en la interacción familiar, que todos los elementos de un proceso avanzan juntos y no aislados, y con respecto a la terapia, que el terapeuta y el cliente son parte de un campo más extenso en el cual la familia, el terapeuta y otros elementos actúan y reaccionan unos sobre otros de manera impredecible.

Tomando en cuenta la evolución de la terapia familiar y su estado actual encontraremos en cada uno de los modelos a lo largo de esas etapas, elementos sumamente útiles para poder facilitar el proceso de cambio en las familias mexicanas, así como el desarrollo de herramientas que les permitan enfrentar las adversidades de un modo más eficaz. Estos elementos pueden ser utilizados en dos sentidos: realizando una conjunción de los aspectos más importantes de todos los modelos, o bien tomando un modelo base del cual utilicemos todas las herramientas posibles.

La terapia familiar sistémica es una opción muy importante porque implica no solo un método distinto de intervención, sino que representa el resultado de un cambio de paradigma de lo lineal a lo circular (o recursivo), que no sólo contempla un número mayor de personas sino que enfoca sus esfuerzos al entendimiento de las interrelaciones entre los miembros de un sistema familiar y de los principios de regulación y funcionamiento de dicho sistema.

Si contemplamos problemas como violencia, pobreza, migración y enfermedad como sucesos aislados y realizamos intervenciones con una visión lineal, seguramente se dará un cambio en la problemática familiar a partir del cambio de uno de los miembros del sistema, sin ser éste último el objetivo principal de la intervención; sin embargo, estaría quedando fuera del campo de visión la posibilidad de utilizar herramientas del propio sistema que faciliten el cambio y dejaríamos de contemplar que el problema tiene repercusiones y está desarrollándose desde y con la familia, en un ambiente más amplio que debe por lo tanto tomarse en cuenta. De allí la necesidad de poder utilizar esos "lentes" más amplios que nos ofrece el modelo sistémico para poder mirar la situación de una forma más completa y, por ende, más compleja que implica pensar y re-pensar a la familia desde esta nueva perspectiva.

2. Caracterización de la sede donde se realiza el trabajo clínico

2.1 Descripción de la sede

El trabajo clínico durante la residencia se desarrolló en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM, ubicado en el sótano del Edificio "E". El Centro cuenta con 5 cámaras de Gesell, cada una de las cuales está acondicionada con un espejo bidireccional y sistema de audio que interconecta las dos salas que las conforman; adicionalmente 3 de las 5 cámaras incluyen equipo de videograbación en uno de los cubículos, y monitor en el otro para poder controlar la grabación.

Es decir que los aspectos técnicos que se consideran característicos del enfoque sistémico familiar y que son utilizados en esta residencia, están incluidos en la clínica de la facultad de Psicología. Dichos aspectos fueron necesarios para que el equipo terapéutico y el supervisor presenciaran las sesiones y se realizara la supervisión al trabajo del terapeuta a cargo de la familia. Además, también fue posible realizar videograbaciones y/o audiograbaciones de las sesiones para análisis posteriores.

Al iniciar cada semestre, se realizaba la asignación de dichas cámaras a cada grupo en un horario definido, para ser utilizadas hasta el término de éste.

2.2 Análisis sistémico de la sede (personal, redes, roles, organigrama, sectores implicados, fuentes de referencia, contexto)

El Centro cuenta con personal de apoyo en la recepción, dos personas por la mañana y una por la tarde, quienes se encargan de atender el teléfono y dar informes a las personas que acuden a solicitar el servicio, además de que proporcionan las solicitudes de atención psicológica. También hay una persona responsable de revisar las solicitudes una vez que la persona que solicita el servicio las entrega, para canalizarlas a la residencia correspondiente, tomando en cuenta aspectos generales que los propios pacientes anotan como motivo de consulta.

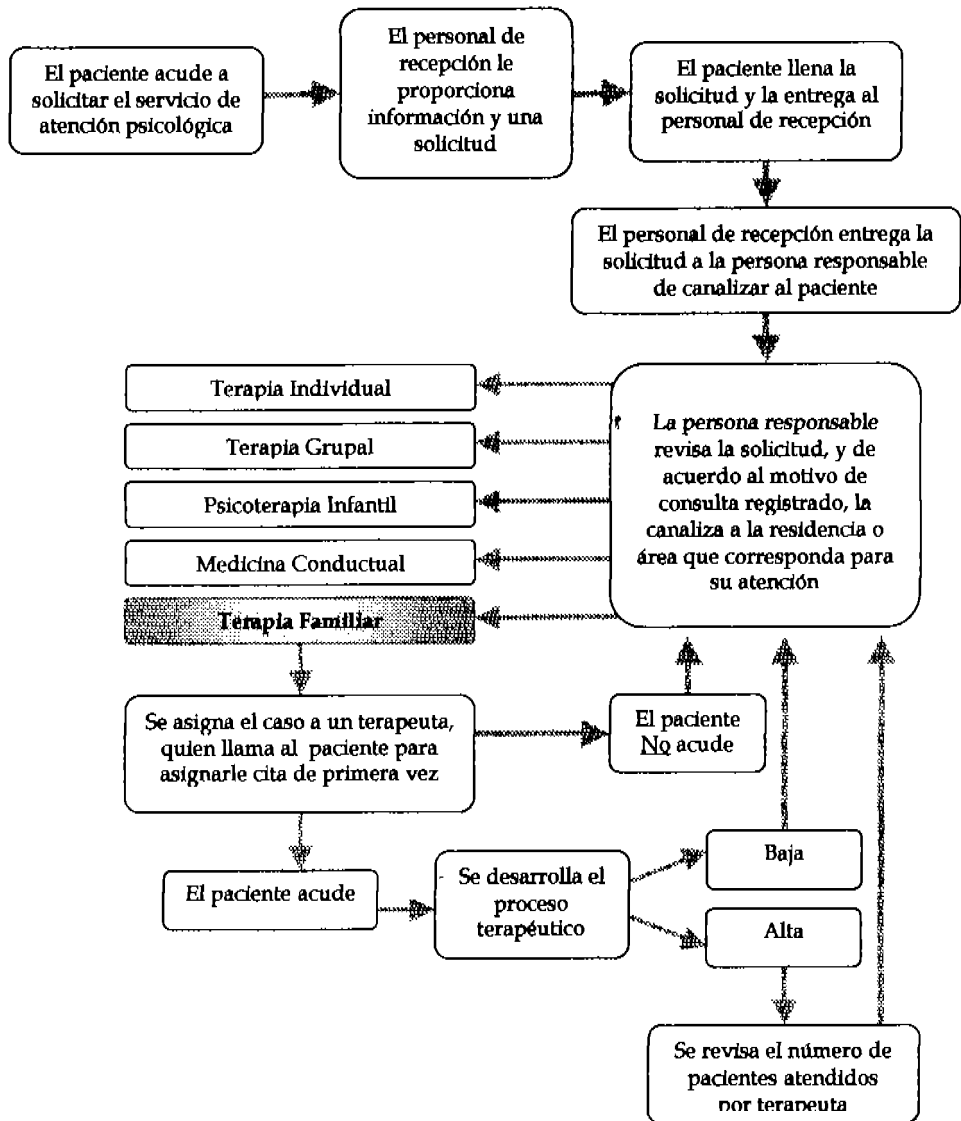
Por otro lado, el equipo terapéutico de la segunda generación de la residencia en terapia familiar estuvo constituido por ocho terapeutas y un supervisor en vivo para cada uno de los modelos de supervisión. Una vez que el personal del Centro informaba de los horarios asignados a la residencia en terapia familiar, particularmente a este equipo, de manera interna se designaban los horarios de atención a cada terapeuta haciendo lo posible por mantener equilibrado el número de familias que atendía cada uno, y de acuerdo a los criterios establecidos por cada supervisor se realizaba el reporte escrito de las sesiones.

En cuanto alguno de los casos clínicos se concluía, de inmediato se revisaba el conteo de las familias atendidas por cada terapeuta hasta ese momento y se designaba el espacio para citar nuevos pacientes. Se acudía con la persona responsable para pedir la solicitud de un nuevo paciente o familia.

Las principales fuentes de referencia a través de las cuales acuden los pacientes al Centro son: 1) por ser trabajadores internos de la UNAM; 2) son canalizados de Centros de Salud y otras instituciones como el Centro Nacional de Rehabilitación; y 3) son referidos por terapeutas privados.

En aquellos casos que por el tipo de problemática requerían una atención adicional que no se les podía proporcionar en la clínica, se realizaban canalizaciones a organizaciones como el Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, A. C. (CORIAC) donde proporcionan atención especializada para hombres violentos, la Asociación para el desarrollo integral de personas violadas A. C. (ADIVAC) para la atención especializada a víctimas de violencia sexual, al Instituto Nacional de las Mujeres (INmujeres) para talleres psico-educativos y ocupacionales de mujeres, o al Centro comunitario de la Facultad ubicado en Acasulco, para la atención de adicciones. Estas referencias -como ya se mencionó- generalmente eran adicionales al trabajo familiar que se realizaba en la clínica y no como canalización o derivación de tratamiento.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN
Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"



Fuente: Elaborado por Erika Trujillo y Claudia Navarro.

Cada 6 meses la coordinación de la Clínica recibía nuevas solicitudes de atención de pacientes de primera vez; el tiempo promedio de espera para darles su primera cita era de dos meses.

2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en la sede

El terapeuta hacía contacto telefónico para dar la primera cita y llevar el caso clínico; era responsable del llenado del expediente interno de la clínica, además de realizar los reportes solicitados por el supervisor. Desde la primera sesión, los terapeutas se hacían cargo de salir por los pacientes a la sala de espera, ubicada en la entrada del Centro, y conducirlos a la cámara asignada previamente, donde se desarrollaba la sesión terapéutica.

Cuando los pacientes firmaban su solicitud de atención, se enteraban que la forma de trabajo sería probablemente bajo la modalidad de equipo terapéutico, que serían observados a través de la cámara de Gesell, que serían videograbadas las sesiones, y que todo este material y la información proporcionada se maneja con estricta confidencialidad, bajo los principios éticos de la profesión. Sin embargo, en la primera sesión el terapeuta volvía a mencionar la forma de trabajo y así se daba inicio al tratamiento terapéutico.

Excepcionalmente, los pacientes atendidos fueron referidos a través de la Residencia en medicina conductual. El terapeuta conductual a cargo del caso establecía contacto con alguno de los miembros del equipo y de acuerdo a la disponibilidad de espacios, algún terapeuta familiar establecía a su vez contacto con el paciente o familia referidos para citarlos.

El tipo de atención que se proporcionó en todos los casos fue bajo una perspectiva sistémica, aún cuando se atendió familias, parejas e individuos. El número de sesiones y el tipo de intervenciones empleadas dependía del modelo de supervisión empleado. .

Todas las sesiones fueron grabadas en video y/o audio, a excepción de aquellos casos en que se presentaron fallas en la energía eléctrica o los aparatos de grabación. De igual manera en cada una de las sesiones se realizó un resumen o reporte tanto por el terapeuta como por los miembros del equipo.

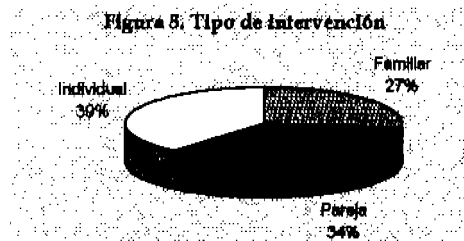
De acuerdo al progreso de cada caso clínico, y una vez cumplidos los objetivos terapéuticos establecidos, los pacientes o familias eran dados de alta mediante una sesión de cierre y realizando una sesión de seguimiento aproximadamente dos meses después. En otros casos los pacientes dejaban de acudir por múltiples razones y esto se consideraba una baja.

Descripción de la atención en la segunda generación de la residencia de Terapia familiar

Durante la segunda generación de la maestría en Psicología con residencia en terapia familiar (2003-1 a 2004-2), se dio atención a 41 solicitudes realizadas en la recepción del Centro de servicios psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Estas solicitudes fueron canalizadas por la persona encargada del centro al área de terapia familiar y fueron atendidas por los alumnos de esta residencia bajo la supervisión de los terapeutas adscritos al programa para realizar tal función. Se trabajó en 11 coterapias y 30 casos fueron atendidos con un solo terapeuta responsable. En los 41 casos el equipo terapéutico y el supervisor se encontraban observando del otro lado de la cámara, con el consentimiento previamente firmado por los pacientes solicitantes.

El 39% de los pacientes asistió de forma individual, 34% en pareja y 27% en familia, ya sea completa, o miembros de al menos dos generaciones.

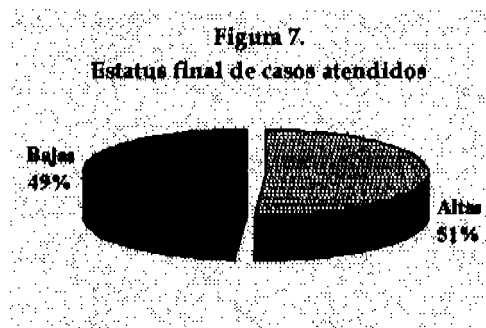
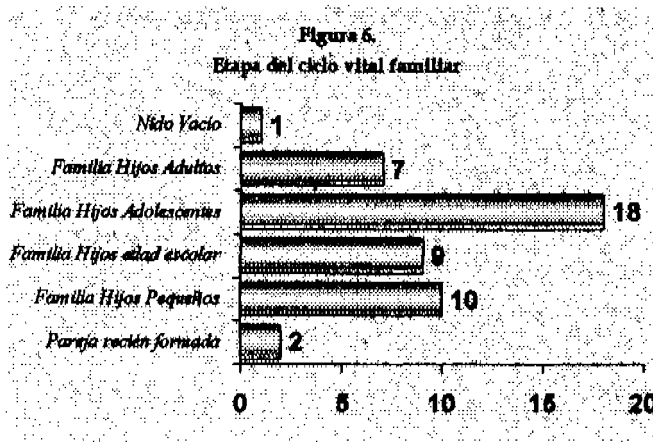
Es importante hacer mención que en todos los casos se trabajó bajo el enfoque sistémico, aún cuando el paciente asistiera de forma individual.



El número de sesiones varió desde 1 hasta 29, teniendo como promedio 10 sesiones terapéuticas. Seis de los casos, acudieron solamente a su cita de primera vez, ocho casos asistieron entre 2 y 5 sesiones, once acudieron entre 6 y 10 sesiones, nueve casos entre 11 y 19 sesiones; y siete acudieron a veinte o más sesiones. Esto muestra que más del 60% acudió a por lo menos seis sesiones en las cuales hubo tiempo necesario para trabajar algunos aspectos de la demanda terapéutica, aunque no se haya concluido el proceso.

Haciendo una descripción de los casos atendidos por el ciclo vital familiar, se observa que a lo largo del programa se logró trabajar en los diferentes estadios de desarrollo familiar. Aproximadamente cinco familias se encontraban en dos ciclos a la vez, por ejemplo hijos pequeños e hijos en edad escolar; esto se toma en cuenta contabilizando cada uno. Así resulta que 2 se encontraban en el ciclo de parejas recién formadas, 10 fueron familias con hijos pequeños, 9 familias con hijos en edad escolar, 18

con hijos en edad adolescente, 7 familias con hijos adultos y 1 familia en la etapa del nido vacío.



El 51% de los casos atendidos fueron dados de alta al satisfacer el motivo de consulta. El 49% no concluyó el proceso ya sea por deserción, cambio de residencia, cambio de horarios de sus actividades, falta de interés para seguir asistiendo, o por referencia a otra institución especializada en una problemática además de la trabajada como motivo de consulta.

Los problemas por los cuales acudieron por atención son diversos y en la mayoría de los casos, más de uno.

Dentro de las principales problemáticas atendidas están los *problemas de pareja*, que se trabajaron en pareja o con uno de los miembros: dilema de separación o continuación de la relación, ó mala separación (6), infidelidad (5), y otros problemas de la pareja (9) entre los cuales se encuentran los incumplimientos de acuerdos, desconfianza, adaptación a la vida en pareja, alejamiento sexual y deterioro en la relación.

En siete casos, la demanda terapéutica fue relacionada con la *educación de los hijos*: problemas de conducta, manejo de límites, cómo supervisarlos, bajo rendimiento escolar, mejorar la relación con los hijos y problemas asociados con la adolescencia.

Los problemas de *comunicación y relación familiar* se presentaron en nueve casos; la *violencia intrafamiliar* se trabajó en cinco casos. Dos familias acudieron para resolver el *duelo* por la muerte de la figura parental y conyugal, uno por enfermedad y otro caso por suicidio.

En tres casos *síntomas* como la timidez, ansiedad, somatización, angustia, baja autoestima, estrés y depresión fueron reportados por los solicitantes como sus principales problemas.

En los dos casos restantes se trabajó: uno sobre la forma en que un *diagnóstico médico* desestabilizó al sistema familiar, y en el otro se mencionó como principal problemática las *relaciones interpersonales*.

II. INTEGRACIÓN DEL MARCO TEÓRICO

"Es mucho más sano suponer que el universo físico es una ilusión y que la mente es real, y no suponer que la mente es una ilusión y el universo físico es real. Por supuesto (...) ninguna de estas cosas es correcta; no obstante, creer que la mente es real es dar un paso adelante respecto de creer que el universo físico es real".

Bateson, 1980 (Citado por Keeney, 1987).

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo

1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y de las Terapias Posmodernas

El desarrollo de los modelos sistémicos ha estado unido a la evolución de la Terapia Familiar, aunque su ámbito de aplicación en la actualidad abarca el tratamiento individual y de parejas además de familiar.

El concepto básico que unifica a los diversos modelos es el de **SISTEMA**, el cual enfatiza las propiedades supersumativas que resultan de la interacción de los elementos de un sistema (Feixas y Miró, 1993).

La terapia familiar es un campo de investigación y práctica influido por un cambio epistemológico que se basa en nuevas suposiciones sobre la interacción y el comportamiento humano, y es por eso que observa no solo a la familia, sino al proceso terapéutico en conjunto donde se incluye, por supuesto, al terapeuta.

Este nuevo paradigma (circular) tiene una serie de influencias entre las cuales se destacan:

1. La teoría general de sistemas de L. Von Bertalanffy
2. Las ideas cibernéticas de Norbet Weiner
3. La teoría de la comunicación humana desarrollada por Watzlawick, Beavin y Jackson

La Teoría General de los Sistemas (TGS)

La idea de una Teoría General de los Sistemas (TGS) fue introducida por Ludwing Von Bertalanffy para la formulación y derivación de aquellos principios que son válidos para todos los sistemas; se trata de una teoría generalizadora, con principios universales

aplicables a los sistemas en general. Se plantea como un instrumento útil al dar modelos utilizables y transferibles entre diferentes campos, y para evitar vagas analogías que han perjudicado el progreso en dichos campos (Bertalanffy, 1968).

En 1937 Bertalanffy expuso por primera vez lo que ya denominó Teoría General de los Sistemas. Dicha teoría parte de la idea de sistema concebido como un conjunto de elementos en interacción, a partir de lo cual la TGS pretende “descubrir realidades que pueden ser entendidas como si fuesen sistemas y descubrir entonces las características e interacciones entre sus partes” (Molina, 2001).

En este sentido, Molina (2001) considera como la gran aportación de Bertalanffy el concebir y proponer que una gran cantidad de fenómenos pueden ser vistos como sistemas, con cosas en común, y que por lo tanto podemos encontrar leyes que aplican a todos ellos, independientemente de sus diferencias.

De acuerdo a Bertalanffy (1968) existen leyes generales de sistemas aplicables a cualquier sistema sin importar sus particularidades, es por ello que la TGS se plantea como una ciencia general de la totalidad.

Los principios fundamentales de la TGS aplicables a los sistemas familiares son:

- **Totalidad:** el comportamiento del sistema no es la suma de los comportamientos de los miembros, sino algo cualitativamente distinto que incluye las relaciones entre ellos.
- **Reglas:** todo sistema es organizado a partir de sus propias reglas de relación.
- **Jerarquía:** al interior de los sistemas existen subsistemas, y jerarquías que delimitan a los subsistemas, sus responsabilidades y obligaciones.
- **Teleología:** es un proceso por el cual los sistemas se adaptan a las exigencias del desarrollo y a través del cual pueden asegurar su continuidad y el crecimiento psicosocial de sus miembros. Dicho proceso es posible a partir del equilibrio dinámico entre dos funciones: la *morfoestasis*, que es una tendencia a no cambiar, y la *morfogénesis*, que es la tendencia al cambio.

El autor describe las siguientes como metas de la TGS: la tendencia hacia la integración, como un recurso importante para la búsqueda de una teoría exacta en los campos no físicos, que logre unificar la ciencia y conducirla hacia una integración.

Bertalanffy genera conceptos que la terapia familiar retoma, por ejemplo la existencia de dos tipos de sistemas, los abiertos y los cerrados. Los **sistemas cerrados** se encuentran aislados del mundo circundante, es decir, que no intercambian información con el medio, y generan *entropía* al máximo.

Los **sistemas abiertos** por su parte se mantienen en continua incorporación y eliminación de materia, es decir en intercambio constante de información; ejemplo de sistemas abiertos son los organismos vivos. Los sistemas abiertos pueden alcanzar el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por distintos caminos, lo cual es conocido como *equifinalidad*.

Cibernética

Con referencia a las ideas cibernéticas, Kenney (1987) considera que la Terapia Familiar fue el terreno propicio para que germinaran y crecieran tales ideas.

La cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización; en ésta cualquier cosa o idea es real. Ashby (citado por Keeney, 1987) afirmaba que la cibernética se ocupa de todas las formas de conducta y posee sus propios fundamentos. El mundo de la cibernética concibe dos clases de sucesos en que se manifiesta la pauta: los que envuelven lo material y los inmateriales; es decir que al plantear una distinción entre pauta y materia, no es la intención marcar una dualidad, sino una integración de ambas (Keeney, 1987).

De acuerdo con dicho autor es fundamental para ver un mundo cibernético, modificar nuestro hábito de ver lo material exclusivamente, a la vez que evitar toda dicotomía lineal progresiva entre lo material y la pauta. Lo ideal es, de acuerdo a esta visión, desarrollar una doble visión de la materia y la pauta.

En 1943 se publicaron dos artículos, uno de Rosenblueth, Wiener y Bigelow titulado "*Behavior, purpose and teleology*", donde identifican los principios generales de la finalidad o intencionalidad, y el otro de McCulloch y Pitts: "*A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity*", que puso de manifiesto las funciones que el cerebro debe computar para percibir y describir; al mismo tiempo Bateson había estado desarrollando una concepción del proceso interaccional a partir de sus investigaciones antropológicas. En conjunto las aportaciones mencionadas señalan el nacimiento de la cibernética (Keeney, 1987).

El principal paso conceptual para el surgimiento de la cibernética fue reconocer el proceso de regulación de los sistemas de todo tipo: el retorno de la información para formar un lazo de control cerrado, es decir, la **retroalimentación**. Wiener acuñó en 1947 el término cibernética, cuya idea básica es precisamente la retroalimentación (Keeney, 1987), y la definió como la ciencia del control y la comunicación en el animal y la maquinaria (Molina, 2001).

La retroalimentación es el proceso donde la información acerca de comportamientos pasados es alimentada de regreso al sistema; se trata de mecanismos auto-correctivos que indican variaciones o fluctuaciones que sirven para incrementar la probabilidad de supervivencia del sistema. Este mecanismo permite según Keeney (1987) que el propio sistema vigile su desempeño y sea autocorrectivo.

Se habla de dos tipos de retroalimentación, positiva y negativa. En la retroalimentación positiva el sistema reconoce que ha ocurrido un cambio y lo acepta, con un incremento de la diferencia. Es un proceso activado por el error en el cual se informa al sistema acerca de una desviación de una norma previamente establecida y la

diferencia es aceptada; el mantenimiento del comportamiento del sistema ocurre en respuesta al cambio. En la retroalimentación negativa se indica que el estatus se ha mantenido; estos procesos señalan que las fluctuaciones o alteraciones están siendo rechazadas y un nivel particular de estabilidad está siendo mantenido, lo cual se informa al sistema.

Los procesos cibernéticos nunca son estáticos; Bateson (citado por Keeney, 1987) asegura que la acción correctiva funciona a partir de la diferencia, y que todo cambio es el intento por mantener cierta constancia, y toda constancia se mantiene a través del cambio. Los procesos de cambio llevan a la estabilidad a partir de la **homeostasis**.

Es importante establecer la distinción entre **cibernética simple**, descrita en los párrafos anteriores, y **cibernética de la cibernética**. La primera coloca al terapeuta como observador externo de lo que sucede dentro de un sistema, y la segunda lo coloca como parte del sistema en funcionamiento, y por lo tanto excluye la posibilidad de que se coloque como observador, y cuestiona la idea de la objetividad en psicoterapia. El término **cibernética de la cibernética** fue acuñado por Margaret Mead, y también es conocida como **cibernética de segundo orden** a partir de la designación de dicho término por parte de Maruyama (Molina 2001). La cibernética de segundo orden significa un salto desde la caja negra, hasta la caja negra más el observador, esto es, sitúa al observador o terapeuta como parte integral del sistema observado, con lo cual forma parte del sistema total y está sujeto a las restricciones de su retroalimentación. Asimismo, al aseverar que el observador es parte de lo observado, está implícito aceptar que toda descripción es autorreferencial; de este modo se sustenta que la pretensión de la objetividad es errónea pues supone la separación entre el observador y lo observado, lo cual desde esta postura se plantea como algo imposible (Keeney, 1987).

Comunicación

Como parte del entendimiento de la comunicación humana, se resalta la importancia de tener una visión más abarcadora de las situaciones, pues un fenómeno permanece inexplicable cuando el margen de observación no es lo suficientemente amplio como para incluir el contexto en el cuál dicho fenómeno tiene lugar. De este modo es necesario estudiar u observar la *relación* entre las partes de un sistema más amplio; así el observador de la conducta humana pasa de un estudio deductivo a un estudio de las manifestaciones observables de la relación, cuyo vehículo es la *comunicación*.

Desde una perspectiva pragmática, toda conducta es comunicación y toda comunicación afecta la conducta, y el estudio de la comunicación desde esta perspectiva se centra en la relación emisor-receptor que se establece por medio de la comunicación y no en la relación del emisor o el receptor con el mensaje.

Un concepto básico es el de **Metacomunicación** que podría definirse como la comunicación acerca de la comunicación; este concepto representa en la comunicación humana un problema, pues a diferencia de las matemáticas, la comunicación para estudiarse a sí misma utiliza el mismo lenguaje.

Existen una serie de axiomas que se relacionan con diversas distorsiones o patologías en la comunicación humana como a continuación se describe.

Axioma 1. *“Es imposible no comunicarse”*. Se refiere a que toda conducta es comunicación, y no es posible la no conducta, por lo tanto es imposible no comunicarse. Tanto la actividad como la inactividad, las palabras y el silencio constituyen unidades de comunicación (mensajes) que influyen en los demás, quienes a su vez responden a dichos mensajes inevitablemente.

Existen varias posibilidades cuando alguien intenta no comunicarse:

- **“Rechazo”** de la comunicación: hacer sentir al otro que no se quiere hablar con él, lo cual genera una situación de tensión y no evita una relación.
- **Aceptación** de la comunicación: ceder y entablar una conversación.
- **Descalificación** de la comunicación: comunicarse pero invalidar la comunicación propia o la del otro, a través de no completar frases, contradecirse, cambiar de tema, y demás estrategias que constituyen el estilo llamado **“Cantinfleo”**. Esta respuesta de descalificación es muy frecuente en situaciones en las que el individuo se siente obligado a responder pero desea evitar el compromiso inherente a la comunicación.
- **El síntoma como comunicación**: fingir deficiencia o incapacidad implica emitir el mensaje de que *“no me molestaría hablarle, pero algo más fuerte que yo, de lo cual no puede culpárseme, me lo impide”*; el problema surge cuando la persona logra convencerse a sí misma de esa deficiencia, y entonces se desarrolla un síntoma ya sea neurótico, psicosomático o psicótico.

Axioma 2. *“Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación”*. Toda comunicación implica un compromiso y define la relación entre los comunicantes; la comunicación tiene un aspecto referencial, de transmisión de información y que constituye el **contenido** de un mensaje, y un aspecto conativo, que se refiere a la imposición de conductas, es decir, a la **relación** entre las personas que se comunican.

El contenido es cualquier cosa que sea comunicable al margen de que sea verdadero o falso. La relación se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse.

La capacidad de metacomunicarse de forma adecuada es una condición necesaria para la comunicación eficaz, además de que está vinculada al problema de la percepción del *self* y del otro (Watzlawick, et. al. p. 55).

Existen diversas posibilidades de acuerdo y desacuerdo respecto a los niveles de comunicación:

- Acuerdo en ambos niveles, contenido y relación, lo cual no representa ningún problema
- Desacuerdo en contenido y en relación, que conduce a una situación muy conflictiva
- Las formas mixtas, que pueden ser:
 - a) Desacuerdo en el contenido, que no perturba la relación
 - b) Acuerdo en el contenido, pero desacuerdo en el nivel relacional. Esta situación constituye un riesgo para la estabilidad de los sistemas familiares, pues en cuanto deje de existir la necesidad de acuerdo en el contenido lo más probable es que se rompa la relación.
 - c) Confusión entre contenido y relación
 - d) Cuando una persona se ve obligada a dudar de sus percepciones en el contenido a fin de no poner en riesgo una relación vital. Este caso es de gran importancia clínica.

Axioma 3. *“La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes”.* En una secuencia prolongada de intercambios como es la comunicación humana, es indispensable realizar una especie de corte en algún punto para poder entender la secuencia en su conjunto; esto no significa que ese punto arbitrario sea el inicio del intercambio, sino una puntuación que nos permite entender la situación a partir de organizar los hechos.

En las relaciones, una fuente de conflicto es la diferencia que existe al realizar la puntuación de las secuencias de comunicación, pues esto implica atribuir la “causalidad” de un hecho a dos cosas totalmente distintas. El error o dilema según sugiere Bateson, es la pretensión de que el intercambio tiene un comienzo (Citado por Watzlawick, et. al. p. 60).

LA PROFECÍA AUTOCUMPLIDORA. Se trata de una conducta que provoca en los demás la reacción frente a la cual esa conducta sería apropiada. Por ejemplo alguien que parte de la premisa de que nadie lo quiere, actúa con agresividad y hostilidad y los demás responden con desagrado, corroborando su premisa original. El problema de puntuación de la secuencia consiste en que el individuo considera que él está reaccionando ante, y no provocando la respuesta de desagrado en el otro.

Axioma 4. *“Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente”.* Existen dos modos totalmente distintos de referirse a los objetos: el **analógico** y el **digital**. La forma digital se refiere a la utilización de una palabra para denominar cierto objeto, con

lo cual se establece una relación totalmente arbitraria entre la palabra y el objeto; la forma analógica es el uso de un símil para referirse al objeto, e incluye toda la comunicación no verbal.

“En su necesidad de combinar estos dos lenguajes, el hombre, sea como receptor o emisor, debe traducir constantemente de uno al otro, y al hacerlo debe enfrentar curiosos dilemas...” (Watzlawick et al, 1997, p. 67).

La traducción en cualquier sentido implica dificultades; al traducir de lo digital a lo analógico se pierde mucha información, y el trasladar de lo analógico a lo digital requiere una traducción adecuada que no siempre se logra.

Axioma 5. *“Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia”.* Hay dos formas de intercambio comunicacional, una basada en la igualdad conocida como simetría, y la otra basada en la diferencia a la cual se le conoce como complementariedad. Dichas formas de interacción no son buenas ni malas en sí mismas, pero se deben presentar en alternancia mutua actuando en diferentes áreas, pues ambas son necesarias en las relaciones.

El uso excesivo de la interacción simétrica implica el riesgo de generar una situación de competencia, y caer en una escalada simétrica que genere una guerra o cisma. Las relaciones complementarias por su parte tienen consecuencias muy graves cuando se usan de forma excesiva; la desconfirmación del *self* del otro, por ejemplo, lleva a problemas tan serios como la violencia. En casos también extremos se establecen relaciones sado-masoquistas basadas en la complementariedad.

Constructivismo

El constructivismo cuestiona la visión del mundo objetivista, sosteniendo que sí existe una realidad concreta, a la que las personas se aproximan cada vez más en sus constructos, pero que nunca se puede acceder a ella completamente. El enfoque constructivista se basa en los escritos de Von Glasersfeld, Von Foerster, Maturana y Varela (Elkaim, 1996).

Las aportaciones del constructivismo a la terapia familiar consisten en resaltar la importancia de la relación entre el observador y lo observado, y la demostración de que lo que vemos no existe como tal, sino como resultado de la actividad interna que el mundo externo desencadena en nosotros. Desde esta perspectiva, se cuestiona la existencia de la objetividad como punto de partida para investigar los fenómenos.

Las ideas del constructivismo son de gran importancia para la terapia familiar, pues permiten a los terapeutas centrarse en la realidad como algo que se construye a partir de la relación con los pacientes, y no en buscar el conocimiento de una realidad o verdad.

El éxito de la psicoterapia, entonces, depende no de que el terapeuta tenga razón, sino de la construcción que se hace dentro del sistema terapéutico; la intervención del terapeuta deberá entonces centrarse en ampliar las posibilidades, y no en encontrar la verdad (Elkaïm, 1996).

Neimeyer define a la terapia constructivista como "... un intercambio abigarrado y sutil y una negociación de significados (inter) personales" (1998, pag. 18), concluyendo que desde la visión constructivista el objetivo de la terapia sería articular, elaborar y revisar las construcciones con las que el cliente organiza su experiencia y sus acciones.

Construccionismo social

El construccionismo surge posterior al constructivismo, y comparte con éste el negar la existencia de una realidad objetiva, y el aceptar que la realidad es una construcción. Comienza a tomar fuerza a finales de los años ochenta en Estados Unidos siendo uno de sus principales representantes en la Psicología Kenneth Gergen, (Elkaïm, 1996).

El construccionismo se distingue al explicar las construcciones de la realidad como algo co-construido, es decir, como el resultado de la interacción y el intercambio dado a partir del lenguaje, con la generación de significados surgida a partir de dicha interacción.

Para el construccionismo social, la realidad se construye socialmente, a través del lenguaje y de las relaciones en los contextos en que nos movemos, tanto del lenguaje externo (al hablar con los demás) como del lenguaje interno (el que tenemos con nosotros mismos). Esta teoría no habla de un solo yo, ni de una sola voz que salga de ese yo, sino que se refiere a una multiplicidad de voces que pueden generar también una multiplicidad de "yoes" en un solo individuo y que, por tanto, permite que las realidades que se construyan también sean diversas. Se remarca la importancia entonces de las conversaciones que tiene el sujeto consigo mismo y con los demás (McNamee y Gergen, 1996).

La postura del construccionismo social tiene muchas implicaciones para la terapia, tanto a nivel de la concepción respecto a las personas, a la psicoterapia en si, y al papel del terapeuta.

Según Neimeyer y Mahoney (1998), los seres humanos deberían ser conceptualizados como narradores de sus historias, científicos en constante formulación y reformulación de hipótesis que tienen una naturaleza funcional, que buscan terapia cuando su narrativa dominante los limita o, incluso, los incapacita.

La psicoterapia entonces debería estar enfocada en la co-creación de nuevos significados, a través de la reconstrucción de las narrativas que resulten limitantes para la persona. El paciente es experto en su vida y el terapeuta experto en la conversación

terapéutica. Las historias del paciente pueden ser más o menos útiles que las del terapeuta, pero no más o menos verdaderas.

Narrativa y Hermenéutica

De acuerdo con Gonçalves (1998) la vida es una narrativa, una historia construida a través de un intenso intercambio dialéctico entre las personas y sus nichos ecológicos; los seres humanos somos inherentes narradores, contadores de historias y participantes de nuestros propios argumentos. Desde esta perspectiva, dicho autor estudio a la psicoterapia como un marco hipotético de ensayo para la construcción y reconstrucción de historias.

La narrativa humana se distingue porque subsiste más allá de nuestra permanencia física como autores; somos narradores de historias creativos y tenemos la capacidad de contar historias para nosotros mismos, respecto a nosotros mismos, y hacerlo en primera persona. Por otro lado, en el proceso de la narrativa humana la persona es a la vez el escritor, lo escrito, y el crítico literario (Gonçalves, 1998).

El planteamiento que se hace para la psicoterapia tomando en cuenta esta visión narrativa respecto a los seres humanos, es que la función de los terapeutas es la de críticos literarios, que deberán interpretar la narrativa del cliente mientras co-construyen con él otra historia (Gonçalves, 1998).

La hermenéutica por su parte puede ser definida como una disciplina interesada en la interpretación de la narrativa; desde el comienzo de la hermenéutica contemporánea el texto ha dejado de ser su objeto de análisis para dar paso al proceso de entender; la psicología y la hermenéutica se han vuelto aliadas en la tarea de comprender el entendimiento humano (Gonçalves, 1998).

1.2 Modelos de Terapia Familiar Sistémica y de Terapia Posmoderna

A continuación se presentan los modelos sistémicos y los modelos posmodernos revisados a lo largo de la formación en la residencia en terapia familiar; primero se realiza una breve descripción de cada uno que incluye sus conceptos básicos, cómo surge, sus principales representantes y su concepción de familia. Posteriormente se vierte una integración de los modelos a partir de su forma particular de analizar el desarrollo y mantenimiento del problema, su manera de concebir el cambio, y su método de intervención.

EL MODELO ESTRUCTURAL

El modelo fue desarrollado por Salvador Minuchín (1974) y son él mismo junto con H. Charles Fishman (1984) sus autores más representativos.

Características

Tal como lo afirma Minuchín (1974) la terapia estructural intenta transformar la organización o estructura de la familia, con lo cual se modifican las posiciones de los miembros en ese grupo y consecuentemente las experiencias de cada individuo.

Se basa en el hecho de que el individuo no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales; su propuesta es un intento por modificar la forma tradicional de intervenir en la cual se parte de una frontera artificial entre el individuo y su contexto, y donde el terapeuta trabaja con una especie de lupa que le permite percibir claramente los detalles pero en un campo sumamente reducido (Minuchin, 1974).

La corriente estructural se ve influida por la explicación cibernética de la conducta humana desarrollada por Bateson acerca de la existencia de un sistema autocorrectivo donde todos los elementos están en interacción y no uno influye de forma lineal sobre el otro. Esto significa que el contexto influye directamente sobre el proceso interno de la mente al igual que la mente en el contexto.

Premisas

1) El modelo estructural es un modelo normativo, que plantea que el terapeuta debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar para poder analizar a una familia. Dicho esquema está basado en la concepción de la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos y además toma en cuenta los siguientes supuestos:

- La familia tiene una estructura abierta en proceso de transformación
- La familia se desarrolla a través de etapas que exigen una reestructuración
- La familia se adapta a las circunstancias cambiantes, mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro

“La *estructura familiar* es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan al sistema”... “Las pautas regulan la conducta de los miembros del sistema y son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas

universales que rigen la organización familiar. Por ejemplo debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes... El segundo sistema de coerción es idiosincrásico, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. El origen de estas expectativas se encuentra sepultado por años de negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familia" (Minuchin, 1974, p. 86-87).

El sistema tiene pautas alternativas, pero comúnmente son rechazadas como parte de un mecanismo homeostático de la familia. La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian.

El sistema familiar se compone de subsistemas que pueden ser formados por un solo individuo, díadas o grupos. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas y en cada uno aprende habilidades y posee diferentes grados de poder; al interior del subsistema tiene funciones e implica demandas específicas para este.

2) Los *subsistemas* son grupos existentes al interior del sistema familiar con características en común y pautas y roles determinados. La pertenencia a cada uno de ellos posibilita que el individuo desarrolle ciertas habilidades que le permiten relacionarse con los demás dentro y fuera de la familia a lo largo de su vida.

Subsistema conyugal. Se constituye por un hombre y una mujer en sus roles de esposos y requiere complementariedad y acomodación mutuas para funcionar. La función de este subsistema es fomentar el aprendizaje, creatividad y crecimiento mutuos; deben poseer un territorio psicosocial propio, con límites claros.

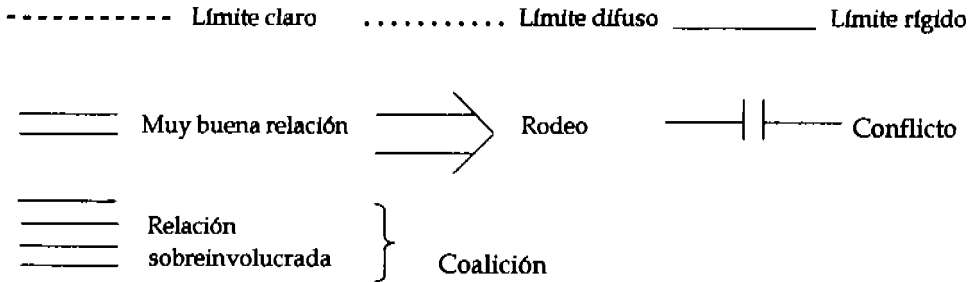
Subsistema parental. Se forma al nacer el primer hijo. En este momento se necesitan límites que permitan el acceso del hijo con los padres y al mismo tiempo lo excluya de la relación conyugal. Para cumplir con este rol se requiere capacidad de alimentación, guía y control, además se requiere la aceptación tanto en los padres como en los hijos de que es necesario el uso de la autoridad por parte de los padres. Esto da pie a que los hijos aprendan a negociar en situaciones de poder desigual no solo con los padres, sino en otros eventos de este tipo, tan frecuentes en el ámbito social.

Subsistema fraterno. Se conforma por el grupo de hermanos. Es útil para experimentar en las relaciones con iguales, aprender a negociar, cooperar y competir, así como para lograr amigos y aliados. Los límites del subsistema fraterno protegen al niño de la interferencia adulta para que ejerzan su derecho a la privacidad y la libertad de cometer errores en su exploración.

3) Los subsistemas están regidos por *límites*, que son las reglas que definen quienes participan en cada subsistema y de qué manera, y son útiles para proteger la diferenciación del sistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros; deben definirse con suficiente precisión como para

permitir el desarrollo de funciones de sus miembros sin interferencias, a la vez que permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Los límites se representan a través de los siguientes símbolos:



La claridad de límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para evaluar su funcionamiento. Existen dos extremos en cuanto a los límites: el *Desligamiento*, cuando los límites son muy rígidos entre los subsistemas, y el *Aglutinamiento* cuando los límites son por completo difusos o inexistentes.

4) El modelo estructural concibe a la *familia* como una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, y que son diferentes entre ellas pero comparten raíces universales y sufre cambios paralelos a los cambios de la sociedad. La familia tiene funciones que sirven en dos sentidos, uno interno, de protección psicosocial de sus miembros, y el otro externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

Según el modelo estructural el esquema conceptual de una familia presenta tres aspectos fundamentales:

- Una familia se transforma a lo largo del tiempo, se adapta y reestructura de modo que puede seguir funcionando. Pero es posible que una familia que ha funcionado eficazmente responda al estrés del desarrollo apegándose inadecuadamente a esquemas estructurales previos.
- La familia posee una estructura que sólo puede ser observada en movimiento, aunque tiene su preferencia en usar ciertas pautas. Su fortaleza depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando se requiere una reestructuración. Los límites por su parte deben ser firmes pero flexibles.
- Una familia se adapta al estrés de tal modo que se mantiene la continuidad del sistema al mismo tiempo que permite reestructuraciones.

