



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

EL ESTABLECIMIENTO DE UNA ÉTICA DEL TERAPEUTA A
PARTIR DE SU EXPERIENCIA PERSONAL

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

VALERIA REYES RAMÍREZ

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. JUANA BENGOA GONZÁLEZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

COMITÉ: MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

MTRA. MARIA OLGA MEJIA ANZURES

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. LAURA EVELIA TORRES VELÁZQUEZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

TLANEPANTLA DE BAZ

ESTADO DE MÉXICO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A:

La Universidad Nacional Autónoma de México

mi alma máter.

Mis maestras y supervisoras de la residencia

por sus enseñanzas, dedicación y apoyo.

Mis padres, familiares y amigos

por su apoyo y por creer en mí.

Misael

por su amor y soporte.

ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.	IV
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.	1
1. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar:	2
1.1. Características del campo psicosocial.	2
1.2. Principales problemas que presentan las familias.	5
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	14
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico:	17
2.1. Análisis sistémico y descripción de los escenarios.	17
2.2. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.	23
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.	25
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo:	26
1. 1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	26
1.1.1 Teoría General de Sistemas	26
1.1.2 Cibernética	29

ÍNDICE

1.1.3 Teoría de la Comunicación	31
1.1.4 Constructivismo	33
1.1.5 Construccinismo Social	35
1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	38
1.2.1 Modelo Estructural	38
1.2.2 Modelo Estratégico	44
1.2.3 Modelo de Terapia Breve Orientada a Problemas	49
1.2.4 Modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones	57
1.2.5 Modelo de Milán	65
Modelos derivados del Posmodernismo.	71
1.2.6 Terapia Narrativa	71
1.2.7 El Equipo Reflexivo	75
1.2.8 Enfoque Colaborativo	77
CAPÍTULO III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.	81
1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.	82
1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia en la práctica terapéutica.	82
1.2 Tema: Una Ética del Terapeuta	84
1.3 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con dos familias elegidas.	111

ÍNDICE

1.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total	134
2. Habilidades de Investigación.	138
2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa.	138
2.1.1 Investigación Cuantitativa	138
2.1.2 Investigación Cualitativa	144
3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento	148
3.1 Productos tecnológicos	148
3.2 Programas de intervención comunitaria	149
3.3 Asistencia a foros académicos	150
CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES	152
1. Habilidades de compromiso y ética profesional.	152
REFERENCIAS	156

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

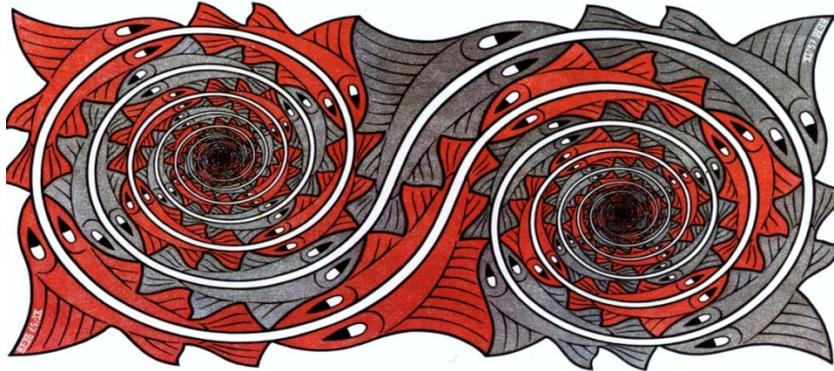
El presente reporte tiene como objetivo sistematizar la experiencia que resulta de haber concluido la residencia en Terapia Familiar que forma parte del programa de maestría y doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Este documento se estructura en cuatro capítulos. El primero se refiere a los antecedentes y contexto de la terapia familiar. El segundo capítulo está orientado a la descripción y el análisis del marco teórico de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, el tercero da cuenta del desarrollo y aplicación de competencias profesionales. Finalmente el cuarto capítulo se refiere a las habilidades de compromiso y ética profesional adquiridas durante el programa.

Dentro del tercer capítulo del reporte se hace un análisis y discusión acerca de la ética del terapeuta. El interés en este tema surge de la observación sobre las intervenciones y la manera de actuar del terapeuta en relación con los casos de las familias consultantes.

CAPÍTULO I.

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR



El presente capítulo tiene como objetivo describir los antecedentes y el contexto de la terapia familiar para cumplir este propósito se divide en dos apartados.

El primero se refiere al análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar. Este apartado está integrado por tres secciones: Características de campo psicosocial; principales problemas que presentan las familias; la terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

El segundo apartado se refiere a la caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico. Este apartado está integrado también por tres secciones: descripción de los escenarios, análisis sistémico de los escenarios. Y explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios del trabajo clínico.