5) El *problema* puede ubicarse en el interior del paciente, en el contexto social, o en el intercambio entre ambos; la terapia que toma como referencia este punto de vista se encuentra basada en tres axiomas al respecto:

Axioma 1. La vida psíquica del individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por este.

Axioma 2. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos internos de los miembros de ese sistema.

Axioma 3. Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o una familia su conducta se vuelve parte de ese contexto, conformando así un nuevo sistema: el sistema terapéutico.

6) De acuerdo con la terapia estructural de familia, no basta cambiar a un individuo sino que es necesario un cambio concurrente del *contexto* en que se desenvuelve; esto tiene que ver con que este modelo toma en consideración el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas y recurre a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas haciendo que las posiciones de dichas personas cambien. Cuando se cambia la relación entre una persona y el contexto familiar en que se mueve, se modifica su experiencia subjetiva.

El fundamento de la terapia estructural familiar es que el terapeuta se asocia con la familia con el objetivo de cambiar la organización de ésta de modo que la experiencia de cada uno de los miembros sea modificada; una vez que la familia se modifica ofrece a sus miembros nuevas perspectivas de sus circunstancias. El marco que utiliza la terapia estructural es el de concebir al hombre en sus circunstancias.

Objetivo

El objetivo de este modelo es ser una terapia de acción que se enfoca en la modificación del presente y no en la exploración o interpretación del pasado. Se trabaja con el sistema familiar; el terapeuta se asocia con el sistema y se utiliza como herramienta de transformación del mismo.

Una vez que se ha producido un cambio la familia lo preservará de acuerdo a sus principios de autorregulación.

Estrategia de Intervención

Este modelo parte de la premisa de que la estructura familiar no es inmediatamente observable, por lo cual los datos del terapeuta y su diagnóstico se logran experimentalmente en el proceso de asociarse con la familia. El terapeuta oye y observa

el modo en que los miembros de la familia se relaciona entre sí y con él, analiza este campo transaccional y logra establecer un *Diagnóstico estructural*.

Al mismo tiempo que el terapeuta responde a los acontecimientos de la sesión, realiza observaciones y plantea interrogantes; señala los límites y pautas transaccionales, y elabora hipótesis de cuáles son las pautas operativas y cuales no, con lo que realiza un *Mapa estructural*.

De acuerdo al modelo estructural "el cambio se produce a través del proceso de asociación de la familia y su reestructuración de esta en una forma cuidadosamente planificada, para poder transformar así las pautas transaccionales disfuncionales" (Minuchin, 1974. p. 141).

La asociación (también llamada unión ó "joining") es la base de la terapia estructural; mientras el terapeuta no pueda asociarse con la familia y establecer el *Sistema Terapéutico* es impensable que se logren los objetivos terapéuticos. El terapeuta logra formar el sistema terapéutico a través de acciones de *unión*, es decir, acciones encaminadas a relacionarse con los miembros de la familia o con el sistema familiar, y acciones de *acomodación*, que son las adaptaciones que el terapeuta hace para lograr la alianza.

El terapeuta para aliarse debe aceptar la organización y estilo de la familia y fundirse con ellos; debe experimentar las pautas transaccionales y la fuerza de éstas. Debe reconocer los temas predominantes, su comunicación, y estar alerta de los mecanismos de estabilidad del sistema. No sólo el terapeuta se acomoda a la familia: la familia se acomoda a él (Minuchin, 1974).

Técnicas de Intervención

Las intervenciones fundamentales encaminan al sistema terapéutico al logro de las metas terapéuticas, pero también el terapeuta debe responder a los elementos inmediatos de cada sesión. Según Minuchin y Fishman, (1984) el modelo estructural plantea tres estrategias principales en la intervención, cada una de las cuales posee una serie de técnicas: cuestionamiento del síntoma, cuestionamiento de la estructura familiar y cuestionamiento de la realidad familiar.

- **Cuestionamiento del síntoma: reencuadramiento.**

Consiste en cuestionar la definición que la familia da del problema, con el fin de reencuadrar la concepción que tienen de éste y mover a los miembros a buscar respuestas afectivas, cognitivas y conductuales distintas.

Las personas son moldeadas por sus contextos y las características que dichos contextos traen a la luz. Tienen una configuración exclusiva que los identifica; de igual

manera las familias poseen una identidad como organismo social, y cuando acuden a la terapia traen consigo esta geografía de su vida en la definición que le dan al terapeuta. Han hecho su propia adecuación de sus problemas, de sus lados fuertes y de sus posibilidades; demandan ayuda para esa realidad que han encuadrado.

El primer problema del terapeuta es definir la realidad terapéutica; la terapia se orienta a un fin para el cual no todas las realidades son pertinentes. A través de observar las interacciones el terapeuta selecciona los datos que le facilitarán la resolución del problema.

La terapia parte del choque entre dos encuadres de la realidad: el de la familia, que fomenta la continuidad y mantenimiento de las mismas condiciones, y la del terapeuta, cuyo objetivo es hacer que la familia avance hacia el manejo eficiente de su realidad. Las familias, sin embargo, presentan una tenacidad en su homeostasis, y la tarea del terapeuta es convencer a los miembros de la familia de que el mapa de la realidad trazada por ellos se puede ampliar o modificar.

Entre las técnicas utilizadas dentro de la categoría de cuestionamiento del síntoma, se encuentran:

Escenificación: El terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia para vivenciar la realidad familiar como ellos la definen. Luego reorganiza los datos poniendo el acento en ciertos aspectos y cambiando el sentido de lo que ocurre; introduce nuevos elementos e insinúa modos de interacción distintos.

La escenificación es la técnica con la cual el terapeuta pide a la familia que "dance" en su presencia; se ponen en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia y el terapeuta puede observar los modos verbales y no verbales en que se emiten señales unos a otros y controlan la gama de interacciones tolerables. Entonces puede intervenir en el proceso, aumentando su intensidad, prolongando la duración de la interacción, incluyendo a otros miembros, o indicando diferentes modos de interacción.

Enfoque: el enfoque es como un montaje fotográfico: de una escena total se destaca una parte; el terapeuta selecciona y organiza los datos, y al mismo tiempo que esta organización es un esquema terapéutico, promueve el cambio. Primero se selecciona un enfoque y después se elabora un tema para trabajar sobre él; el terapeuta escogerá ciertos elementos de la interacción de la familia y organizará el material de manera que guarde armonía con su estrategia terapéutica (Minuchin y Fishman, 1984). Se deben situar en la mira los datos pertinentes para la terapia.

Intensidad: en la intervención el terapeuta tiene un problema, hacer llegar su mensaje, pues las familias tienen una audición discriminatoria, con campos de "sordera" selectiva, por lo cual se debe superar este umbral para hacer oír el mensaje y que la familia lo asimile en su esquema cognitivo como información nueva, es decir, para que reconozca una diferencia.

- **Cuestionamiento de la estructura familiar: reestructuración.**

Se basa en aumentar o aminorar la proximidad entre los miembros de subsistemas significativos para dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar hasta entonces *inhibidos*. Para emplear alguna técnica de cuestionamiento de la estructura se utiliza el mapa estructural; el terapeuta puede desplazar su posición y trabajar en subsistemas diferentes cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y sus funciones.

La sensación de pertenencia es característica de todas las interacciones familiares, pero cuando es extrema, se subordina lo individual a la pertenencia, en cuyo caso los miembros de la familia tienen dificultades para desarrollarse como holones diferenciados. El terapeuta deberá interponerse en esos casos diferenciando y delineando las fronteras de los subsistemas familiares para generar flexibilidad y crecimiento. A continuación se describen las técnicas que cuestionan la estructura familiar.

Fijación de fronteras: consiste en cambiar las afiliaciones de los miembros de la familia a diversos subsistemas o la distancia entre los subsistemas. Para modificar la participación de los miembros en diferentes subsistemas pueden cambiarse la distancia psicológica entre los miembros de la familia, o bien la duración de la interacción dentro de un subsistema.

Desequilibramiento: su meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema; la formación del sistema terapéutico implica ya la modificación en la estructura de poder de la familia; el terapeuta se convierte en el líder. El terapeuta se usará para cuestionar y modificar la distribución del poder en la familia. "Todo cambio en la posición jerárquica en el seno de la familia produce un cambio en la perspectiva de sus miembros en relación con lo que se considera permitido en las interacciones entre ellos" (Minuchin y Fishman, 1984, p. 167).

Las técnicas de desequilibramiento se agrupan en tres categorías: 1) Alianza con miembros de la familia, 2) Ignorar a miembros de la familia, y 3) Coalición contra miembros de la familia.

Complementariedad: esta técnica de intervención se basa en la importancia de reconocer la reciprocidad y comunidad de las relaciones, es decir, se basa en la idea de la interdependencia, que entra en conflicto con la idea de que los seres humanos somos unidades. Desde esta óptica todos los opuestos son interdependientes y es por ello que el conflicto nunca puede resultar en la victoria total de uno de los polos, siempre será la manifestación de la acción recíproca entre los dos.

El individuo tendrá que ser enfocado como un todo, pues es a la vez un todo y parte de un todo. Una de las metas en la terapia es ayudar a los miembros de la familia a que

vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa al individuo; si son capaces de encuadrar su experiencia abarcando un tramo mayor, percibirán la realidad de un modo diferente. En este sentido, como parte de la técnica de complementariedad, se realiza el cuestionamiento del problema, el cuestionamiento del control lineal por parte de un solo miembro, y el cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.

- **Cuestionamiento de la realidad familiar: realidades.**

La familia acude a terapia porque la realidad que han construido y en la cual viven no es grata, por lo tanto la terapia se basa en el cuestionamiento de esos constructos; el terapeuta toma los datos que ofrece la familia y los reorganiza, y la realidad estereotipada y conflictiva de la familia recibe un nuevo encuadre con el que aparecen nuevas posibilidades cuando cada miembro se vive a si mismo y vivencia a la familia de manera diferente.

Cuando una familia modifica su estructura, cambia su visión del mundo, y cuando hay un cambio en su visión del mundo será seguido por un cambio en la estructura familiar. Si una familia acude a terapia presentará en ella su visión restringida de la realidad, y la expectativa de que el terapeuta restaure su funcionamiento habitual sin cambiar lo esencial; pero lo que el terapeuta ofrece a la familia es una realidad diferente, utilizará los hechos de la familia y edificará un ordenamiento nuevo.

Construcciones: consiste en que el terapeuta empiece a aflojar la rigidez del esquema preferencial de la familia, selecciona la llamada "realidad terapéutica" que posibilite el logro de la meta terapéutica. Esto implica una gran responsabilidad pues esta aportación del terapeuta puede llegar a modificar la explicación de la familia de su realidad.

Existen varias técnicas útiles para transmitirle a la familia el mensaje de que disponen de otras alternativas, con el objeto de que tengan una concepción diferente del mundo donde no sea necesario el síntoma. Dichas técnicas se agrupan en tres categorías: la utilización de símbolos universales, la utilización de verdades familiares y el consejo profesional.

Paradojas: el modelo estructural hace uso de las paradojas basándose en tres supuestos: 1) la familia es un sistema autorregulador, 2) el síntoma es un mecanismo de autorregulación, y 3) la resistencia al cambio. La idea subyacente es que si el síntoma es eliminado, el sistema quedará sin regulación.

Las intervenciones paradójicas deben ser implementadas únicamente cuando el sistema no responda ante intervenciones directas. Consisten en plantear una especie de desafío a la familia; si siguen la intervención el resultado será lo contrario a lo que aparentemente se pretende, y su éxito depende de que la familia desafíe u obedezca las instrucciones del terapeuta hasta un nivel absurdo que los lleve a retroceder.

Las tres principales formas de intervención paradójica son la redefinición, la prescripción y la restricción.

Lados fuertes: descubrir los lados fuertes de la familia es esencial para combatir los problemas. Cada familia posee en su propia cultura elementos que si comprendemos y utilizamos se convierten en instrumentos que actualizan y amplían el repertorio de conductas de sus miembros; por lo tanto, es una buena estrategia el soslayar la investigación de los orígenes históricos de la interacción disfuncional para tomar el atajo de ensayar otras modalidades que prometan un funcionamiento más sano de la familia.

Postura del Terapeuta

El terapeuta que trabaja bajo un modelo estructural utiliza una especie de lentes graduables que le permiten acercarse a los detalles, pero también alejarse para tener una visión más amplia. Esta amplitud en el foco puede llevar incluso al terapeuta a trabajar en otros contextos además de la familia, por ejemplo la escuela, pues considera a los individuos como miembros de diferentes contextos sociales.

El terapeuta debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar para poder analizar a una familia.

En ocasiones opera como delineador de límites; clarifica límites difusos y abre límites en exceso rígidos. Otra de sus tareas es asistir a los subsistemas para que negocien y se acomoden mutuamente; en otros casos debe actuar como una especie de *traductor* de los niños hacia los padres o viceversa, y también su función es ayudar a negociar límites claros en el mundo extrafamiliar.

MODELO ESTRATÉGICO

El modelo estratégico fue desarrollado principalmente por Jay Haley y Cloé Madanes al dirigir el Instituto de Terapia Familiar de Washington. Dicho enfoque está muy influido por las ideas de Milton Erickson.

Características

No se trata de una teoría particular, sino que abarca varias modalidades de terapia con el común denominador de que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente sobre la gente y elabora un método particular para cada problema. Entre sus actividades primordiales se encuentran el identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones, monitorear si están siendo efectivas o diseñar las correcciones

adecuadas y evaluar el resultado de la terapia. Este modelo se sustenta en intervenciones directivas (Haley, 1973).

Premisas

- 1) Acentúa el *contexto social* de los problemas humanos, considerando que los problemas de un cliente incluyen al medio social y al terapeuta. El modelo estratégico no hace hincapié en el individuo, pues la terapia se centra en una situación social más que en la persona (Haley, 1976).
- 2) El *problema* es considerado un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas, y la terapia se centra justamente en esa secuencia reiterada de conductas (Haley, 1976).
- 3) Para el modelo estratégico el síntoma se considera una conducta adaptativa a la situación social basada en percepciones erróneas provenientes del pasado. Los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles de comunicación conflictivos que dan lugar a una conducta sintomática. Por esta razón se debe intervenir en la red social, lo que incluye a los profesionales que tienen un efecto en el paciente identificado (Haley, 1973).
- 4) Se considera desde este modelo que el terapeuta debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo para poder realizar una terapia exitosa, para lo cual no puede adoptar un enfoque rígido ni estereotipado.

Objetivo

El objetivo terapéutico para el modelo estratégico es solucionar dentro del marco familiar los problemas presentados; dichos problemas deben ser manejados con técnicas diseñadas para ese cliente y esa situación específica (Haley, 1973).

Es necesario ayudar a los pacientes a superar las crisis que presentan, sin intentar modificar la psicodinámica o la estructura familiar; esto significa que no se tocan de manera prioritaria sentimientos o emociones (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Estrategia de Intervención

De acuerdo a este modelo, existen una serie de estrategias que deben ser planeadas tomando en cuenta las características particulares de la familia o el individuo con el cual se esté llevando a cabo un proceso terapéutico.

Es importante no perder de vista el hecho de que aunque las estrategias sean directivas y estén especificadas por los autores de una manera clara, y paso a paso, no significa que puedan llevarse al escenario terapéutico como si se tratara de recetas; como se ha mencionado en muchas ocasiones podemos decir que las estrategias son guías que nos ayudan a realizar intervenciones directas con las personas o familias una vez que tenemos datos suficientes como para saber qué estrategia puede ser útil con ese caso en particular, y de que forma esa estrategia puede ser llevada a esa escena terapéutica en particular.

Según Ochoa (1995), para el modelo estratégico la finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conducta inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar; como resultado de esto, las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros de la familia cambian al alterar dichas secuencias.

Haley (1976) desarrolló un modelo de **entrevista inicial** que consta de cuatro etapas:

1. Etapa social: el terapeuta crea la relación con la familia.
2. Etapa de planteamiento del problema: el terapeuta recaba la opinión de los presentes sobre el problema.
3. Etapa de interacción: el terapeuta evalúa basándose no solo en los informes verbales de la familia, sino fundamentalmente en las secuencias de interacción.
4. Etapa de fijación de metas: se establecen las metas del tratamiento en términos concretos y precisos.

Técnicas de Intervención

• Directivas

Las directivas consisten en tareas muy específicas que se imparten a los pacientes y se pueden aplicar tanto en individuos como en familias. Pueden ser explícitas o implícitas, y de algún modo todo lo que ocurre en terapia se puede considerar una directiva desde el papel mismo del terapeuta, quien guía las sesiones, pues "toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo" (Haley, 1976, p. 64).

De acuerdo a Haley las directivas pueden tener varias finalidades, entre las cuales se destacan:

1. Promover que se lleve a cabo el cambio.
2. Intensificar la relación entre terapeuta y paciente.
3. Obtener información. El impartir una directiva y sobre el modo en que la familia responde a ello, si la realizan o no la realizan y como la llevan a cabo, nos informa acerca de esa familia y su modo de operar ante los cambios.

Existen dos formas de impartir directivas; en ambos casos se les dice a los pacientes qué hacer, pero con dos propósitos distintos: que lo cumplan, o que no lo cumplan.

- **Metáforas**

Las tareas metafóricas consisten en formulaciones acerca de eventos que son similares a los que se están revisando en sesión. Es muy útil pues en ocasiones se tratan temas que son difíciles de abordar directamente, y en cierto modo son más fáciles de tocar si se hace a través de metáforas.

El uso de metáforas es especialmente indicado cuando un individuo se resiste a las directivas, pues podemos encarar el problema con él comunicándonos a través de analogías. Las metáforas pueden ser verbales o no verbales, y lo recomendable (tal como era realizado por Erickson) es no traducir este material para que él realice la conexión espontánea entre la analogía y su situación (Haley, 1973).

De manera personal, concibo a las metáforas como la forma ideal para respetar la intimidad del paciente y reconocer su dificultad para expresar ciertas situaciones difíciles o dolorosas; el hacer uso de metáforas es el medio para poder abordar los temas sin generar en el paciente una sensación de amenaza.

- **Tareas Paradójicas**

Las tareas paradójicas se utilizan cuando el terapeuta espera que éstas no sean cumplidas, es decir, se pide al paciente que realice una tarea en la espera de que, como una forma de reto, no la realice. El principio que rige este tipo de estrategias es que en toda familia o individuo hay una resistencia al cambio mientras se encuentran estables o con cierta homeostasis; pero en el momento en que se encuentran en una situación muy difícil, es más claro para ellos la necesidad de cambio ante la imposibilidad de continuar igual.

Las paradojas contienen siempre dos mensajes transmitidos en niveles diferentes, en un nivel se trata de *un mensaje de cambio* y en otro nivel *un mensaje de no cambio*.

En caso de no llevar a cabo la tarea paradójica se está produciendo el cambio, pero en caso de que sí se lleve a cabo esto promoverá que la familia o individuo sean confrontados con la necesidad de cambio.

- **Aliento a la resistencia**

La técnica de aliento a la resistencia se utiliza precisamente con personas que se muestran resistentes al tratamiento; el individuo es atrapado en una situación donde su intento de resistir es definido como una condición cooperativa.

- **Ofrecimiento de una alternativa peor**

Consiste en ofrecer al paciente algo que no le gusta, con el fin de que este elija otra cosa; dirigir al paciente en un sentido, pero de tal forma que en realidad se le incita a ir en otro.

- **Aliento de una recaída**

Consiste en prescribir una recaída y se usa con pacientes demasiado cooperativos que reportan una mejoría muy rápida; de entrada se acepta la mejoría que está reportando el paciente, pero se le prescribe que tenga una recaída precisamente con el fin de evitar que la haya.

- **Frustración de una respuesta para alentarla**

Esta técnica es muy útil cuando una persona se resiste a hacer algo que se requiere que haga para avanzar en el proceso de terapia. Por ejemplo si una persona no quiere hablar, se le pide que no hable.

- **Énfasis en lo positivo**

Consiste en redefinir como positivo lo que la gente hace; no se trata de minimizar las dificultades, sino de encontrar en ellas algún aspecto que puede aprovecharse para mejorar el funcionamiento de la persona o de la familia.

- **Siembra de ideas**

Consiste en sembrar ideas y después construir algo sobre ellas; se basa en un principio de continuidad, a través del cual se introduce algo nuevo, pero dentro de un marco que lo conecta con algo previo.

- **Ampliación de una desviación**

Se trata de lograr un cambio pequeño y después ampliarlo; es provocar una pequeña desviación y construir sobre ella hasta que se produzcan cambios mayores.

- **El empleo del espacio y la posición**

Consiste en cambiar de silla a los miembros de la familia.

Postura del Terapeuta

El terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente sobre la gente y elabora un método particular para cada problema. Entre sus actividades primordiales se encuentran el identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones, monitorear si están siendo efectivas o diseñar las correcciones adecuadas y evaluar el

resultado de la terapia. Tiene el control, mayor responsabilidad, y jerarquía en el tratamiento (Haley, 1973).

El terapeuta debe considerarse a si mismo parte la unidad social dentro de la cual está contenido el problema, y por lo tanto se debe ver a si mismo como una parte integrante del dilema social del cliente. Debe incluirse dentro del problema puesto que contribuye en el mismo al definirlo. La obligación del terapeuta es "definir la unidad social que él puede cambiar para resolver así el problema que le presenta el cliente" (Haley, 1976, p. 19).

MODELO DE TERAPIA BREVE DEL M.R.I

El modelo se originó con la creación del *Mental Research Institute* de Palo Alto California. Sus principales representantes son Don D. Jackson, fundador del MRI, John Weakland, Paul Watzlawick y Richard Fisch.

Características

El enfoque de la escuela de Palo Alto, ubica la Terapia Breve como un modelo cuyo objetivo es poner límites al tratamiento convencional a largo plazo mediante dos métodos principales: una modificación de las técnicas tradicionales y una disminución de los objetivos de la terapia (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Se trata de un enfoque interaccional, basado en el principio del doble vínculo, el cual define a la enfermedad mental como un problema de comunicación. No se centra en la expresión de sentimientos, y para producir un cambio ponen el énfasis en lo que ocurre en el día a día en forma práctica (Wittezaere y García, 1994).

El modelo surge a partir de los estudios de Gregory Bateson, con influencia de Milton Erickson y de las ideas cibernéticas. En vez de estudiar a la familia como un sistema homeostático, es el proceso de cambio en si mismo el que ocupa principalmente a los miembros del MRI; de forma más específica aún, el modelo de terapia breve se ocupa de cómo la persistencia y el cambio juegan un papel en la formación y la resolución de los problemas humanos (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1985).

Premisas

1) El modelo plantea que el cambio se da de un modo particular, no siempre a través de acciones regidas por el sentido común y el pensamiento lógico, sino por el contrario, como a partir de acciones "ilógicas" e "irracionales". Se otorga una importancia fundamental a la *persistencia* y al *cambio* en la formación y resolución de problemas humanos (Watzlawick, et al., 1985).

- 2) Consideran el *proceso* más bien que el contenido, y *el aquí y ahora* en vez del pasado (Watzlawick, et al).
- 3) La palabra cambio puede referirse a dos cosas muy diferentes. Existe el cambio que tiene lugar dentro de un sistema que en sí permanece inmodificado, definido como *Cambio 1*. El *cambio 2* por su parte modifica al sistema mismo, y puede entenderse como un cambio del cambio (Watzlawick, et al).
- 4) Sostiene como una de sus premisas fundamentales que *la solución es el problema*. El modelo describe de forma muy clara y específica cómo se presentan confusiones al poner en práctica intentos de solución de forma repetida, que logran perpetuar el problema o constituirlo como tal. Se intenta una solución que se comprueba no es la que produce el cambio, sin embargo ante el fracaso de la misma se emplea más de lo mismo como solución, la cual solo logra empeorar el problema.
- 5) Se busca conocer cuál es el *mínimo cambio* necesario para resolver el problema actual en vez de pretender reestructurar familias enteras.
- 6) El cambio no es esencialmente distinto de las continuas transformaciones que sufren los sistemas en evolución (Feixas, 1993).

Objetivo

Lo que se pretende en la terapia breve es influir sobre el cliente de forma tal que su problema se solucione a satisfacción de éste; lo anterior se puede conseguir por dos vías: 1) impedir la perpetuación del problema por parte del cliente y/o por quienes le rodean, o bien 2) cambiar la opinión del cliente sobre el problema para que ya no se sienta perturbado (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Es necesario identificar el cambio mínimo necesario para solucionar el problema actual en vez de buscar la reestructuración de familias enteras, es decir, eliminar o reducir en un grado suficiente la dolencia presentada al inicio del tratamiento, de modo que el cliente crea que ya no es necesario someterse al tratamiento, al menos por dicha dolencia (Fisch, et al., 1994).

Estrategia de Intervención

Para el modelo de Terapia Breve, planificar es imprescindible para aplicar con eficiencia la influencia del terapeuta y para resolver los problemas con rapidez. Aún

cuando es imposible prever todos los aspectos de un tratamiento, se proponen una serie de aspectos necesarios para la planificación de un caso (Fisch, et al).

1. Establecer el problema del cliente. Significa tener una comprensión clara de la dolencia que ha traído a la familia a terapia
2. Establecer la solución intentada por el cliente. Generalmente todos los esfuerzos realizados para solucionar el problema tienen un impulso básico, que es necesario conocer.
3. Decidir qué se debe evitar. Precisamente en esta etapa, y una vez identificado el impulso básico subyacente a los intentos de solución del paciente, se deberá evitar sugerir al paciente cosas que vayan en la misma dirección de lo que ya ha hecho.
4. Formular un enfoque estratégico. Es necesario formular una estrategia, y en este sentido lo más recomendable es que dicha estrategia se aparte en 180 grados al impulso básico de los intentos de solución del paciente.
5. Formular tácticas concretas. No se puede solo pedir que se deje de hacer algo, sin solicitar que se haga a cambio otra cosa. En este sentido se debe pedir al paciente que haga algo opuesto a lo que ya ha hecho. Cuando se tienen varias opciones de intervención, se opta por utilizar aquella que el paciente pueda seguir con mayor facilidad.
6. Encuadrar la sugerencia en un contexto: "vender" la tarea. Consiste en buscar la mejor forma para inducir al paciente a llevar a cabo la tarea.
7. Formular objetivos. El objetivo básico consiste en que el cliente deje de sentir la dolencia o se disminuya ésta.
8. Evaluar el resultado. Establecer si la terapia tuvo o no éxito a partir de dos opciones: que el problema o la conducta perturbada haya cambiado, o bien que la percepción del cliente acerca del problema haya cambiado y ya no lo considere un problema significativo.

Técnicas de Intervención

Si bien el modelo de terapia breve plantea que el terapeuta interviene todo el tiempo, existen algunas intervenciones planificadas que utiliza para poner en práctica la estrategia o impulso básico del tratamiento. Dichas intervenciones planificadas se dividen en dos grandes categorías: las intervenciones principales y las intervenciones generales (Fisch, et al).

- **Intervenciones principales**

Se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y de haberlos integrado en un plan que se ajuste a las necesidades específicas de la situación concreta.

Constituyen -como todas las intervenciones basadas en el modelo de terapia breve- un medio para interrumpir la solución intentada previamente (Fisch, et al). A continuación se describen las intervenciones principales en el marco de cinco tipos de soluciones intentadas que se presentan de forma muy frecuente, del modo en que las proponen Fisch, Weakland y Segal (1994).

Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente. Se presenta en problemas que padece el mismo paciente, de orden mental o corporal, ante las cuales toma medidas voluntarias para tratar de solucionarlos, tratándose de situaciones que solo se resuelven de modo espontáneo. Ejemplos de estos problemas son insomnio, tics, dolores de cabeza, tartamudeo, temblores, dificultades sexuales, etc. La Intervención consiste en manifestar al paciente que hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial a su control definitivo. Significa pedirle al sujeto que fracase en su intento de superar el problema.

Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Existen situaciones que los pacientes no pueden dominar y otras personas sí; la solución que intentan para manejar esta situación es aplazar el acontecimiento con la idea de prepararse para enfrentarlo, y de este modo sentir que dominan dicho acontecimiento anticipadamente. Abarca problemas de ansiedad, problemas para establecer relaciones, dificultades para hablar en público, etc. La intervención consiste en elaborar directrices e interpretaciones que expongan al paciente a la tarea exigiendo una ausencia de dominio o dominio incompleto. Con esto se logra una especie de "inmunización" al fracaso y esto se plantea al cliente como el objetivo de la intervención en el momento de "venderle" la tarea.

Intento de llegar a un acuerdo mediante una coacción. Los problemas que se presentan con este intento de solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren acuerdo y mutua colaboración, como por ejemplo problemas con hijos adolescentes. El intento común de los clientes es sermonear a la otra parte sobre la necesidad de someterse a sus exigencias, exigir respeto y en cierta forma ser tratados como superiores. Un modo de intervenir en estos casos es lograr que el cliente pueda realizar las mismas peticiones pero desde una postura no autoritaria, e incluso de inferioridad respecto al otro. En este caso el terapeuta debe preocuparse por la formulación o venta de la solicitud, pues el cliente necesita aprender a efectuar solicitudes o peticiones mediante un nuevo estilo no autoritario. Una forma muy útil de plantear esta petición es explicar al cliente que la otra parte en realidad no ha podido escucharlo, y el único modo de ser escuchado es volviéndose imprevisible.

Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación. Este intento de solución consiste en pedir algo pero también pedir espontaneidad o el deseo de hacer o dar ese algo, por ejemplo pedir que un niño haga la tarea, pero que en realidad la haga porque quiere hacerla. Se trata de una paradoja, en la cual una persona intenta conseguir la sumisión del otro a la vez que niega que está pidiendo dicha sumisión. La intervención se fundamenta en lograr que el cliente haga peticiones directas; para ello se debe plantear que las solicitudes directas son algo beneficioso, aunque difícil de poner en práctica en un primer momento, o incluso recurrir a cualquier estrategia que permita que el cliente lleve a cabo esta variación.

La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa. Se trata de problemas en los cuales una de las partes sospecha que el otro hace algo equivocado (por ejemplo ser infiel, consumir drogas, etc.) y realiza acusaciones a las que el otro rechaza como defensa, pero se convierten en una confirmación de las sospechas del primero, quien incrementa el fervor de sus acusaciones. La intervención tiene por objetivo interrumpir la secuencia de acusaciones y justificaciones, con lo cual se pretende interferir en el juego del acusador-defensor, introduciendo un elemento imprevisible y de incertidumbre. Una forma de realizarlo es lograr que el defensor acepte su culpa y con ello abandone el rol que propicia en el otro continuar con las acusaciones. Otra forma de intervenir es con la *interferencia*, que consiste en que el terapeuta, asumiendo una postura neutral, reduzca el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre las partes.

- **Intervenciones generales**

Se pueden aplicar en un ámbito mucho mayor que las intervenciones principales, casi en cualquier momento del tratamiento y en una amplia gama de problemas, incluso en ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente (Fisch, et al).

No apresurarse. Consiste en indicarle al cliente que no haga nada ni realice cambios rápidamente, para protegerlo de una posible recaída. Se utilizan argumentos que justifiquen el no apresurarse, como son las implicaciones del cambio, la necesidad de averiguar primero que nivel de cambio necesita, el que los cambios lentos son más sólidos, etc.

Los peligros de una mejoría. Puede considerarse una ampliación de la intervención anterior; se utiliza cuando se detecta en el paciente alguna resistencia y consiste en pedirle reconocer los peligros que traería consigo el cambio en él o en alguna persona

cercana. Los objetivos pueden ser diversos, desde ampliar la postura de no apresurarse, aumentar la motivación al cambio o incluso lograr que el paciente cumpla con las tareas asignadas.

Un cambio de dirección. Consiste en que el terapeuta varíe su postura o estrategia cuando detecte que la dirección o estrategia actuales no están encaminando el proceso hacia la solución del problema.

Como empeorar el problema. Es útil cuando el paciente ya se ha resistido a anteriores sugerencias; se realiza sugiriendo al paciente algo para empeorar el problema, lo cual en ocasiones tiene un mayor impacto que las sugerencias encaminadas a como mejorar respecto al problema.

Postura del terapeuta

El terapeuta mantiene el control del proceso de tratamiento. Utiliza una interrogación directa, elemento por elemento con el objetivo de encontrar la pauta del problema.

“La tarea del terapeuta no se reduce a comprender el sistema familiar y el lugar que en él ocupa el problema, sino que también ha de tomar alguna medida que cambie el sistema disfuncional, con objeto de solucionar el problema.” (Fisch, et al).

Tiene una postura de autoridad en el proceso, por lo cual se concede especial importancia a tener capacidad de maniobra; la capacidad de maniobra consiste en saber cual será la mejor manera de actuar en un tratamiento, poniendo en práctica lo que juzgue más apropiado en el transcurso del mismo. Esto implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten (Fisch, et al).

MODELO DE TERAPIA ORIENTADA HACIA LAS SOLUCIONES

Fue desarrollado con la influencia del enfoque fue Milton Erickson y de la Clínica de Terapia Breve del *Mental Research Institute*, por Steve De Shazer, quien es desde luego su más importante representante.

Características

Muchos de los principios del modelo de terapia breve del MRI se consideran precursores de la terapia orientada hacia las soluciones.

Uno de sus fundamentos es que los especialistas difieren respecto a la causa de los problemas, pero tienen mayor acuerdo respecto a las soluciones. De este modo, es un método que se centra en los recursos de las personas más que en su déficit o limitaciones; se aparta de las explicaciones, problemas y patología para dirigirse hacia las soluciones, competencias y capacidades (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Premisas

- 1) Los clientes tienen *recursos* y fuerzas para resolver sus quejas. Todas las personas ya disponen de habilidades y recursos, por lo que la tarea del terapeuta es acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas.
- 2) *El cambio es constante*, y es muy importante guiar la conversación terapéutica hacia cómo las cosas han cambiado en vez de cómo todo ha seguido igual.
- 3) El cometido del terapeuta es *identificar y ampliar el cambio*; es necesario centrarse en lo que está funcionando, por pequeño que sea, validarlo, y ampliarlo.
- 4) Habitualmente *no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla*. Para que una intervención se adecue o ajuste con éxito no es necesario el conocimiento detallado de la queja, ni de cómo se mantiene la perturbación, y para impulsar la solución ni siquiera hace falta conocer rigurosamente el modo en que el problema se mantiene. Hay mucho que aprender de las excepciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).
- 5) *No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla*. Aún cuando los pacientes expresen como su objetivo de tratamiento entender por qué tienen el problema, finalmente lo que esperan es aliviar su problema, aún si nunca encuentran las causas de éste.
- 6) Solo es necesario un *cambio pequeño*; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema. El cambio es, además, contagioso; un cambio en una parte de la familia lleva al cambio en otras partes de la misma. En una situación problemática cualquier conducta realmente diferente puede bastar para impulsar la solución y proporcionar al cliente la satisfacción que busca en terapia. Todo lo que se necesita es que la persona envuelta en una situación perturbadora haga algo diferente (De Shazer, 1986).
- 7) Los clientes definen los *objetivos*. No existe una forma única, válida o correcta de ver la vida, lo que para alguna familia es inaceptable para otras es deseable, por lo tanto es

la propia familia o paciente quien planteará el objetivo de su proceso terapéutico, con excepción de objetivos ilegales o metas inalcanzables.

8) *El cambio o resolución de problemas pueden ser rápidos.* Esto se relaciona con que desde la primera sesión se plantea un modo diferente de ver las situaciones.

9) *No hay una única forma "correcta" de ver las cosas;* puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. "La percepción de cada persona representa una parte integral, igualmente válida, de la situación" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989, p. 58).

10) *Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse,* y no en lo que es imposible e intratable. El modelo centrado en soluciones plantea la necesidad de no poner atención en los aspectos de los clientes que no pueden cambiarse, además de trabajar con objetivos bien definidos y por tanto alcanzables en períodos razonables de tiempo.

Objetivo

Realizar la terapia en el menor número de sesiones posible con la misma efectividad que un tratamiento de mayor duración, haciendo lo mejor posible durante este período para lograr un ahorro de recursos no solo económicos, sino en sufrimiento para las personas. Hacer uso de los recursos y capacidades de los pacientes, para emplear las soluciones que se puedan aplicar a la situación particular que los aqueja en el momento actual (De Shazer, 1986).

Se trata de una serie de intentos deliberados de producir un cambio de punto de vista y/o de acción, que lleve a la solución (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Estrategia de Intervención

La forma de evaluar de este modelo está enfocada a favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, es por ello que durante la entrevista se dedica el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean, y el énfasis recae en averiguar cuáles son las excepciones o soluciones eficaces ante el problema.

El terapeuta se centrará en buscar soluciones eficaces (excepciones) y orientará la conversación hacia aquello que funciona y permita superar la conducta problemática.

El objetivo de cada sesión es generar soluciones, esto es, ampliar las soluciones eficaces y resaltar todo aquello que es satisfactorio.

Es necesario definir de forma muy concreta las metas del paciente y cómo va a notar que ha llegado a ellas; posteriormente el terapeuta deberá ayudar a encontrar el modo de llegar a los objetivos planteados.

El modelo de soluciones otorga una importancia fundamental a las primeras sesiones, en las cuales de acuerdo con O'Hanlon y Weiner-Davis (1989) deben cubrirse los siguientes aspectos:

1. Unión. Se refiere a pasar los primeros minutos hablando con los clientes de cualquier cosa distinta de lo que los lleva a la sesión, mostrando un interés genuino y haciéndolos sentir cómodos.
2. Breve descripción del problema. Se sugiere preguntar al cliente que lo lleva a la sesión, esperando exponga su problema brevemente y pasando a preguntar sobre las excepciones: cuando las cosas van bien, sus soluciones anteriores, y sus recursos.
3. Excepciones del problema. Se habla de las ocasiones en que el problema no ocurre con la idea de obtener información acerca de lo que se necesita para resolver el problema.
4. Normalizar y despatologizar. Se trata de considerar la situación del cliente como algo normal y cotidiano en vez de algo patológico.
5. Definición de objetivos. Se trata de un enfoque orientado hacia las metas, y si bien son los clientes quienes deberán decir qué cambios quieren que ocurran, el terapeuta deberá asegurar que el objetivo sea alcanzable y establecido de modo muy concreto, para poder saber cuándo se ha alcanzado.
6. La pausa. Como parte del modelo, es importante realizar una pausa para compartir ideas respecto al caso con el equipo terapéutico (en caso de haberlo) o para poder ordenar las ideas al respecto en caso de que trabaje un solo terapeuta. La pausa sirve como un marcador de contexto, permite al terapeuta subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen; al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante y concluyente.
7. Elogios. Se aprovecha cualquier oportunidad para destacar tendencias positivas, felicitando a los clientes por ello. De este modo se otorga retroalimentación a los clientes sobre lo que ya están haciendo para empezar a resolver el problema. Una de las formas de proporcionar dicha retroalimentación es usando la connotación positiva.
8. Regreso al futuro: preguntas de avance rápido. Cuando no se pueden recordar excepciones, es importante hacer preguntas orientadas a imaginar un futuro sin el problema y describirlo. Se puede realizar mediante la pregunta del milagro; la idea es plantear el futuro sin el problema como algo inminente.
9. Preguntar sobre el problema. Solamente se utilizan cuando los clientes son incapaces de describir excepciones y de orientarse al futuro sin el problema; cuando en la

terapia centrada en soluciones se investiga sobre el problema, se trata de conocer los marcos de referencia en los cuales los clientes sitúan el problema. Una vez que se conoce la secuencia de eventos cuando se da el problema, se puede sugerir un pequeño cambio que de lugar a una diferencia significativa.

10. Buscar recursos y soluciones como "más de lo mismo". Es importante no mostrar como terapeutas una postura rígida; cuando los clientes se muestren negativos a aceptar los comentarios enfocados hacia las soluciones o excepciones, y los elogios, es necesario realizar un cambio de dirección y centrarnos en el problema, o incluso es útil mostrar una postura pesimista.

Técnicas de Intervención

- **Tareas de fórmula**

Los precursores del modelo de soluciones encontraron la efectividad sorprendente de sus prescripciones y tareas invariables independientemente de la queja presentada.

Desarrollaron una "tarea de la primera sesión" que consiste en pedirles a los pacientes que observen durante todo el intervalo entre la primera y la segunda sesión lo que ocurre y que deseen que siga ocurriendo, de modo que puedan describirlo al terapeuta. Dicha tarea tiene la finalidad de enfocar al cliente hacia el futuro y crear expectativas de cambio.

- **La pregunta del milagro**

Para situarse más en la solución, el modelo propone realizar la pregunta del milagro que consiste en pedirle al paciente que imagine que una noche mientras duerme ocurre un milagro que soluciona su problema, y cuestionar entonces cómo se daría cuenta y qué sería diferente. Dicha pregunta permite guiar al paciente a imaginar un futuro sin el problema.

- **Excepciones**

La utilidad de explorar excepciones consiste en llevar al paciente a buscar soluciones en el pasado y presente, centrándose en aquellas ocasiones en que no se presentan los problemas; ampliar las excepciones puede servir para que el cliente descubra soluciones olvidadas o no reconocidas antes.

Se incita al cliente a reconocer lo que ya ha estado haciendo y puede definirse como exitoso o encaminado a manejar de forma más eficaz el problema (Cade y O'Hanlon, 1995).

- **Ubicación en una escala**

Se plantea como un método eficaz para centrarse en soluciones el empleo de preguntas sobre la posición en una escala, por ejemplo pedirle al cliente que en una escala de cero a diez, donde cero es lo peor y diez lo mejor, nos diga donde se encuentra el día de hoy. Dichas escalas pueden ser usadas en toda una gama de aspectos de la vida del paciente (Cade y O'Hanlon, 1995).

Postura del terapeuta

Cada persona tiene un modo diferente de cooperar y es labor del terapeuta identificar y utilizar dicha forma de cooperación. El terapeuta de este modelo deberá constantemente despejar el terreno delante de los clientes para ayudarles a conducir sus pensamientos y acciones hacia las soluciones y objetivos (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

MODELO DE MILÁN

Surge como resultado de la investigación empírica del equipo conformado por Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata realizada en 1972 en el Centro de estudios de la familia en Milán; ésta investigación se basó en los modelos ofrecidos por la cibernética y por la pragmática de la comunicación humana.

Características

El grupo de Milán comenzó a tratar familias con pacientes anoréxicos y psicóticos, desarrollando técnicas como la contraparadoja cuyo objetivo es anular el doble vínculo.

La piedra angular del modelo es el llamado "*juego familiar*", que se refiere a las relaciones de los miembros del sistema familiar, a las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos, y de la familia en conjunto. Se dice que en las familias patológicas el juego deja de ser adaptativo.

Premisas

1) El modelo de Milán considera que la investigación en Terapia Familiar debe estar basada en el procedimiento más correcto de entrevistar a la familia, con la meta central de establecer los *principios fundamentales para conducir la entrevista*, congruentes con la epistemología sistémica, y la meta secundaria de desechar estereotipos que revisten al

terapeuta de cualidades intangibles como "intuición", "carisma" etc., que por definición no pueden ser enseñadas.

2) Es necesaria la formulación de una *hipótesis* por parte del terapeuta basado en la información que tiene respecto a la familia, pero tomando en cuenta que se excluye explícitamente su verdad o falsedad, es decir, que una hipótesis no es verdadera ni falsa, sino más o menos útil.

La formulación de la hipótesis por parte del terapeuta, es una posición central para investigar. Su función es ser una guía para obtener información a través de la cual será confirmada, refutada o modificada. Además garantiza la actividad del terapeuta, que consiste en detectar patrones de relación en la familia.

Por otro lado, con la hipótesis el terapeuta introduce el elemento de lo inesperado y lo improbable en el sistema familiar, por esta razón actúa para evitar el desorden. Las sesiones con la familia, sin basarnos en una hipótesis, tenderán a incrementar el desorden y la confusión que podrían resultar de la falta de información. El desorden, la desorganización, la ausencia de patrones o la aleatoriedad de organización de un sistema, generan entropía.

La función de la Hipótesis en la Terapia Familiar es la de garantizar la actividad del terapeuta, que consiste en detectar patrones de relación.

La hipótesis debe ser sistémica: esto significa que el terapeuta debe incluir todos los miembros de la familia al proveer de una suposición sobre la función relacional total; el terapeuta con una hipótesis puede tomar la iniciativa, regular, interrumpir, guiar, provocar interacciones, etc. evitando la charla circunstancial.

3) La *neutralidad* del terapeuta es el efecto pragmático específico que su comportamiento total en la sesión produce sobre la familia. Consiste en una especie de establecimiento de alianzas sucesivas donde el terapeuta está aliado a todos y a ninguno a la vez.

Es necesario tratar de observar y neutralizar tan pronto como sea posible cualquier intento de coalición, seducción o relaciones privilegiadas con el terapeuta por parte de cualquier miembro o grupo de la familia, pues el terapeuta sólo puede ser efectivo en la medida que sea capaz de obtener y mantener un nivel diferente (metanivel) del de la familia.

En tiempos más recientes la neutralidad es concebida como un estado a través del cual el terapeuta puede realizar la entrevista desde una postura de curiosidad (Cecchin, 2003).

La neutralidad representa de acuerdo al modelo de Milán una mayor asimilación de la epistemología sistémica, un mayor interés en promover la retroalimentación y recolectar información y una menor aptitud para hacer juicios morales.

4) La *circularidad* es la capacidad del terapeuta para conducir su investigación sobre la base de retroalimentación de la familia en respuesta a la información que él solicita de sus relaciones. Es la convicción de ser capaz de obtener de la familia información auténtica trabajando con dos principios fundamentales: primero que la información es una diferencia y segundo que la diferencia es una relación o un cambio en la relación.

La circularidad puede también ser considerada un dispositivo para ayudar al terapeuta a enfrentar las complejidades de la familia, por ejemplo al preguntarle a un miembro cómo ve la relación de otros dos miembros; esto da luz sobre las relaciones triádicas.

La circularidad es útil para invitar a cada miembro a *Metacomunicarse*; como la entrevista se realiza en presencia de los otros miembros, se toma en cuenta el primer axioma de la comunicación: es imposible no comunicarse.

5) El modelo de Milán sugiere que los miembros de la familia mantienen un *juego familiar* que no desean dar por terminado, y ante este juego prefieren su perpetuidad a la definición del mismo. El sistema familiar se muestra como una explicación de sí mismo, de allí la necesidad de que el terapeuta adquiera un metanivel con respecto a la familia.

Objetivo

El objetivo es determinar el sistema de relaciones, creencias y valores familiares dentro de los cuales aparece el síntoma para así saber el papel que tal síntoma desempeña en el sistema de relaciones, y para poder modificar el juego familiar a través de un cambio de segundo orden, promovido por el cuestionamiento circular, la connotación positiva y los rituales, entre otras intervenciones.

Estrategia de Intervención

Se divide la sesión en cinco partes: presesión, sesión, discusión de la sesión, conclusión y acta de sesión.

1. La presesión. Se toman en cuenta los eventos de la última sesión. Se establece la hipótesis sobre el proceso como guía de las preguntas a realizar.
2. La sesión. Generalmente dura una hora en la cual los terapeutas guían la conversación y solicitan información a la familia. Además de datos concretos, se observa el modo en que se suministra la información, es decir, su estilo interaccional. Se observan las secuencias de comportamiento verbales y no verbales y las redundancias que indican reglas secretas.
3. La discusión de la sesión. Los terapeutas se reúnen con el equipo, discuten la sesión y deciden como concluirla; se realiza una discusión a profundidad con la cual se

elabora una intervención o un mensaje que es enviado a la familia ya sea de forma verbal o por escrito. Es una etapa de intensa lluvia de ideas por lo que se debe usar el tiempo necesario en esta discusión.

4. La conclusión de la sesión. Los terapeutas regresan con la familia para concluir la sesión con un breve comentario o prescripción muchas veces de tipo paradójico en el cual generalmente se hace uso del elemento sorpresa. Hay mínima interacción o discusión en esta fase.
5. El acta de la sesión. El equipo y los terapeutas se reúnen nuevamente para discutir las reacciones observadas en el cierre de la sesión. Se formulan previsiones y se redacta un acta de la sesión.

Técnicas de Intervención

- **La connotación positiva**

Es connotar positivamente tanto el síntoma del paciente identificado como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia con frases como por ejemplo: "Todos los comportamientos de ustedes están inspirados en mantener la unión y cohesión de la familia".

Su utilidad consiste en que pone a todos los miembros al mismo nivel y se evitan las alianzas. Además es una metacomunicación

- **Los rituales familiares**

Consiste en prescribir rituales a la familia ya sea para realizarse una sola vez o de forma repetitiva. Se trata de una acción o una serie de acciones combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales en donde deben participar todos los miembros de la familia, y ser precisado por el terapeuta de preferencia por escrito.

A través de los rituales se cambian las reglas del juego y por consiguiente la epistemología familiar sin recurrir a explicaciones ni a la crítica. Están más próximos al código analógico que al digital

- **La declaración de impotencia por parte de los terapeutas**

Consiste en que el terapeuta cambie su posición en la relación, es decir, en definir la relación declarando la propia impotencia, con lo cual toma en sus manos el control de la situación.

- **Recuperar a los ausentes**

Consiste en agregar una sexta parte a la sesión, la conclusión de la sesión, la cual se realiza en el domicilio de la familia y estando todos reunidos. Esta es una forma de "hacer presente" al miembro ausente.

Esta intervención implica aceptar el reto de la familia y mostrarnos crédulos de los motivos expuestos para la ausencia, pero estar atentos de todo lo que sucede en la sesión.

De alguna forma se convierte a la ausencia en el problema central de esa sesión.

- **Otras intervenciones**

- La prescripción en la primera sesión.
- Trasladar la etiqueta de enfermo del paciente identificado a uno o más hermanos considerados sanos por la familia.
- Aceptar sin objeciones una mejora sospechosa o una desaparición del síntoma.

Postura del terapeuta

El terapeuta mantiene un estado de *curiosidad, respeto y aceptación* a lo largo del proceso terapéutico; respeta la postura de cada uno de los miembros de la familia y facilita la intervención de puntos de vista alternativos.

No adopta una postura de instruir a la familia, pero sí pone de manifiesto las pautas de interacción en ella. Se conduce con responsabilidad, sin tomar en cuenta el rol de controlador social, y se mantiene atento a su propio aburrimiento y experiencia psicósomática.

Utiliza metáforas y el verbo "mostrar" en vez del verbo "ser"; facilita la creación del contexto terapéutico y adopta una metaposición con relación a cada miembro como individuo, a sus patrones y a sus creencias. Se mantiene neutral sin ser distante, frío ni inactivo.

Acepta la versión de la familia mediante la escucha pero rechaza en otro nivel mediante las preguntas. Persigue no solo el cambio, sino el metacambio de la familia, es decir, el cambio en la habilidad de la familia para cambiar.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS MODELOS DERIVADOS DEL POSTMODERNISMO

Características

A finales de los ochentas un grupo de terapeutas familiares comenzaron a tener una concepción lo suficientemente diferente para poder clasificarla como un nuevo enfoque, menos orientado hacia los objetivos; comparten ideas con el posmodernismo y el posestructuralismo, pasando de una visión cibernética a una visión hermenéutica. La

metáfora central para la terapia se desplaza hacia la conversación, pues es el medio básico para el proceso terapéutico (Hoffman, 1996).

Basados en el construccionismo social, los terapeutas y teóricos posmodernos se oponen a la idea de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva (Hoffman, 1996).

Dicho enfoque interpretativo y hermenéutico de la terapia, plantea la posición de ignorancia del terapeuta.

Los modelos basados en teorías posmodernas, como es el caso del Construccionismo social, consideran que ha desaparecido la certidumbre de una sola forma de pensamiento "mejor" "correcta" o "funcional", y el comportamiento directivo y disputador asociado con lo anterior. Esto se ha remplazado por una lucha más tentativa y paciente para desarrollar un proceso constructivo de exploración desde la persona.

Las relaciones entre terapeuta y paciente y las técnicas, son tan variadas como todo el repertorio humano de relaciones y técnicas. Los terapeutas posmodernistas ponen la inflexión en la naturaleza de los vínculos interpersonales y terapéuticos y patrocinan una amplia variedad de métodos de intervención.

Los terapeutas construccionistas dudan en dedicarse exclusivamente a la técnica; prefieren enfatizar el papel crítico de la relación terapéutica al iniciar el cambio humano.

Postura del Paciente

Desde los modelos derivados del posmodernismo, se considera que los pacientes luchan por renunciar a lo familiar, para cambiarlo por lo desconocido, y han luchado por entender su experiencia antes de la terapia; el hecho de que estén en ella habla de las dificultades que han encontrado en el camino.

Postura del Terapeuta

El terapeuta constructivista respeta la tensión inicial del paciente entre renunciar y retener, y aplica métodos que permitan explorar nuevas perspectivas sin abandonar las ya existentes. Adicionalmente le otorgan primacía a la experiencia personal, a las nuevas representaciones, y al papel del lenguaje en cuanto al desarrollo de nuevos patrones de significado personal. La actitud del Terapeuta constructivista debe ser de curiosidad, aprobación y exploración

Formas de Intervención

Desde esta perspectiva, los métodos y técnicas de intervención residen en el contexto de una relación dada en un tiempo y lugar específicos. Se considera a las técnicas como

rituales de co-construcción de significados, y que no tienen poder fuera del contexto en que se forman.

Una técnica no hace nada por una persona: la persona hace algo con la técnica; es por ello que las psicoterapias posmodernas fomentan la consolidación de un vínculo terapeuta-paciente para que esta relación pueda ser usada por el paciente en su exploración personal.

La psicoterapia se considera un proceso exploratorio que pretende trascender las limitaciones de visión del paciente acerca del mundo. El escenario terapéutico se concibe como un mundo hipotético donde el paciente puede crear y poner a prueba nuevos significados y conductas. En dicho espacio se puede experimentar cambios sin atentar contra las estructuras de significado existentes, lo que evita ansiedad y la sensación de amenaza en los pacientes ante la reconstrucción radical de significados.

MODELO NARRATIVO

Características

El modelo narrativo fue desarrollado por Michael White y David Epston. En sintonía con sus orígenes posmodernistas la narrativa significa la incursión en una relación más igualitaria entre profesionales y cliente. Este modelo parte de la idea de que la terapia es como un proceso de “contar” y/o “volver a contar” las vidas y las experiencias de las personas que se presentan con problemas; el objeto de hacer uso de recursos narrativos es entonces contribuir de forma concreta a la co-creación de narraciones nuevas y liberadoras.

De este modo es posible que los seres humanos demos significado a nuestra experiencia el “narrar” nuestras vidas, pero además tenemos el poder de representar nuestros relatos gracias a que los conocemos.

“El relato que prevalezca a la hora de asignar significados a los sucesos de nuestras vidas determinará, en gran medida, la naturaleza de nuestras vivencias y nuestras acciones” (White y Epston, 1993, p. 12) pues todos disponemos de múltiples relatos acerca de nosotros mismos, de los demás y de nuestras relaciones, y algunos promueven el bienestar, pero otros contribuyen a descalificarnos o patologizarnos; otras historias, curan.

Premisas

1) *Nuestras vidas son constituidas a través de la narrativa.* Los seres humanos interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo nuestras

vidas; vivimos a través de los relatos que tenemos sobre nuestras vidas, pues dichas historias moldean nuestras vidas, las constituyen y las “abrazan” (White, 1995).

2) Los *problemas humanos* se constituyen cuando las maneras de pensar y ser de las personas son problemáticas para ellos, y los efectos de dichas formas de pensar y ser son vividos como negativos (White, 1995).

Las personas con problemas desarrollan una historia saturada de aspectos negativos que las hace vulnerables a nuevas dificultades, con esto determinado una historia dominante. Las respuestas de los miembros de la familia a las exigencias del problema constituyen el sistema de apoyo para que el problema sobreviva (White y Epston, 1993).

3) Todo conocimiento requiere un acto de *interpretación*.

4) La vida de las personas está modelada por el *significado* que asignan a su propia experiencia, por el lugar que ocupan en las estructuras sociales y por las prácticas culturales y del lenguaje del yo (White y Epston, 1993).

5) El modelo narrativo sostiene la necesidad de una relación horizontal entre terapeuta y cliente.

Objetivo

El objetivo de la terapia bajo este modelo es la identificación y generación de relatos alternativos que le permitan al paciente representar nuevos significados, aportando así posibilidades más deseables, significados útiles y satisfactorios (White y Epston, 1993).

Técnicas del Modelo Narrativo

- **Externalización**

Insta a las personas a cosificar o personificar los problemas que las oprimen, convirtiendo al problema en una entidad separada. Las familias presentan lo que White llama una *descripción saturada por el problema* que constituye un relato dominante de la vida familiar. La externalización abre la posibilidad de que personas y familias se describan desde una perspectiva no saturada por el problema, y por tanto desarrollen una historia alternativa.

La externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes, y al hacerlo recuperan la capacidad para identificar aspectos previamente ignorados pero cruciales denominados *acontecimientos extraordinarios*, y es necesario

que éstos pasen a formar parte de una historia alternativa de la vida de la persona, llamada *relato extraordinario*.

White desarrolla una serie de preguntas que alientan a las personas a generar o recobrar historias alternativas que expliquen los acontecimientos extraordinarios, y al responderlas las personas obtienen *redescripciones extraordinarias* y nuevas. La externalización facilita la re-escritura de vidas y relaciones.

Como parte de la práctica de la externalización se hace uso de las PREGUNTAS DE INFLUENCIA RELATIVA, que pueden dividirse en dos conjuntos:

- a) Preguntas acerca de la influencia del problema sobre la vida y las relaciones: ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, lo cual permite identificar la descripción saturada por el problema de la vida familiar.
- b) Preguntas acerca de la influencia de la persona sobre el problema: generan información que contradice la descripción saturada por el problema de la vida familiar, y ayudan a las personas a identificar sus competencias y recursos ante la adversidad.

Para definir el problema que se debe externalizar, es fundamental no hacer generalizaciones acerca de las situaciones, pues aunque a menudo las personas dan definiciones generales y comunes de los problemas, los detalles de los efectos del problema o de cómo los vive cada persona son siempre únicos.

INTEGRACIÓN DE MODELOS

A continuación menciono una serie de aspectos en común y diferencias entre los modelos sistémicos que tienen que ver con los rubros revisados, se trata de un análisis de los modelos partiendo de la concepción de cada uno respecto del individuo, de la familia, del problema, y la postura del terapeuta, así como de su objetivo, entre otros aspectos.

Los modelos sistémicos toman como base la epistemología circular y enfatizan la importancia de la comunicación dentro del proceso terapéutico, así como en el desarrollo del problema y su solución en el sistema familiar. Un aspecto característico es la visión que los autores llaman "*visión con lentes graduables*", en contraposición a la visión lineal y las restricciones de la misma. En este sentido todos los modelos coinciden en la necesidad de poder ir ajustando la mirada en los detalles más específicos, o bien en los aspectos generales del problema, incluyendo siempre el contexto familiar, y de ser necesario el contexto más amplio (social o institucional) en que está inmerso el sistema familiar o el individuo. Esta flexibilidad permite ir moviéndonos de un aspecto a otro sin descuidar la perspectiva general, que contribuye a una visión totalizadora.

Para el logro de esta visión integral, todos los modelos en su desarrollo y en la formación de sus terapeutas recurren al uso del espejo bicameral y al trabajo en equipo terapéutico, lo cual favorece el percibir muchos más detalles importantes. Sin embargo en la práctica cotidiana, la intervención es responsabilidad exclusiva de un terapeuta.

En menor o mayor medida reconocen la importancia de la presencia de más de un miembro de la familia dentro del proceso terapéutico para el trabajo con los mismos. Se encuentran abiertos a la posibilidad de brindar atención de forma individual, pero manteniendo los principios básicos de la intervención sistémica. En este sentido cabe señalar que la presencia de otro(s) miembros(s) del sistema no tiene que ser necesariamente física en el espacio terapéutico, pero sí se contempla a los demás miembros en función de: 1) las pautas de interacción dentro del sistema familiar, 2) el inevitable cambio familiar a partir del cambio en uno de sus miembros, y 3) como parte inherente del problema, y de la solución del mismo.

Los modelos sistémicos se rehúsan a intervenir desde una postura que acepte la patología como explicación de los problemas humanos. Por el contrario, se trabaja con la concepción de que existen problemas y no "enfermedad mental"; más recientemente y con la incorporación de conceptos derivados del posmodernismo, algunos modelos asumen incluso que los problemas son creados a partir de nuestra mirada, y por lo tanto es factible elaborar soluciones a partir de la co-construcción de realidades alternas más satisfactorias, en cuyo proceso los terapeutas jugamos un papel muy importante.

El cambio es concebido en un sentido más amplio que desde las perspectivas tradicionales. Se pretende el logro de un cambio que incluya al sistema familiar en su conjunto, aún cuando solo se realice la intervención terapéutica con uno de los miembros; es necesario pues llegar a una modificación de las pautas de interacción.

Todos los modelos sistémicos revisados reducen el tiempo de duración de los procesos terapéuticos con respecto a los modelos de intervención tradicionales, por ejemplo los psicoanalíticos. Algunos modelos (como el de terapia breve del MRI y la terapia breve centrada en soluciones) enfatizan la necesidad de la reducción del tiempo y su uso óptimo, convirtiendo en parte de su esencia la delimitación temporal, esto es, el establecimiento de un tiempo definido por el logro del objetivo del tratamiento.

Casi todos los modelos revisados se sustentan en intervenciones directivas, particularmente los modelos estratégicos y de terapia breve en los cuales el terapeuta es investido con una mayor jerarquía dentro del proceso terapéutico. Sin embargo, la postura del terapeuta es también de mucha flexibilidad respecto a su actuación en las sesiones, y respecto a la elección de estrategias acordes y necesarias para cada familia o paciente.

La postura del terapeuta es distinta que en otro tipo de psicoterapias, pues se establece como premisa que "el experto es el cliente"; la mayoría de los modelos

sistémicos convienen en la necesidad de ser directivos, mientras que los modelos posmodernos asumen una postura no directiva.

Los modelos posmodernos enfatizan la inexistencia de una realidad objetiva, y la necesidad de que el proceso terapéutico sea un espacio que posibilite la co-construcción de posibilidades con el paciente lo cual, de acuerdo con el construccionismo social, se logra a partir de la interacción y el intercambio dado por el lenguaje que hace posible la generación de significados.

Dichos modelos promueven la aceptación de una multiplicidad de voces, y por ende se afirma que las realidades son diversas. De esta perspectiva la psicoterapia tiene un número infinito de posibilidades para la construcción de realidades alternas a la realidad no satisfactoria que viven las personas cuando llegan a un proceso terapéutico.

La narrativa en particular es una forma de entender a las personas como escritores, textos y críticos de sus historias, y la psicoterapia o cualquier intento de entender al ser humano, debiera poner el acento en entender el proceso mismo de construcción de las historias, para dar a paso -a partir de la co-construcción- a nuevas historias, siendo el paciente experto en su vida y el terapeuta experto en la conversación terapéutica. Las historias del paciente pueden ser más o menos útiles que las del terapeuta, pero no más o menos verdaderas.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

"La interacción terapéutica es un fenómeno recíproco. Nos reunimos con personas durante un período de tiempo para tratar una serie de temas y, en el proceso, nuestras vidas resultan cambiadas por completo".

White, 2002, p.11.

1. Habilidades clínicas terapéuticas

A lo largo de los cuatro semestres de la formación en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, considero haber adquirido y consolidado las habilidades establecidas como parte del perfil de egreso, que son fundamentales para el desarrollo de nuestra labor profesional.

A continuación menciono las habilidades clínicas y competencias adquiridas o desarrolladas al cursar el tronco común, las materias teóricas, y la residencia.

Tabla 1. Habilidades Clínicas, Detección, Evaluación Sistémica y Tratamiento

1. Capacidad de observación del proceso terapéutico.	♦Sí
2. Establecer un contacto terapéutico con quienes demandan el servicio.	♦Sí
3. Entrevistar, generar una relación de colaboración.	♦Sí
4. Técnicas de enganche y de alianza terapéutica.	♦Sí
5. Definir motivos de consulta y demandas terapéuticas.	♦Sí
6. Evaluar el tipo de problema y opciones de solución.	♦Sí
7. Definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios.	♦Sí
8. Identificar necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas.	♦Sí
9. Generar y/o aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los usuarios.	♦Sí
10. Formular hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones.	♦Sí
11. Evaluar los resultados y terminar el tratamiento.	♦Sí
12. Crear e instrumentar herramientas o procedimientos innovadores para la evaluación de los procesos interaccionales, incluyendo el proceso de intervención y su seguimiento.	♦No
13. Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses del usuario, con los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven todos, para su evaluación.	♦Sí
14. Seleccionar las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando sus elecciones.	♦Sí

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

15. Acordar con el usuario el curso de acción terapéutica para responder a las necesidades y coestablecer un plan para el desarrollo del proceso terapéutico.	♦Sí
16. Diseñar, seleccionar y aplicar los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada en los sistemas: individual, conyugal, familiar y grupos específicos.	♦Sí
17. Elaborar reportes del tratamiento.	♦Sí

Como se puede observar en la tabla, a mi consideración únicamente me faltó adquirir una de las habilidades especificadas para la residencia en terapia familiar, me refiero a la creación de instrumentos o procedimientos innovadores para la evaluación de los procesos interaccionales, incluyendo el proceso de intervención y su seguimiento; en este sentido, aunque desarrollamos y adaptamos instrumentos de evaluación, no fueron herramientas utilizadas a favor de la intervención clínica, quedando dicha actividad como meramente de investigación.

Si bien con la maestría adquirí un conjunto amplio de habilidades y competencias profesionales, es importante destacar que las habilidades clínicas, incluidas las de detección y evaluación de problemas, intervención y seguimiento de las familias atendidas, son de las más consolidadas en mi formación profesional, y en mi labor posterior he podido ir ampliando y aplicando una a una de las herramientas adquiridas.

1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico

Uno de los objetivos principales de la formación es precisamente el dotarnos de herramientas teóricas y prácticas que nos permitan ejercer como terapeutas familiares sistémicos dentro de un marco ético. En por ello que como parte de esta formación realicé la residencia en Terapia Familiar en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", de la Facultad de Psicología, donde en todo momento contamos con los siguientes aspectos fundamentales: el uso del espejo unidireccional, un equipo de terapeutas tras el espejo, y un supervisor, la mayoría de las veces también en vivo, y excepcionalmente como supervisor de casos de forma narrada.

Los tres aspectos son muy importantes pues el primero (la cámara con espejo unidireccional) posibilitó la presencia y apoyo del equipo terapéutico y del supervisor y con ello las valiosas aportaciones de diversas miradas respecto a los casos clínicos que cada terapeuta atendió, y la visión de una persona con experiencia y conocimientos amplios sobre el modelo en que se realizó la intervención.

Se contó con la supervisión de varios expertos desde diversos modelos: estructural, terapia breve del M.R.I., terapia centrada en soluciones, modelo de Milán, terapia narrativa, y modelo integrativo.

Mi participación durante la residencia fue como terapeuta o coterapeuta, o bien como parte del equipo terapéutico. Estas experiencias fueron muy enriquecedoras y me

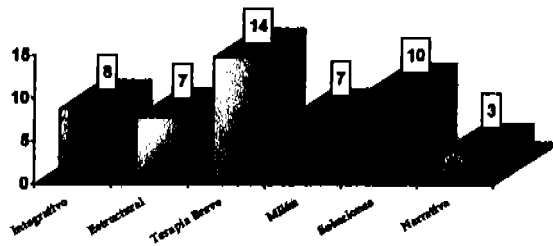
III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

permitieron desarrollar y fortalecer habilidades clínicas.

Como terapeuta atendí cinco casos, que en total suman 60 sesiones; respecto a mi participación dentro del equipo terapéutico, tras el espejo, estuve en 36 casos atendidos en 344 sesiones.

Esto significa que como equipo terapéutico atendimos un total de 41 casos abordados bajo diversos modelos de supervisión. Algunos de ellos fueron supervisados bajo más de un modelo terapéutico como se aprecia en la siguiente gráfica.

Figura 1. Modelo de supervisión



A continuación presento una tabla con la descripción de cada uno de los cinco casos clínicos atendidos como terapeuta (Tabla 2). Posteriormente una tabla con el desglose de los casos donde participé como parte del equipo terapéutico, es decir, los atendidos por el resto del equipo de terapeutas de la segunda generación (Tabla 3), y finalmente una descripción detallada y un análisis de tres de los casos en los que fui terapeuta.

Tabla 2. Casos atendidos como terapeuta o co-terapeuta. Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Facultad de Psicología. UNAM.

Fam.	Miembros	Ciclo Vital	Problemática	Núm. de sesiones	Motivo de cierre	Modelo de Supervisión	Supervisor(es)	Terapeuta(s)
A y A	3	Familia con hijos pequeños.	Proceso de separación.	10	Alta	Integrativo	Raymundo Macías	R. Macías Erika Trujillo
G E	5	Familia con hijos adolescentes Reconstruida	Problemas en la relación de pareja.	8	Baja Dejaron de asistir.	Estructural	Carolina Díaz-Walls	Erika Trujillo
N y G	4 (asistía solo la pareja)	Familia con hijos en edad escolar	Problemas en la relación de pareja. Dilema de separación.	12	Baja Se hizo un cierre, no había disposición en él.	Terapia Breve	Patricia Moreno Mariblanca Moctezuma	Martino Aparicio Erika Trujillo
G C	3 (asistía solo ella)	Familia con hijos adolescentes	Duelo por la muerte del esposo. Problemas para el manejo de sus hijos adolescentes.	10	Alta	Soluciones	Nora Rentería	Erika Trujillo
S G	3; 4 al final.	Familia con hijos en edad escolar Reconstruida.	Problemas en la relación con sus hijas, Sensación de fracaso.	20	Alta (después de concluir la maestría)	Milán	Carolina Díaz-Walls	Erika Trujillo

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

Tabla 3.

Casos atendidos por la segunda generación de la Residencia en Terapia Familiar. Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Facultad de Psicología. UNAM.

Fam	Miembros	Etapa del Ciclo Vital	Problemática	Núm. de sesiones	Motivo de cierre	Modelo de Supervisión	Supervisor(es)	Terapeuta(s)
1	5	Familia con hijos adolescentes	Violencia masculina	16	<i>Alta</i>	Integrativo Terapia Breve	Raymundo Macías Piedad Aladro	Alma Téllez Marino Aparicio
2	1	Familia con hijos adultos	Comunicación con la pareja respecto de la educación de los hijos	1	<i>Baja</i>	Soluciones	Nora Rentería	Marino Aparicio
3	2	Familia con hijos adolescentes	Infidelidad, violencia	1	<i>Baja</i>	Milán	Carolina Díaz-Walls	Marino Aparicio
4	1	Adolescente	Timidez, Ansiedad	1	<i>Baja</i>	Milán	Carolina Díaz-Walls	Marino Aparicio
5	2	Familia con hijos pequeños	Incumplimiento de acuerdos en la pareja	8	<i>Baja</i>	Soluciones Narrativa	Nora Rentería	Marino Aparicio
6	2	Familia con hijos adultos	Duelo, Suicidio	6	<i>Alta</i>	Milán	Carolina Díaz-Walls	Marino Aparicio
7	1	Familia con hijos en edad escolar y adolescentes	Problemas de pareja. Ansiedad, somatización y baja autoestima Violencia Intrafamiliar	29	<i>Alta</i>	Terapia Breve Narrativa	Piedad Aladro Nora Rentería	Alma Téllez Blanca E. López
8	3	Familias con hijos adolescentes	Conducta del hijo: es desobediente, roba, miente, tiene bajo rendimiento escolar	6	<i>Baja</i>	Estructural	Alicia Espinosa de los Monteros	Alicia Espinosa y Blanca E. López
9	1	Familia con hijos adolescentes	Mala relación familiar desde que la hija esta en la adolescencia	11	<i>Baja</i>	Estructural	Carolina Díaz - Walls	Blanca E. López
10	1	Familia con hijos en edad escolar y adolescentes	Problemas al poner limites con sus hijos	17	<i>Alta</i>	Integrativo	Raymundo Macías	Blanca E. López

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

Fam	Miembros	Etapas del Ciclo Vital	Problemáticas	Núm. de sesiones	Motivo de cierre	Método de Supervisión	Supervisor(es)	Terapeuta(s)
11	2	Familia recién formada (sin hijos)	Depresión y alejamiento en el plano sexual	1	<i>Baja</i>	Soluciones	Maryblanca Moctezuma	Blanca E. López
12	2	Familia con hijos en edad escolar (pequeños) y adolescentes	Para mayor integración, mejorar las relaciones en casa, disminuir agresión en la pareja	4	<i>Baja</i>	Soluciones	Maryblanca Moctezuma	Blanca E. López
13	2	Familia con hijos pequeños	Conflictos conyugales	7	<i>Baja</i>	Soluciones	Maryblanca Moctezuma	Blanca E. López
14	1	Familia con hijos adolescentes	Dificultades en poner límites	23	<i>Alta</i>	Terapia Breve	Patricia Moreno	Blanca E. López
15	1	Familia con hijos en edad escolar	Manejo de relaciones interpersonales	5	<i>Baja</i>	Estructural	Raymundo Macias	Dr. Macias e Ivette Delgado
16	1	Familia con hijos adultos y pequeños	Infidelidad	11	<i>Alta</i>	Terapia Breve Soluciones	Piedad Aladro Maryblanca Moctezuma	Ivette Delgado
17	1	Individual (Adulto)	Separación	1	<i>Baja</i>	Terapia Breve	Patricia Moreno	Ivette Delgado
18	1	Familia con hijos adolescentes	Problemas de comunicación con hijo adolescente	2	<i>Baja</i>	Integrativo	Raymundo Macias	Ivette Delgado
19	1	Individual (Adulto)	Manejo de estado de ánimo por fibrosis quística	3	<i>Alta</i>	Soluciones	Maryblanca Moctezuma	Ivette Delgado
20	1	Familias con hijos adultos	Problemas de comunicación con su hija	9	<i>Alta</i>	Terapia Breve MRI y Soluciones	Patricia Moreno	Ivette Delgado
21	2 (madre e hija)	Familia con Hijos adolescentes	Falta de entendimiento entre madre e hija, problemas de comunicación	1	<i>Baja</i>	Estructural	Carolina Díaz	Yazmin Quintero
22	2 (madre e hijo)	Familia con Hijos pequeños	Proceso de separación conyugal.	12	<i>Alta</i>	Terapia Breve Soluciones	Piedad Aladro Nora Rentería	Yazmin Quintero e Ivette Delgado

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

Case	Etapa de la vida	Problematika	Nivel de atención	Nivel de riesgo	Modalidad de intervención	Interventores	Terapeuta	
23	4	Familia con Hijos adolescentes	Cambio de conducta y bajo rendimiento escolar de los hijos.	17	Alta	Milán	Carolina Díaz	Yazmín Quintero y Joaquín Torres
24	2 (Casi siempre acudió solo él)	Nido vacío	Problemas sexuales; problemas de comunicación y entendimiento.	8	Alta (cierre a petición de ellos; Él expresa mejora en la convivencia)	Integrativo	Raymundo Macias Patricia Moreno	Yazmín Quintero
25	2	Familia con hijos pequeños. Familia extensa.	Problemas de aprendizaje con uno de los nietos.	15	Alta	Estructural Terapia Breve	Alicia Espinosa Maryblanca Moctezuma	Yazmín Quintero y Joaquín Torres
26	1	Familia con hijos adolescentes	Diferencias en modos de pensar. Violencia intrafamiliar	20	Alta (violencia) y canalización por problema de abuso sexual en el pasado	Integrativo	Raymundo Macias	Yazmín Quintero
27	5	Familia con hijos adolescentes	Límites. Manejo de enfermedad	20	Alta	Milán	Carolina Díaz-Walls	Alma Téllez
28	3	Etapa de nido vacío	Infidelidad	10	Alta	Terapia Breve	Patricia Moreno	Alma Téllez
29	2	Familia con hijos pequeños	Problemas en la relación de pareja	5	Baja	Terapia Breve	Maryblanca Moctezuma	Alma Téllez
30	2	Familia con hijos pequeños	Recobrar confianza por infidelidad de él. Dilema de separación. Violencia en la pareja	20	Alta	Terapia Breve	Maryblanca Moctezuma	Claudia Navarro
31	4	Familia con hijos en edad escolar	Estrés, angustia y enojo (ella) que dificultan la comunicación.	8	Baja	Narrativa	Nora Rentería	Claudia Navarro

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

Caso	Alumnos	Etapas del Ciclo Vital	Problemáticas	Número de sesiones	Motivo de cierre	Modelo de Supervisión	Supervisor(es)	Terapeuta(s)
32	2	Familia con hijos pequeños	Adaptación a la vida en pareja y llegada del primer hijo	3	<i>Baja</i>	Terapia Breve	Patricia Moreno	Claudia Navarro
33	2	Familia con hijos en edad escolar	Problemas de pareja y de comunicación	5	<i>Baja</i> por cambio de ciudad	Milán	Carolina Díaz-Walls	Claudia Navarro
34	3	Familia con hijos pequeños	Violencia	20	<i>Baja</i>	Terapia Breve Integrativo	Piedad Aladro y Raymundo Macías	Joaquín Torres y Claudia Navarro
35	2	Familia con hijos pequeños	Definir relación de pareja. Infidelidad	5	<i>Alta</i>	Estructural	Carolina	Marino Aparicio y Claudia Navarro
36	1	Madre separada con hijos adolescentes	Problemas de conducta de uno de los hijos. Mala separación conyugal. Definición paternal	13	<i>Alta</i>	Integrativo	Raymundo Macías	Joaquín Torres

El total de casos atendidos por la segunda generación fue de 41 incluyendo individuos, familias y parejas; participé como parte del equipo en 36 de ellos, y fui terapeuta en 5 de los casos.

A continuación presento de forma breve 3 de los 5 procesos en los cuales participé como terapeuta, y en el capítulo siguiente desgloso 1 para su conocimiento más detallado. Es importante mencionar que los nombres y apellidos de todas las personas fueron cambiados para mantener la confidencialidad.

CASO 1: Antonio y Arlette

Modelo de supervisión: Integrativo

Supervisor: Raymundo Macías

Número total de sesiones: 10

Terapeutas: Raymundo Macías y Erika Trujillo

Equipo terapéutico: Marino Aparicio, Ivette Delgado, Blanca López, Claudia Navarro, Yazmín Quintero, Alma Téllez, y Joaquín Torres

PRESENTACIÓN DEL CASO (HISTORIA DEL PROBLEMA)

El servicio fue solicitado por Antonio de 22 años, empleado de la UNAM, quien acudió al Centro de Servicios Psicológicos con la intención de obtener terapia de pareja. Su pareja Arlette de 21 años, es también trabajadora de la UNAM, y tienen una niña de 3 años que identificaré como Darla. Antonio y Arlette estaban separados desde 3 meses antes de iniciar el proceso terapéutico.

Antonio y Arlette estuvieron viviendo juntos durante cuatro años. Después de un año y medio de noviazgo planearon embarazarse, entonces el papá de Arlette les pidió que Antonio trabajara para que pudieran vivir juntos, y así lo hizo; cuando ella tenía 7 meses de embarazo comenzaron a vivir juntos.

Antonio refiere que existió violencia física entre ellos, no recuerda exactamente cómo llegaban a agredirse al parecer tenía que ver con que ella no hacía lo que él quería; no sabe a ciencia cierta dónde aprendió el patrón de violencia, quizá de que cuando era pequeño sus compañeros le pegaban y aprendió a defenderse.

Él considera ha sido muy celoso y sobreprotector con Arlette, y no se siente querido por ella, solamente por su hija y sus padres. Darla vive con él, en la casa de sus papás y comenta que desde la separación la niña está rebelde.

Arlette y su hija vivieron dos intentos suicidas de Antonio; en el segundo la mamá de él le pidió a Arlette que lo ayudara, y esto la mantuvo un tiempo más al lado de Antonio.

Arlette encuentra como motivo de la separación el que Antonio le ha hecho mucho daño, y en el tiempo de separación ha reflexionado acerca de su situación y ha decidido no regresar con él; ella considera que toleró mucho su conducta, y se quedaba callada cuando se peleaban y él la maltrataba físicamente. Él por su parte le prometía que iba a cambiar, pero no lo hizo.

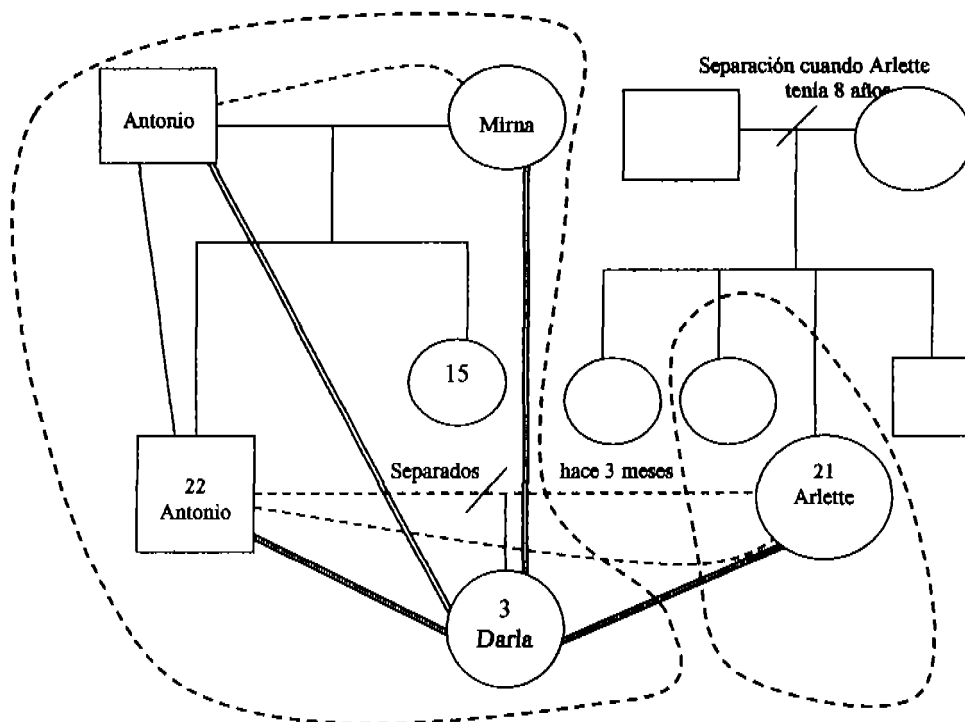
Ella se separó cuando se dio cuenta que Antonio empezó a ser agresivo verbalmente con Darla, diciéndole "mensa" y gritándole.

Para Arlette no había posibilidades de reconciliación como pareja pues consideraba que él le hizo mucho daño. A ella no la golpearon sus padres, sin embargo toleraba a

Antonio con la idea de preservar la relación de pareja y que su hija no viviera lo que ella cuando se separaron sus padres.

Conforme avanzó el proceso terapéutico, la inicial firmeza de Arlette con Antonio al decirle que no desea retomar la relación de pareja se ve cuestionada, pues tuvieron algunos encuentros sexuales que a él le hicieron confundirse y pensar que había posibilidades de reconciliación, y la convicción de él se convierte también en una duda al no entender qué quiere ella.

Figura 2. FAMILIOGRAMA CASO ANTONIO Y ARLETTE



MOTIVO DE CONSULTA

De inicio el motivo de consulta fue la separación, y el poder definir la relación de pareja. La expectativa de Antonio era poder retomar la relación de pareja y la de Arlette consolidar la separación, y que quedara claro para él que era definitiva, y llegar por tanto a acuerdos entre ellos en lo referente a la niña.

OBJETIVO TERAPÉUTICO

En el inicio de la psicoterapia plantearon expectativas distintas; mientras él esperaba solucionar los problemas y reconfigurarse como familia, ella deseaba que él entendiera que la relación de pareja entre ellos ya había terminado.

Cuando los terapeutas hicimos el señalamiento de que para volver a conformar la pareja necesitarían estar ambos de acuerdo, pero podrían trabajar en ser una buena pareja parental, ambos se mostraron dispuestos a llegar a acuerdos como padres de Darla, independientemente de lo que sucediera entre ellos como pareja.

DESARROLLO DEL PROCESO TERAPÉUTICO E INTERVENCIONES

En la sesión inicial se realizó el encuadre, además de que Antonio comentó la historia de la formación de la pareja, evidenciando un patrón relacional de violencia, así como una separación no bien definida entre ellos.

Los terapeutas y el equipo decidimos que de inicio el foco de la terapia sería indagar lo que ésta pareja deseaba, ya sea una buena integración como cónyuges o una separación de acuerdo mutuo para integrar así una buena pareja parental.

En la primera sesión se presentó únicamente Antonio, por lo cual fue necesario invitar telefónicamente a Arlette a asistir a las sesiones para realmente poder realizar una terapia de pareja, ella accedió a participar.

Una vez que contamos con la presencia de Arlette, ella explicó desde su perspectiva lo sucedido entre ellos; habló también del maltrato físico y verbal que ejerció Antonio y que la llevó a decidir separarse; tras los tres meses de separación había reflexionado al respecto concluyendo que la separación era definitiva. Ahondó un poco más en el patrón de violencia, pues tras el maltrato ella se quedaba callada, y él le prometía que iba a cambiar, lo cual desde la visión de Arlette no hizo. Arlette considera que soportó la violencia para evitar que su hija viviera la separación entre ellos.

Ella había sufrido la separación entre sus padres cuando tenía ocho años de edad, tras lo cual sus hermanos y ella no vivieron juntos. Su madre vivía en Puebla con dos de sus hermanas y ella junto con su hermano se quedaron a vivir con su papá, y a pesar de que ella veía a su mamá cada mes o cada quince días, fue difícil vivir esa situación.

Darla no mostraba temor ante ninguno de sus padres, sin embargo sí mostraba miedo cuando ellos peleaban entre sí.

Por otro lado, hubo dos intentos de suicidio por parte de Antonio; el segundo de ellos llevó a Arlette a permanecer a su lado pese a que desde entonces quería separarse; en esa ocasión la mamá de Antonio le pidió que lo ayudara, y de alguna manera estos intentos tuvieron como efecto que ella cediera y volviera a intentar arreglar su relación con él, a condición que no volviera a intentar el suicidio. El terapeuta hizo énfasis en este punto, ya que la reacción de la madre de Antonio asustada y la situación en sí misma,

provocaban que a pesar de que ya no se tuviera la intención de arreglar la relación, se hacía un nuevo intento aún cuando no había las ganas de hacerlo.

Al expresar cada uno qué esperaban de la psicoterapia, se encontró una gran diferencia pues mientras Arlette quería que Antonio entendiera que la separación era definitiva él quería retomar la relación, y manifestó temor a asistir a las sesiones terapéuticas pues implicada escuchar nuevamente la negativa de ella. Se les realizó la observación de que los problemas no se resuelven evadiéndolos, y que el darles la espalda a la larga era más doloroso porque no se resolverían, enfatizando que se necesitaba "valor" para asistir a la sesión y enfrentar lo que podría pasar.

Se estableció una meta terapéutica enfocada a una buena relación de padres, de "socios parentales", para beneficio de su hija Darla.

Se reconoció a ambos por el interés de ser buenos padres, y el valor que ambos mostraron para cooperar en conjunto, pues a pesar de que el recordar situaciones difíciles o exponerse de nuevo a la negativa de regresar como pareja era doloroso, se encontraban juntos para trabajar en beneficio de su hija.

Se trabajó sobre las expectativas de cada uno respecto al otro como padre/madre de su hija, y que es lo que supone cada uno que el otro esperaría de él/ella. También se les pidió pensar cuáles de esas cosas estarían dispuestos a hacer, jerarquizándolo en orden de importancia. Cumplieron con la tarea; les resultó difícil escribir lo que suponían que el otro esperaba de ellos.

Ambos coincidieron en que lo importante es la atención prestada a la niña en cuanto a cuidado personal, alimentarla en sus horas correspondientes, llevarla de paseo, entre otras cosas. Estos aspectos también los tomaron en cuenta en el área de lo que suponían que el otro esperaría, lo cual fue englobado en responsabilidad y cariño hacia la niña. Se resumió lo escrito por cada uno en que lo importante para ser una buena pareja parental para Darla es ser responsables y ponerse de acuerdo en la forma de educarla. Se mostraron dispuestos a responder al otro con respecto a lo que esperan.

Antonio en la quinta sesión parece aceptar la separación, ofreciendo a Arlette su amistad, su apoyo como pareja parental, y pidiéndole que confíe en él. Al mismo tiempo ella se mostraba molesta porque Antonio no toma decisiones; él explica esto diciendo que antes él tomaba las decisiones y no le gustaba a ella, por lo que ahora prefiere dejar las decisiones en ella.

Se les dijo que es muy importante trabajar en terapia para llegar a acuerdos en la pareja parental, y lograr una mejor comunicación y toma de decisiones con respecto a Darla .

Antonio comenzó a reportar cambios individuales (dejar de fumar, no ir al billar, escuchar a los demás) por su hija, para ser un papá responsable, por Arlette para no molestarla, por sus padres y por él mismo. Arlette mostró agrado ante los cambios de Antonio y reafirmó que esto es bueno para la relación de Antonio con Darla. Se señaló que esos cambios eran algo positivo para su relación como padres de Darla, y se

comentó a Antonio que era necesario tener una motivación personal para los cambios y que no sea por la reconquista hacia Arlette, pues ella continuamente menciona que no lo haga por ella.

A la mitad del proceso se exploraron los planes a futuro respecto a donde vivirá Darla, con lo cual se planteó un nuevo punto que discutir, negociar y acordar entre ellos dos. En ese momento la niña no quería quedarse por las noches con su mamá, y Arlette se estaba preparando para llevársela con ella posteriormente. Antonio menciona que se sentiría solo sin ella pero considera que estaría mejor con su madre, y él ser un "padre de emergencia". Se les manifestó que el planteamiento de que Darla viviera con Arlette era bueno, sin embargo debían discutirlo. En el equipo terapéutico se recalcó la necesidad de invitar a los padres de Antonio en las siguientes sesiones, el hecho de que aún no asumen su rol de padres, y la idea de cambiar la pauta de interacción entre ellos.

Después de tocar el punto de Darla, Antonio solicitó tener un espacio individual en el cual menciona estar muy confundido tras haber vivido tres encuentros sexuales con Arlette, además de que en ocasiones le pide que la abraza, y cuando él trata de hablar de ello le pide que no le pregunte nada. Antonio le pidió que no lo buscara ni que lo viera más, porque le daña verla y que todo lo que quisiera con él, se lo pidiera a través de sus padres; Arlette lloró y le recriminó que pidiera que las cosas pasaran muy rápido.

Se le señaló que aún no queda claro el objetivo que busca en la terapia y que por ello, se tiene que revisar si se puede continuar en terapia de pareja o cambiar a terapia individual. Se decidió en el equipo definir que quieren trabajar en terapia, para ponerles límites, evitar perpetuar la indefinición y lograr una decisión definida; al parecer no había un acuerdo en ese momento para trabajar como padres y en tal caso se les sugirió tomar terapia individual para trabajar sus indecisiones respecto a seguir o no juntos como pareja.

La idea que fundamenta la decisión anterior es que la terapia no puede funcionar como un escenario que fomente a mantener esta situación, pues en vez de ayudarlos, se les estaría perjudicando al allarnos con esta dinámica.

Decidimos cerrar a diez sesiones el proceso, invitando al cierre a los padres de Antonio, pues eran parte importante de la relación entre Antonio, Arlette y Darla.

En el cierre Arlette reconoce nuevamente los cambios en Antonio, y reafirma que en ese momento no desea regresar con él como pareja. Antonio por su parte menciona que no sabe si quiere regresar con Arlette, pero de hacerlo sería solo por él. Los terapeutas mencionaron que a veces vale la pena hacer cosas para propiciar una situación si uno lo desea; también se señaló que la actitud de Arlette es comprensible.

Asimismo se les enfatizó la necesidad de que cada uno decida lo que desea, por lo cual se les recomendó terapia individual y cerrar el proceso terapéutico de pareja. Todos estuvieron de acuerdo en esta prescripción.



Se concluyó el proceso terapéutico explicando el procedimiento de atención del Centro y reiterándoles que las puertas del servicio de Terapia Familiar están abiertas si deciden que ya están listos para trabajar en pareja.

CAMBIOS PRESENTADOS

Individuales:

Principalmente se presentaron cambios a nivel individual en Antonio, al empezar a asumir una paternidad más responsable, por ejemplo dedicarle tiempo a Darla al salir con ella y sus padres en familia, y tomar cursos para entender mejor a su hija.

Otro cambio importante en él fue el empezar a dejar ciertos hábitos como el fumar y el asistir con regularidad al billar, además de empezar a escuchar a los demás.

Un cambio también muy importante que se logró fue que Antonio respetara la decisión de Arlette de no regresar con él, y buscara formas de definir la relación, pidiéndole por ejemplo que no lo buscara más.

En cuanto a Arlette no se presentaron muchos cambios en el plano individual, únicamente la posibilidad de empezar a reconocer que necesitaba ser más responsable con su hija.

Pareja:

En el rubro de pareja, los cambios estuvieron muy de la mano con la separación; el más importante de ellos fue el que dejara de existir violencia entre ellos y frente a Darla.

Por otro lado pudieron empezar a realizar acuerdos como pareja parental. Pudieron comunicarse sus expectativas respecto al rol de padre/madre del otro, y comenzaron a mostrar disposición a hablar y llegar a acuerdos como pareja parental.

Respecto a la pauta de interacción entre ellos, la indefinición, se presentó un cambio de primer orden. En un primer momento él decía y hacía lo que consideraba necesario para retomar la relación de pareja, y ella rechazaba abiertamente esta posibilidad. En cuanto él acepta la decisión y asume que no habrá reconciliación, ella se acerca, tienen encuentros sexuales y le pide acercarse a ella afectivamente, negándose a responder cuándo él le pregunta si hay opción de volver a estar juntos; Ante tal confusión él le pide se aleje de él. El cambio consistió en que primero ella era la portadora de la decisión de no acercarse como pareja, y posteriormente él es quien decide que no quiere que ella se acerque. Hubo un cambio en lo que cada uno hacía, pero sin que cambie la situación de indefinición entre ellos.

Familia:

En lo referente al funcionamiento familiar, el cambio más importante fue que Antonio empezara a participar más de los momentos de esparcimiento familiar, y que Darla pasara una noche con Arlette, con lo cual podemos afirmar que empezaron a

asumir su rol de padres separados. Sin embargo fueron los abuelos los que asumieron el rol de cuidadores y de responsables de la niña, lo cual continuaba en el momento de concluir el proceso terapéutico.

CASO 2: Familia García Estévez

Modelo de supervisión: Estructural

Supervisora: Carolina Díaz-Walls

Número total de sesiones: 8

Terapeuta: Erika Trujillo

Equipo terapéutico: Marino Aparicio, Ivette Delgado, Blanca López, Claudia Navarro, Yazmín Quintero, Alma Téllez, y Joaquín Torres

PRESENTACIÓN DEL CASO (HISTORIA DEL PROBLEMA)

El servicio de psicoterapia familiar fue solicitado por René, de 41 años, quien se encontraba temporalmente viviendo en casa de su madre, Georgina de 59 años, el esposo de ella, Leo de 52 años, y su hermana Sandra, de 19 años de edad. Asistieron a lo largo de las sesiones los cuatro: Georgina, Leo, René y Sandra.

René junto con dos hermanos de 39 y 30 años son hijos del primer matrimonio de Georgina; el papá de ellos se separó de la señora al irse a Estados Unidos donde tiempo después murió.

La preocupación de la familia eran los problemas de relación entre ellos, particularmente entre Leo y Georgina, que afectaban a los hijos, sobre todo a Sandra. Dichos problemas de relación eran constantes peleas, ante las cuales Leo se retraía, y no le dirigía la palabra a Georgina para evitar los pleitos. Silvia se aislaba en su cuarto, y no aceptaba autoridad; René se explicaba esto por una falta de autocrítica en todos, y el que su mamá y Leo fueran opuestos: una se imponía y el otro se dejaba.

Las peleas ocurrían prácticamente desde que inició la relación entre Georgina y Leo. Según mencionó René esta situación afectaba a él y sus hermanos cuando vivían todos juntos; él se fue de casa y regresó hace medio año para encontrarse lo que ya conocía, pero aún peor.

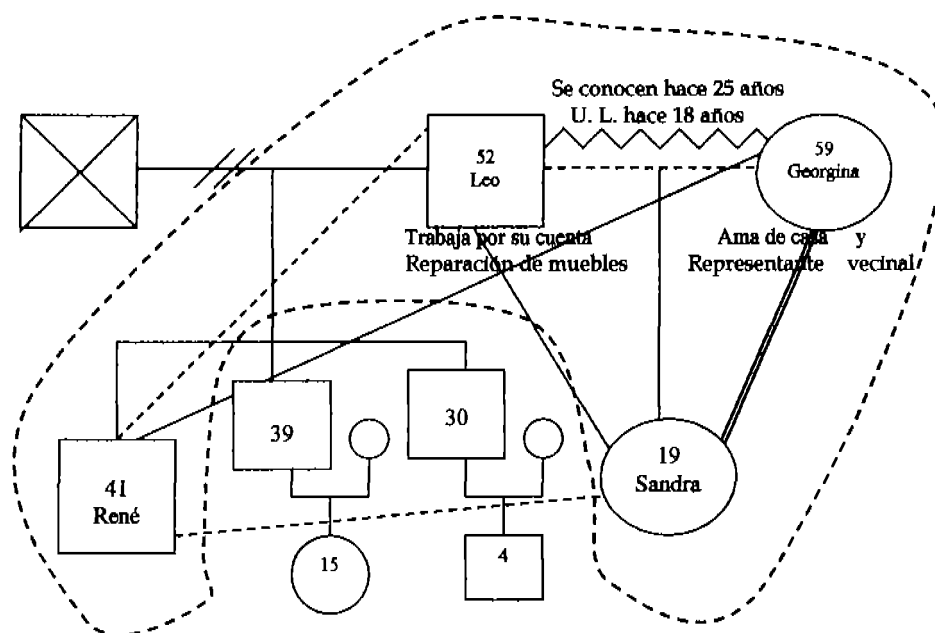
La hipótesis inicial del equipo terapéutico fue que existía un control de parte de Georgina hacia la familia en general, lo cual generaba malestar en Leo, quien aparentemente aceptaba esta situación, pero se aliaba con Sandra en contra de la madre. La forma más clara en que se manifestó el control o poder, fue el hecho de que Georgina administraba todo el dinero que ganaba Leo.

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

René jugaba un papel un tanto periférico en lo que a afectos se refiere; es decir que no se presentaba como parte del problema sino, en cierto modo, como un observador de la dinámica familiar que describía como "disfuncional".

Georgina se dedicaba al hogar y realizaba trabajo en su comunidad como representante vecinal; Leo trabajaba por su cuenta haciendo reparaciones a muebles. Sandra Keila había terminado recientemente el CCH y estaba en espera de realizar su trámite para ingresar a la universidad, aunque aún no sabía que iba a estudiar.

Figura 3. FAMILIOGRAMA CASO GARCÍA ESTÉVEZ



MOTIVO DE CONSULTA

Se manifestó como motivo de consulta los problemas en la relación entre los miembros de la familia, de manera específica entre los padres Georgina y Leo, lo cual afectaba a Sandra y a René. Georgina y Leo presentaban peleas constantes, no se entendían ni llegaban a acuerdos.

Las peleas ocurrían desde mucho tiempo atrás, prácticamente desde que se unieron Leo y Georgina; Sandra se sentía muy afectada y esto lo percibía René quien se encontraba preocupado por todos, pero sobre todo por Sandra.

OBJETIVO TERAPÉUTICO

Pese a que cada uno enfatizaba una parte diferente del problema, acordamos con la familia trabajar respecto a mejorar la relación entre ellos, disminuyendo las peleas entre Leo y Georgina.

DESARROLLO DEL PROCESO TERAPÉUTICO E INTERVENCIONES

Se dedicaron 8 sesiones al trabajo terapéutico con esta familia, sin embargo en 4 ocasiones faltaron, y al final esto generó que fueran dados de baja del servicio. En tres sesiones estuvieron los cuatro presentes, y la otra sesión solo asistieron Leo y Sandra; se dedicó esta sesión al trabajo individual con Sandra pues fue la petición expresa de ambos.

Tras realizar el encuadre terapéutico y explorar el problema manifestado como motivo de consulta, procedimos a preguntar respecto a la situación instrumental; Georgina se hacía cargo de administrar el dinero que ingresaba, el cual provenía del trabajo de Leo. Él no estaba de acuerdo, sin embargo acataba la decisión.

Dado que fue René quien trajo a terapia a la familia, nuestra primera intervención fue el reconocimiento a la familia por la disposición para el trabajo terapéutico.

Georgina habló de cómo Leo la había agredido físicamente en cuatro ocasiones; la última fue medio año antes de iniciar la terapia, y ella se defendió y le dijo que nunca más la volvería a golpear. Al parecer ella sintió al equipo terapéutico más aliado con su esposo que con ella, y abrir el tema de la violencia fue un intento por develar situaciones que colocaran a Leo en una posición de perpetrador y no de víctima.

Sandra describía a sus padres como hipócritas, pues no peleaban frente a sus hermanos cuando vivían con ellos, y frente a ella sí lo hacían.

René propuso como una opción la separación de la pareja, pues él opinaba que no había disposición en Leo ni en su mamá para cambiar; Georgina lo veía como una opción si la terapia no funcionaba, sin embargo para Leo no era una posibilidad pues él no podría mantener la casa y a él por separado. Los cuatro coincidieron en que antes de la separación se podría intentar solucionar los problemas fomentando el respeto.

A lo largo del proceso fueron evidentes los intentos del sistema por mantener su funcionamiento habitual; Leo se negaba a pensar en la separación como una opción anteponiendo la situación económica; Georgina le había dicho que si se iba no le pasaría las llamadas de sus clientes, quienes lo contactaban en su teléfono de casa. Sandra por su parte consideraba que los pleitos eran por tonterías y podrían solucionarlos, pero aceptaba que a ella se le haría difícil el cambio, pues ya se había acostumbrado a vivir así. René participaba en el pleito desviando la discusión hacia él cuando reafirmaba la actitud impositiva de Georgina y la pasividad de Leo, momento en que su mamá lo

agredía verbalmente y le realizaba amenazas veladas de revelar lo que parecía un secreto de su vida privada.

Sandra habló de la importancia de brindarle sesiones individuales a cada uno pues no dirían algunas cosas estando los demás presentes.

En la cuarta sesión se reportaron pequeños cambios relacionados con el solo hecho de venir a la terapia, pues cada que iban a iniciar un pleito, Leo se detenía pensando que ya estaban viviendo a terapia a que les ayudasen y por ello decidía ya no pelear.

Tras la pequeña mejoría, se presentó un pleito fuerte entre Georgina y Leo relacionado con el cuidado de sus mascotas: las perras se iban a pelear con otros y Georgina le pidió a su esposo que las detuviera pues ella estaba lastimada de la espalda y no quería lastimarse más por el jaloneo con los animales, él no quiso hacerlo, ella se molestó mucho y le grito, por lo que Leo estuvo a punto de irse de la casa, pero fue detenido por Georgina quien afirmaba no querer que su hija la culpara de la partida de su padre. Sandra estuvo presente y un tanto aliada con la mamá. René no se enteró hasta la sesión de terapia de lo que había sucedido. Sandra comenta que algo que le molestó mucho y que siempre ocurre es que después de que su papá se regresó cuando Georgina lo fue a buscar a la calle, al día siguiente estaban como si nada hubiera ocurrido; René opinaba que el problema era que su mamá y su hermana le hacían muchas cosas a Leo y éste lo permitía siempre.

En esa oportunidad se les comentó que al equipo le llamaba la atención el momento en que Leo decidió irse, utilizando la metáfora de que parecería un vaso que se llenó hasta el tope y el evento de ese día fue la gota que lo derramó. Se le cuestiona entonces si el estar como si nada hubiera pasado al día siguiente representaba empezar a llenar nuevamente el vaso. Finalmente se les dejó como tarea que cada uno pensara qué podría hacer para mejorar la situación en casa y se les citó en dos semanas.

Se ausentaron una sesión, de acuerdo a nuestras hipótesis como una forma de proteger nuevamente la homeostasis familiar; la siguiente sesión se presentaron solamente Sandra y Leo y pidieron una sesión individual para la chica, en la cual se trabajo sobre la desesperación, un síntoma presente en Sandra que antes ocurría relacionado con los pleitos de sus padres, pero había empezado a generalizarse. Con el apoyo de la supervisora dentro de la sesión se solicitó a Sandra que tratara de darle un nombre a su desesperación, ya sea ansiedad o angustia, además de observarse a sí misma e identificar de donde surgía esta sensación y encontrar la forma en que ella misma pueda manejarlos.

Después de esa sesión no volvieron a asistir, y se les dio de baja de la psicoterapia. Al comunicarme telefónicamente para avisarles que estaban dados de baja, me respondió René quien me comentó que no estaba enterado que no habían asistido, ni las razones de las ausencias, aunque suponía era porque su mamá había empezado a tener mucho trabajo en su comunidad; quedo en pasarle a su madre, padrastro y hermana el recado.

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

Aparentemente René, quien llevaba a la familia a terapia, ante la actitud amenazante de su mamá decidió hacerse a un lado del problema, y Georgina y Leo prefirieron focalizar en Sandra los problemas familiares. Por otro lado, Georgina era quien tenía una mayor jerarquía familiar y como se le complicaba asistir por trabajo comunitario, ya no se movilizó al resto de la familia a asistir para una atención familiar.

A mi parecer en el equipo validamos el juego de la familia al intervenir de forma individual con la hija, sin dar continuidad antes al proceso terapéutico familiar.

No se logró conformar el sistema terapéutico (Minuchín, 1984). El número tan corto de sesiones apenas permitió establecer una hipótesis de cómo se estaba relacionando la familia, así como de su funcionamiento. Las intervenciones fueron pocas, y se recurrió sobre todo el uso de metáforas, el cuestionamiento circular y la prescripción de tareas.

CAMBIOS PRESENTADOS

Individuales:

Sandra pudo empezar a ocuparse de sus síntomas individuales, y realizar una petición de apoyo. Con esto los padres voltearon por un momento a verla, desviando la atención de los pleitos entre ellos.

René cesó de fungir como el salvador, comenzando a colocar distancia entre él y el resto de la familia. De este modo cesó la agresión de su madre y pudo colocarse en una posición donde no estaba en riesgo de ser etiquetado como el portador del síntoma.

Pareja:

Uno de los cambios presentados fue el que Leo pudiera detenerse de continuar las peleas y recordarle a Georgina que al estar en terapia tenían que intentar hacer las cosas de forma diferente.

Otro cambio importante fue el que por iniciativa de Georgina, no se le permitiera a René intervenir en las situaciones de la pareja, lo cual lo llevó a mantenerse fuera del subsistema conyugal.

Familia:

En la familia no se presentaron cambios importantes, más bien se reforzó la pauta de relación y la psicoterapia se convirtió en un intento fallido de solución más. Se volvió la mirada hacia Sandra (la hija) al final del proceso, como una expresión de falta de confianza en poder lograr los cambios deseados a nivel familiar. Podemos considerar que la pareja se une en contra del proceso terapéutico, y de este modo mantiene su modo habitual de funcionar a salvo.

Únicamente se reforzó la separación entre el subsistema fraterno masculino conformado por René, y el subsistema parental.

CASO 3: Nancy y Gerardo

Modelo de supervisión: Terapia Breve M.R.I.

Supervisoras: Piedad Aladro (Sesiones 1 a 4)

Mariblanca Moctezuma (Sesión 5 al cierre del proceso terapéutico)

Número total de sesiones: 11

Terapeutas: Erika Trujillo y Marino Aparicio

Equipo terapéutico: Ivette Delgado, Blanca López, Claudia Navarro, Yazmín Quintero, Alma Téllez, y Joaquín Torres

PRESENTACIÓN DEL CASO (HISTORIA DEL PROBLEMA)

Se presentó la pareja al Centro de Servicios Psicológicos con la finalidad de ser atendidos pues habían tenido tropiezos muy fuertes; habían buscado ayuda pero en la terapia que tuvieron anteriormente él sintió que se burlaron de él al decirle que “no llevaba los pantalones” en su casa. Expresaron preocupación respecto a su hijo Gabriel quien tenía problemas para adaptarse socialmente, además de que sufrió abuso sexual cuando tenía 3 años de edad por parte de un tío materno cuando tenía 3 años de edad; Nancy y Gerardo se muestran tristes y con enojo ante esta situación, pues observan a su hijo temeroso y lo relacionan con el abuso sexual.

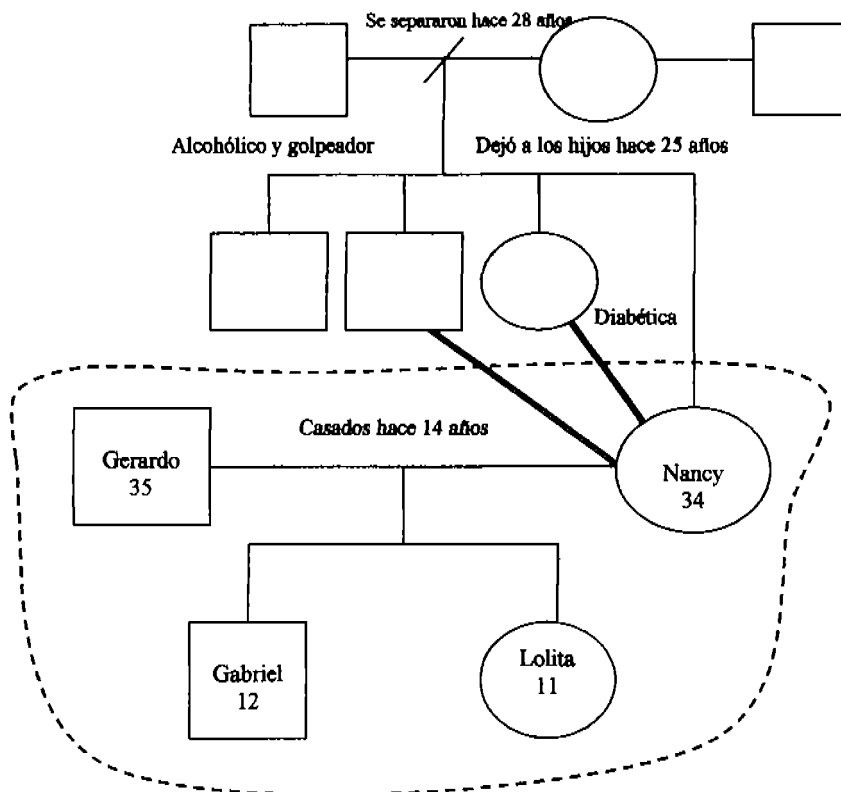
A partir de que sucedió el abuso, Nancy se alejó de su familia de origen, pues no encontró apoyo en su mamá y le dieron el lado a su hermano quien abusó de su hijo.

Gerardo desde el inicio del proceso manifestó su deseo de que su esposa contara con un espacio terapéutico individual para expresar sus malestares y problemas personales; ella estaba de acuerdo en esto por lo que se realizó una sesión individual con ella.

Tres años atrás tuvieron una separación de un año posterior a una infidelidad por parte de Gerardo. En ese tiempo él estuvo viviendo con la otra persona y fue apoyado por su familia de origen; Nancy aún sentía mucho odio, y aunque expresaba querer a su esposo, tenía sentimientos ambiguos de odio y amor por él. Durante la separación tuvo que cambiar de trabajo para evitar la vergüenza ante los demás. Mencionó Nancy que el regreso de Gerardo fue muy bueno para ellos, sobre todo para sus hijos.

Como primer paso se les canalizó a la Asociación para el desarrollo integral de personas violadas A. C. (ADIVAC) para la atención de su hijo Gabriel y se les propuso iniciar un proceso terapéutico con nosotros para llegar a un acuerdo como pareja, y trabajar las problemáticas de la familia y de la pareja, lo cual aceptaron.

Figura 4. FAMILIOGRAMA CASO NANCY Y GERARDO



MOTIVO DE CONSULTA

Hubo varias situaciones que los llevaron a buscar psicoterapia; por un lado sentían que no habían superado el abuso sexual de su hijo, lo cual les generaba tristeza y enojo.

Por otro lado, expresaron problemas de comunicación. Había constantes peleas entre ellos, con agresiones verbales y físicas. Nancy se sentía ignorada y agredida por él quien dedicaba mucho tiempo a estar con su grupo de Alcohólicos Anónimos. Él se sentía excluido de la familia, y agredido por Nancy.

Un punto adicional que se mencionó fueron los problemas emocionales de Nancy.

OBJETIVO TERAPÉUTICO

Mejorar la comunicación entre la pareja, lo cual notarían cuando Nancy ya no agrediera verbalmente ni con acciones a Gerardo, y él le dedicara tiempo a hablar con ella y escucharla, sin ignorarla, agredirla o decirle que estaba loca.

DESARROLLO DEL PROCESO TERAPÉUTICO E INTERVENCIONES

Se realizaron un total de 12 sesiones terapéuticas, la mayoría en pareja, y dos de ellas contando con la presencia individual de Nancy y de Gerardo respectivamente.

La primera sesión fue clave para poder canalizarlos a una institución donde atendieran de forma especial el problema de abuso sexual de su hijo, pero al haber expresado también serios problemas, pudimos establecer un acuerdo de trabajo enfocado en su relación de pareja.

Como su problema central expresaron tener problemas de comunicación, y aceptan haber incurrido en agresiones tanto verbales como físicas. Ambos coincidieron en su deseo de ser tomados en cuenta por el otro, y ambos aceptaron su participación en la problemática.

Se les reconoció el darse la oportunidad de expresar su malestar de forma clara, y el que los dos aceptaran su participación en el problema.

La pauta recurrente era la siguiente: aunque parecían pedirse uno al otro cosas distintas, era parte de una misma situación donde Gerardo no escuchaba, Nancy al no sentirse escuchada gritaba y Gerardo o se iba o respondía directamente a la agresión, con lo cual la situación se volvía un círculo.

Se logró definir como objetivo concreto el trabajar con la comunicación en la pareja. Específicamente él quería que Nancy no le ofendiera con palabras como "puerco", y ella que él no la ignorara, que le prestara atención cuando ella le hablara sin decirle que estaba loca ni salirse de casa al grupo de Alcohólicos para terminar la conversación con ella.

Como intentos de solución, Gerardo va al grupo de "doble A", trata de establecer comunicación con Nancy de forma directa, y siguió la sugerencia de su padrino del grupo de buscar terapia; no responde a las agresiones, más bien se queda callado, lo cual constituye otro de sus intentos. Considera que ella no busca alternativas.

Nancy menciona que lo que ha hecho es aguantar muchas cosas, aguantar a la familia de él, lo cual no es nada agradable para ella pues tiene que oír cómo critican a su marido y a sus hijos. También ha aguantado que la mamá de Gerardo la humille, y todo esto la ha lastimado mucho. Se les señaló que un intento en común era estar en terapia juntos.

Las dos primeras sesiones permitieron aclarar el motivo de consulta, conocer la historia del problema y poder empezar a trabajar sobre el objetivo terapéutico. En la tercera sesión se reportaron cambios al disminuir los conflictos en casa, lo que fueron percibidos por Gerardo, y no por Nancy. En dichas sesiones realizaban escaladas simétricas al describir los malos tratos de que eran objeto por parte del otro, colocándose como víctimas de la situación. Por ejemplo Gerardo expresó la sensación de que Nancy

no está interesada en las cosas de él, a lo cual ella respondió que si se interesaba pero él no la hacía partícipe.

Adicionalmente, de forma individual trabajamos con Nancy respecto a la presión laboral que vivía, ofreciéndole el espacio terapéutico para hablar de ella y sus preocupaciones, como si esa fuera su "hora de vacaciones". Comentó además que sentía mucha culpa, y que no sentía que Gerardo le diera su lugar.

Lo que había hecho para sentirse mejor era aislarse de la gente, tanto del trabajo como de la casa, pues cuando tiene problemas en la casa, ignora a sus hijos y se va a hacer algún quehacer y esto la hace sentirse culpable por querer estar lejos de sus hijos.

Nancy fue abandonada por su madre cuando tenía 9 años, quedando al cuidado de su abuelo, junto con sus hermanos; ella es la menor de los cuatro. El papá era alcohólico, y su abuelo muy exigente y agresivo; considera que no tuvo una familia, pero eso la llevó a unirse más con sus hermanos. En esta sesión se reconoció el papel de Nancy como madre, recalcando que pese a no haber vivido junto con sus padres como hubiera querido, ha realizado una buena labor como madre. La situación que vivió le ha permitido brindar cariño y cuidado a sus hijos pese a no haberlo recibido de sus padres. Decidió trabajar en el espacio individual con su inseguridad.

Después de la cuarta sesión hubo un lapso de dos meses sin asistir a terapia por el período vacacional; nos comunicamos para retomar el caso ahora con la supervisión de la Dra. Mariblanca Moctezuma. Reiniciaron el proceso comentando que les había ido muy bien pues no tuvieron tantos pleitos como antes, lo cual les sorprendió a ambos. Para Nancy la diferencia estuvo en que Gerardo se dio tiempo para estar con ellos, pues antes cuando estaban de vacaciones él se la pasaba en el grupo o durmiendo. Él dijo que precisamente eso iba a preguntar a los terapeutas.

Se les pidió evaluar en una escala de 1 a 10 la mejoría; Nancy dijo que para ella cambió de 1 a 10, y Gerardo respondió que para él la situación mejoró a 8, pero se seguía preguntando qué es lo que provocó el cambio.

Los terapeutas hablamos de que a veces los cambios se dan sin que sepamos a qué se debe pues intervienen una serie de factores, por lo tanto se les pidió continuar haciendo lo que han venido haciendo para que así el cambio se pueda mantener. Les pedimos concentrar su energía en mantener el cambio, en vez de preguntarse qué lo generó, y posteriormente tal vez se llegaría a saber a qué se debió, o tal vez no.

Se dio crédito al cambio y se hizo uso de la metáfora de la bola de nieve: se les indicó seguir haciendo lo que han venido haciendo como una forma de mantener el cambio a pesar de que se sepa o no qué es lo que ha propiciado dicho cambio. De este modo se espera que haya un efecto de "bola de nieve", y que a partir de este cambio inicial las cosas sigan evolucionando favorablemente.

Durante la sesión seis, asistió únicamente Gerardo, quien aprovechó la ausencia de Nancy para expresar su convicción de que ya no se puede rescatar una relación de pareja conyugal, pero sigue firme en conservar la relación como padres y por ello sus

intentos de mejorar la relación. Desde su perspectiva la situación entre ellos sigue siendo muy conflictiva.

Se pudo lograr en él la claridad para definir que quiere mejorar la relación de manera definitiva o promover una separación en el ámbito conyugal. Dicha claridad se remarcó como un recurso importante de la pareja si pudiera lograrse que Nancy la compartiera.

Faltaron la siguiente sesión, y a la siguiente, en que asistieron ambos, se le hizo a Nancy un resumen de lo hablado respecto a la posibilidad de establecerse solamente como pareja parental; ella se mostró muy sorprendida y molesta con su esposo, pues considera que "siempre se le adelanta". La supervisora intervino en esta sesión para remarcar la importancia de que se haya abierto el tema de la separación. Se utilizó la metáfora de que no se puede trabajar sobre construir el techo de una casa si esta no tiene cimientos. Aparentemente el que Gerardo hablara con el equipo terapéutico respecto a la separación, en ausencia de Nancy, y la respuesta de ella, mostró una conducta de agresión por parte de él, que puede considerarse también un evento que muestra "más de lo mismo" en esta relación donde constantemente se presentan la agresión verbal de parte de ella y la indiferencia de parte de Gerardo.

Se reencuadró la situación al introducir el tema de la separación que es ya inminente por parte de Gerardo. Se connotó positivamente la apertura del tema de la separación como una posibilidad de acelerar el proceso hacia una mejoría en ambos, y en los hijos.

Las dos siguientes sesiones no asistieron. Se habló con Nancy vía telefónica para saber su situación respecto al proceso y si pensaban continuar asistiendo; ella comentó que no podrían pues preferían dedicar el recurso económico a pagar la terapia de su hijo. Se les dio cita para una sesión de cierre a la cual asistió únicamente Gerardo quien comentó que Nancy no pudo estar debido a compromisos laborales.

En esta sesión final Gerardo comentó que se logró el objetivo primordial pues Gabriel su hijo se comportaba ya muy diferente con ellos; respecto a las demandas iniciales como pareja, en una escala de 1 a 10 consideraba estaban en un 8 o un 6 dependiendo del momento, pues habían podido platicar cosas que nunca antes habían platicado; él pudo entender a su familia, saber cuál es su malestar y manejarlo sin tanta agresión. Además se empeñó en poner atención en lo que Nancy le decía.

Refirió que para Nancy la psicoterapia no había sido tan útil como ella esperaba, y que muy probablemente estaría en un 6 en escala de 1 a 10; notó un cambio importante en ella al disminuir la agresión hacia sus hijos. Como equipo señalamos la necesidad de un proceso terapéutico individual para Nancy, cuando ella considerara que fuera su momento.

CAMBIOS PRESENTADOS

Individuales:

Nancy disminuyó su agresión hacia sus hijos, y el cambio fue percibido y reconocido por Gerardo.

Gerardo pudo clarificar su posición respecto a la relación de pareja, considerando como una posibilidad la separación entre ellos, pero conservando en todo momento su interés en la unión como pareja de padres.

Gabriel fue atendido de forma exitosa respecto al abuso sexual, en la institución a la cual fue canalizado; mostró un cambio en su comportamiento con los padres que puede ser explicado por el tratamiento en ADIVAC pero también a partir del cambio en la relación entre los padres.

Gerardo consideraba que entendía mejor a su familia y manejaba el malestar con menos agresión que antes de la psicoterapia.

Pareja:

La relación de pareja entre Nancy y Gerardo presentó cambios importantes, sobre todo la disminución de la agresión. A consideración de Gerardo habían llegado a mejorar el manejo de la agresión entre ellos; quizá la percepción de uno y otro era distinta en cuanto al nivel de los cambios, pero ambos los pudieron percibir. Desafortunadamente esto no pudo ser confirmado con Nancy quien no se presentó a las sesiones finales, pero de acuerdo al parámetro de Gerardo sí cambio un poco la situación y tanto él como su esposa pudieron notarlo.

Se presentó un cambio en cuanto a la comunicación, pues pudieron hablar de temas de los que nunca antes habían hablado.

Gerardo hizo un esfuerzo por escuchar a Nancy y prestar atención a lo que ella le dijera, lo cual contribuyó en mucho a la disminución de la agresión verbal de ella.

Como pareja de padres, el poder enfocar sus esfuerzos en el bienestar del hijo, y observar resultados favorables, les permitió comenzar a ocuparse de su relación de pareja.

Familia:

Aún cuando no hubo intervenciones enfocadas a lograr cambios a nivel familiar, la disminución de la agresión entre los padres permitió un ambiente de más cordialidad y un comportamiento distinto en Gabriel.

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

Una de las enseñanzas más significativas que me dejó la formación tiene que ver con la apertura para considerar útiles todas aquellas técnicas y conocimientos que se puedan aplicar de un modo responsable y ético en la intervención con familias. Esta apertura me ha permitido valorar y tomar como herramientas útiles los desarrollos teóricos y metodológicos no solo de las corrientes sistémicas, sino de todos los enfoques terapéuticos que existen y son congruentes con la epistemología sistémica.

Recordando las palabras de uno de mis profesores (Medina, 2002), sería absurdo aceptar el cambio de epistemología de lo lineal a lo recursivo, lo que implica asumir la existencia de distintos modos de percibir, describir, analizar e intervenir con las diferentes realidades y asegurar que la única forma correcta de hacer psicoterapia proviene de una visión sistémica. Sin embargo me queda claro que, si bien no es la única forma correcta de describir los fenómenos humanos e intervenir en ellos, el enfoque sistémico sí es mucho más integrador, y más completo que el resto de las corrientes terapéuticas. Tan es así que cabe la posibilidad de integrar lo que nos sirve de otros enfoques.

La integración de los modelos sistémicos, incorporando incluso aspectos relevantes de otras corrientes teóricas no sistémicas, es posible desde mi punto de vista, siempre y cuando los terapeutas tengamos la suficiente claridad de lo que sí podemos aplicar y lo que no sería viable de acuerdo a la realidad de cada paciente o familia. Debemos reconocer las limitaciones propias de cada modelo terapéutico y la compatibilidad de cada uno con las expectativas y necesidades de las personas que acuden con nosotros en busca de apoyo terapéutico.

Me parece fundamental contar con una formación sólida dentro de un modelo en particular, pero sin perder de vista la diversidad de problemáticas humanas y que los modelos son a final de cuentas productos humanos, por lo tanto perfectibles y limitados. Recordando las palabras sabias de otro profesor (Macías, 2002) “debemos ajustar los modelos a los pacientes, y no tratar de ajustar los pacientes a los modelos terapéuticos”.

1.3 Análisis del Sistema Terapéutico Total

Dentro de la formación el contar con un equipo terapéutico fue muy enriquecedor y desde luego que me permitió concebir la intervención clínica, de forma particular la psicoterapia, desde una óptica distinta al método tradicional de atención. Es una experiencia diferente en el sentido de que como miembros de un equipo terapéutico formamos parte integral de un todo (paciente-terapeuta-supervisor-equipo-personal de recepción); esto me permitió comenzar a observar, intervenir y sentir concurrentemente

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

la psicoterapia. Es sumamente interesante y representa un cambio de visión cuando asumimos que somos parte del sistema aún cuando no estemos siquiera del mismo lado del espejo que la familia o paciente atendidos, y que nuestra visión del problema, del ser humano, y particularmente de la familia, tiene un efecto en la vida de todos los que formamos parte de dicho sistema terapéutico.

Como equipo terapéutico la organización, respeto, coordinación y planeación toman un papel central y afortunadamente pudimos funcionar realmente como equipo, con objetivos en común: la intervención de calidad para los pacientes atendidos, así como el aprendizaje integral de quienes conformamos la segunda generación de la Residencia en Terapia Familiar.

El poder realizar éste análisis ha sido el resultado del transcurrir del tiempo y de tener un acercamiento paulatino con el trabajo en equipo terapéutico. Mi primer acercamiento con un equipo terapéutico sucedió antes de mi ingreso a la Residencia de Terapia Familiar, cuando por deseos de adquirir experiencia y conocer de cerca los escenarios clínicos realicé prácticas en un módulo de Salud Mental del IMSS; en esos momentos tuve oportunidad de ingresar como observadora tras del espejo y percibir como varias terapeutas guiaban las sesiones bajo la supervisión, apoyo y participación constantes de varios expertos. En ese momento, y sin tener el marco de referencia sistémico, me pareció un método ideal para iniciar la delicada labor de apoyar a las personas en su crecimiento personal y en la solución de sus problemas. Al mismo tiempo pensé en el equipo como método de coerción y vigilancia de la habilidad o falta de ella para conducir las sesiones por parte del terapeuta.

A partir de ese momento y hasta mi ingreso en la maestría pude especular muchas cosas y madurar ciertas opiniones y prejuicios acerca del equipo terapéutico. Aún hoy, considero que el uso del equipo terapéutico y cámara unidireccional son una especie de arma de dos filos; si el trabajo en equipo terapéutico es conducido por un supervisor que tenga una postura de total respeto al trabajo de quienes están al otro lado, sean principiantes o no, resulta un instrumento muy poderoso de intervención que enriquece no sólo a las familias o individuos en psicoterapia, sino de manera importantísima a quienes nos formamos día a día bajo el enfoque sistémico.

Desde luego que al paso de los semestres pude ir experimentando diferentes pensamientos, emociones y sensaciones de acuerdo al tipo de participación que fui teniendo. En el primer semestre, en mi rol única y exclusivamente de observadora, y al ser paralelo con el conocimiento básico de la epistemología sistémica, me maraville de este tipo de trabajo, inundándome unas inmensas ganas de participar del otro lado y poder conducir las sesiones con todo el respaldo detrás del espejo.

Mi oportunidad de ingresar del lado de las familias se dio durante el segundo semestre, y con la ventaja enorme de ser coterapeuta con uno de mis supervisores. Esta fue una experiencia que me permitió en primer término atreverme a intervenir y empezar a desarrollar un estilo propio. Al poco tiempo comencé a intervenir en

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

coterapia con uno de mis compañeros de generación, y considero que mis intervenciones con esta familia mostraron un poco de avance, sobre todo en el nivel de confianza. En ambos casos los comentarios de los miembros del equipo tras el espejo, siempre enriquecían mi papel con las familias, y me sorprendía cómo realizar la pausa y conversar con el equipo terapéutico podía ampliar tanto nuestra visión de una sesión donde participamos de modo directo.

Durante el tercer semestre, intervine como terapeuta única, observada y apoyada por una supervisora y el equipo. Ya con conocimientos básicos sobre el modelo estructural, estratégico, terapia breve del M.R.I. y terapia breve centrada en soluciones, el tratar de ajustarme solo al modelo estructural me resultó difícil. En esta supervisión experimenté que además de las ventajas que tiene la multiplicidad de visiones y voces respecto a un problema, en ocasiones la postura opuesta entre un supervisor y el resto del equipo puede interferir negativamente en la intervención con la familia, llegando incluso a contribuir de forma sustancial en el abandono del tratamiento por parte de ésta última. Enfocando esta situación desde la teoría de la comunicación humana, fue muy evidente para mí cómo las diferencias en el contenido aunadas a las diferencias en la relación (en este caso entre la supervisora y el resto del equipo) son sumamente difíciles de manejar mientras no es posible la metacomunicación.

En esta supervisión, por otro lado, también aprendí cómo las percepciones y prejuicios personales de los terapeutas tienen mucho que ver con la visión que podemos desarrollar acerca de los pacientes o clientes. El aprendizaje obtenido fue mucho, me permitió intervenir de modo más satisfactorio bajo esta misma supervisión en otro caso clínico, con resultados muy positivos después de un tiempo; considero que aprendimos a trabajar enfocados en una misma dirección: el beneficio de las familias, y eso permitió la consolidación del equipo. Dicho en otras palabras, pudimos entender las diferencias relacionales y superarlas para beneficio de los pacientes y de nuestra formación como terapeutas.

Finalmente en el cuarto semestre, ya con cierto conocimiento del modelo de Milán y empezando a conocer los modelos posmodernos, pude experimentar con mucha emoción los cierres de algunos casos atendidos. La diferencia más importante que percibo respecto a los semestres anteriores, es la ruptura de la barrera planteada por el espejo, al ocurrir intervenciones directas de otros terapeutas o incluso los supervisores en las sesiones terapéuticas, o a la implementación del equipo reflexivo como parte de la intervención con las familias.

Si bien desarrollé un cambio sustancial a lo largo de mi formación en el plano profesional, ha significado también un cambio muy importante en mi vida personal, como ser humano integral que soy. El cuestionarme mi postura frente a mi propia familia, el reto de conformar una nueva familia desde otro lugar, el asumir mis lados fuertes y limitaciones, el ir cambiando paralelamente con las familias, y sobre todo el

asumir mi visión como una más de las posibles en el mundo, tan valiosa como otras, son sólo algunos ejemplos de ello.

Un aspecto que me queda pendiente, y he seguido trabajando en lograr, es la *Integración* de todo este conocimiento teórico con la práctica clínica, la integración de los modelos sistémicos entre sí, incluyendo las bases no sistémicas con las que todos fuimos formados al inicio de nuestra profesión.

En algunas supervisiones comenzamos a enfocar el trabajo con la persona del terapeuta, sin embargo a mi parecer faltó abordarlo de forma más completa e integrarlo como un aspecto fundamental, que debe incluirse de forma paralela con el conocimiento teórico y el desarrollo de habilidades terapéuticas, pudiendo vincularlo también con la adquisición de una postura ética y de compromiso social dentro de nuestra formación y ejercicio profesional.

2. Habilidades de investigación

A lo largo de los primeros dos semestres se desarrollaron habilidades importantes en el ámbito de la investigación cuantitativa y cualitativa; tales habilidades se continuaron fortaleciendo y aplicando de forma práctica durante el tercero y cuarto semestres. De este modo puedo resumir las habilidades de investigación de la forma siguiente:

- Revisión de material bibliográfico de temáticas diversas inherentes a la familia.
- Integración del material documental y a partir de ello elaboración de productos (proyectos de investigación o de intervención).
- Desarrollo de anteproyectos y proyectos de investigación cuantitativa.
- Acercamiento y conocimiento del surgimiento, desarrollo y situación actual de la Investigación Cualitativa, y su importancia dentro del ámbito clínico.
- Elaboración de talleres e impartición de los mismos en escenarios reales.
- Análisis y esquematización de temas para su discusión en clase o supervisión.

2.1 Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa

Como parte de las materias de tronco común "Métodos de Investigación Aplicada" y "Medición y Evaluación", se desarrollaron tres trabajos de investigación: A) Un anteproyecto de investigación, B) La adaptación de un instrumento a la población mexicana, y C) Una revisión documental acerca de la investigación cualitativa.

A) Anteproyecto de investigación, Propuesta de Intervención Familiar a Víctimas de Desastre

Se desarrolló un anteproyecto de investigación cuantitativo con la finalidad de crear y evaluar estrategias de intervención que faciliten el restablecimiento de la familia tras un evento de desastre, con el objeto de que ésta genere nuevos mecanismos que le permitan enfrentar la situación de manera óptima.

Al tratarse de un anteproyecto no se llevó a la práctica; únicamente se planteó como una idea que valdría la pena retomar para llevarla a cabo y poder así confirmar las hipótesis planteadas. El anteproyecto se incluye de forma completa para su consulta como *Anexo 1*.

B) Adaptación de la Escala de Tácticas de Conflicto a la Población Mexicana

Con base en el interés por estudiar el fenómeno de los conflictos en la familia, se llevó a cabo una revisión de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS) desarrollada por Straus en 1974, y revisada por Straus y Bulcroft en 1975. Dicha escala tiene por objetivo conocer la frecuencia con que determinadas tácticas son empleadas cuando las personas se encuentran en una situación de conflicto.

Dado que la versión original de la prueba está realizada en inglés, y no existía una traducción de la misma al español, se emprendió la tarea de realizar la traducción y adaptación del instrumento a nuestro país, para posteriormente realizar aplicaciones del instrumento final a una muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología y poder calcular la confiabilidad del mismo. Adicionalmente se realizó el análisis factorial con el fin de conocer los componentes presentes en esta nueva prueba, y establecer una comparación con la versión en inglés.

Para la revisión del trabajo completo puede consultarse el *Anexo 2* de este reporte.

C) La Investigación Cualitativa en la Intervención Clínica

Como parte de la materia de investigación cualitativa, se inició un proyecto para desarrollar un libro acerca de métodos de investigación cualitativa; para tal fin a cada uno de los integrantes de la segunda generación nos fue designada la realización de un capítulo a través de la revisión bibliográfica de un tema. En mi caso tuve la labor de revisar el papel que juega la investigación cualitativa en la intervención clínica.

Cabe señalar que el libro no fue terminado, y cada uno de los capítulos quedó desarrollado de forma independiente. Presento un resumen de la investigación realizada como *Anexo 3*.

3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento. Atención y prevención comunitaria

3.1 Productos tecnológicos

Presentación Temática. Entrevistas estructuradas y escalas de estimación

Materia: Medición y Evaluación I

Objetivo: revisar, comprender y exponer las características principales y las diferencias existentes entre las Entrevistas Estructuradas y las Escalas de Estimación, ambas resultado del interés por mejorar los esfuerzos clínicos y de investigación para evaluar la sintomatología Psiquiátrica.

Ensayo. Intervención psicológica en desastres: necesidad de una visión sistémica

Materia: Teorías y Modelos de Intervención I

Se elaboró un ensayo con el fin de reflexionar sobre la importancia de incorporar una visión sistémica al brindar atención psicológica en caso de desastre, tomando en cuenta a la persona del terapeuta en desastres, así como la respuesta humana en comunidades víctimas de desastre.

Presentación Temática. Análisis del Discurso

Materia: Métodos de Investigación Aplicada II

Se realizó la revisión bibliográfica y se elaboró una presentación multimedia del tema en la cual se resaltaron sus antecedentes, definición, características, unidades de análisis, y el proceso para realizar análisis de contenido.

Presentación Temática. "Concepciones del sí mismo (self) y la Identidad: hacia una visión dialógica". Hubert J. M. Hermans.

Materia: Teorías y Modelos de Intervención II

Se llevó a cabo la traducción, síntesis y presentación del tema de forma grupal.

Presentación Temática. "El Cuestionamiento del cambio". Greg J. Neimeyer

Materia: Teorías y Modelos de Intervención II

Se llevó a cabo la síntesis y presentación del tema al grupo.

Presentación Temática. "Hermenéutica, Constructivismo y Terapias Cognitivo-Conductuales: Del Objeto al Proyecto". Óscar F. Gonçalves.

Materia: Teorías y Modelos de Intervención II

Se llevó a cabo la síntesis y presentación del tema al grupo.

Resumen. Estrategias de intervención del modelo estratégico

Materia: Modelo Estratégico

Se llevó a cabo la revisión de las diversas técnicas de intervención propuestas por el Modelo Estratégico, se elaboró una breve explicación de cada una y se ejemplificó o propuso su uso a situaciones particulares de los casos clínicos observados o atendidos hasta ese momento.

Presentación Temática. "Conflictos Familiares y Resolución de los mismos" Jay Haley

Materia: Modelo Estratégico

Se llevó a cabo la revisión del tema, y se elaboró una presentación multimedia para la explicación del mismo en clase.

Presentación Temática. "La comunicación Patológica". Capítulo 3. Teoría de la Comunicación Humana. Watzlawick et. al.

Materia: Terapia Breve

Se llevó a cabo la revisión del tema, y se elaboró una presentación multimedia para la explicación del mismo en clase.

Presentación Temática. "Descripción cibernética de la terapia familiar". Capítulo 4. La Táctica del Cambio. Keeney.

Materia: Terapia Breve

Se llevó a cabo la revisión del tema, y se elaboró una presentación multimedia para la explicación del mismo en clase.

Presentación Temática. "El proceso terapéutico como construcción social del cambio" Laura Fruggeri y cols. Capítulo 3. McNamee.

Materia: Teorías y Modelos de Intervención III

Se llevó a cabo la revisión del tema, y se elaboró una presentación multimedia para la explicación del mismo en clase.

Presentación Temática. "¿Cómo cambia la gente y como podemos cambiar para ayudar a mucha más gente?" James O. Prochaska. Capítulo 8. The Heart and Soul of Change. What works in therapy.

Materia: Seminario de Integración

Se llevó a cabo la traducción, síntesis y presentación del tema de forma grupal. Para la explicación en el grupo se elaboró una presentación multimedia del tema.

Presentación Temática. "Los factores comunes del cambio escolar". Jonh J. Murphy. Capítulo 12. The Heart and Soul of Change. What works in therapy.

Materia: Seminario de Integración

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

Se llevó a cabo la traducción, síntesis y presentación del tema de forma grupal. Para la explicación en el grupo se elaboró una presentación multimedia del tema.

Presentación Temática. Conclusiones respecto a la terapia prescriptiva. Capítulo 9. Prescriptive Therapy. Beutler, Larry E.

Materia: Seminario de Integración

Se llevó a cabo la traducción, síntesis y presentación del capítulo 9 del libro, que contiene las conclusiones respecto a la Terapia Prescriptiva. Para la explicación en el grupo se elaboró una presentación multimedia del tema.

Cuadro comparativo de los Modelos de Terapia Breve, Modelo de Millán y Modelo Estratégico

Materia: Modelo de Millán

Se realizó la comparación de estos tres modelos con base en sus características, la postura del terapeuta, postura del paciente, sus estrategias principales, y las intervenciones que utilizan.

Esquema. El modelo de soluciones

Materia: Modelo de Soluciones

Se recopilaron en una tabla las premisas de la Terapia orientada a las soluciones, y los componentes de la entrevista bajo este modelo.

Ensayo. Intervención familiar en desastres, desde el enfoque de soluciones

Materia: Modelo de Soluciones

Se realizó un análisis minucioso de la forma en que se pueden incorporar las premisas del Modelo de Soluciones a la Intervención Psicosocial que se proporciona en casos de Desastre. Particularmente se analiza como llevar a la práctica la concepción de que los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas, la afirmación de que el cambio es constante, que el cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio, el hecho de que no necesitamos saber mucho sobre la queja ni conocer su causa, el poder concebir que el cambio se puede dar rápido, y que son los clientes los que definen los objetivos.

3.2 Programas de intervención comunitaria

El programa de maestría en Psicología, y particularmente la residencia en terapia familiar, promueven en sus alumnos la realización e implementación de programas de atención comunitaria. Por tal motivo durante el cuarto semestre de la residencia, como parte de la materia de intervención comunitaria, desarrollamos e implementamos talleres en diversos escenarios con el fin de fomentar la prevención a nivel comunitario.

De este modo desarrollé junto con mi compañera Blanca Estela López Torres el taller titulado *Aplicación del enfoque sistémico en la práctica clínica*, el cual fue impartido a siete voluntarios del Programa de Atención Psicológica en Desastres, de la Cruz Roja Mexicana, los días 15, 22 y 29 de Mayo, y 5 de Junio del 2004.

TALLER: APLICACIÓN DEL ENFOQUE SISTÉMICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Análisis de la experiencia

El programa de Atención Psicológica en Desastres (APSIDE), donde se aplicó éste taller, fue creado en 1994 por la psicoanalista Ana María Zellhuber con el fin de brindar apoyo emocional a las víctimas de desastres, y al personal de socorro de la Cruz Roja Mexicana. Funciona con la participación de voluntarios licenciados en psicología o carreras afines, quienes se preparan y brindan su tiempo para la planeación y ejecución de programas de atención antes, durante y después de los desastres.

Los voluntarios del programa se caracterizan por un gran interés en conocer diversos modelos de atención para aplicar en su labor durante los desastres, pero también para enfocarse en su labor profesional futura. Realizando un sondeo nos encontramos con que prácticamente ninguno de los voluntarios de reciente ingreso en 2004 conocía el enfoque sistémico, por lo cual nos pareció de vital importancia difundirlo entre ellos.

El taller tuvo una duración de 12 horas, distribuidas en 4 sesiones, y tuvo por objetivo proporcionar a los participantes una visión general sobre los conceptos básicos del enfoque sistémico, los cuales pudieran aplicar a la intervención clínica que cada uno de ellos realizaba.

Se desarrollo con un grupo homogéneo en el cual todos los participantes eran solteros, con un rango de edad entre los 20 y los 30 años, y casi todos egresados de la carrera de Psicología. Únicamente una persona salía del rango de la edad (51 años) y una de la generalidad con respecto a la carrera (Licenciada en Sociología). Seis de los siete participantes fueron mujeres.

Respecto a nuestra evaluación inicial encontramos que solamente 3 de ellos conocían el enfoque sistémico, particularmente que se refiere a la familia, que parte de la teoría de sistemas, que se trabaja en familia o individualmente, que existen varios modelos de trabajo y que se trabaja con la estructura familiar utilizando conceptos como jerarquías, límites, fronteras y comunicación.

Los participantes consideraron en términos generales que es muy importante en el trabajo clínico, tomar en cuenta aspectos familiares, y que les sería útil el taller para aclarar dudas sobre sus conocimientos previos (quienes los tenían), para tener herramientas y habilidades en el trabajo terapéutico, y por considerar a la familia un lugar donde se forman valores y creencias, y donde se promueve el desarrollo

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

individual. Ninguno de los participantes conocía los orígenes de la terapia familiar, ni alguna estrategia para la evaluación familiar.

Al realizar la evaluación final, los participantes refieren haber encontrado útiles las herramientas revisadas en el taller para tomar en consideración el tema de la comunicación y abordarlo en su práctica clínica, para ampliar su visión hacia el contexto cultural de sus pacientes, para tomar en cuenta las relaciones familiares, y para involucrar a las familias, sobre todo cuando trabajen con niños o adolescentes.

Durante la evaluación final los participantes expusieron las siguientes observaciones generales al taller:

- La estructura, el diseño y desarrollo del taller fueron muy buenos.
- Agradecieron el conocimiento y experiencia compartida, así como el facilitar la autorreflexión.
- Sugirieron prestar más atención en los tiempos, ya que no se cumplió con el encuadre programado, y las facilitadoras transmitimos nuestra angustia y preocupación con los tiempos.
- El taller ayudo a ampliar su visión, y les fue útil de forma personal y profesional.
- La exposición fue clara, precisa, entretenida, dinámica, ilustrada, y se fomentó la participación del grupo.
- Quedo claro el enfoque sistémico y se tiene el deseo de conocer más a cerca de este tema.
- Sugirieron que en las láminas se indique la bibliografía de la que se extrajo la información.

A grandes rasgos el taller fue encontrado útil para los profesionistas que participaron en él. Iniciaron con un conocimiento pobre del enfoque sistémico, y al finalizar se notó un cambio importante en el nivel de conocimiento, y sobre todo en el interés por conocer más, además de encontrar útil el modelo para su labor profesional. Esto significa que se cumplió con el objetivo planteado de proporcionar a los participantes una visión general sobre los conceptos básicos del modelo sistémico.

Se logró llevar a cabo el taller de manera participativa y vivencial, lo cual facilito la autorreflexión y la aplicación práctica de los temas revisados.

Respecto a mi experiencia como facilitadora encuentro muchos aspectos que resaltar; por un lado el trabajar de forma conjunta con otra persona en la facilitación del taller, es una tarea de la cual subestimé su importancia, y que en su momento atrajo ciertas dificultades. La principal dificultad fue que no nos coordinamos con el suficiente tiempo para poder discutir más acerca de las actividades, y sobre todo acerca de su duración, con lo cual hubo actividades a las cuales destinamos menos, o más tiempo del requerido.

La falta de coordinación nos llevó además a una falta de previsión y planeación, lo cual se reflejó en no respetar los tiempos estipulados para cada tema y actividad, que

nos llevó finalmente a incluir una sesión extra. Desde luego que esto se reflejó en el grupo quien al final hizo una observación al respecto.

Considero que durante la ejecución del taller no se presentaron grandes problemas; Blanca y yo, al ser formadas en la misma escuela, mantuvimos una misma visión de los conceptos que manejamos. En todo momento el apoyo y respeto entre nosotras evito interferirnos o descalificarnos durante la impartición de los temas.

Esta experiencia me permitió conocer que es importante mantenerme en una postura más activa no solo en la ejecución de las actividades, sino en la planeación de las mismas, además de la necesidad de mantener comunicación constante con las personas con quienes conforme equipos de trabajo.

Con respecto a la estructura del taller, es presentada en el apartado de correspondiente como *Anexo 4*.

3.3 Presentación de trabajos en foros académicos

Con el apoyo y patrocinio de la Facultad de Psicología, acudí al XIV World *Family Therapy Congress*, de la *International Family Therapy Association (IFTA)*, que se llevó a cabo del 24 al 27 de marzo de 2004, en Estambul, Turquía. El objetivo de asistir a dicho evento fue realizar la presentación de un trabajo en la modalidad de cartel, titulado "**The family with an asthmatic member: an offer of intervention**". Muestro a continuación el trabajo presentado; con respecto al cartel puede ser consultado como *Anexo 5* en el apartado correspondiente.

THE FAMILY WITH AN ASTHMATIC MEMBER: AN OFFER OF INTERVENTION

Graciela Erika Trujillo Núñez*, María Blanca Moctezuma Yano**

ABSTRACT

The asthma is an extremely complex illness associated with allergic, climatic, infectious, endocrinous and emotional factors. The importance of the psychological factors has been demonstrated by diverse studies that can be summarized in two aspects: The existence of psychological factors in the triggering of the crisis and particular characteristics of the personality of the asthmatic child.

The asthma has been related to families with dysfunctional dynamics, overprotection to the asthmatic member, especially when he/she is a child. Overprotection contributes to school problems and isolation; the safety sensation of the child is related to the presence of the parents whose worries do not allow the child to

develop social skills, self security and the possibility of diminishing the impact of psychological elements in the development of asthmatic assaults.

From the previous context is observed the need to generate strategies of attention in the family area that reduce the effect of the assaults of asthma and decrease family events that promote the development of the symptoms.

The present work proposes an intervention strategy designed specifically for parents of children with asthma. The proposal is based on an exhaustive review of methods of systemic approach interventions, emphasizing family implications and the particularities in the interaction performed with an asthmatic member.

The technich proposed consist in no more than 10 sessions, including family evaluation, asthma current status in the patient and the family, the form in which asthma has affected other family areas, and the development of concrete tasks for every family especially focused on the fulfillment of the goal.

The established goals will be adressed to reduce significantly the number of assaults of asthma. Finally, the evaluation is contemplated in two aspects: a quantitative evaluation acording to the number of crisis and qualiutative evaluation of the parents perception of advance and their satisfaction level.

INTRODUCTION

The asthma has been broadly studied from a psychological focus due to the narrow relationship that exists among the emotional factors and the development, maintenance and explanation of the suffering. As it has already been mentioned, the asthma is an extremely complex suffering, associated with allergic, climatic, infectious, endocrine and emotional factors. In this sense, the importance of the psychological factors has been demonstrated by diverse facts that can be summarized in three aspects:

- ❖ The existence of psychological factors in the unchaining of the crisis
- ❖ The peculiar characteristics of the asthmatic boy's personality
- ❖ The existent relationship rules in the families with an asthmatic member

Precipitous situations of asthma attacks

Sudden, intense emotions: the most frequent are the fear and the rage.

Sexual conflicts: A high number of cases are associated with sexuality conflicts, like illicit sexual relationships, disapproved by the parents or the ones that generate blame in the individual, etc.

Interferences of the relationship: Very frequently the asthma attacks are communicated as immediate to family disputes. The asthmatic individuals are particularly sensitive to all

that perturbs the harmony and the protective atmosphere of the home environment. In a great number of cases, the asthma attacks happen after a reproach of parents or teachers.

Dangers or misfortunes to immediate relatives: It is spoken that many asthma attacks have been after the death or accidents that threatened the life of parents or siblings.

OBJECTIVE

To develop a strategy of specific intervention with asthmatic children's families, which favors the development and invigoration of relationship rules, that reduce the dependence and the overprotection and that become translated in the decrease of the incidence of the psychological factors in the development of the suffering and, therefore, in a smaller number of asthma attacks.

STRUCTURE OF THE PROPOSED INTERVENTION

Intervention type: Familiar

Population: Families with children smaller than 12 years, with asthma diagnosis.

Sessions: 8 to 10 weekly sessions from 60 to 90 minutes each. It means that the time of application can be enlarged or decreased, according to the characteristics of each family.

Interdisciplinary Contact

Since it is sought to create a support group that includes the patient, the family and their nets among which includes the institution or personal that offers the medical attention, it's of fundamental importance to comment with the medical dealer the particularities of the suffering: beginning, course and presage. In the same way, it is necessary to work with the health personnel, so that they know the psychological elements implied in the suffering of the asthma.

Frame

The first step once the contact was settled down with the health institution, it's to invite the family to participate in this program of family intervention.

If they accept the invitation to participate they are explained about the work method: the sessions will be video-recorded and that they will probably be seen by some other professional besides the therapist.

Family Evaluation

The family as a resource. The family is contemplated as a primary help source that works in a protective way to increase the resistance to the illnesses and for the compliment of the patient's treatment.

The influence of the family in the course of the chronic illness. It takes into account the interaction between the behavior of the family and the characteristics of the illness and how this interaction can have a negative or positive influence in the course of a chronic affection.

Genograma

Only takes into account the 4 following points:

1. Illness: History
2. Transitions in the vital cycle
3. Identified Patient and Rol
4. Crisis (of the vital cycle and unaware to this)

Family map

The method proposed to have clear the information about the interaction rules, is the family map based on the structural pattern. Minuchin (1979) suggests to use systems, subsystems, lists, limits, and hierarchies.

DEVELOPMENT AND CURRENT STATE OF THE SUFFERING

This journey of the history of the suffering is necessary to know the changes that families have experienced, which modifications impact the family operation starting from the illness and what elements can be useful to manage the illness situation in the family.

IDENTIFICATION OF THE PATTERN OF INTERACTION DURING THE ASTHMA EVENTS

In order of identify the interaction pattern in the family, it is necessary to explore how the asthmatic event begins, what characteristics are presented in the sick member, and what does he do and what do each of the members of the family do, the present people and the absent ones in the event. It's also required to ask what family situations prevailed previously to the event.

DEFINITION OF THE PROBLEM

It is important to keep in mind the utilization of questions to achieve information about the strong sides, the resources and the capacities, negotiating a problem definition that is in our hands and in the family's hands to solve (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990)

ESTABLISHMENT OF THE THERAPEUTIC OBJECTIVE

- To settle down together with the family, a concrete objective and according to the possibilities that are got from the sickness and familiar characteristics.

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

Perform an attitude of hope and trust -without minimizing the illness- and to encourage the families in this situation to focused them in their possibilities in the current time and in the future to achieve a better result (Murphy, 2001)

- Use the miracle question, through which the therapist can grant the patient a vision of possibility
- To supplement the miracle question with some other that promote the materialization of the actions to carry out from each member of the family, for it's achievement.

ELABORATE A PLAN FOR FAMILY ACTION

To elaborate in conjunction with the family, an action plan to achieve a new answer before the asthma attacks.

Using the strategies that have already been used and that have worked and to leave aside those that haven't worked.

The action plan should contain the following elements:

- Signs to identify the severity of the asthmatic crisis
- Strategy to give the "alarm voice" in case it is required
- Immediate actions: call to the doctor, administer the medication, go to the hospital, etc.
- Name a responsible for each action and who would replace them in case if absence.

Not to duplicate responsibilities.

It will be carried out an essay of the action plan.

DISTRIBUTION OF THE INTERVENTION

Interdisciplinary contact

Family Contact

1. Frame
2. Family Evaluation
3. Definition of the problem
4. Establishment of the therapeutic objective
5. Elaborate a plan of family action
6. Reviewing of the execution of the plan
7. New Plan (Review)
8. Reviewing the execution of the plan
9. New Plan (Review)
10. Evaluation and Closing

3.4 Actividades extracurriculares

Curso. "Familia, Discapacidad y Enfermedad".

Fecha: 2 al 6 de junio de 2003.

Organizado por: Centro Nacional de Rehabilitación (CNR)

Lugar: Centro Nacional de Rehabilitación, de la Secretaría de Salud. México, D.F.

Documento obtenido: Diploma

Seminario. "Terapia familiar: el modelo de Milán".

Ponente: Gianfranco Cecchin.

Fecha: 30 y 31 de octubre de 2003.

Duración: 20 horas.

Organizado por: Centro de Salud Humana Sol Naciente y Centro Milanés de Terapia Familiar.

Lugar: Hotel Real del Sur. México, D.F.

Documento obtenido: Diploma.

Curso. "Problemáticas contemporáneas: conversaciones entre terapeutas".

Ponentes: Celia Falicov, Ignacio Maldonado, Carlos Sluzki y Estela Troya

Fecha: 30 y 31 de Enero de 2004.

Duración: 16 horas.

Institución anfitriona: Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF)

Lugar: Museo de Antropología e Historia. México, D.F.

Documento obtenido: Diploma.

Congreso. "XIV World Family Therapy Congress"

Fecha: 24 al 27 de Marzo de 2004.

Lugar: Hotel Conrad. Estambul, Turquía.

Institución: International Family Therapy Association (IFTA)

Documento obtenido: Constancia.

IV. ANÁLISIS TEMÁTICO Y PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

*"Somos terapeutas, porque a nosotros también nos gustan las historias".
Gonçalves, 1998, p. 179.*

El presente capítulo tiene por objetivo presentar el caso clínico de una familia, de un modo más detallado que el resto de los casos descritos en el capítulo anterior. La elección de esta familia para su presentación en este apartado tiene que ver con dos aspectos fundamentalmente, por un lado se trata del caso que desde mi punto de vista pudo estar más apegado a los modelos de supervisión empleados, tanto en la forma de mirar a los miembros del sistema familiar, como en cuanto a las técnicas aplicadas. El segundo aspecto es el énfasis puesto en los recursos de las personas, que al ser aplicado con esta familia promovió el cambio de un modo muy eficaz.

Adicionalmente, quisiera comentar que esta familia me permitió aprender a ver más allá del déficit, y a comprobar que el creer en los seres humanos y promover la percepción de los recursos y aprender a utilizarlos pese a estar atravesando crisis vitales, es una herramienta poderosa en nuestra profesión, al igual que en nuestra vida. Permite asimismo establecer con los pacientes una relación mucho más franca, integral, y de aceptación, que les permite reconocer sus lados fuertes y hacer uso óptimo de ellos.

Como antecedente a la presentación del caso, se trata de una familia con hijos adolescentes, que recién había enfrentado la muerte del padre, quien consumía alcohol y drogas, y cuya hija mayor había iniciado el consumo de inhalantes. Ambos hijos tenían problemas en su rendimiento y conducta en la escuela, al grado de que la hija mayor había sido expulsada poco tiempo atrás. La mamá se enfrentaba a dificultades al tratar de disciplinarlos y de obtener su apoyo en cuanto a las labores y responsabilidades de casa, y mostraba mucha preocupación por la forma en que sus hijos estaban viviendo la pérdida del padre.

Para poder tener un panorama amplio del contexto de atención de esta familia, previo a la presentación del caso describiré algunos aspectos teóricos revisados y utilizados durante el proceso terapéutico.

Teoría de la crisis

Se ha escrito mucho respecto al efecto que tiene en las personas el vivir situaciones de crisis, y cómo el no resolverlas de modo adecuado conduce a problemas a largo plazo. Según Slaikeu (1996) la crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad manifiesta del individuo para el manejo de situaciones particulares haciendo uso de métodos acostumbrados para la solución de problemas; se caracteriza además por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Diversos autores colocan el énfasis en aspectos muy importantes de la crisis; algunos acentúan el trastorno emocional relacionado con la crisis y el fracaso en la solución de problemas, mientras que otros se enfocan sobre la dificultad de las personas en crisis para manejar situaciones nuevas (Slaikeu, 1996).

Para Slaikeu (1996) "Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamientos más altos o más bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo... y los recursos sociales del individuo..." (pag. 16)

Respecto a la visión familiar de las crisis, no son muchos los desarrollos actuales. Como parte de sus aportaciones respecto al tema, Pittman III (1990) habla de la capacidad de las familias para impulsarse a la cordura si deben hacerlo. Define a la crisis como una tensión que afecta a un sistema y requiere un cambio que se aparte de su repertorio habitual; el estado de crisis es señalado por cambios no específicos en el sistema, en el cual los límites se aflojan y permiten la entrada de un terapeuta o alguien que influya sobre el modo de operar del sistema.

Así mismo, las reglas y los roles se confunden, se relajan las expectativas y algunas metas y valores pierden importancia; en la mayoría de los casos se reviven conflictos no resueltos y eso lleva a que las familias en crisis se encuentran desorganizadas y con falta de claridad en su rumbo; parecen en ocasiones con más conflictos de los que tienen, además de que tratan de eliminar la tensión de una forma disfuncional, que solo les permite reducirla sin solucionar el problema (Pittman III, 1990).

De acuerdo con Pittman III (1990) *no es posible el cambio sin crisis* por lo tanto deberíamos dejar de lado nuestra necesidad de proteger de la crisis a las familias; solo la sensación de cambio inminente permite hacer un paso hacia lo desacostumbrado, y con ello se abre la posibilidad de cambio.

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

La tensión es específica para cada sistema; lo que es tensionante para una familia puede no serlo para otra, dependiendo de los valores y expectativas de la familia y de la naturaleza de las relaciones entre sus integrantes. Pittman (1990) afirma que las tensiones que crean menos problemas son las manifiestas, en las cuales no es necesario llevar a las familias a guardar secretos para evitar la vergüenza, el dolor, la culpa o el cambio. En este sentido lo importante no es si la acción ocurrió o no, sino que la tensión y las relaciones son reales y por tanto necesitan ser revisadas y manejadas de un modo distinto.

El autor considera que entre las claves de la salud mental están la responsabilidad y la capacidad de funcionamiento social. Para ello propone una técnica en la cual cada miembro de la familia asuma su responsabilidad por los efectos que causa en los demás y funcione apropiadamente. Con respecto al funcionamiento social, afirma que es fundamental que las familias en crisis toleren los síntomas, pero no el mal funcionamiento del miembro que los presenta.

Por otro lado, define claramente su postura de optimismo ante las familias, considerando un honor que pongan su vida en nuestras manos y el uso del buen humor como herramienta. En este sentido afirma que es más fácil nuestro trabajo como terapeutas si corremos el riesgo de confiar en las familias, y en que actuarán de manera sensata si conocen una forma sensata de actuar.

El autor clasifica a las crisis en cuatro categorías: crisis inesperadas, crisis de desarrollo, crisis estructurales y crisis de desvalimiento (Pittman III, 1990).

- 1) Crisis inesperadas: en las cuales la tensión es obvia y surge claramente de fuerzas ajenas a la familia. Se trata de crisis que no podrían preverse y que no es probable vuelvan a ocurrir. Se acompañan de culpas que no son útiles para enfrentar la crisis; lo que puede hacer la familia en estos casos es concentrar la mayor parte de su energía en lograr reagruparse para mantenerse en funcionamiento. Representan el gran riesgo de que la familia busque culpables o se esfuerce en encontrar algo que podrían haber hecho para evitar la crisis, en cuyo caso el esfuerzo terminar por revelar deficiencias personales y familiares a las cuales se les adjudica dicha responsabilidad de la crisis. Probablemente se pase por alto la necesidad de hacer un esfuerzo común y adaptarse a la situación, enfocándose más bien en un conjunto de ataques y defensas. Refiere como "una oportunidad de curación si las emociones que suscita la crisis en curso adquieren prioridad sobre las emociones vinculadas con el pasado" (Pittman III, 1990, pag. 31).
- 2) Crisis de desarrollo: son universales y previsibles; llegan a presentar cambios permanentes en la estructura y funcionamiento de los miembros de la familia.

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

Abarcan las etapas del ciclo vital familiar, por ejemplo el matrimonio, nacimiento de los hijos, la adolescencia, etc.

Es inevitable que haya crisis en cada estadio de desarrollo, y la familia requiere adaptarse a la cambiante capacidad funcional o estado emocional del miembro que entra en la nueva etapa. Se afirma que la respuesta natural de la familia es la de demorar el cambio, castigarlo o evitarlo, y en este sentido el problema más grave es el enfocarse a detener la crisis en vez de aceptarla, definirla y adaptarse a ella. Otro problema grande (aunque no tan común) es tratar de acelerar o hacer más grandes los cambios.

- 3) **Crisis estructurales:** son aquellas en las cuales se exacerban de manera regular determinadas fuerzas dentro de la familia, generalmente como resultado de una tensión no manifiesta. Incluso no tienen que ver con la tensión, ni son un intento por evitar, comprender ni cambiar nada.

Este tipo de crisis no son un esfuerzo por producir el cambio, sino para evitar que el cambio tenga lugar; ejemplos típicos de familias tendientes a las crisis estructurales, son aquellas con un miembro alcohólico o violento, donde el cambio parece intolerable, aún cuando se trate de la remisión del síntoma. Una forma típica de estas familias para evitar el cambio es la amenaza de desintegración.

- 4) **Crisis de desvalimiento:** ocurre en familias con al menos un miembro dependiente y disfuncional, que mantiene unida a la familia a partir de sus necesidades de cuidado y atención; en ocasiones esta necesidad de ayuda trasciende a la familia y requiere la intervención de personas externas (nifteras, enfermeras, beneficencia social, terapeutas, entre otros). La tensión más importante en este tipo de crisis, deriva de la falta de control del cuidador externo y la posibilidad de que dicho cuidador cambie las reglas o tome decisiones sin explicarlas a la familia.

Otra situación común que contribuye a las crisis de desvalimiento es la falta de concordancia entre la familia y el terapeuta respecto a la forma de actuar, por ejemplo que el terapeuta vaya encaminado a lograr el cambio mientras que la familia está instalada en no cambiar.

En estos casos, es necesario establecer las necesidades específicas del miembro que requiere apoyo, para evitar que los cuidados sean insuficientes o excesivos.

Los aspectos más relevantes al hablar de crisis son, desde mi punto de vista, el que las crisis pueden entenderse de modo positivo, significando igual un riesgo que una oportunidad, y el hecho de que es definida como el punto de cambio; de igual relevancia considero el énfasis en la necesidad de que las familias continúen funcionando a pesar de los síntomas relacionados con la crisis. Esta visión junto con el uso de las técnicas del modelo de terapia breve centrada en soluciones, fueron el enfoque predominante para la atención de la familia.

Las experiencias relacionadas con la pérdida

Desde el punto de vista de White, la mayoría de las personas que atraviesan el llamado “duelo patológico” por la muerte no superada de un ser querido, son llevadas a través del camino de “decir adiós”, comprendiendo con esto que en el momento en que sean capaces de ello habrán superado el problema. Sin embargo, para White (1995) la forma idónea para crear una narrativa distinta respecto de la pérdida es justo el poder decir nuevamente “hola”, con lo cual pueden realizarse preguntas que lleven a extraer un poco de esa persona significativa. Esto permite según White reivindicar la relación, a través de preguntas que inviten a relatar la experiencia positiva que de ellas tenía el ser perdido.

Es importante complementar las preguntas para extraer algo de la persona, con preguntas que incitan a versiones alternativas de la vivencia, versiones que presentan los hechos de un modo que les permita escribir una nueva historia de sus vidas.

Finalmente es necesario circular este nuevo conocimiento surgido del proceso de decir de nuevo “hola”, esto es que haya un público que presencie la nueva historia. Es necesario entonces elaborar preguntas que permitan identificar y reunir a dicho público.

Sluzki (1998) al hablar acerca de las pérdidas asegura que el proceso mediante el cual estas experiencias desgarradoras comienzan a cicatrizar ocurre con la familia, los amigos, los conocidos, en el imaginario privado, en el lenguaje y la construcción de la realidad, en el mundo interpersonal, y en la red social.

Para Sluzki la experiencia de pérdida y dolor es única para cada individuo en contexto; los modelos son por otra parte “redes ideológicas que cazan, ordenan, organizan y otorgan significado a lo que ocurre” (Sluzki, 1998). Las experiencias de pérdida son enfriadas por la mediatización del lenguaje, y son organizadas por éste con base en los múltiples supuestos explícitos e implícitos que nos permiten establecer consensos. Si utilizamos el modelo de red social, tenemos una herramienta conceptual útil y poderosa para organizar las experiencias personales y colectivas relacionadas con la pérdida.

CASO 4: Carmen Esqueda

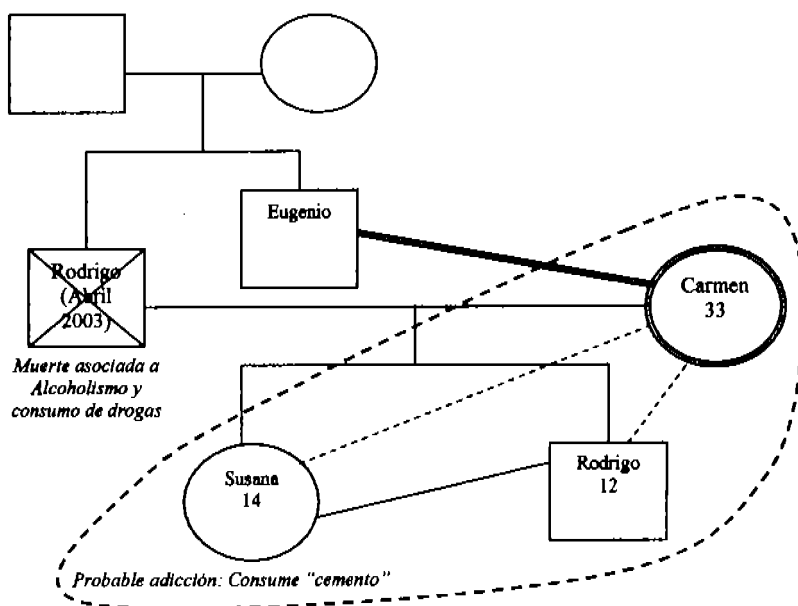
Terapeuta: Erika Trujillo

Supervisora: Nora Rentería Cobos

Enfoque de la supervisión: Modelo de soluciones

Equipo terapéutico: Marino Aparicio, Ivette Delgado, Blanca López, Claudia Navarro, Yazmín Quintero, Alma Téllez, y Joaquín Torres

Figura 1. FAMILIOGRAMA CASO CARMEN



MOTIVO DE CANALIZACIÓN

Es referida por una terapeuta de la residencia en medicina conductual con quien estuvo es tratamiento y fue dada de alta. La terapeuta reporta estar preocupada por esta familia debido al fallecimiento reciente de Rodrigo (el padre) tras lo cual Carmen se entera de que consumía drogas.

Adicionalmente Carmen se enteró hace poco de que Susana (la hija mayor) está consumiendo también drogas.

DESCRIPCIÓN DE LA FAMILIA

Carmen es una mujer de 33 años, viuda desde abril de 2003 en que su esposo murió a consecuencia del alcoholismo. Tiene dos hijos, Susana de 14 años y Rodrigo de 12, quienes cursan actualmente la secundaria. Carmen se dedica a elaborar y vender productos de artesanía, como collares, aretes, y blusas bordadas. En el momento que inició el proceso terapéutico era de la venta de esos productos de donde ella sobrevivía junto con

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

sus hijos, pues la pensión aún estaba en trámite. Posteriormente contaría con ambos ingresos, el de la pensión así como el obtenido por sus ventas.

Vive con sus hijos en la planta baja de una casa, y en la planta alta vive un hermano de su esposo al que considera un apoyo después de que Rodrigo murió.

CRONOGRAMA DE SESIONES

Sesión	Fecha	Asistieron
1	19-Septiembre-2003	Carmen
2	03-Octubre-2003	Carmen, Susana y Rodrigo
3	17-Octubre-2003	No asistieron
4	07-Noviembre-2003	Carmen
5	14-Noviembre-2003	Carmen
6	28-Noviembre-2003	Carmen y Rodrigo
7	09-Enero-2004	Carmen
8	23-Enero-2004	Carmen
9	06-Febrero-2004	No asistieron
10	20-Febrero-2004	Carmen
11: Cierre	05-Marzo-2004	Carmen
12: Seguimiento	25-Junio-2004	Carmen

DESARROLLO DEL PROCESO TERAPÉUTICO

SESIÓN 1

19 de Septiembre de 2003

Asistió Carmen.

Planeación

- Explorar si asistir a terapia familiar es realmente su demanda o es sólo por recomendación de la terapeuta conductual.
- Una vez aclarado lo anterior preguntar en qué considera que le podemos ayudar.
- Se planteó explorar además cómo le ha ido y qué logros obtuvo con la terapia conductual, y qué de lo que aprendió le puede servir ahora.
- Aclarar la demanda y explorar lo del consumo de drogas de la hija.
- Hablar sobre la muerte del esposo, que es un factor nuevo y diferente

Descripción de la sesión

Se inició comentando a Carmen acerca de la modalidad de trabajo con equipo terapéutico, espejo y video-grabación.

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

A lo largo de la sesión se retomaron los puntos de la planeación; Carmen realmente está interesada en recibir atención familiar según expresa debido a que siente una gran preocupación por la educación de sus hijos adolescentes, pues a partir de que murió su esposo siente que no hay quien la apoye en guiarlos y ella frecuentemente no sabe cómo hacerle y siente que se salen de control.

Por otro lado le preocupa el sufrimiento que supone sus hijos deben experimentar por la pérdida del padre, y como no se acercan con ella a platicar considera que se están guardando el sufrimiento y esto los puede dañar más. Hace unas semanas se enteró que su hija fue vista consumiendo droga (cemento) lo cual también la tiene sumamente preocupada.

Menciona que su esposo falleció a consecuencia del alcoholismo que padecía; trabajaba como vigilante de la UNAM y después de que falleció, un compañero de él le comentó que consumía drogas, lo cual el esposo nunca le contó a ella y eso le duele, pues asegura tenían un pacto de que al ser una pareja tendrían la confianza de decirse las cosas.

Finalmente habló de que su hija fue canalizada al centro de Acasulco para ser atendida por un especialista en adicciones, y que tiene un dilema entre asistir allá o a este centro para la atención familiar.

Intervenciones y Mensajes

Se le comentó que cada persona tiene diferentes maneras de expresarse y sobre todo los adolescentes recurren a formas distintas de canalizar su dolor, y seguramente el hecho de que no hablen con ella de la muerte del papá no significa que a su modo no están manejando su duelo.

A partir de los comentarios hechos por el equipo durante la pausa, se le dio el mensaje de que tal vez sus hijos no le dicen como se sienten por preocupación y en la medida que la vean más fuerte tendrán más posibilidad de hablar con ella.

Se comentó que las familias se acercan cuando alguien muere a pesar del dolor, y que siempre que alguien se va queda la sensación de haber podido hacer más cosas, pero no hay duda de que ella ha venido haciendo cosas positivas en su familia.

SESIÓN 2

3 de Octubre de 2003

Asistieron Carmen, Susana y Rodrigo.

Planeación

- Explorar cómo fueron invitados y cómo se sienten los chicos de venir a sesión.
- Comentar con los chicos de sus intereses y gustos, es decir de quiénes son ellos, lo cual ayuda a establecer el "joining"
- Preguntar a Carmen que pensó a partir de la sesión pasada

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

- Si se habla del duelo por la muerte de papá, cómo lo viven y que hacen ellos (los chicos).

Descripción de la sesión

Se inició con la presentación de los dos hijos pues no habían asistido anteriormente. Se les comentó la modalidad de trabajo con equipo terapéutico, espejo y video-grabación.

Se habló de su principal pasatiempo que es jugar al fútbol; tanto Susana como Rodrigo pertenecen a un equipo que juega cada semana y entrena algunas tardes. El equipo de Susana es de la escuela de su hermano donde ella asistía anteriormente, y de la cual acaban de cambiarla por problemas de conducta. Habla de que extraña a sus amigos de la otra escuela, y que "se da sus vueltas" algunas tardes y cuando entrena para saludarlos. El cambio le ha costado trabajo.

Cuando mencionan los partidos que juegan cada sábado, se entristecen al recordar que su papá los acompañaba y los apoyaba cada semana; manifiestan su tristeza a través del llanto y del silencio.

En esta sesión la mamá hace la petición de ser más apoyada por sus hijos, pues siente dificultades en el trato con ellos y en manejar la disciplina en casa.

Se pidió a cada uno decir en una frase o palabra lo que significó para ellos asistir a sesión; para Rodrigo "mucho alegría", para Susana "un rato agradable" y para Carmen "una buena plática".

Intervenciones y Mensajes

Se les envió el mensaje de que es bueno que empiecen a decirse las cosas, pero respetando el ritmo de cada uno, y que el hecho de no hablar implica el cuidado que tienen cada uno respecto a los otros.

Se remarcó la cercanía que tienen entre ellos como familia, y la posibilidad de contar con el apoyo de los demás en caso de requerirlo por dicha cercanía.

Se utilizó la metáfora de un barco dirigido por dos personas, en el cual una de ellas ya no está y esto implica una responsabilidad mayor para quien sí queda y cambios para poder seguir a flote como familia.

SESIÓN 3

17 de Octubre de 2003

No asistieron. Se contactó con Carmen telefónicamente y comentó haber olvidado la cita, motivo por el cual no asistieron ni avisaron de su ausencia.

SESIÓN 4

7 de Noviembre de 2003

Asistió Carmen.

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

Planeación

- Pedir a Carmen que concrete cómo quiere que la apoyen sus hijos
- Establecer cuáles son las cosas concretas que necesita para establecer los límites con sus hijos
- A qué se refiere con llevarse mejor
- Explorar sus redes de apoyo
- Preguntar que ha mejorado de la relación a partir de la última sesión

Descripción de la sesión

En esta sesión Carmen reporta que las cosas han estado un poco mejor, pues ha sentido una mayor participación de sus hijos.

Se exploró cuáles son los métodos que utiliza para que las obligaciones de cada uno se cumplan y menciona que antes le funcionaba un cuadro de recompensas y castigos con Rodrigo, y que tal vez lo podría adaptar ahora para aplicarlo con ambos hijos.

Respecto a los castigos que utiliza, dice que le cuesta trabajo definir cómo castigarlos, pues hay cosas que considera importantes para que sean chicos sanos, como el deporte, y que no se atreve a castigarlos con no ir a jugar por ejemplo.

Habla de que hay una mayor ayuda de parte de Rodrigo quien incluso los domingos le ayuda a vender, que de parte de Susana.

Intervenciones y Mensajes

Se implementó equipo reflexivo con lo cual se enviaron los siguientes mensajes:

- La importancia de realizar negociaciones
- La importancia del deporte en la vida de los adolescentes, y el poder discriminar entre un castigo y otro no tan favorable
- La diferencia entre benevolencia y responsabilidad
- La sensación que da de estar cambiando y ser una persona muy fuerte y capaz de enfrentar adversidades

Finalmente se comentó brevemente acerca de los mensajes, ante los cuales comentó estar sorprendida, sobre todo por ser vista como una persona fuerte. Se habló de que lo común es considerar fuerte a alguien con voz alta, pero que la fortaleza está en las acciones y en enfrentar la vida y resolver situaciones.

SESIÓN 5

14 de Noviembre de 2003

Asistió Carmen.

Planeación

- Preguntar cómo está y como la ven sus hijos
- Preguntar acerca de la evolución del tratamiento de Susana

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

Descripción de la sesión

Acude Carmen y comenta que Susana no desea asistir pues le incomoda ser observada y grabada; se le comentó que no la presionara y que si en algún momento deseaba integrarse lo hiciera pero sin sentirse obligada a hacerlo.

Habla de que sigue habiendo una mejor situación en casa, pues se ha cumplido más con las tareas de cada uno, pero le sigue constando trabajar la disciplina. Al respecto considera que dependiendo del acto debe imponer un castigo.

La situación ha mejorado con Susana en el sentido que la chica ha tomado la iniciativa para hacer las labores de la casa y para dialogar cuando no se cumple con los acuerdos, e incluso le ha pedido a Rodrigo que también haga lo que le corresponde. Rodrigo por su parte ha mejorado su conducta en la escuela y ha respondido diferente cuando se le llama la atención.

Al preguntarle a Carmen lo que quiere para sus hijos, responde que quiere que sean chicos de bien.

Intervenciones y Mensajes

Se envió como mensaje:

“Es importante que Carmen se crea que es la autoridad de una madre que hoy se quedó sola, pero es imposible asumir el papel de papá y mamá por lo cual ella solo puede fungir como madre”. “Para cualquier persona es difícil el trato con adolescentes, incluso para su esposo lo sería”.

Se reconocieron y remarcaron los cambios siguientes:

- Susana tomó la iniciativa para hablar y hacer acuerdos respecto a las labores en casa.
- Rodrigo ha mejorado en la escuela.
- Rodrigo respondió diferente a los llamados de atención.
- Carmen reconoce que están cambiando y que ya no son unos niños, por lo cual son necesarias reglas acordes con su edad.
- Carmen da la oportunidad al diálogo con sus hijos; los escucha sin que esto ponga en cuestionamiento que se implemente la consecuencia cuando alguno de ellos no cumplen con algún acuerdo.

SESIÓN 6

28 de Noviembre de 2003

Asistieron Carmen y Rodrigo.

Planeación

- Explorar si continúan los cambios. Si continúan, explorar como podrían hacer para mantenerlos y/o ampliarlos.

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

- Respecto a la educación de sus hijos preguntar a Carmen cuáles considera las más importantes.
- Preguntar cómo piensan pasar las fechas navideñas y la implicación de que será la primera navidad sin Rodrigo (padre).

Descripción de la sesión

Carmen refiere que continúan los cambios, y particularmente nota que su hijo ha participado más en las labores de la casa sin quejarse y sin tener que insistirle tanto; Rodrigo menciona que está de acuerdo en que las cosas van mejor pues antes su mamá le gritaba y ahora ya no, y que en la escuela ya no lo regañan tanto por no llevar tarea. Al preguntarle qué has hecho diferente, él responde que hacer la tarea, y Carmen amplía la respuesta en apoyo de su hijo.

Como lo más importante para sus hijos, ella considera que tengan valores, como ser responsable y honestos; Carmen se daría cuenta que están teniendo estos valores en sus actos, si le dicen la verdad, y en que respeten las cosas cuando van a una casa. Al respecto Rodrigo opina que es muy importante lo que dice su mamá y aunque se interesa en saber si ella ha captado señales de deshonestidad de su parte, no se anima a preguntarle.

Refieren que Susana también ha notado estos cambios. Se les cuestionó cómo hacer para mantener los cambios; Rodrigo opina que seguir haciendo las cosas que a cada quien le corresponden, de forma que hagan todo entre todos, y Carmen opina igual, que si continúan cada quien cumpliendo sus responsabilidades los cambios seguirán presentes.

Carmen habló de que ha empezado a priorizar con sus hijos, lo cual le ha servido para no sentirse sobrecargada y con la sensación de tener que hacer todo al mismo tiempo.

Rodrigo tiene muy claras sus responsabilidades, incluso las mencionó en la sesión.

Se realizó un cambio en la dirección sugerido por el equipo terapéutico hacia las cosas que disfrutan y hacen juntos, en familia; comparten ir los tres al fútbol los sábados. Rodrigo menciona que están juntos y le agrada; Carmen agrega que también le agrada esa convivencia, sobre todo porque después de los partidos se van a algún lado, y que a pesar de que no le gusta el fútbol los acompaña pues considera es muy positivo que hagan un deporte, y eso la ha llevado a interesarse y aprender un poco sobre ese deporte.

Susana y Rodrigo comparten a veces el ir juntos a fiestas, aunque a la chica le disgusta que Rodrigo le cuente lo que ocurre en las fiestas a su mamá. Él refiere que se llevan bien y se cuentan sus cosas, y generalmente se respetan. Carmen ha apoyado esta unión a través de conversar con ellos.

Intervenciones y Mensajes

Se intervino mencionando el efecto de "bola de nieve": Carmen mencionó que no notó los cambios hasta ese momento y se le enfatiza que entonces parece que unos cambios han llevado a otros sin que siquiera se den cuenta de ello, pero ha ocurrido.

Después de la pausa los mensajes fueron:

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

- Los cambios ocurren como en una especie de círculo donde cada uno ha apoyado el mantenimiento del mismo: Rodrigo coopera, Carmen no se exalta y no grita, Susana lo nota y continúa haciendo lo que les corresponde, al igual que Rodrigo, etc.
- Es importante planear el tiempo libre para compartirlo como familia.
- Se les pidió como tarea organizar su tiempo para realizar actividades planeadas durante las vacaciones.
- Se resalto que las fechas próximas serán seguramente difíciles por la nostalgia y la ausencia de Rodrigo padre, pero confiamos en que lo van a poder enfrentar sobre todo al estar ahora más unidos como familia.
- Se le envió un mensaje a Susana de que la extrañamos hoy en la sesión, pero suponemos a partir de lo que escuchamos que está tan bien como Rodrigo y Carmen, y si en algún momento quiere asistir la esperamos.

SESIÓN 7

9 de Enero de 2004

Asistió Carmen.

Planeación

- Explorar como se encuentra la familia tras la ausencia de más de un mes en la psicoterapia por las vacaciones.

Descripción de la sesión

Acude Carmen, mencionando que tuvo un buen fin de año, en el cual pudo descansar y se dio tiempo para reflexionar sobre ella, pues considera se ha ido conociendo en este tiempo y descubrió cosas de si misma que le pueden ayudar mucho para no quedarse donde está, sino ir más allá, saber más, hacer otras cosas, no ser conformista.

Respecto a sus hijos descubrió que tiene diversas preocupaciones: que sean chicos que no se vayan del lado equivocado, que no se mantengan involucrados en drogas, que tengan un trabajo y sean personas felices.

Comentó que hubo un problema en la escuela con Rodrigo pues lo encontraron con otros compañeros tocándose y masturbándose en el baño; ella lo considera un juego sexual apropiado para la edad de su hijo, pero sí le preocupa el modo en que lo están manejando en la escuela, donde le han recomendado incluso que lo lleve con un psicólogo. A partir de esto ella se acercó con su hijo y hablaron respecto a la sexualidad, lo cual le costó mucho trabajo pues había asumido que era un tema que el chico tendría que tocar con su padre, no con ella, y expresa con mucho dolor que le hace falta su esposo.

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

Expresa que pensaba que ella pasaría este proceso de la adolescencia de sus hijos al lado de su esposo; sin embargo sabe que sus hijos sí le tienen la confianza necesaria para acercarse a ella en situaciones difíciles, por ejemplo relacionadas con su sexualidad.

Considera que si sus hijos la calificaran en su rol de madre, Susana le pondría un 9, y Rodrigo un 7 u 8. Ella se pondría un 6; y su esposo le pondría un 10.

Habla finalmente de que siente tener un "freno", pues tiene las ganas de hacer cosas pero algo se lo impide.

Intervenciones y Mensajes

Se retomó la intervención de sesiones atrás respecto a que Carmen no puede cumplir en los roles de mamá y papá, sino ser mamá de dos hijos que desafortunadamente no cuentan con un padre.

Se enfatizó la importancia de la confianza que sus hijos tienen con ella como un recurso importante de la familia.

Se elogió su capacidad para abrirse ante sus hijos en un tema tan difícil de abordar como lo es la sexualidad.

Se recurrió a la técnica de "Decir de nuevo hola" al pedirle que pensara en cómo la evaluaría su esposo si pudiera hacerlo, y al invitarla a reconocer todo lo que Rodrigo dejó, no solo lo que ya no tienen a partir de su muerte.

Se le dieron los siguientes mensajes del equipo:

- Nos inquieta saber si se ha dado momentos para llorar por su pérdida, y se pone a su disposición las sesiones de psicoterapia para hacerlo siempre que lo necesite.
- Se le solicitó pensar y escribir como tarea 1) qué cosas considera que la pudieran estar frenando, 2) cómo se daría cuenta que ya no está puesto dicho freno y 3) qué ha estado haciendo para vencer el freno (excepciones)
- Se le sugirió buscar apoyo en una figura que sustituya la imagen paterna de Rodrigo con su hijo y aborde los temas que para ella como mujer le serían difíciles; pensó en su cuñado Eugenio.
- Quizá el no acercarse y conversar con ella sea parte del estilo personal de Rodrigo.
- Como una mamá la vemos con mucha claridad y seguridad.

SESIÓN 8

23 de Enero de 2004

Asistió Carmen.

Planeación

- Explorar qué ha sucedido con la situación escolar de Rodrigo a partir de la masturbación.

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

- Explorar que ha sucedido con la situación de Susana y su proceso terapéutico para combatir el consumo de drogas.
- Plantear la posibilidad de establecer contacto con la escuela de Rodrigo y con el terapeuta de Susana para trabajar de forma conjunta.
- Revisar la tarea de la sesión pasada.

Descripción de la sesión

Está un poco menos estresada; en casa se están comunicando mejor y les ha funcionado hablar y que ella les diga a sus hijos qué espera de ellos. Ve mejor a Susana es la escuela y en su aspecto físico, y Rodrigo considera está igual pues no quiere estudiar, está rebelde, no toma los apuntes, y reprobó 5 materias en el bimestre, de un total de 12.

Al preguntarle qué mejoras ha notado a partir de que ella apoye a su hijo en la escuela, respondió que lo nota contento; ha pensado en cambiarlo de escuela pues donde asiste es un ambiente de mucho vandalismo y riesgos.

Respecto a Susana apenas retomará su proceso en Acasulco; lleva 8 de 12 sesiones. Le gusta que su hija le hace caso a la primera, y ya no se reúne tanto con los chicos con quienes empezó a consumir drogas. Respecto al consumo que tuvo su esposo antes de morir, ella le dijo a su hija pues notó que ella sospechaba, y no le ha comentado a Rodrigo.

El freno del que habló en la sesión pasada se conforma por su estado de ánimo; hay mucho coraje por la falta de confianza de su esposo al no decirle que consumía drogas, pues se apoyaba en él cuando él le “jugo mal” y le mintió, no es justo para ella que no la haya tomado en cuenta para decirle por lo que estaba pasando tras 16 años juntos. Se imagina que lo oculto por miedo y la seguridad de poder manejar él la situación solo.

Intervenciones y Mensajes

Se hizo el señalamiento de que ella se ha ido adaptando al cambio de sus hijos por entrar a la etapa adolescente.

Se reforzaron los cambios que ella ha hecho respecto a sus hijos, como apoyar a Rodrigo para las tareas, confiar en Susana, y buscar apoyos.

Se señaló que los cambios más sólidos son los pequeños.

Se reforzó como algo válido el que esté tan enojada con Rodrigo, por un lado al haberse ido (lo cual es parte natural cuando uno enfrenta la muerte de alguien) y por el hecho de haber decidido no decirle que consumía drogas.

Se le cuestionó qué habrá visto Rodrigo para tener la certeza de que ella podría sola con la responsabilidad de ser madre sin él, esto con el fin de enfatizar sus capacidades y recursos.

Como mensajes del equipo se recalcaron los siguientes:

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

- Que entendemos su necesidad de cerciorarse de que Susana no esté consumiendo drogas sobre todo a partir de la experiencia con su esposo.
- El no decirle fue una decisión de Rodrigo, correcta o incorrecta, pero lo que ella hizo fue dar tu apoyo del modo que consideró correcto con la información que tenía.
- Se recalcó el freno no como algo que la detiene, sino que ella controla y le permite pensar con más calma las decisiones, y que el no acelerar ahora le servirá para tomar decisiones mejor pensadas y más sensatas.

SESIÓN 9

6 de Febrero de 2004

No asistieron. Carmen se comunicó para avisar que le sería imposible asistir porque debía realizar un trámite relacionado con su plaza de trabajo en la UNAM.

SESIÓN 10

20 de Febrero de 2004

Asistió Carmen.

Planeación

- Explorar la situación familiar actual respecto a los cambios que se han venido presentando.

Descripción de la sesión

Comienza la sesión hablando de que sentir que estaba perdiendo el tiempo le sirvió para empezar a tomar decisiones; ha hablado más con su hijo, y su cuñado le ha apoyado económicamente pagando la terapia de Rodrigo.

Nota a Rodrigo cambiado, lo nota más responsable, ha mejorado sus calificaciones, se asea y arregla más, le platica de las chicas de su escuela e incluso lo acompañó a comprar un regalo para una chica. Siente que están más cercanos. Con Susana ha tenido mayor facilidad para acercarse, y ahora también lo está logrando con su hijo; lo "apapacha" sin dejar de ponerle límites, y platica más con él.

Esto se ha reflejado en un ambiente familiar de más armonía, percibe menos triste su casa, acepta más la situación de que su esposo murió, y esto le permite quedarse sola, lo que antes no podía hacer. Ella por su parte ha podido aplicar lo aprendido en la terapia y los talleres que ha tomado. Se siente bien, aceptando la muerte de su esposo, ya no le reprocha, valora el esfuerzo de sus hermanas y mamá por apoyarla y acompañarla en el duelo, ya no tiene pensamientos negativos, y aunque sí hay mucho dolor de que él se haya ido, puede ver su foto sin llorar y agradecerle lo que hizo por ellos.

Considera que no faltaría mucho, solamente seguir siendo constante en la aplicación de reglas y límites con sus hijos.

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

Intervenciones y Mensajes

Se señaló como una capacidad de Carmen el poder identificar las diferencias entre su relación con su hijo y con su hija, y a partir de ello ajustar su forma de acercarse a cada uno.

Se enfatizó también su capacidad para poder ver lo positivo que le dio Rodrigo su esposo, sin quedarse solamente con la idea de haber sido traicionada por él.

Se ampliaron los cambios. Se le preguntó qué faltaría para considerar que se ha cumplido el objetivo de la terapia respecto a la relación entre ella y sus hijos.

Los mensajes vertidos por el equipo son:

- Las opiniones del equipo se dividen entre seguir trabajando en relación a los hijos, y otras que opinan que deberíamos empezar a trabajar respecto a Carmen. Ella opina que su interés en ese momento es sacar a sus hijos adelante.

- Se le pidió pensar si se terminara en este momento el proceso, qué cosas de la psicoterapia encuentra útiles en las diferentes áreas de su vida.

Identificó en ese momento el poder reflexionar, y el haberle dicho cosas de ella que no conocía mediante el equipo reflexivo. Se le pidió que identificara cómo esto se ve reflejado en casa.

SESIÓN 11. Cierre

5 de Marzo de 2004

Asistió Carmen.

Planeación

- Revisar la tarea, respecto a cómo se ha reflejado en su vida lo que ha aprendido en el proceso terapéutico.
- Replantear el curso del proceso terapéutico a partir de nuestra idea de que la demanda inicial ha sido cubierta.

Descripción de la sesión

Al preguntar a Carmen que pensó respecto a lo que comentamos la sesión pasada, ella plantea la pregunta de si puede terminarse ya la psicoterapia pues se le está haciendo un poco difícil asistir y donde lleva a su hijo a psicoterapia pueden atenderlos por la tarde.

Rodrigo le escribió una carta agradeciéndole por su empeño en ellos, incluso al llevarlos a terapia; le sorprendió pues pensaba que sus hijos no valoraban asistir a terapia sino que lo consideraban un espacio para locos. Sintió muy bonito y pensó que la carta es una señal de que está haciendo las cosas bien.

Abordamos de forma amplia el tema del apoyo. Siente que sus hijos y ella se han apoyado de forma mutua cuando regresa la nostalgia en alguno por la pérdida de Rodrigo; por otro lado Susana ya la apoya más en el trabajo lo cual le da oportunidad de

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

hacer otras cosas en casa o descansar. Los lleva a regularización como apoyo para que ellos mejoren las calificaciones.

Considera que, si bien nunca terminamos de aprender, ella ha aprendido mucho en la terapia con nosotros, en la anterior terapia y en un taller de autoestima al que asistió, y ahora sólo queda ponerlo en práctica, por lo cual decidimos conjuntamente dar por cerrado el proceso terapéutico.

Ha notado un crecimiento en ella al buscar alternativas y respuestas, sin quedarse en el berrinche del enojo, o estancada esperando que sucediera algo imposible, como volver a ver a Rodrigo; considera que ya lo perdonó y lo dejó ir.

Al final de la sesión se realizó la intervención del equipo reflexivo, tras lo cual se mostró emocionada al escuchar las cosas buenas de ella que se mencionaron, lo que considera muy útil para continuar haciendo las cosas bien. Se realizó el cierre reconociendo sus cambios y sus capacidades, felicitándola y agradeciéndole su constancia e interés por el espacio terapéutico.

Intervenciones y Mensajes

Se le preguntó qué le dice de ella haber leído la carta de su hijo como un reconocimiento de sus cualidades y recursos.

Se habló del llanto como una expresión emocional que puede significar más de una cosa, y de cómo ellos han podido darle un nuevo sentido al llanto.

Se le cuestionó que ve en ella y su familia que le hace sentir que puede continuar sin asistir a terapia, para enfatizar sus fortalezas.

Se le señaló como una impresión del equipo que no solo sus hijos han crecido, sino también ella.

Los mensajes del equipo en esta sesión de cierre fueron:

- El reconocimiento del equipo por los cambios que ha logrado.
- Se le plantearon tres opciones: 1) que fuera la última sesión, 2) que hubiera una sesión más para hacer el cierre y 3) realizar una sesión más de seguimiento en 3 meses. Ella decidió venir a una sesión de seguimiento.

Se implementó equipo reflexivo con lo cual se enviaron los siguientes mensajes:

- La sorpresa y agrado por ser testigos de sus recursos, y su capacidad de cambio a pesar de enfrentar situaciones difíciles como perder a su pareja y quedar a cargo de dos hijos adolescentes.
- La seguridad que notamos de que sabe como ir acomodando y encaminando su vida.
- El agrado de escuchar que ha sido capaz de perdonar a Rodrigo y perdonarse ella.
- Que cuenta con redes de apoyo importantes, y ha podido relacionarse de un modo muy positivo con las personas que conforman su red.
- Que sabe donde quiere ir y se esfuerza por llegar.

SESIÓN 12, Seguimiento

25 de Junio de 2004

Asistió Carmen.

Planeación

▪ Saber como se encuentra la situación familiar y que ha sucedido con los cambios logrados durante el proceso terapéutico.

Descripción de la sesión

Refiere ha habido muchas cosas, buenas y malas. Ha tenido mucha tarea con sus hijos; continúan en terapia ella y Rodrigo, pues Susana ya no quiso asistir a ningún proceso terapéutico. Ha hablado mucho con su hijo, considera que ha crecido y lo ve un poco mejor en su conducta, incluso él decidió terminar el año escolar y salvar las materias que pudiera, pero a ella le agrada mucho que haya sido por iniciativa de su hijo.

Una gran parte de la sesión Carmen habló de las dificultades que ha tenido con Susana, quien continúa con la adicción; desde hace un mes la atienden en Centros de Integración Juvenil. Le ha costado mucho trabajo manejar la situación de adicción de su hija, el observar como esto repercute en toda la familia, particularmente en Rodrigo, quien le reprocha que la deje salir sabiendo que irá a consumir droga, el quererla ayudar y que le digan que solo Susana puede ayudarse y debe dejarla tocar fondo.

Se le reconoció que como mamá lo que puede hacer, y está haciendo, es posibilitar las condiciones necesarias para que su hija cambie, pues no es su responsabilidad directa el cambio de Susana.

Siente que su hijo no comprende el problema pues le hace reproches por dejarla salir de la casa, y teme que él esté viendo que pierde autoridad pues lo considera un riesgo para que en el futuro él tampoco respete su autoridad como madre.

Pese a todo esto, considera a podido enfrentar la situación sin abatirse y haciendo uso de sus recursos personales y familiares.

Intervenciones y Mensajes

• Ubicar a Rodrigo como un termómetro de las cosas que está haciendo ella como mamá y que le estaría faltando. De este modo se les colocó a ella y su hijo como un equipo frente el problema de la adicción de Susana. Se le llevó a identificar a más personas con quien pueda hacer equipo, y encontró en su mamá y su cuñado a dos miembros más.

• Enfrentar la adicción requiere mucha paciencia y entereza; se utilizó como metáfora el nado de resistencia comparado con el nadar a velocidad, pensando en que para enfrentar esto requiere una actitud de resistencia y muchos apoyos.

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

- Se le señaló todo lo que está haciendo para ayudarse en esta situación, dejando abierta la posibilidad de que me contacte si requiere algún tipo de apoyo.
- Se le entregó un “diploma de recursos especiales”, como reconocimiento escrito de los recursos que observamos en ella durante su proceso terapéutico.

INTEGRACIÓN DEL CASO

SÍNTESIS DEL PROCESO

A la mayoría de las sesiones acudió Carmen sola pues Susana optó por el tratamiento de adicciones y se negó a asistir a ambos espacios, además de que una preocupación de Carmen era el rendimiento escolar de sus hijos y el asistir a terapia implicaba que faltaran a la escuela por el horario.

A lo largo del proceso se pudo fortalecer a Carmen, o más bien llevarla al reconocimiento de su fortaleza, lo cual le permitió asumir una postura más firme frente a sus hijos y negociar acerca de las reglas, límites y apoyos en casa. Al mismo tiempo se fue trabajando en la elaboración del duelo por la pérdida del esposo, con lo cual se pudo concluir el proceso después de 11 sesiones.

La petición de concluir el proceso terapéutico fue hecha por Carmen, quien afirmó sentirse lista para continuar sin el apoyo terapéutico, al sentirse más segura y con un buen manejo de la educación de sus hijos y de la relación con ellos. Por otro lado expresó que ve de otra forma la muerte de Rodrigo pues quizá el no platicarle que consumía drogas constituyó un intento por protegerla de sufrir.

Se realizó un seguimiento tres meses después en el cual Carmen reportó continuar con los cambios logrados pese a que estaba viviendo situaciones difíciles relacionadas con la adicción de su hija a las drogas.

EVALUACIÓN DE PROBLEMAS

Los problemas enunciados por Carmen desde el inicio del proceso fueron tres:

1. La sensación de necesitar un apoyo en guiar la educación de sus hijos a raíz de la muerte de su esposo, pues siente que se le salen de control.
2. La tristeza por la muerte de su esposo y el haberse enterado que consumía drogas. Dicha tristeza es no solo en Carmen, sino en sus hijos, y le preocupa el hecho de que no le expresen su dolor verbalmente, pero los observa tristes.
3. La preocupación por su hija Susana pues le comentaron que la vieron inhalando cemento.

Cada uno de estos problemas presenta una evolución distinta; la sensación de falta de apoyo y dificultades para impartir la disciplina y la tristeza asociada a la muerte de su esposo tiene 5 meses, desde abril, mes en que Rodrigo falleció.

Con respecto a la preocupación por Susana se presenta desde hace unas semanas en que le comentaron haberla visto consumiendo drogas.

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

A lo largo del proceso agregó un problema relacionado con los anteriores: la preocupación de que Rodrigo tuviera una orientación respecto a la sexualidad pues fue encontrado en la escuela junto con otros compañeros masturbándose frente a sus compañeras.

EVALUACIÓN DE RECURSOS

Algo sobresaliente en Carmen que pudo ser evidenciado a través del proceso terapéutico y sobre todo de acuerdo al modelo bajo el cual se supervisó el caso, fueron precisamente los recursos en ella para poder enfrentar las situaciones que estaba atravesando. Algunos de los más importantes son:

- Fortaleza para enfrentar las situaciones adversas
- Flexibilidad para entender la postura de los hijos y la etapa de vida que atraviesan a través de la empatía y el recordar su etapa adolescente
- Reconocimiento de sus limitaciones por ejemplo para poder conversar con Rodrigo su hijo acerca del tema de la sexualidad
- Capacidad de adaptación a los cambios radicales de vida que ha estado teniendo.
- La búsqueda y aceptación de apoyos externos, como por ejemplo su cuñado y su mamá, pero al mismo tiempo la capacidad de poner límites en la intervención del cuñado en la educación de sus hijos.
- Capacidad de escucha y entendimiento de las necesidades de sus hijos, lo cual se traduce en una habilidad para poder negociar.
- Posibilidad de buscar apoyo profesional en caso de requerirlo

JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

En la jerarquización de problemas a trabajar en el proceso se decidió abordar dos: la sensación de no tener el control en la educación de sus hijos, y el duelo por la muerte de su esposo, en ese orden.

Los otros problemas mencionados, que están relacionados con sus hijos, Carmen decidió que se trabajaran cada uno por separado, con un terapeuta experto en adicciones para Susana y un terapeuta para Rodrigo.

Los dos problemas con los que se decidió trabajar el proceso en este espacio, pudieron ser abordados de forma intercalada, pues iban de la mano uno con el otro. Para ambos los resultados obtenidos a través del proceso fueron favorables, cumpliendo con ello la meta terapéutica.

HIPÓTESIS

La impresión acerca de la situación con la que Carmen se presentó a terapia, es que estaban apenas ajustando su vida familiar a esta nueva circunstancia donde ella quedó como única responsable directa de la educación de los hijos, sin el apoyo de su esposo

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

quien antes constituía esa figura de autoridad que posibilitaba el cumplimiento de reglas de los hijos adolescentes.

Por otro lado las circunstancias en las cuales se dio la muerte de Rodrigo y la pérdida de su esposo generaron en ella sentimientos de tristeza y enojo. En este sentido la sensación de la familia al ver el sufrimiento de los demás (Carmen de sus hijos, y sus hijos de ella y entre ellos) evitaba que pudieran expresar abiertamente el dolor por la pérdida y los mantenía en un estado de aparentar que no pasaba nada, pero donde todos se daban cuenta que sufrían.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Como objetivos a corto plazo se estableció el lograr la expresión afectiva del dolor para poder superar la pérdida y el duelo por la muerte del esposo, además de lograr establecer un método de disciplina en casa que permitiera el apoyo hacia Carmen en las labores del hogar y el poder designar a sus hijos espacios de esparcimiento sin que esto implique la falta de cumplimiento de los acuerdos.

OBJETIVOS A MEDIANO PLAZO

A mediano plazo se contempló la posibilidad de trabajar otros ámbitos de la vida de Carmen, como es su desarrollo personal, sin embargo al no ser su demanda, no estuvo en la posibilidad de continuar el proceso y dar el tiempo para intervenir en ese sentido.

PLAN TERAPÉUTICO

- Se planteó como plan terapéutico el poder fortalecer a Carmen a través del reconocimiento de excepciones y cambios respecto al problema.
- Se estableció la importancia de explorar sus creencias respecto a la muerte y el impacto que podría tener el cumplimiento del primer aniversario de la muerte de Rodrigo.
- Se planeó poder promover la despedida de Carmen hacia su esposo en caso de que no lo hubiera hecho.
- También se consideró importante remarcar las diferencias en la forma de expresar el dolor de acuerdo a cada individuo, su edad, su estilo, etc.
- Hacer intervenciones bajo la modalidad de equipo de reflexión.

SITUACIÓN DE LA FAMILIA AL FINALIZAR EL PROCESO

Se llevaron a cabo todas las estrategias planeadas y se puede afirmar que se concluyó el proceso de forma exitosa. Después de 11 sesiones de proceso (9 efectivas y 2 inasistencias) se logró el objetivo terapéutico y Carmen consideró estar lista para continuar sin el proceso.

Se realizó una cita de seguimiento el viernes 25 de junio. En ese momento estaba enfrentando la adicción de su hija a las drogas, lo cual desde luego tenía un impacto en diversas

IV. Competencias profesionales: Análisis temático y presentación de caso clínico

áreas de la familia; se aprovechó la ocasión para reforzar sus recursos, y enfatizar la necesidad de buscar apoyos y seguir conformando un equipo con su hijo y las demás personas significativas de su entorno, para hacer frente a la difícil situación.

Pese a lo anterior Carmen consideraba tener un buen manejo de la educación con sus hijos, una relación cordial con ellos, sentía cierta tranquilidad pues ambos estaban siendo atendidos de forma individual, y seguía sintiéndose fuerte y capaz de seguir desempeñando un buen rol como madre. Se le entregó un reconocimiento por los logros obtenidos y el esfuerzo y constancia mostrados durante su proceso terapéutico.

REFLEXIÓN

Este caso en particular me permitió observar como la confianza en los recursos de las persona puede hacer florecer habilidades y herramientas que ya forman parte de las personas, pero que no se habían desarrollado plenamente o no se habían reconocido, aún cuando fueran parte del individuo o la familia.

Como toda profesionista que se ha formado en una epistemología lineal, y que me encontraba en aquel momento en transición hacia una visión más integral de los sucesos, la primera impresión que me formé acerca de Carmen es la de una mujer con pocos recursos y con mucho sufrimiento, y si a ello le agrego el ser madre de dos adolescentes, una involucrada con drogas, pues el panorama se tornaba cada vez más difícil. Sin embargo, a partir de la supervisión del modelo de soluciones pude constatar lo favorable que resulta reconocer y poner a la vista del paciente los recursos que observamos, así como centrar nuestra intervención en las excepciones al problema y de este modo poder ampliar dichas excepciones a otras áreas de la vida de la persona.

Por otro lado, la experiencia de escuchar al equipo reflexivo fue también muy enriquecedora para mí, además de haber planteado una diferencia para Carmen, quien pudo ver y escuchar esas voces que reconocieron en ella a una mujer fuerte y con un gran número de aciertos como madre y como mujer; considero esta intervención como la parte central de los cambios que emprendió.

Finalmente la mejor experiencia para mí durante la intervención con Carmen, fue la de poder sentir total libertad y confianza en mí como terapeuta, y el respaldo y apoyo de mi equipo y mi supervisora. En todo momento sabía que contaría con comentarios positivos y negativos sobre mi desempeño, lo que hice adecuadamente y lo que pudiera mejorar en beneficio de mis pacientes, con la certeza de que dichos comentarios me enriquecerían y me harían mejor terapeuta.

Por otro lado, encuentro dos puntos que considero no se tomaron en cuenta en su momento y que constituyen omisiones importantísimas que limitaron el éxito completo de nuestra intervención.

Por un lado ignoramos por completo la circunstancia del consumo de drogas por parte de la hija, y la implicación de esto en las relaciones familiares, y en las dificultades de Carmen para ejercer su rol de madre y para superar la muerte de su esposo. Dicha situación, si bien fue

atendida por una persona especializada en ello, no fue tomada en cuenta para el logro del objetivo de elaborar el duelo por la pérdida de Rodrigo y la aceptación de que él le hubiera ocultado a Carmen su consumo de drogas, lo cual era fundamental considerando que esta temática, que nosotros como equipo ignoramos, era reactivada con el problema actual de Susana.

Por otro lado, el énfasis en los recursos me parece nos llevó a dejar de ver las limitaciones y problemas, de forma particular la intensidad emocional en Carmen que, revisada desde otro enfoque de intervención, pudiera considerarse un cuadro depresivo. Considero que, como experiencia para enfatizar los recursos fue muy buena, sin embargo no nos dimos la oportunidad de tener una visión integral de la familia, pues dejamos completamente de lado dos problemas fundamentales que tendríamos que haber tomado en cuenta.

SEGUIMIENTO DESPUÉS DE TRES AÑOS

Aproximadamente tres años después de que se llevó a cabo este proceso terapéutico, tuve oportunidad de platicar con Carmen en un encuentro casual. Después de la psicoterapia su hija continuó con problemas de adicción, y se convirtió en madre soltera a los 16 años; según expresó Carmen, Susana se encontraba en la lucha día a día por vencer la adicción, tratando de apoyarla en el trabajo de fines de semana (la venta de artesanías) y por concluir la escuela secundaria. Respecto a Rodrigo, solo mencionó que la apoyaba un poco y continuaba estudiando. Ella por su parte, en ese momento se encontraba en tratamiento farmacológico con antidepresivos y psicoterapia, pues a partir de la adicción de Susana y su embarazo precoz, aunado a la presión económica por la llegada del bebé, empezó a desarrollar un problema que le diagnosticaron como depresión.

En esa oportunidad mencionó que el apoyo recibido por parte de nuestro equipo terapéutico fue muy valioso en su momento, y que algo que aprendió en esa experiencia fue a reconocer sus fortalezas, lo cual le había permitido enfrentar las situaciones difíciles, y buscar ayuda cuando considero necesitarla sin sentirse por ello débil.

V. CONSIDERACIONES FINALES

“Los terapeutas que ignoran su propia experiencia en la relación, pueden entorpecer significativamente su capacidad de ayudar a sus clientes”.

Leitner, 1998, p. 335.

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales

Poder cuantificar y describir todas y cada una de las competencias profesionales adquiridas es una tarea compleja; cualquier descripción resulta superficial cuando pienso en cada uno de los días en contacto con supervisores, maestros, compañeros de generación y pacientes, quienes me aportaron un sin fin de conocimientos, experiencias, y reflexiones, pero sobre todo la apertura para ir incorporando aún más experiencias, que se van ampliando y complementando, y que influyen de manera determinante en mi práctica profesional.

Las habilidades y competencias adquiridas que describiré son diversas, y se extienden a las áreas contempladas en el perfil de habilidades de la residencia, esto es, a lo teórico conceptual, al aspecto clínico, a la enseñanza e investigación, a la prevención, y a la ética y compromiso social.

A lo largo de los cuatro semestres de la formación en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, considero haber adquirido y consolidado la mayoría de las habilidades establecidas en el perfil de egreso, las cuales son fundamentales para el desarrollo de la labor profesional inherente a la terapia familiar sistémica. De forma general puedo mencionar las siguientes:

Tabla 1.

Habilidades Clínicas, Detección, Evaluación Sistémica y Tratamiento

1. Capacidad de observación del proceso terapéutico	♦Sí
2. Establecer un contacto terapéutico con quienes demandan el servicio	♦Sí
3. Entrevistar, generar una relación de colaboración	♦Sí
4. Técnicas de enganche y de alianza terapéutica	♦Sí
5. Definir motivos de consulta y demandas terapéuticas	♦Sí
6. Evaluar el tipo de problema y opciones de solución	♦Sí
7. Definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios	♦Sí
8. Identificar necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas	♦Sí

9. Generar y/o aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los usuarios	◆Sí
10. Formular hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones	◆Sí
11. Evaluar los resultados y terminar el tratamiento	◆Sí
12. Crear e instrumentar herramientas o procedimientos innovadores para la evaluación de los procesos interaccionales, incluyendo el proceso de intervención y su seguimiento	◆No
13. Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses del usuario, con los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven todos, para su evaluación	◆Sí
14. Seleccionar las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando sus elecciones	◆Sí
15. Diseñar, seleccionar y aplicar los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada en los sistemas: individual, conyugal, familiar y grupos específicos	◆Sí
16. Acordar con el usuario el curso de acción terapéutica para responder a las necesidades y coestablecer un plan para el desarrollo del proceso terapéutico	◆Sí
17. Elaborar reportes del tratamiento	◆Sí

Tabla 2	
Habilidades teórico conceptuales	
1. Conceptualizar los aspectos teóricos de los diferentes modelos expuestos en el programa	◆Sí
2. Analizar y discutir la viabilidad de los modelos teóricos, proponer hipótesis explicativas	◆Sí
3. Identificar la especificidad de los modelos y su aplicación clínica, tomando en cuenta los contextos que intervienen	◆Sí

Tabla 3. Habilidades de Investigación y Enseñanza	
1. Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios	♦No
2. Difundir conocimientos	♦Sí
3. Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias. Formular hipótesis sobre los factores involucrados.	♦Sí
4. Diseñar un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa según sea necesario	♦Sí
5. Realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos	♦Sí
6. Diseñar y conducir proyectos de investigación aplicada en los diferentes espacios profesionales.	♦Sí
7. Establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada	♦No

Tabla 4. Habilidades de Prevención	
1. Elaborar programas y proyectos de salud comunitaria.	♦Sí
2. Identificar procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas familiares y grupales.	♦Sí
3. Diseñar programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario.	♦Sí
4. Aplicar estos programas, en colaboración con los diferentes agentes, familiares e institucionales, que intervienen.	♦Sí

1. Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social.	◆Sí
2. Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios.	◆Sí
3. Mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.	◆Sí
4. Ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional.	◆Sí
5. Analizar con honestidad su trabajo terapéutico, apegándose a las normas de la ética profesional.	◆Sí
6. Actualizar e innovar sus capacidades profesionales de manera constante.	◆Sí
7. Asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo si el tutor lo considera necesario.	◆Sí

2. Incidencia en el campo psicosocial

El poder observar de otra forma los fenómenos humanos, me ha permitido ampliar mi labor profesional a ámbitos que con el paradigma lineal difícilmente habría podido concebir; la expansión de mi visión y la aceptación de una postura de igualdad y compromiso social como profesional de la salud mental, me han permitido desarrollarme en el ámbito de la intervención, investigación y docencia con una perspectiva más amplia, y sobre todo más abierta a la diversidad.

Una de las experiencias más valiosas que puedo mencionar como parte de mi formación es la posibilidad de integrar el conocimiento, lo cual tiene como trasfondo el poder mirar hacia muchos lados y entender a las personas desde diversos ángulos. Esto tiene una repercusión importante: la de no fragmentar a los seres humanos con los que trabajo, sean pacientes, alumnos, o personas que participan en una investigación; conocerlas de una forma más amplia, y encontrar junto con ellos las posibilidades de cambio y de mejorar su calidad de vida.

Si bien en el trabajo terapéutico me enfoco con las familias o individuos a la resolución del problema actual, es importante no perder de vista el contexto en que se desenvuelven, y la forma en que interactúan con dicho contexto. Esto significa que el

trabajo terapéutico realizado bajo la perspectiva sistémica es fundamental en el campo psicosocial, pues cualquier intervención realizada con una familia, individuo o pareja, tiene una incidencia importante en otros individuos, familias o sistemas institucionales, lo cual va generando un afecto progresivo y positivo hacia el cambio y el bienestar de la población.

En cualquiera de los ámbitos en que los terapeutas sistémicos nos desenvolvamos, es básico poder contar con una mirada integradora, y estar convencidos de la existencia de realidades alternas; esto nos compromete a transmitir una "visión de lentes graduables" que evita la "cosificación" de los seres humanos, que abre la posibilidad de aceptar, conocer y actuar sobre las diversas realidades que se nos presenten, e ir dejando a un lado la convicción de que sólo existe una posibilidad en el mundo, que considero se traduce en la falta de tolerancia y el rechazo hacia realidades diferentes a la nuestra, o a la que consideramos la única posible.

3. Análisis del sistema terapéutico total

Un aspecto a mejorar es la comunicación con el resto de las áreas dentro del Centro de Servicios Psicológicos, quizá empezando por sensibilizarlas respecto al significado del trabajo en equipo terapéutico, y la posibilidad de colaboración mutua que permita realizar nuestra labor de forma interdisciplinaria. Esto se pudo lograr parcialmente durante la segunda generación, con la Residencia en Medicina Conductual, y valdría mucho la pena extender estas redes de apoyo primero a todo el Centro y posteriormente a otros centros de atención dentro y fuera de la UNAM.

Hablando específicamente de la experiencia de trabajar dentro de un sistema terapéutico, debo mencionar que ha sido totalmente enriquecedora. En esto tuvo mucho que ver el respeto que se mostró entre los miembros del equipo terapéutico y los supervisores hacia la diversidad de las familias atendidas, y hacia la diversidad de posturas dentro del equipo. Hablando de mí particularmente, este respeto a mis ideas, y a mi estilo personal como terapeuta, me brindó la posibilidad de sentirme libre y muy segura al momento de guiar las sesiones; casi todas las sesiones que estuve como terapeuta o coterapeuta, el equipo terapéutico significó un gran apoyo y me sentí con mucha mayor confianza y herramientas para intervenir que cuando lo hago sin equipo terapéutico.

Las contadas ocasiones en que hubo intervenciones del equipo que se contraponían con mi forma de ver los eventos, las viví con mucha incomodidad, pero me ayudó a reafirmar la importancia del equipo, y a consolidar mi aceptación de las diversas realidades, incluidas desde luego las realidades cuya visión no comparto. Me faltó en ese momento poder manejar la situación de una mejor forma en beneficio de las

familias, al presentarles esta visión como la visión del equipo, y mi percepción como otra posibilidad. Considero que esto hubiera contribuido en una mayor apertura; sin embargo no estaba lista para hacerlo en ese momento, y me parece que la experiencia posterior me permitió llegar a ésta conclusión.

4. Reflexión y análisis de la experiencia

La experiencia de formación durante la residencia tuvo y tiene un impacto en mí, no solamente a nivel profesional, sino de forma muy importante en mi persona, y en mi forma de percibir a los seres humanos, sus relaciones, sus historias, el desarrollo de sus problemas y, sobre todo, las posibilidades y recursos para resolverlos.

Esta nueva visión que comencé a desarrollar durante la maestría, y que se ha ido fortaleciendo con la experiencia posterior, ha resultado para mí muy alentadora, pues significa el paso de una visión parcial a una visión totalizadora; el paso de una visión del déficit a una percepción que integra los recursos, y que por ende significa la existencia de mayores posibilidades de cambio y resolución de problemas humanos.

La formación implica el comienzo de un cambio de paradigma, pues en ocasiones pierdo de vista esta nueva percepción y me descubro interviniendo desde una postura lineal. Lo importante, considero, es poder regresar el camino y estar en una constante revisión teórica para retomar y recordar aquellas ideas básicas que en su momento significaron toda una diferencia en mi forma de ver a la humanidad.

5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo

La nueva postura que desde el enfoque sistémico, fuertemente influido por el posmodernismo, asumimos los terapeutas frente a los pacientes, hace toda una diferencia con respecto a las prácticas psicoterapéuticas tradicionales. Colocar al paciente en el lugar de experto respecto de su vida, parecería que exime al terapeuta de la responsabilidad de guiarlo; sin embargo es fundamental considerar que como terapeutas seguimos teniendo una gran responsabilidad, que nos implica mostrar a las personas esta nueva forma de concebir los problemas y las soluciones, es decir, de concebir el cambio.

Colocarnos en la relación terapéutica en una postura de mayor igualdad, donde no es posible abstenerse de la relación personal, abre la posibilidad de utilizar a favor del proceso terapéutico la propia experiencia de vida. Desde luego que esta situación

conduce a la necesidad de un análisis de nuestra propia familia y de un trabajo arduo con nuestra persona.

Implica por otro lado asumir que formamos parte del sistema terapéutico, y que así como tenemos un impacto en las personas que atendemos, ellas lo tienen en nosotros.

El renunciar a nuestro papel de expertos y conocedores absolutos de los problemas humanos no significa una renuncia a la preparación teórica, técnica y personal de los terapeutas, por el contrario, nos demanda un mayor afianzamiento a los conocimientos teóricos y técnicos que usaremos como una especie de lámpara que ilumine el camino de la psicoterapia.

Desde esta perspectiva, como terapeutas gozamos de una mayor libertad en cuanto a nuestra intervención, y una amplitud mayor de acción no solo directamente sobre individuos y familias, sino en ámbitos más amplios como son las instituciones. La libertad a la que me refiero tiene que ver con el reconocimiento de que vivimos en contexto, y que los diversos escenarios donde los individuos nos movemos también deben ser tomados en cuenta como parte de la solución, estableciendo contacto directo con las personas responsables de estos otros ámbitos relacionales para poder así intervenir de forma multimodal. La visión de contexto nos conduce al contacto directo con otras áreas: escuelas, médicos, familia extensa, red social, entre otros.

La libertad me hace pensar en un concepto fundamental en los modelos sistémicos, quizá de forma más marcada en el modelo de Milán: la postura de curiosidad que como terapeutas nos permite movernos a través de las narraciones de las personas, hasta descubrir junto con ellos el relato dominante y no satisfactorio que es necesario cuestionar para dar paso a la co-construcción de una nueva narración. La curiosidad nos permite una amplia exploración del problema, y sobre todo de las posibilidades de solución.

La combinación curiosidad y flexibilidad es un camino mucho más directo hacia la solución de problemas y el cambio terapéutico, que la rigidez con que se desarrollan los procesos terapéuticos influidos por la epistemología lineal.

Otro aspecto relevante es que existe no solo una posibilidad, sino una amplitud de opciones de cambio; esto abre mucho el panorama hacia alternativas que se van creando a lo largo de la psicoterapia, y que en la mayoría de los casos no son las que como terapeutas generamos de una forma plana y fría, a partir de las teorías. Es fundamental contar con una filosofía incluyente, que de pie a explorar, y a abrir paso verdaderamente a las realidades alternas.

No olvidemos que esta nueva postura como terapeutas nos hace conscientes y responsables de nuestra constante interpretación de los eventos y de las historias de las personas; si partimos de la idea que no se puede conocer la realidad de una forma objetiva (tal como lo planteaba el positivismo) todo el tiempo estaremos contemplando

la realidad y colocándole aspectos de nuestra percepción, es decir, todo el tiempo estamos interpretando.

Es importante tener en cuenta en todo momento que lo que nosotros como terapeutas planteamos respecto a los pacientes, son una serie de hipótesis y explicaciones probables que pueden o no encajar con su historia, y por lo tanto es posible que las familias no den cabida a nuestras explicaciones y atribuciones de significado, en cuyo caso somos responsables de generar nuevas hipótesis.

El trabajar con familias es una de las experiencias más fructíferas que un terapeuta puede tener; es tener la oportunidad de conocer una multiplicidad de voces que hablan de lo mismo de un modo tan distinto que puede parecer que están describiendo a una familia distinta cada uno. El reto es integrar las diversas realidades y encontrar con las familias un nuevo modo de funcionar, que les permita cumplir con sus tareas básicas de protección y crecimiento, y relacionarse de un modo satisfactorio que garantice el mayor bienestar posible a todos y cada uno de los miembros que la conforman.

El reto es también integrarnos a estas familias como lo que somos: parte importante de los sistemas terapéuticos; testigos amigables (Sluzki, 2007) capaces de animarlos a crear nuevos relatos que las conduzcan hacia la reivindicación, el perdón, y por ende una nueva forma de relación familiar.

REFERENCIAS

Alva, J. S. (1998). *Percepción del funcionamiento y estructura familiar*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

American Psychological Association (2002). *Criterios para la elaboración de documentos psicológicos*. (J. Alatorre, Trad.) México. UNAM.

Aparicio, M. (2005). *Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología*. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Ávila, A., Jiménez, F., Ortiz, P. y Rodríguez, C. (1992). *Evaluación en Psicología Clínica I. Proceso, Método y Estrategias Psicométricas*. Salamanca: Amaru.

Bergman, J. (1987). *Pescando Barracudas: Pragmática de la terapia sistémica breve*. Barcelona: Paidós.

Bertalanffy, L. V. (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Gedisa.

Botitinelli, M. (2000). *Herederos y protagonistas de relaciones violentas*. Buenos Aires: Lumen.

Brofman, M. (2000). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. México: UNAM.

Cade, B. y O'Hanlon, W. H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.

Campuzano, M. (1987). *Psicología para casos de Desastre*. México: Pax.

Cecchin, G. (1988). Hypothezing-circularity-neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 27, 405-413.

Cecchin, G. (2003. Octubre). *Terapia familiar: el modelo de Milán*. Seminario efectuado por Centro de Salud Humana Sol Naciente y Centro Milanés de Terapia, en México, D. F.

Celano, M. (2001). Family Systems Treatment for Pediatric Asthma: Back to the Future. *Family Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Healthcare*, 19(3).

Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre (2002). *La atención Psicológica en Desastres*. Recuperado 28 de junio de 2006 de <http://sersame.salud.gob.mx>

Cortés, F.; Hernández, D.; Hernández, E.; Székely, M. y Vera, H. (2002). *Evolución y características de la pobreza en México en la última década del siglo XX*. Recuperado 12 de Noviembre de 2006 de <http://redalyc.uaemex.mx>

De Hinojosa, P. (1995). *Factores psicológicos en un grupo de niños asmáticos y no asmáticos, evaluados con CAT-H y CAT-S*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Desatnik, O., Franklin, A., Rubi, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión. *Psicoterapia y familia*, 15(1).

De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en Terapia Breve*. México: Paidós.

De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve. Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.

Diez, M. (1975). *Proceso Psicossomático terapéutico*. México: Trillas.

Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse*. Nueva York: Norton

Eguiluz, L. (2003). La vida emocional de las mujeres dentro del matrimonio. *Terapia y Familia*, 16(1).

Epstein, N., Bishop, D., y Baldwin, L. (1998). El modelo McMaster del funcionamiento familiar. (Traducción F. Avilés) México.

Epstein, N. y Bishop, S. (1981). *Problem-centered systems therapy of the family*. New York: Handbook of family therapy.

Estrada, L. (1997). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.

Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Fisch, R, Weakland, J.H. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.

García, A. (2005). *Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología*. México. Facultad de Psicología, UNAM.

Gonçalves, O. (1998). Hermenéutica, construccionismo y terapias cognitivo-conductuales: del objeto al proyecto. En: Neimeyer, R. y Mahoney, M. *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Gorostegui, M. (2004). *Pareja, Familia y Ciclo familiar*. Recuperado 23 de Enero de 2007 de <http://www.med.uchile.cl>

Haley, J. (1963). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Toray.

Haley, J. (1973). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Hubble, Duncan y Miller (2001). *The Heart and soul of Change. What works in therapy*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.

Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (1999). *Indicadores de Hogares y familia por entidad federativa*. Recuperado 15 de julio de 2006 de <http://www.inegi.gob.mx>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001). *Cambios sociales y demográficos en México*. Recuperado 11 de agosto de 2008 de <http://www.inegi.gob.mx>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). *Estadísticas a propósito del día Internacional de la Familia. Datos Nacionales*. Recuperado 15 de julio de 2006 de <http://www.dif.gob.mx/inegi/familia2004.pdf>

López, M. L. (1995). *La estructura familiar del niño con discapacidad visual desde el enfoque sistémico-estructural, según la Escala de Evaluación Familiar*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Martínez, A. (1973). *Patología psicosomática en la clínica médica y psicológica*. México: Científico Médica.

Macías, R. (1994a). Las vinculaciones afectivas. En: Pérez, C. J. y Rubio, E. *Antología de la sexualidad II*. México: Porrúa.

Macías, R (1994b). Separación y divorcio: consecuencias emocionales. En: Pérez, C. J. y Rubio, E. *Antología de la sexualidad II*. México: Porrúa.

Macías, R (2005). Palabras del doctor Raymundo Macías Avilés. Recuperado 12 de septiembre de 2006 de <http://www.ifac.com.mx/pag4.html>

McCulloch, W. y Pitts, W. (1943) A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity. *Bolletín of Mathematical Biology*, Vol. 5, No. 4, 115-133.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987) *Genogramas en la evaluación familiar*. Buenos Aires: Gedisa

McNamee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.

Moctezuma, M. (1986). La familia en México: Patrones dominantes. Cuadernos de Terapia Familiar. Centro de Diagnóstico y Terapia Familiar. Época II.

Molina, J. (2001). *Bases teóricas y epistemológicas de la terapia familiar*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Moratalla, T. (2003). *Psicología en la Familia*. Barcelona: Tibidabo.

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

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.

Navarro, C. (2006). *Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología*. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davies, M. (1989). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. México: Paidós.

Papp, P. (1988). *El proceso de cambio*. Barcelona: Paidós.

Pineda, E. (2004). *Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología*. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Pittman III, F. (1990). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. España: Paidós.

Praxia: Investigación y Desarrollo en emergencias para la salud (2002). *Manual de capacitación para interventores en desastres*. México: En prensa.

Quintero, Y. (2007). *Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología*. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Reséndiz, G. (2004). *Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología*. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Rolgé, J.; Ribot, J. Y Rico, M. (2000). *Construir la familia, construir la identidad*. Recuperado 18 de Mayo de 2005 de

<http://www.ub.es/antropo/parentiu/xarxa/cat/docs/marta.htm>

Rojas, I. (1996). *Características de personalidad de las madres de niños asmáticos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. España: Gedisa.
- Rosenblueth, A., Wiener, N., y Bigelow, J. (1943). Behavior, purpose and teleology. *Philosophy of science*, 10, 18-24.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: El Manual Moderno.
- Schneer, H. (1963) *The asthmatic child. Psychosomatic Approach to problems and treatment*. USA: Harper & Row.
- Secretaría De Salud (1999). *Población Hispana en Estados Unidos*. Recuperado 16 de agosto de 2006 de http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/estadísticas/mex_pop_car.htm
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality; Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19 (1), pp.3-12.
- Selvini, M.; Prata, J.; Ceccin, G.; Boscolo, L. (1988). *Paradoja y contraparadoja*. Buenos Aires: Paidós.
- Slaikew, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa
- Sluzki, C. (2007. Octubre). Humillación, vergüenza y perdón. Seminario efectuado por Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, en México, D. F.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2004). *Código ético del Psicólogo*. México: Trillas.
- Tomm, K. (1984a). One perspective on the Milan systemic approach. Part 1. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital Therapy*, 10(2), 113-125.
- Tomm, K. (1984b). One perspective on the Milan systemic approach. Part 2. Description of session format, interviewing style and interventions. *Journal of Marital Therapy*, 10(3), 253-271.

U.S. Census Bureau (2000). *Immigration*. Recuperado 23 de agosto de 2006. <http://www.census.gov/population/www/socdemo/immigration.html>

Von Lichtenberg, D. (1998). *Las áreas comunes en la estructura y funcionalidad de las familias de niños con diagnóstico de depresión, detectados mediante la Escala de Funcionamiento Familiar*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Watzlawick, P. Beavin, y Jackson, D. (1997). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. Weakland, J. y Fisch, R. (1985). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.

White, M. (1995). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002). *Rescribir la vida*. Barcelona: Gedisa.

Wittezaere, J. Y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.

Yamamoto, S. y Hernández, J. (1991). La importancia de los factores éticos en la terapia familiar: El contexto mexicano. *Psicoterapia y familia*, 4 (2), 6-18.

ANEXOS

ANEXO 1

A) ANTEPROYECTO DE INVESTIGACIÓN: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR A VÍCTIMAS DE DESASTRE

Métodos de Investigación Aplicada I

Dra. Dolores Mercado

1. Introducción

A lo largo del tiempo, el ser humano se ha visto afectado severamente por situaciones que alteran de manera súbita las condiciones de vida de comunidades enteras, que rebasan su capacidad de respuesta y producen modificaciones importantes en su estilo de vida. Dichos eventos, conocidos como **desastres** han recibido atención en muchos ámbitos, como son la atención médica y la asistencia social; recientemente se ha dado énfasis a la importancia de proporcionar además atención psicológica a la población, con el fin de mitigar el impacto emocional que el desastre produce en cada individuo.

Sin embargo, aún en la actualidad se sigue dando poca importancia a la salud mental durante los Desastres; si bien muchos profesionistas cuentan ya con un entrenamiento específico en esta área, sus intervenciones siguen siendo dispersas y poco coordinadas, por lo cual se tiende a generar una estandarización y colaboración entre instituciones en lo que respecta a la atención psicológica. En este sentido cabe destacar que los esfuerzos se han enfocado a la atención individual o grupal, dejando completamente de lado la atención familiar, la cual es indispensable si se pretende promover que las comunidades retomen su vida y enfrenten de manera óptima su nueva situación personal, familiar y social.

Una de las instituciones que se ha destacado por su participación en el rubro de la atención psicológica, es la Cruz Roja Mexicana, quien a través de su programa de Atención Psicológica en Desastres -**APSIDE**- ha podido intervenir con diversas comunidades cuando éstas han sido afectadas por desastres. Por mencionar algunos ejemplos, el programa ha participado en los siguientes eventos: Huracán Paulina (1997), Inundaciones en Chiapas (1998), e Hidalgo (1999), Sismos en Michoacán (1996) y Guerrero (2001) entre muchos otros.

El Programa de Atención Psicológica en Desastres (APSIDE), al ser un programa de reciente creación (1994) en la actualidad se ocupa aún de desarrollar modelos y técnicas de intervención que permitan cada vez abarcar un mayor campo en la atención y mitigación de desastres; actualmente podemos decir que se trata de uno de los programas con una gama más amplia de técnicas de intervención que han sido probadas en el

Propuesta de intervención familiar a víctimas de desastre

campo de acción, sin embargo, podemos también asegurar que la búsqueda de nuevos métodos y el conocimiento de nuevas necesidades en las poblaciones mantienen a los profesionistas de APSIDE en la búsqueda e investigación constantes para poder responder de manera adecuada a dichas necesidades. En este sentido, y de acuerdo con la Psicología en Desastres, se dice que existen dos tipos de traumas psíquicos importantes: El individual y el colectivo. Este último se caracteriza porque "lesiona los vínculos que unen a las personas y daña el sentido de organización que prevalece en la comunidad" (4). Pero ¿qué sucede con las familias en su interior cuando viven el impacto de una situación de desastre? ¿De qué manera se puede promover el restablecimiento de la homeostasis al interior de la familia?

Tomando en cuenta el planteamiento anterior desde la teoría sistémica sabemos que los fenómenos afectan de manera recursiva (y no lineal) a cada familia, lo que implica tomar en cuenta no sólo la respuesta en cada uno de sus individuos, sino de manera circular cómo se está desarrollando y enfrentando el problema al interior del sistema en su totalidad, cómo se alteró el funcionamiento en cuanto a la solución de problemas, acomodación de roles, la expresión de afectos, y otras cuestiones que son indispensables para un funcionamiento adecuado. De ser posible, es necesario además para tener esta visión sistémica, tomar en cuenta la influencia que el entorno social puede tener en la familia, dependiendo de que tan permeables sean los límites entre la familia y el exterior. Trasladando esta situación a los desastres, podemos suponer que el brindar atención a la familia partiendo desde un enfoque sistémico, permitirá un mejor restablecimiento de las comunidades al tener familias, y no sólo individuos, con capacidad para enfrentar y resolver la crisis; adicionalmente, la familia podrá desarrollar mejores estrategias de solución de problemas en conjunto, y realizar las modificaciones en su estructura que sean necesarias y le permitan seguir funcionando o volver a funcionar de forma adecuada.

De acuerdo con modelo de funcionamiento familiar de McMaster, tenemos seis áreas básicas acerca de las cuáles podemos realizar una evaluación e intervención a nivel sistémico:

1. Solución de problemas
2. Comunicación
3. Roles
4. Expresión de Afectos
5. Involucramiento afectivo
6. Control conductual

Aún cuando probablemente las seis áreas se vean alteradas ante la presencia de una situación de crisis, en este caso provocada por un desastre, algunas de ellas son más

Propuesta de intervención familiar a víctimas de desastre

propensas a resultar afectadas, como es el caso de **Solución de problemas y Expresión de afectos**. En algunas investigaciones realizadas se menciona que durante el evento "la mayoría de las víctimas presentan reacciones como *falta de expresión de las emociones*, inhibición de la actividad, docilidad, *indecisión*, conducta automática y manifestaciones fisiológicas de temor y que posterior al evento, de manera colectiva, "se desorganiza la trama de la vida cotidiana y se dañan los vínculos de comunicación (...), lo cual provoca un ambiente de confusión que impide una mutua retroalimentación y una adecuada participación para resolver problemas diversos que se presentan" (7). Estas afirmaciones corroboran que es precisamente en las dos áreas antes mencionadas donde se requiere intervención de forma más inmediata.

2. Planteamiento

En la actualidad se tiene un avance considerable con respecto a la intervención psicológica en desastres; sin embargo los esfuerzos se han enfocado a brindar una intervención de tipo individual o grupal, lo cual, aunque tiene un efecto favorable para la comunidad, no incide en la familia de manera directa ni en el funcionamiento de la misma.

Si tomamos en cuenta el impacto de un desastre sobre la familia, concibiéndola como un sistema, sabremos que incidir en uno de los individuos no es suficiente, pues el impacto de la situación se verá reflejado en la modificación de pautas de interacción entre los miembros, y es precisamente esta modificación la que limita la posibilidad de enfrentar la situación con estrategias funcionales, conocidas o nueva. Por tal motivo, es necesario crear estrategias de intervención que faciliten el restablecimiento de la familia con el objetivo de que ésta genere nuevos mecanismos que le permitan enfrentar la situación de manera óptima.

Pero no sólo es necesario crear estrategias de intervención a nivel familiar, sino evaluar su efectividad de modo que su uso garantice un impacto positivo en la familia cuando se ve afectada por un desastre o alguna otra situación extrema.

Por otro lado, debemos considerar que el enfrentamiento de las situaciones en general, y de modo específico las situaciones de crisis, no se realiza sólo de manera individual, sino también de modo familiar y comunitario. En este sentido, una de las mejores formas de intervenir a nivel comunitario es a través de los grupos ya creados, siendo precisamente la familia el principal grupo existente dentro de las comunidades.

Es por ello que esta investigación pretende desarrollar un modelo de intervención breve a familias afectadas por un desastre. Las familias seleccionadas serán evaluadas a través de un instrumento de funcionamiento familiar antes y después de la intervención

Anexo 1

Propuesta de intervención familiar a víctimas de desastre

para analizar si hubo cambios como resultado de la intervención; se establecerá una comparación con familias atendidas de manera grupal, es decir, de acuerdo con el método tradicional de intervención en desastres.

3. Diseño

Se pretende realizar la investigación con un diseño cuasiexperimental de la siguiente forma:

01	X1	02
03	X2	04

Donde X1 representa el modelo de intervención que se aplica tradicionalmente a víctimas de desastres por parte del Programa de Atención Psicológica en Desastres (APSIDE) de la Cruz Roja Mexicana, y X2 es el programa de intervención familiar a desarrollarse para fines de esta investigación.

La intervención familiar estará conformada por varias fases:

1. Sondeo acerca del evento. En esta parte se realizará la evaluación de la familia en términos del evento, es decir, de qué forma lo vivieron, cuáles son las pérdidas más significativas y determinar si ya saben que van a hacer a futuro para reestablecerse.
2. Descripción de la familia en términos del desastre. En esta parte se pedirá a la familia hacer un recuento de quienes son ahora y si perciben un cambio en su dinámica a causa del desastre.
3. Aplicación de técnicas. Como parte del programa de intervención se implementarán técnicas de solución de problemas, y para facilitar la expresión de afectos entre los miembros de la familia; dichas técnicas pueden ser nuevas o pueden ser adaptaciones al modelo de algunas ya existentes.
4. Evaluación y cierre. En esta parte se le preguntará nuevamente a la familia como se siente, y se hará el cierre de la sesión.

Es importante señalar que la intervención se realizará en una sola sesión debido a las características particulares de los desastres. Es por ello que los cuatro puntos antes mencionados deberán realizarse en el menor tiempo posible, de acuerdo con las necesidades de cada familia.

4. Definición de variables

V. D. Funcionamiento Familiar en: solución de problemas y expresión de afectos

V. 1. Atención psicológica en desastres:

- a) La que se utiliza en APSIDE de forma tradicional
- b) La intervención familiar propuesta

Propuesta de intervención familiar a víctimas de desastre

4.1 Definición Conceptual de variables

Atención Psicológica en Desastres.

Conjunto de intervenciones basadas en un marco teórico psicológico, tendientes a reducir el impacto emocional de un desastre en los individuos, familias y comunidades. Dichas acciones son emprendidas por personas entrenadas para ello.

La atención psicológica en Desastres puede darse en tres niveles:

1. *Primeros Auxilios Psicológicos.* Pueden ser proporcionados por cualquier persona entrenada para ello. Se refiere al primer nivel de intervención y es en esta fase donde el interventor puede determinar si el individuo requiere de un segundo nivel de atención. Esta estrategia facilita la salida del estado de shock inicial en que se encuentran las víctimas del desastre.

2. *Intervención en crisis.* Este tipo de intervención sólo la pueden proporcionar profesionistas de la salud mental especializados, es decir, entrenados para poder realizar esta intervención; en este nivel de intervención se promueve la elaboración del duelo, la reorganización cognitiva y el desarrollo de la capacidad para replantear la situación vivida.

3. *Terapia breve.* Como su nombre lo indica, consiste en la aplicación de técnicas de terapia breve, así como intervenciones psiquiátricas; se lleva a cabo también por especialistas cuando existe una complicación psicoemocional tras la vivencia traumática.

Funcionamiento Familiar en las áreas: Solución de problemas y Expresión de afectos.

Área de Solución de problemas. Según en Modelo de Funcionamiento Familiar de McMaster Incluye dos tipos de problemas principales: Instrumentales y Afectivos.

Existen 7 pasos para llegar a una solución adecuada de problemas, tanto instrumentales como afectivos:

1. *Identificación del problema*
2. *Comunicación con 'la persona adecuada*
3. *Planteamiento y desarrollo de alternativas de acción*
4. *Elección de una alternativa*
5. *Implementación de la acción*
6. *Monitoreo de la acción*
7. *Evaluación de resultados*

Propuesta de intervención familiar a víctimas de desastre

Área de Expresión de Afectos. En este sentido, podemos destacar que para McMaster la expresión de afectos es efectiva cuando la respuesta emocional está cualitativa y cuantitativamente adecuada al estímulo.

4.2 Definición Operacional de variables

Atención Psicológica en Desastres: Recibir Atención a través del modelo de Atención Familiar o bien a través del modelo tradicional de intervención en crisis grupal.

Funcionamiento familiar en las áreas: Solución de problemas y expresión de afectos. Respuestas obtenidas a través del instrumento de evaluación en el área de Solución de Problemas y Expresión de afectos

5. Método

5.1 Sujetos

La investigación será realizada con familias que hayan sido víctimas de un desastre natural en la República Mexicana, en la fase posterior al desastre. Probablemente se pueda realizar durante la fase de impacto como parte de la atención brindada por el Programa de Atención Psicológica en Desastres (APSIDE) de la Cruz Roja Mexicana. De no ser así se realizaría durante la fase de reconstrucción, es decir, aproximadamente dos meses después de haber ocurrido el suceso.

Se seleccionará para el estudio a familias integradas (es decir, con mamá y papá presentes), con hijos en edad escolar, que no hayan tenido ninguna pérdida humana, es decir, es un criterio para la inclusión en la investigación el que nadie de la familia haya muerto a consecuencia del siniestro. Por otro lado se tomará a familias de la misma localidad, y se tratará de emparejar las familias de ambos grupos en lo referente a número de hijos y edades de los padres.

5.2 Instrumento

Se aplicará la Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar "ESCEVFAM". Sin embargo para esta investigación será analizada únicamente la parte correspondiente a las áreas de Solución de Conflictos (ítems 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31 32 y 33) y Expresión Afectiva (ítems 6, 10, 34 y 35).

Adicionalmente, y tal como se realiza en la aplicación del ESCEVFAM, se elaborará el familiograma, del cual se tomarán en cuenta diversos aspectos como edades, sexo de los hijos, tiempo de formación de la familia, etc.

Propuesta de intervención familiar a víctimas de desastre

5.3 Procedimiento

Una vez que se hayan seleccionado la comunidad y las familias con base en los criterios de inclusión, se procederá a conformar los grupos.

Posteriormente será aplicada la Escala de Funcionamiento Familiar a ambos grupos, y el modelo de intervención correspondiente a cada uno. Finalmente será aplicada nuevamente la escala, dejando entre una aplicación y otra un tiempo de tres semanas.

Después de haber concluido las tres fases de la investigación (Evaluación inicial, Intervención y Evaluación Final) se procederá a analizar los datos. De manera cuantitativa la ESEVFAM, y de manera cualitativa la parte correspondiente al famillograma.

6. Bibliografía

1. Alva, J. S. (1998). Percepción del funcionamiento y estructura familiar. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
2. American Psychological Association. (2002) Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. (J. Alatorre, Trad.) México. UNAM.
3. Campuzano, M. (1987). Psicología para casos de Desastre. México. Editorial Pax.
4. Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre. (2002). La atención Psicológica en Desastres. México.
5. Epstein, N., Bishop, D., y Baldwin, L. El modelo McMaster del funcionamiento familiar. (F. Avilés, Trad.) México.
6. López, M. L. (1995). La estructura familiar del niño con discapacidad visual desde el enfoque sistémico-estructural, según la Escala de Evaluación Familiar. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
7. Praxia: Investigación y Desarrollo en emergencias para la salud. (2002). Manual de capacitación para interventores en desastres. México: Autor.
8. Von Lichtenberg, D. (1998). Las áreas comunes en la estructura y funcionalidad de las familias de niños con diagnóstico de depresión, detectados mediante la Escala de Funcionamiento Familiar. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

ANEXO 2

B) ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE TÁCTICAS DE CONFLICTO A LA POBLACIÓN MEXICANA

Medición y Evaluación II

Dr. Javier Aguilar

LA ESCALA DE TÁCTICAS DE CONFLICTO

INTRODUCCIÓN

Con base en el interés por estudiar el fenómeno de los conflictos en la familia, se llevó a cabo una revisión de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS) desarrollada por Straus en 1974, y revisada por Straus y Bulcroft en 1975. Dicha escala tiene por objetivo conocer la frecuencia con que determinadas tácticas son empleadas cuando las personas se encuentran en una situación de conflicto.

Dado que la versión original de la prueba está realizada en inglés, y no existía una traducción de la misma al español, se emprendió la tarea de realizar la traducción y adaptación del instrumento a nuestro país, para posteriormente realizar aplicaciones del instrumento final a una muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología y poder calcular la confiabilidad del mismo. Adicionalmente se realizó el análisis factorial con el fin de conocer los componentes presentes en esta nueva prueba, y establecer una comparación con la versión en inglés. A continuación se describe de manera general el instrumento original.

MEDICIÓN DE CONFLICTOS INTRAFAMILIARES Y VIOLENCIA

Para lograr el desarrollo en la investigación sobre violencia y conflictos intrafamiliares se requiere tener conceptos claros y poder llevar a cabo la medición de dichos conceptos. Es necesario clarificar y distinguir entre los conceptos de "conflicto", "conflicto de intereses", "hostilidad" y "violencia". La parte central del artículo original describe la *Escala de Tácticas de Conflicto*. La Escala de Tácticas de Conflicto fue diseñada para medir el uso del razonamiento, agresión verbal, y violencia intrafamiliar. A continuación se describen los aspectos necesarios para conocer el instrumento.

CONCEPTOS TEÓRICOS

Los teóricos que desarrollan el tema de conflicto, describen a éste como una parte inevitable de todas las relaciones humanas (Adams, y otros. 1965) Sostienen que si las diferencias no traen conflictos como consecuencia, una unidad social (como una nación, departamento académico o familia) corre el riesgo de colapsarse. Si el conflicto es suprimido esto puede tener como resultado el estancamiento y fracaso para adaptarse el

cambio de circunstancias y/o corroer el lazo o vínculo de solidaridad del grupo a causa de una acumulación de hostilidad.

A pesar de lo anterior, la mayoría de la gente teme a los conflictos y trata de evitarlos. Los profesionales interesados en la familia también tienden a tomar un punto de vista casi opuesto que los teóricos de conflicto. Ellos tratan el conflicto como algo que debe ser evitado. Los sociólogos y psicólogos que investigan sobre por qué los conflictos ocurren, implícitamente son capaces de proporcionar información que puede permitir a la gente evitar conflictos. Los consejeros matrimoniales tales como Bach y Widen (1968) y Shostrom y Kavanaugh (1971) enfocan muchos de sus esfuerzos en ayudar a las familias a eliminar conflictos.

Algunas distinciones conceptuales

Es esencial poder distinguir entre una serie de diferentes fenómenos estrechamente relacionados, todos los cuales son llamados conflictos. Para el propósito del escrito, la lista se reduce a solamente tres de estos fenómenos: "conflicto de intereses", "conflicto" y "hostilidad".

Conflicto de Intereses

Cuando los teóricos de conflicto hablan acerca de la ubicación de conflictos, ellos se refieren a los que en el texto se llama "conflicto de intereses", esto es, en realidad los miembros de un grupo social, no importando que sea pequeño y familiar, cada uno busca vivir sus vidas de acuerdo a su agenda personal, las cuales son diferentes inevitablemente.

Esas diferencias varían en importancia, desde qué programa de televisión puede ser visto a las 8, si el dinero debiera ser ahorrado o gastado en vacaciones, etc. No hay un camino que nos permita tomar tales conflictos sin correr riesgos, sobre lo cuál nos han alertado los teóricos de conflicto.

Se dice que existe una relación curvilínea entre la cantidad de conflicto y la armonía del grupo. Esto es, la ausencia de conflicto (en el sentido de conflicto de intereses) es teóricamente imposible, y si esto fuera posible, sería fatal para el grupo armónico. Al mismo tiempo, niveles muy altos de conflicto pueden crear altos niveles de estrés y/o cambios rápidos que afectan al grupo adversamente.

Conflicto

El segundo fenómeno que debe ser distinguido es el método usado para resolver conflictos. Dos familias pueden tener el mismo nivel de conflicto sobre los intereses mencionados en el apartado anterior, pero si bien el conflicto en este sentido es idéntico, pueden diferir muchísimo - y con profundas consecuencias - respecto a como negocian con estos conflictos. Una familia puede resolver el punto de disputa sobre cuál programa de televisión ver cambiando de un canal a otro, otro por la fuerza física, etc.

Algunos teóricos de conflicto han intentado negociar con la confusión conceptual para usar el término conflicto para referirse a conflicto de intereses, y un término diferente para referirse a los medios para resolver cada conflicto. Darendorf (1959) por ejemplo, usó el término "conflicto" para referirse a conflicto de intereses y "manejo de conflictos" para referirse a los medios de lograr "ganar" u obtener lo que se quiere dentro de un conflicto. Sin embargo la situación es confusa porque otros teóricos siguen una estrategia opuesta. Coser (1959) usa la palabra "conflicto" para referirse a la medida o comportamiento usado para perseguir los intereses propios más que al conflicto de intereses en si mismo. Así cuando Coser y Darendorf usan el término conflicto, ellos se refieren a diferentes fenómenos.

No existe resolución en cuanto a esta confusión de conceptos. Lo mejor que se puede hacer es señalar claramente cuándo se usa uno y cuándo el otro. Por lo tanto, en el contexto de este escrito se tomará el uso que Coser hizo del término conflicto. Es decir que cuando se hable de "conflicto" se refiere a "táctica de conflicto" en el sentido de acciones abiertas usadas por personas en respuesta a los conflictos de intereses.

Hostilidad

Cuando por cualquier razón los miembros de un grupo tienen sentimientos de disgusto o antipatía uno por el otro, este hecho a menudo se refleja como conflicto. Pero paradójicamente como los teóricos de conflicto han señalado, la hostilidad parece ser extremadamente alta cuando la existencia de conflictos (en el sentido de conflicto de intereses) es negada. Esto ocurre porque tal situación impide a los actores llevar a cabo el final, lo cual es importante para ellos.

En este escrito, la hostilidad puede ser restringida para referirse al nivel de emociones negativas entre miembros de un grupo familiar.

Siguiendo la discusión, los trabajos teóricos sobre conflicto en familia requieren como un primer paso mínimo que nosotros evitemos del todo la demasiado común confusión entre "conflicto de intereses", "conflicto" y "hostilidad". De esta forma, los trabajos empíricos más claros sobre factores intrafamiliares también dependen de la existencia de medidas separadas de estas tres variables.

En este trabajo en particular se describe la técnica de medición de uno de ellos: los conflictos familiares en el sentido de los medios usados para resolver conflictos de intereses.

CARACTERÍSTICAS DE LA ESCALA DE TÁCTICAS DE CONFLICTO (CTS)

Versión original

Existe una variedad infinita de técnicas que los miembros de una familia pueden utilizar cuando se encuentran en un conflicto. Cuando se intentó medir es tipo de técnicas que se empleaban, en un principio solamente se pedía que la gente expresara

libremente los métodos empleados, pero en la práctica esto no resultó funcional, pues se omitían muchos datos importantes.

A partir de las dificultades encontradas, se desarrollaron técnicas estandarizadas, entre ellas La escala de tácticas de conflicto (CTS). En este instrumento se describe la frecuencia en que una es usada táctica, basándose en el supuesto de que existen 3 métodos para enfrentar el conflicto:

- **RAZONAMIENTO.** Como su nombre lo indica, es el uso de una discusión racional, argumentos y razonamiento.
- **AGRESIÓN VERBAL.** Se refiere al uso de actos verbales y no verbales para herir al otro.
- **VIOLENCIA.** El uso de la fuerza física en contra de la otra persona.

Diseño factorial

La escala de Táctica de Conflicto fue desarrollada a través del uso de un modelo de diseño factorial 3 x 8, (Straus, 1964).

Se encontraron 3 niveles de tácticas de conflicto: *razonamiento*, *agresión verbal* y *violencia*. El otro nivel corresponde la estructura de roles de la familia nuclear: esposo a esposa, esposa a esposo, padre a hijos, hijos a padres, madre a hijos, hijos a madre, hijos a parientes y parientes a hijos. Esto es entonces un total de $3 \times 8 = 24$ diferentes puntajes de la Escala CTS.

En resumen, se pueden combinar los pares de puntajes de roles y obtener 4 puntajes de "roles de parentesco": uno de cada cónyuge, padres a hijos, madre a hijos y relación de parentesco entre familiares. Finalmente, todos los puntajes de rol pueden ser asumidos para obtener un total de los puntajes de la familia para razonamiento, agresión verbal y violencia. Sin embargo, no es necesario desarrollar todas las combinaciones y cubrir la matriz de 3×8 . Por ejemplo, un estudio se puede centrar en la relación de esposo a esposa, y en este caso únicamente serían necesarios los datos de los roles de esposo a esposa y de esposa a esposo.

Los componentes de los ítems

La Escala de Tácticas de Conflicto consiste en una lista de acciones que los miembros de la familia pueden realizar cuando se encuentran en un conflicto con otro miembro. Los reactivos pueden empezar con una baja coercitividad (tal como un disgusto que surge con otro) y llegar gradualmente a más coercitividad y agresividad hacia el final de la lista (tal como utilizar una bofetada o un golpe).

Para la FORMA A la respuesta a las categorías se da en términos de la frecuencia en que es realizada cada acción durante el año pasado, con un rango de "nunca" a "más de 20 veces"

Una revisión de la Escala CTS (FORMA N) fue desarrollada por una investigación de entrevista nacional. La versión difiere de la forma A en lo siguiente:

- ◆ Es para usarse en una entrevista cara a cara en vez de ser un cuestionario de autoadministración.
- ◆ Para esta forma el centro principal es la agresión verbal y las modalidades de violencia, se conservan los ítems de razonamiento y se agregan 2 de agresión verbal y 3 de violencia.
- ◆ Las respuestas al rango de categorías se incrementan; en la forma A se utiliza un rango de 0 a 5 y en la forma N se utiliza un rango de 0 a 6.
- ◆ La manera de explicar cambia en algunos ítems, es decir, la redacción difiere aunque se conserva la idea general del reactivo.

Recomendaciones para lograr respuestas legítimas

Tomando en cuenta que el instrumento es presentado en un contexto de desacuerdos y conflicto entre los miembros de la familia y en la dirección de que los conflictos son resueltos, es recomendable siempre reconocer que todas las familias tienen conflictos y desacuerdos para poder legitimar las respuestas.

Por otro lado, la prueba está diseñada de tal modo que los ítems comienzan con la táctica de conflicto con mayores respuestas de valor positivo, y entonces gradualmente incrementan las respuestas o acciones que poseen mayor desaprobación social.

Es necesario tener siempre en cuenta que es posible que los sujetos respondan sesgadamente a la prueba, por dar respuestas aceptadas socialmente.

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE TÁCTICAS DE CONFLICTO

Una vez realizada la revisión exhaustiva de los reactivos y la estructura de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS) en su versión original (anexos 1-2), se procedió a realizar la adaptación del instrumento al español, y a la cultura mexicana con base en las siguientes etapas:

1. TRADUCCIÓN

Se llevó a cabo la traducción de ambas escalas (Forma A, y Forma N) de la versión original. Ambas fueron revisadas por todo el grupo de trabajo junto con el profesor. Posteriormente, al comparar los reactivos de ambas escalas, se decidió integrar una sola, ya que varios de los reactivos se encontraban repetidos o guardaban el mismo sentido.

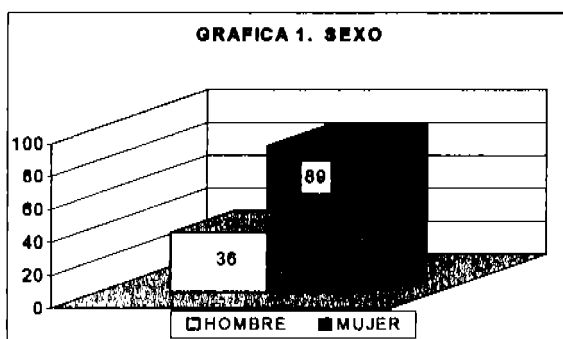
La traducción de las escalas forma A y N (corregidas) y posteriormente la escala final que se utilizó para la aplicación, a la cual se le nombró: Escala de Relación en la Pareja se presentan como anexos al final del trabajo.

2. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO ADAPTADO

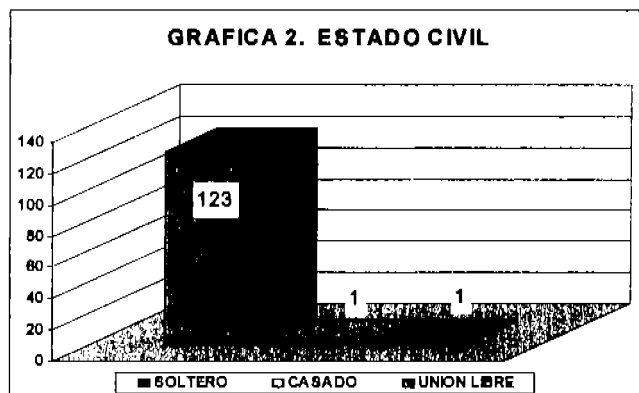
En un segundo paso se realizó la aplicación del instrumento a una muestra de 125 estudiantes de la Facultad de Psicología de diferentes semestres. Se contó con el apoyo de varios profesores para poder realizar la aplicación de manera colectiva dentro de sus horarios de clase.

3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

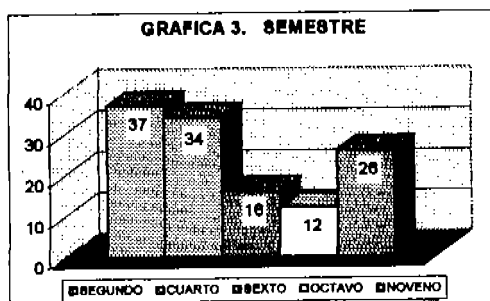
Para el presente estudio, se utilizó una muestra intencional, compuesta por 125 estudiantes de la facultad de Psicología de diferentes semestres.



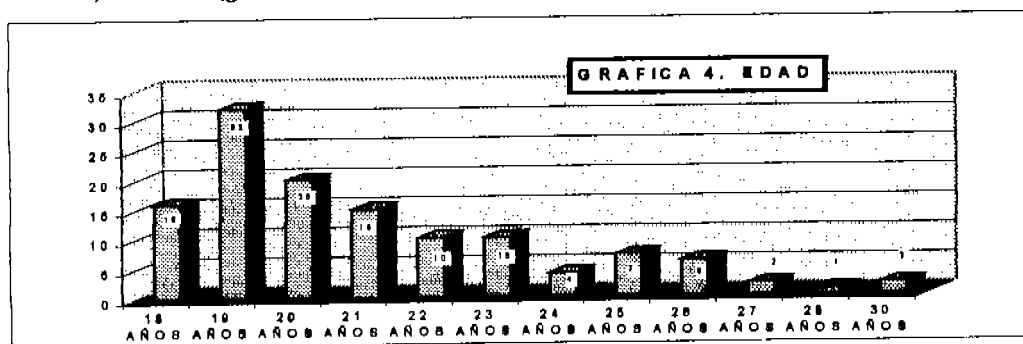
La muestra estuvo constituida por 89 mujeres y 36 hombres (gráfica 1), siendo en su mayoría solteros (123), encontrando solamente una persona de estado civil casada y una persona que vive en unión libre (gráfica 2).



Así mismo, se observó que los estudiantes que participaron, fueron en su mayoría de segundo semestre (37 alumnos), en segundo lugar de cuarto semestre (34 alumnos), de noveno semestre (26 alumnos), de sexto semestre (16 alumnos) y únicamente 12 alumnos, de octavo semestre (grafica 3).



Por último, se observó que la mayoría de estudiante que participó en el estudio, poseen 19 años (32 estudiantes), en segundo lugar aquellos que poseen 20 años (20 estudiantes) y en tercer lugar aquellos que tienen 18 años (16 casos) siendo el menor numero de casos aquellos que poseen 28 (1 alumno), 27 (2 alumnos) y 30 años (2 alumnos) de edad. (gráfica 4)



4. PRIMER ANÁLISIS DE DATOS

Después de capturar los datos obtenidos a través de las aplicaciones, se corrió el análisis estadístico a través del programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) Versión 8.0, a partir de lo cual:

- Se obtuvo la confiabilidad de la escala por medio del alpha de Cronbach (.7639)
- Se observó una correlación negativa en el reactivo 2 (R2); posiblemente porque el reactivo es un poco confuso: *"Obtuviste información para apoyar tu punto de vista"*
- De los 125 casos que componen la muestra, se observó que solo se obtuvo diferencias significativas en 18 de las variables, ya que en los reactivos 19 y 20 la varianza obtenida fue de "0". Por lo cual al realizar el análisis factorial, estos reactivos fueron omitidos, al igual que el reactivo 2.

- El resultado obtenido del análisis factorial, muestra la presencia de 4 componentes. Los cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

1	REATIVOS : 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18
2	REATIVOS: 6, 7, 8, 9 y 10
3	REATIVOS: 1, 3 y 5
4	REACTIVO: 4

5. ANÁLISIS FINAL

- A partir del análisis anterior, se volvió a correr en el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS (8.0) los datos obtenidos. Para lo cual fueron omitidos los reactivos 2 (se había obtenido una confiabilidad negativa), 4 (para aumentar la confiabilidad de la escala y obtener en análisis factorial solo 3 componentes), 19 y 20 (por no encontrar diferencias significativas en ellos).
- En este segundo análisis, se obtuvo un índice de confiabilidad de .8069 (alfa de Cronbach) y ninguna correlación negativa.
- El resultado obtenido del análisis factorial, muestra en esta ocasión, la presencia de 3 componentes. Los cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

1	REATIVOS : 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18
2	REATIVOS: 6, 7, 8, 9 y 10
3	REATIVOS: 1, 3 y 5

DISTRIBUCIÓN DE REATIVOS:

REATIVOS	COMPONENTE I. VIOLENCIA
11	Amenazaste con golpear o arrojar algo a tu pareja
12	Aventaste, destrozaste, golpeaste o pateaste algo
13	Arrojaste algo a tu pareja
14	Empujaste, jalaste o zarandeaste a tu pareja
15	Abofeteaste a tu pareja
16	Lo (la) pateaste, mordiste o golpeaste con el puño
17	Golpeaste (o trataste de golpear) a tu pareja con un objeto
18	Golpeaste a tu pareja

REACTIVOS	COMPONENTE II. IMPULSIVIDAD
6	Te molestaste y rechazaste hablar al respecto
7	Explotaste fuera del lugar de la discusión (en ausencia de tu pareja)
8	Discutí acaloradamente, pero casi sin gritar
9	Lloraste o gritaste
10	Hiciste o dijiste algo con la intención de molestar a tu pareja

REACTIVO	COMPONENTE III. VERBALIZACION
1	Discutiste el problema calmadamente
3	Ayudaste o trataste de ayudar a solucionar las cosas
5	Insultaste o maldijiste a tu pareja

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES

Debido a que los factores originales de la prueba no coinciden con los obtenidos a través de la adaptación, se decidió renombrar dichos factores como se pudo observar en las tablas anteriores.

Se nombró el primer factor **VIOLENCIA** debido a que los reactivos refieren acciones de franca agresión o amenaza. El segundo factor se denominó **IMPULSIVIDAD** porque los reactivos mencionan situaciones de escaso control conductual del individuo. El tercero y último factor fue nombrado **VERBALIZACIÓN** pues a diferencia de la versión en inglés que agrupaba en el factor de Razonamiento verbal una serie de reactivos, en este caso está incluido "Insultaste o maldijiste a tu pareja", que no indica razonamiento. Es por ello que el nombre que se le asignó se refiere a situaciones donde es usado e lenguaje para enfrentar el conflicto.

BIBLIOGRAFÍA

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

**CONFLICT TACTICS SCALES
HUSBAND FORM A
USED IN STRAUS, 1974 - BULCROFT Y STRAUS, 1975**

Here is a list of things you might have done when you had a conflict or disagreement with your wife. We would like you to try and remember what went on during the last year you son or daughter was in high school. Please circle a number for each of the things listed below to show how often you did it that year.

- a I tried to discuss the issue relatively calmly
- b Did discuss the issue relatively calmly
- c Got information to back up my side of things
- d Brought in someone else to help settle things (or tried to)
- e Argue heatedly but short of yelling
- f Yelled and/or insulted
- g Sulked and/or refused to talk about it
- h Stomped out of the room
- i Threw something (but not at my wife) or smashed something
- j Threatened to hit or throw something at her
- k Threw something at my wife
- l Pushed, grabbed, or shoved her
- m Hit (or tried to hit) her but not with anything
- n Hit (or tried to hit) her with something hard

**CONFLICT TACTICS SCALES
HUSBAND-WIFE FORM N
USED IN 1976 - NATIONAL SURVEY**

No matter how well a couple gets along, there are times when they disagree on major decisions, get annoyed about something the other person does, or just have spats or fights because they're in a bad mood or tired or for some other reason. They also use many different ways of trying to settle their differences. I'm going to read a list of some things that you and your (husband/partner) might have done when you had a dispute, and would first like you to tell me for each one how often you did in the past year.

- a Discussed the issue calmly
- b Got information to back up (your/his) side of things
- c Brought in or tried to bring in someone to help settle things
- d Insulted or swore at the other one
- e Sulked and/or refused to talk about it
- f Stomped out of the room or house (or yard)
- g Cried
- h Did or said something to spite the other one
- i Threatened to hit or throw something at the other one
- j Threw or smashed or hit or kicked something
- k Threw something at the other one
- l Pushed, grabbed, or shoved the other one
- m Slapped the other one
- n Kicked, bit, or hit with something
- o Beat up the other one
- p Beat up the other one
- q Threatened with a knife or gun
- r Used a knife or gun
- s Other (PROBE)

ESCALA DE TÁCTICAS DE CONFLICTO
ESPOSO - FORMA A
STRAUS, 1974 - BULCROFT Y STRAUS, 1975

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una lista de enunciados que podría describir lo que haces cuando tienes un conflicto o un desacuerdo con tu pareja. Por favor, marca con una "X" el número de cada uno de los enunciados de la lista que se muestran a continuación. Al responderlas, considera tu más reciente relación de pareja que haya sido significativa y evalúa la frecuencia con que realizaste cada una de las siguientes acciones.

	NUNCA O CASI NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE, CASI SIEMPRE
a Traté de discutir la situación tranquilamente	0	1	2	3	4	5
b Busqué discutir la situación tranquilamente.	0	1	2	3	4	5
c Obtuve información para apoyar mi punto de vista.	0	1	2	3	4	5
d Logré que alguien mas para ayudar a calmar las cosas (o intentarlo)	0	1	2	3	4	5
e Discutí acaloradamente, pero casi sin gritar	0	1	2	3	4	5
f Grité y/o insulté	0	1	2	3	4	5
g Me molesté y rechacé hablar al respecto	0	1	2	3	4	5
h Exploté fuera del lugar de la discusión (en ausencia de mi pareja)	0	1	2	3	4	5
i Rompí o arrojé algo pero no hacia mi pareja	0	1	2	3	4	5
j Amenacé con golpear o arrojar algo hacia mi pareja	0	1	2	3	4	5
k Arrojé algo hacia mi pareja	0	1	2	3	4	5
l Empujé, jalé o zarandéé, a mi pareja	0	1	2	3	4	5
m Golpeé (o traté de golpear) a mi pareja pero sin usar los objetos	0	1	2	3	4	5
n Golpeé (o traté de golpear) a mi pareja con un objeto	0	1	2	3	4	5

ESCALA DE TÁCTICAS DE CONFLICTO
ESPOSO - ESPOSA FORMA N
INVESTIGACIÓN NACIONAL, 1976

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una lista de enunciados que podría describir lo que haces cuando tienes un conflicto o un desacuerdo con tu pareja. Por favor, marca con una "X" el número de cada uno de los enunciados de la lista que se muestran a continuación. Al responderlas, considera tu más reciente relación de pareja que haya sido significativa y evalúa la frecuencia con que realizaste cada una de las siguientes acciones.

	NUNCA	UNA VEZ	DOS VECES	3 - 5 VECES	6 - 10 VECES	11 - 20 VECES	MAS DE 20	NO SÉ
a	0	1	2	3	4	5	6	X
b	0	1	2	3	4	5	6	X
c	0	1	2	3	4	5	6	X
d	0	1	2	3	4	5	6	X
e	0	1	2	3	4	5	6	X
f	0	1	2	3	4	5	6	X
g	0	1	2	3	4	5	6	X
h	0	1	2	3	4	5	6	X
i	0	1	2	3	4	5	6	X
j	0	1	2	3	4	5	6	X
k	0	1	2	3	4	5	6	X
l	0	1	2	3	4	5	6	X
m	0	1	2	3	4	5	6	X
n	0	1	2	3	4	5	6	X
o	0	1	2	3	4	5	6	X
p	0	1	2	3	4	5	6	X
q	0	1	2	3	4	5	6	X
r	0	1	2	3	4	5	6	X
s	0	1	2	3	4	5	6	X

ANEXO 3

C) LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

Investigación Cualitativa

Dra. Carmen Merino

Introducción

Desde el surgimiento de la psicología y en particular de la práctica psicoterapéutica uno de los grandes retos ha sido poder tener un conocimiento amplio tanto del ser humano como de los métodos y técnicas más eficaces de intervención enfocada a la solución de problemas inherentes a los individuos y a sus relaciones. De este modo, el poder recabar y analizar información con el fin de generar resultados que permitan mejorar tanto el conocimiento como la intervención en psicología, ha sido siempre una necesidad matizada por las diferentes épocas y consecuentemente por los paradigmas o modelos predominantes.

La investigación cualitativa es entendida como un conjunto de métodos de las ciencias sociales y humanidades. Estos métodos son prestados a la psicología, al trabajo social y a la terapia familiar desde hace 3 décadas para proporcionar descripciones e interpretaciones. Investigación cualitativa es sinónimo de un estudio "caso por caso" hacia el conocimiento, centrándose en la práctica terapéutica y entendiendo el proceso de la terapia, de los pacientes y de ellos mismos (Maione y Chenail. 1999/2001)

La investigación cualitativa ha sido concebida en diferentes formas: como una aproximación que investigadores y terapeutas han incorporado para estudiar la psicoterapia y el cambio, y como un método aplicado longitudinalmente que utilizan los investigadores clínicos para describir y explicar el desarrollo y los resultados del proceso terapéutico.

En la psicología la investigación cualitativa ha surgido como una principal influencia de la práctica clínica contemporánea y de investigación.

Definición

El término de investigación cualitativa es muy amplio, y hace referencia a un grupo de metodologías dedicadas a la descripción e interpretación de un fenómeno; entre estos métodos se encuentran: la etnografía, el análisis del discurso, el análisis narrativo, la teoría fundamentada, la fenomenología, la hermenéutica y el análisis conversacional, los cuales son utilizados para examinar las diferencias cualitativas de un fenómeno determinado.

Dado que la investigación cualitativa define al sujeto(s) de estudio como complejo, constructivo, etc. se encuentra enfocada a explorar los significados, las variaciones y la experiencia perceptual de los fenómenos a través de diferentes técnicas. Algunos investigadores prefieren estudiar las tradiciones, prácticas y manifestaciones humanas y del arte, por lo cual estudian la historia, analizando e interpretando diferentes tipos de narrativa como biografía, autobiografía, diarios y poesía.

Los investigadores que utilizan metodología cualitativa intentan estudiar la naturaleza de los eventos desde una perspectiva tanto interna como externa. En la aproximación interna, van hacia el campo donde tienen lugar los fenómenos a estudiar y entrevistan a los participantes acerca de sus experiencias de vida y cuidadosamente observan sus acciones. En este sentido, los investigadores frecuentemente reflexionan y observan dentro de sí mismos, registrando sus impresiones; son parte de la acción. En la aproximación exterior, los investigadores se sitúan aparte del fenómeno o del escenario, recolectan información, estudian documentos y otros artefactos en un determinado escenario; trabajan describiendo o interpretando los patrones de su descubrimiento o constructo a través de las repetidas interacciones de los datos.

Los investigadores cualitativos aseguran credibilidad de su trabajo comparando el fenómeno actual con las observaciones previas, ya sea de un escenario, grupo de personas o sucesos. Deben además describir claramente sus métodos de trabajo, en relación a los elementos que escogen para construir su investigación, así como la descripción del lugar de su estudio y como ellos obtienen acceso al escenario. Además relatan el proceso de generar y coleccionar los datos, el significado del proceso y análisis de datos, las vías que siguen para realizar sus observaciones y la forma en como se conducen (que hacen, como participan).

Por otra parte, los investigadores cualitativos no utilizan la estadística y la validez de sus análisis estará dado por la lectura y revisión constante de su trabajo. Para la perspectiva cualitativa, se generan dos procesos cerrados. Primero, los investigadores deben ser confiables de cómo describen un fenómeno y segundo, los consumidores de la investigación deben juzgar el trabajo. Este proceso interaccional, consiste en las conversaciones entre el investigador y lo investigado.

Investigación Cualitativa en Psicoterapia

En sus inicios la práctica psicoterapéutica empleó una gran variedad de métodos que pueden considerarse dentro del ámbito de la investigación cualitativa. Tal es el caso del la investigación y análisis de casos individuales, que incluye la exposición sistemática de los procedimientos de intervención clínicos, bien de evaluación o tratamiento; dicho procedimiento fue empleado por Sigmund Freud, "quien a través de algunos de los casos más conocidos que fueron estudiados o tratados por él ("El pequeño Hans", "El

hombre de las ratas", "El hombre de los lobos", etc.) o mediante el análisis de casos y textos producidos por otros ("Anna O.", "El presidente Schreber") nos desgana lo más esencial del pensamiento y técnica psicoanalítica" (Avila, Jiménez, Ortiz y Rodríguez. 1992).

Desde un inicio, la investigación clínica es entendida como un proceso cualitativo. El trabajo terapéutico con pacientes tiene el objetivo de llegar a conocer las características particulares de las personas, parejas o familias. El conocimiento del paciente a través de los ojos del terapeuta lleva al estudio de caso por caso, que es descrito e interpretado por el clínico. Este proceso es registrado respetuosamente en notas por el terapeuta, tal como un etnógrafo registra detalles de un escenario.

La forma en como los terapeutas entienden a los pacientes, a la terapia y a ellos mismos, es construido a través de la práctica de caso por caso. En cada encuentro con el otro y con él mismo, los terapeutas cambian sus descripciones, interpretaciones y su comprensión, basados nuevas evidencias. Esta constante comparación crea una resonancia con la teoría en la que se fundamenta el investigador. Los clínicos opinan que es útil la investigación cualitativa donde o cuando los métodos experimentales y cuantitativos no lo son.

Historia de la Investigación Cualitativa en Psicoterapia

La metodología cualitativa comento hacia la último mitad de 1970 pero no prosperó hasta 1990. a través de una impresión especial en revistas como Journal of counseling Psychology y Journal of Marital and Family Therapy, que la investigación cualitativa comenzó a ser publicada y aceptada. |

A partir de los hallazgos de Lambert (1992) acerca de los factores comunes que contribuyen al cambio en psicoterapia, sin importar el enfoque o modelo de intervención, se concluye que más del 40% del progreso en la terapia de los pacientes se atribuye a las variables del paciente y a las influencias extra-terapéuticas.

Pocos estudios cualitativos han investigado o informado como se relacionan estos factores con el paciente, sin embargo el trabajo de Rennie (1992) ha contribuido al estudio del proceso de la psicoterapia desde una perspectiva cualitativa. Rennie habla de la influencia del paciente en el proceso terapéutico, y logra obtener las percepciones de los pacientes respecto al proceso terapéutico utilizando el proceso de recuerdo interpersonal (IPR). Este consiste en recordar imágenes, sentimientos, emociones y pensamientos en el momento de la terapia, para lo cual formulan relatos y se registran en videograbaciones o audiocassettes. Las narraciones hechas por los pacientes son clasificadas en categorías a partir de sus características; eventualmente el investigador forma constructos del modelo y relaciona las categorías entre si.

En un estudio, utilizando IPR Rennie concluyó que al relatar la historia del proceso terapéutico, el paciente logra incrementar su autoconocimiento, sensibilidad y el contacto interno con su problema. Al analizar las experiencias terapéuticas de los pacientes, Rennie (1992) destaca que el principal hallazgo de su trabajo es la identificación de la "reflexión de los pacientes". Encontró que los pacientes reflexionan sobre el proceso en el curso de la terapia, definiendo esta reflexión como una cualidad de ser precavido y tener autocontrol.

La investigación cualitativa sugiere que las percepciones de los pacientes respecto a la relación terapéutica son parte importante del proceso de terapia. Esta evidencia muestra la incorporación directa del paciente en el proceso de retroalimentación, percepciones y expectativas como una parte positiva en la relación con el terapeuta.

Clasificación de la Psicoterapia

De acuerdo a las estrategias específicas de intervención y a la forma de concebir a los seres humanos, la psicoterapia puede ser clasificada en los siguientes grandes grupos: psicoanalítica, conductual, cognitiva, humanista, gestalt y sistémica.

Si nos centramos en el número de personas que son atendidas, quizá podamos hablar de que existen los siguientes tipos de psicoterapia: individual, de pareja o familia, y grupal.

Finalmente si pensamos en la duración del proceso terapéutico así como en los objetivos perseguidos por éste, tendremos las siguientes modalidades de psicoterapia: intervención en crisis, terapia breve, terapia a mediano plazo, terapia a largo plazo, y psicoanálisis.

Estrategias

Es importante dejar en claro respecto a las estrategias de indagación, observación, interlocución e intervención, que dentro del proceso terapéutico, sea cual sea el enfoque empleado, no es posible diferenciar cual de las técnicas empleadas es solo de indagación y cuál constituye una intervención u observación. Se puede realizar una clasificación arbitraria, pero siempre con la reserva de que una estrategia de indagación y observación como el psicodiagnóstico, puede a su vez fungir como una intervención con los efectos que ello implica en el paciente, en el terapeuta, y en la relación misma.

La Entrevista

Varios estudios cuantitativos han investigado las técnicas en las intervenciones terapéuticas. Se ha encontrado que solamente el 15% de mejoramiento por parte de los pacientes se encuentra relacionado con las técnicas utilizadas (Lamber, 1992).

Desde la perspectiva de la investigación cualitativa diferentes estudios han explorado varias de las técnicas y modelos terapéuticos, por ejemplo con niños; Stith, Rosen, McCollum, Coleman y Herman (1996) utilizaron entrevistas con niños quienes participaban en la terapia. También se entrevistaba a los padres y a los adolescentes acerca de su percepción sobre la participación de los niños en la terapia. Los niños entre 5 y 9 años disfrutaban inicialmente la personalidad del terapeuta y lo identificaban como importante. El apoyo de las técnicas terapéuticas era inicialmente actividades que incluían al niño a la terapia por lo cual lo reportaron como provechoso.

Muchos de los investigadores cualitativos, emplean técnicas de entrevista enfocadas a reunir información utilizando métodos de comunicación para estudiar los patrones de las conversaciones en la terapia. Los estudios de comunicación son considerados como una parte de la investigación cualitativa: a) porque el estudio posee conversaciones, b) que son registradas y transcritas, c) se centran en un segmento pequeño de la conversación, d) comunican no solamente lo que se dijo y el significado de lo que se dijo, etc. Varios investigadores de la comunicación, utilizan esta técnica terapéutica para estudiar cómo el terapeuta ayuda al paciente dentro del proceso de narración. Se centran en las preguntas y las respuestas de la conducta del terapeuta y como el paciente cuenta sus historias de acuerdo a las preguntas del terapeuta.

Viaro y Leonardi (1983) examinaron la forma en como un terapeuta familiar realiza las entrevistas para buscar información y aplicar esta información en la creación de intervenciones. Ellos identifican un número de patrones de información obtenidos, llamados por los terapeutas "prerrogativas conversacionales" y dirigen esta información en la sesión. Los terapeutas incluyen estas prerrogativas dirigidas a: el tema que se discutirá, las preguntas que se formularán, la interpretación de esta organización, etc. Viario y Leonardi sugieren que estas prerrogativas son necesarias para el control de la información en la sesión y obtener material necesario para diseñar intervenciones.

Stancombe y White (1997) han estudiado como los terapeutas dirigen a los miembros de una familia hacia la interacción. Los terapeutas abren varios temas de conversación y manejan la atribución de la culpa de los pacientes. También han observado como los pacientes y los terapeutas experimentan en la creación de significados durante la sesión. Los investigadores concluyeron que la terapia es un acto retórico en donde el paciente y el terapeuta trabajan para persuadir al otro de los significados de sus acciones y pensamientos.

De manera similar, Miller (1987) han examinado el rol retórico de los terapeutas en la construcción de problemas familiares dentro de la terapia. Ellos han examinado aproximadamente 300 sesiones terapéuticas aproximadamente en un periodo de 12 meses. Miller encontró que los terapeutas tienen la tendencia a evocar "una perspectiva familiar" para definir los problemas de los pacientes. Los problemas presentados en terapia, son producto de los sistemas familiares de los pacientes.

El psicodiagnóstico

Maloney y Ward (1976) caracterizan el psicodiagnóstico como una vía de resolución de problemas, para responder a una serie de preguntas necesarias para planificar la intervención en un caso particular. Este proceso requiere, según estos autores, un tipo de fundamentación científica diferente de la habitual en otros campos de la psicología. Esta fundamentación recibe el nombre de "validez conceptual". Lo importante es la observación, recolección de datos y generación de hipótesis únicas sobre un individuo, con objeto de llegar a un modelo de su personalidad.

Las técnicas conversacionales

La técnica terapéutica recibe mucho escrutinio en la formulación de un estudio cualitativo. Estas formulaciones son tipos de conversaciones de un emisor a otra persona que entiende la conversación. Los investigadores cualitativos han proporcionado una visión estrecha acerca de cómo es el trabajo terapéutico con los pacientes. Los terapeutas frecuentemente experimentan cambios, a los cuales llaman reformulaciones de lo que expresa el paciente. Estas técnicas de reformulación son también llamadas reestructuración y reconstrucción. A través de estas conductas, los terapeutas proporcionan un nuevo significado y abren posibilidades dentro de la conversación.

Los investigadores cualitativos también han examinado de manera muy cercana, la variedad de técnicas terapéuticas utilizadas por los terapeutas en sus conversaciones con los pacientes. La naturaleza de estos estudios permiten al investigador explorar los significados de las sesiones y concentrar los cambios en el discurso terapéutico.

En otros estudios, se ha estudiado la interacción con los miembros de la familia y como el terapeuta controla estas interacciones. Este control permite al terapeuta estructurar la terapia y delimitar los patrones de comunicación en la familia y modificar estos patrones para encontrar la problemática.

Por otra parte, a través de algunos estudios cualitativos se ha investigado modelos de terapia específicos, centrados en las soluciones. Metcalf y Thomas (1994) han investigado las percepciones en la terapia centrada en el modelo de soluciones. Ellos han entrevistado a pacientes y les preguntan, "que fue lo que ocurrió en el proceso terapéutico que encontraron más provechoso?" Para los terapeutas ellos preguntan: "¿Qué hizo durante el proceso terapéutico que ayudara a que ocurriera el cambio?" De acuerdo con estos autores, los pacientes reportaron que promovieron diferencias en las descripciones de los terapeutas, fueron escuchados, informados de su diferencias y amplificando sus puntos fuertes o recursos. Los terapeutas describieron la experiencia,

el encontrar recursos, el mostrar y validar recursos, no culpar y tratar a los miembros de la familia como expertos en ellos mismos.

En resumen, las técnicas y modelos terapéuticos, involucran un proceso de cambio. Cummings, Hallberg y Slemmon (1994) investigaron estos cambios terapéuticos mediante un cuestionario. Después de cada sesión, los pacientes debían contestar un cuestionario. Los autores identificaron un "cambio consistente" en lo cognitivo, afectivo o conductual. Un segundo cambio identificado fue el "cambio interrumpido" definido como un cambio que ocurre al comienzo de la terapia pero que regresa a la conducta inicial. Finalmente un tercer cambio es identificado como "cambio mínimo".

Comentarios

La investigación cualitativa pretende generalizar sus estudios y persuadir a un mayor número de investigadores. Del análisis realizado, se encontraron diferentes puntos respecto al estudio de factores comunes entre ellos.

Los investigadores cualitativos son un camino creativo para estudiar el proceso psicoterapéutico. A través de algunos modelos clínicos se ha estudiado algunos aspectos, y se ha observado que las técnicas y modelos juegan un papel importante en el proceso terapéutico.

La literatura cualitativa, muestra los intentos de los investigadores para aprender más acerca de la relación terapéutica.

Los métodos cualitativos son útiles en estudios de sesiones. Se puede en este caso, establecer una gran variedad de metodologías para examinar diferentes obstáculos y establecer diferentes metas.

Es necesario un mayor número de estudios cualitativos para explorar modelos terapéuticos más específicos.

Muchos investigadores cualitativos se han concentrado en estudiar las actividades de los pacientes y terapeutas, pero se ha puesto poca atención a los factores extra-terapéuticos y a las condiciones que contribuyen a la terapia.

En el futuro, los estudios cualitativos, especialmente el microanálisis de las conversaciones terapéuticas, podría ofrecer una explicación sobre la forma en que los diferentes modelos terapéuticos contribuyen a un resultado efectivo dentro de la terapia.

ANEXO 4

TALLER DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA APLICACIÓN DEL ENFOQUE SISTÉMICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Intervención Comunitaria

Mtra. Silvia Vite San Pedro

INTRODUCCIÓN

Tomando en cuenta la relevancia del enfoque sistémico y sus aplicaciones prácticas dentro de la Psicología clínica, desarrollamos el presente taller dirigido a psicólogos y profesionistas de carreras afines que actualmente se dediquen a la práctica clínica.

Como terapeutas sistémicas en formación, partimos de la certeza de que ciertos conceptos del modelo son fundamentales para el trabajo clínico, y que pueden proporcionar a los profesionistas herramientas muy útiles para el entendimiento e intervención con los pacientes, grupos o comunidades donde se desenvuelvan.

Nuestro interés surge de nuestra propia experiencia al estudiar la carrera de Psicología y ejercerla posteriormente. Consideramos que las instituciones que forman psicólogos a nivel de licenciatura, raramente incluyen entre su plan de estudios materias que aporten información respecto al modelo sistémico más allá de un conocimiento somero; sin embargo cuando empezamos a ejercer la profesión en el área clínica nos encontramos con herramientas como el genograma, la teoría de la comunicación humana, el modelo de evaluación de McMaster, entre otras, que significan un gran apoyo para el psicólogo inexperto.

Por otro lado, consideramos de suma importancia tener la posibilidad de incluir en el entendimiento de las personas la forma en que la familia contribuye en la formación, mantenimiento y solución de problemas humanos.

Nuestra pretensión es llevar a cabo el taller de manera participativa y vivencial, con lo cual se facilite la autorreflexión y la aplicación práctica de los temas revisados.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar a los participantes una visión general sobre los conceptos básicos del enfoque sistémico.

ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LAS SESIONES

Se realizarán 4 sesiones de 3 horas cada una. Cada sesión se revisarán uno o más temas, iniciando siempre con una dinámica grupal y posteriormente de forma breve se hará una revisión teórica.

Finalmente se realizará una ronda de preguntas y respuestas o comentarios acerca de la información revisada.

FECHAS Y HORARIO

15, 22 y 29 de mayo, y 5 de junio del 2004, de las 15: 00 a las 18:00 hrs.

CONTENIDO TEMÁTICO

Encuadre y Evaluación

Objetivos:

- Conocer de forma general a los miembros de grupo.
- Evaluar los conocimientos de los participantes acerca del enfoque sistémico, para tomar un punto de partida en la revisión de temas.
- Crear un clima de confianza en el grupo que permita la participación activa de todos los asistentes.
- Conocer las expectativas de los participantes respecto al taller.
- Definir las reglas a seguir durante el taller.

Subtemas:

- Presentación
- Evaluación
- Rompimiento de hielo
- Revisión de expectativas
- Establecimiento de reglas

Módulo I. Fundamentos de la terapia familiar sistémica

Objetivos:

- Ubicar cuáles son las bases e influencias más importantes en el desarrollo de la terapia familiar.
- Conocer de forma general cuáles son los antecedentes históricos del enfoque sistémico.
- Revisar las características generales de la teoría general de sistemas.

Subtemas:

- Antecedentes históricos
- Teoría general de sistemas

Módulo II. Ciclo Vital

Objetivos:

- Detectar las etapas recorridas en su historia familiar y las dificultades encontradas durante su desarrollo.
- Describir de manera general cada una de las etapas que conforman el ciclo vital de la familia.

Subtemas:

- Periodo del galanteo
- El matrimonio y sus consecuencias
- El nacimiento de los hijos
- Dificultades matrimoniales del periodo intermedio
- El destete de los padres
- El retiro de la vida activa y la vejez

Módulo III. Modelo de Evaluación de McMaster

Objetivo general:

- Que el participante adquiera herramientas que le permitan realizar una evaluación de las diversas áreas que conforman la interacción familiar según el modelo de McMaster, a fin de complementar el desarrollo de entrevistas, valoraciones e intervenciones clínicas.

Objetivos particulares:

- Conocer las bases que sustentan el modelo de evaluación de McMaster y su aplicación en la clínica.
- Revisar los elementos que conforman el área de *roles* del modelo de evaluación de Mc Master.
- Revisar los elementos que conforman el área de *solución de problemas* del modelo de evaluación de Mc Master.
- Revisar los elementos que conforman el área de *comunicación* del modelo de evaluación de Mc Master.
- Revisar los elementos que conforman el área de *expresión de afectos* del modelo de evaluación de Mc Master.
- Revisar los elementos que conforman el área de *involucración afectiva* del modelo de evaluación de Mc Master.
- Revisar los elementos que conforman el área de *control conductual* del modelo de evaluación de Mc Master.
- Vivenciar cada uno de los componentes del Modelo de McMaster revisados.

Subtemas:

- Solución de problemas
- Comunicación
- Roles
- Expresión de afectos
- Involucración afectiva
- Control conductual

Módulo IV. Teoría de la comunicación humana

Objetivos:

- Reconocer la importancia de identificar diversos elementos de la comunicación en las interacciones.
- Que el participante reconozca que es imposible no comunicar.
- Que el participante logre diferenciar entre contenido y relación en una interacción.
- Identificar que la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
- Reconocer los niveles de comunicación analógica y digital, y la manera en que estos se complementan.
- Clasificar los intercambios comunicacionales en simétricos o complementarios.

Subtemas:

- Axioma 1. *La imposibilidad de no comunicar*
- Axioma 2. *Contenido y relación*
- Axioma 3. *Puntuación de la secuencia de hechos*
- Axioma 4. *Comunicación analógica y digital*
- Axioma 5. *Simetría y complementariedad*

Cierre y Evaluación final

Objetivos:

- Hacer una síntesis de lo revisado durante el taller.
- Retroalimentar a las facilitadoras respecto al taller y a su desempeño.
- Identificar la utilidad del taller para los participantes.

Subtemas:

- Resumen
- Evaluación
- Entrega de reconocimientos

TÉCNICAS EMPLEADAS

Exposición de temas, dinámicas grupales, técnicas de análisis y reflexión de información. Análisis de películas, role playing y ejercicios vivenciales.

BIBLIOGRAFÍA

Becvar & Becvar (1994) Family Systemic Therapy.
Capítulo 3: The paradigmatic Shift os systems theory.
(Mecanograma traducido al español)

Epstein, N., Bishop, D., Baldwin, L
El Modelo Mc Master del Funcionamiento Familiar.
Traducción de Francisco Avilés Gutiérrez.

Guerin, P. 1976. Family Therapy. Theory and practice.
Gardner Press, Inc. New York.

Hoffman, L. 1981 (1987) Fundamentos de la Terapia Familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas
Fondo de Cultura Económica. 1987 (1981). México.

Molina, J. Bases Teóricas y Epistemológicas de la Terapia Familiar Sistémica.
Instituto Mexicano De Terapias Breves.

Pliego, I. (1998). Etapas de desarrollo de la familia.
Mecanograma desarrollado por Imelda Pliego.

ANEXO 5

The Family with an asthmatic member An offer of intervention

Mrs. Gyöngyi Erika Trujillo Núñez
Dr. María Blanca Montecinos Vano

The asthma has been broadly studied from a psychological point of view due to the increase in prevalence in the last few years. It is important to know the etiological factors and the development, maintenance and explanation of the asthmatic process. As it has already been mentioned, the asthma is an extremely complex and multifactorial disease, associated with allergic, climatic, infectious, endocrine and environmental factors. In this sense, the importance of the psychological factors has been demonstrated by diverse facts that can be summarized in three aspects:

- The existence of psychological factors in the worsening of the crisis
- The possible characteristics of the asthmatic boy's personality
- The closest relationship rules in the families with an asthmatic member

Predisposing situations of asthmatic attacks

Social, religious, religious: the most frequent are the fear and the rage.
Sexual: A high number of cases are associated with marital conflicts, like ill-liked sexual relationships, disapproved by the parents or the ones that generate harm to the individual, etc.

Interference of the relationship: Very frequently the asthma attacks are communicated as messages to family members. The asthmatic individuals are particularly sensitive to all that perturbs the harmony and the protective atmosphere of the home environment. In a great number of cases, the asthma attacks happen after a reproach of parents or teachers.

Danger of accidents: In particular, accidents: It is a problem that many asthmatic attacks have been after the death or accidents that threatened the life of parents or siblings.

OBJECTIVE

To develop a strategy of specific intervention with asthmatic children's families, which focus the development and integration of relationship rules that reduce the dependence and the projections, and that become instrumental to the decrease of the psychological factors in the development of the suffering and, therefore, in a smaller number of asthma attacks.

STRUCTURE OF THE

PROPOSED INTERVENTION

Intervention type: Familiar

Population: Families with children smaller than 12 years, with asthma diagnosis.

Sample: 8 to 10 weekly sessions from 60 to 90 minutes each. It means that the time of application can be changed or decreased, according to the characteristics of each family.

INTERDISCIPLINARY CONTACT

Since it is sought to create a support group that includes the primary, the family and their nets among which includes the institution or personnel that offers the medical attention, it's of fundamental importance to combine with

the medical doctor the participation of the suffering, religious, cause and the change in the same way, it is necessary to work with the health personnel so that they know the psychological elements implied in the suffering of the asthma.

FRAME

The first step once the contact was settled down with the health institution, it's to invite the family to participate in this program of family intervention. If they accept the invitation to participate they are explained about the work method; the sessions will be video-recorded and that they will probably be seen by some other professional besides the therapist.

FAMILY EVALUATION

The family as a resonance. The family is contemplated as a primary help source that works in a protective way to increase the resistance to the illnesses and for the complainers of the patient's disorder.

The influence of the family in the course of the chronic illness. It talks into account the interaction between the behavior of the family and the characteristics of the illness and how this interaction can have a negative or positive influence in the course of a chronic affliction.

GENOGRAMMA

Only takes into account the 4 following points:

1. Illness History
2. Transitions in the vital cycle
3. Identified Patient and Role
4. Cycles (of the vital cycle and unaware to this)

EMERGENCY

The method proposed to have clear the information about the interaction rules, is the family map based on the structural pattern. Minuchin (1979) suggests to use systems, subsystems, lines, lozels, and interchanges.

DEVELOPMENT AND CURRENT

STATE OF THE SUFFERING

The history of the suffering is necessary to know the changes that families have experienced, which modifications impact the family operation starting from the illness and what elements can be useful to manage the illness situation in the family.

IDENTIFICATION OF THE PATTERN OF

INTERACTION DURING THE ASTHMA EVENTS

In order to identify the interaction pattern in the family, it is necessary to explore how the asthmatic event begins, what characteristics are presented in the sick member, and what does he do and what do each of the members of the family do, the present people and the absent ones in the event. It is also required to ask what family situations prevailed previously to the event.

DEFINITION OF THE PROBLEM

It is important to keep in mind the utilization of questions to achieve information about the strong sides, the resources and the capacities regarding a problem definition that is in our hands and in the family's hands to solve (O'Folien & Weiser-Davis, 1990).

ESTABLISHMENT OF THE THERAPEUTIC OBJECTIVE

- To settle down together with the family, a concrete objective and according to the possibilities that are given from the sickness and familiar characteristics.
- Perform an attitude of hope and trust without neutralizing the illness- and to encourage the families in this situation to focused them in their possibilities to achieve a better result in the current time and in the future (Murphy, 2001).
- Use the asthmatic questions through which the therapist can grant the patient a vision of possibility.
- To address the asthmatic question with some other that presents the possibility of the asthma to carry out from each member of the family, for it's achievement.

ELABORATE A PLAN FOR FAMILY ACTION

To elaborate in conjunction with the family, an action plan to achieve a new context before the asthma attacks

Using the strategies that have already been used and that have worked and to have made those that haven't worked.

The action plan should contain the following elements:

- Agree to identify the severity of the asthmatic crisis
- Strategy to give the "alarm value" in case it is required
- Immediate actions call to the doctor, administrator, the institution, etc.
- Patients' responsibility to follow the medical prescriptions.

Not to depend

It will be achieved

DISCUSSION