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

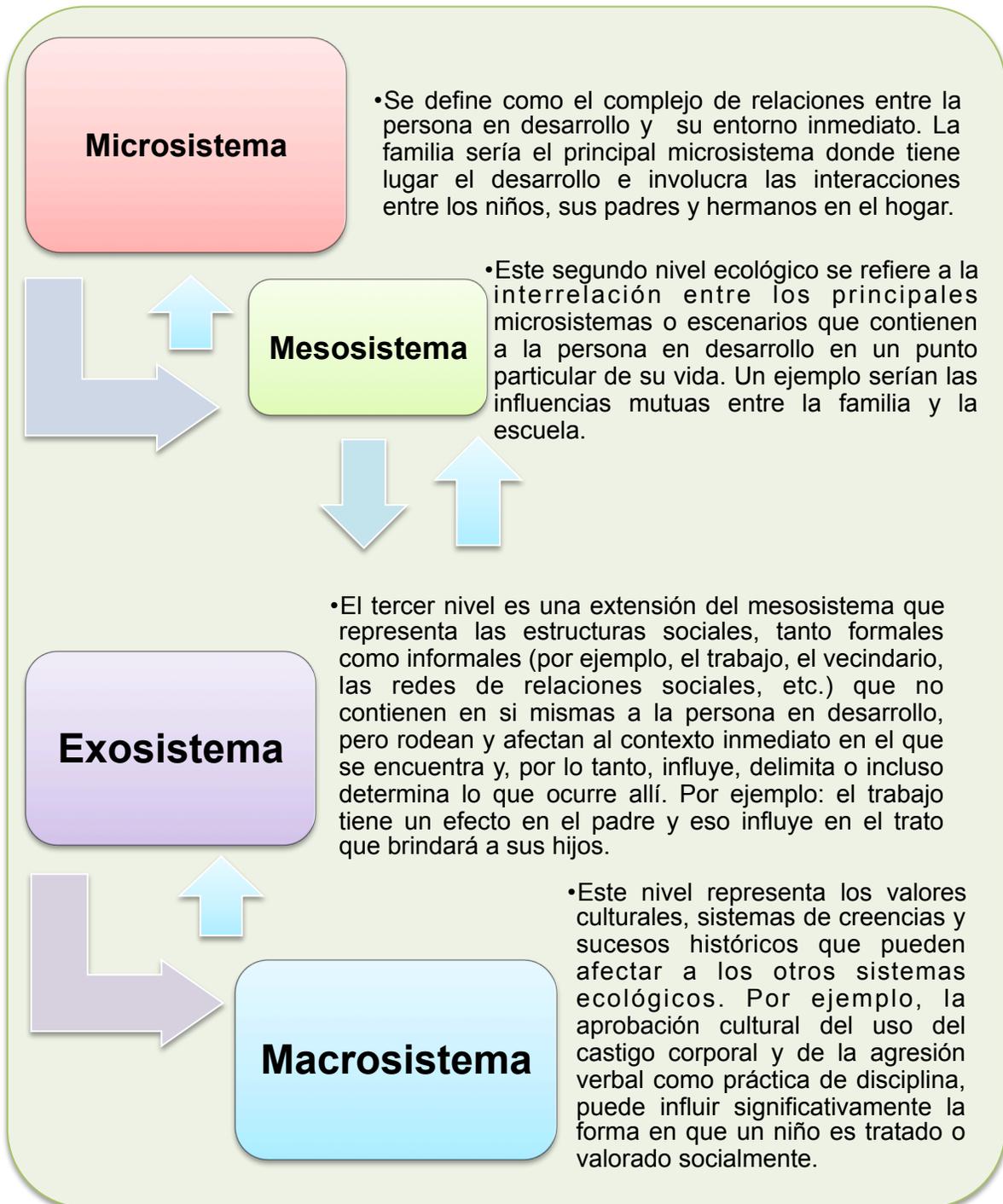
1.1. Características del campo psicosocial.

La sociedad, la familia y el individuo son sistemas clave del campo psicosocial. Cada sistema se define por experiencias diferenciables, pero en interacción y dependencia constante. En las sociedades estas experiencias son descritas en términos de modelos, derechos, valores y actitudes. La familia actúa como transmisor y reproductor de estos agentes para crear la cultura.

Las funciones de la familia en una sociedad son siempre históricas y contextuadas, es decir, son colocaciones y transformaciones en escenarios y contextos, determinados por un rejuego específico de roles, actividades y relaciones. Este conjunto de transacciones implica siempre una relación recíproca y necesaria entre variación histórica y patrones de vida.

Una alternativa para comprender el campo psicosocial es el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (citado en García y Musitu, 2000), que considera que los individuos establecen una relación bidireccional y de influencia recíproca con su ambiente, el cual no está limitado a un único entorno inmediato, sino que está compuesto por diferentes subsistemas que interactúan entre sí (ver Figura 1).

Cuadro 1. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.



Desde la perspectiva ecológica, la familia y los sistemas extra familiares cumplen un proceso de adaptación mutua, las condiciones del entorno influyen en la vida familiar y los cambios que acontecen a la familia facilitan la transformación del entorno. En condiciones normales, el sistema familiar se mantendrá en un estado de equilibrio dinámico donde existe un balance adecuado entre los recursos del sistema y los niveles de estrés. Sin embargo, cuando se producen cambios en el exterior de la familia, combinados con cambios dentro de la familia, puede producirse un estado de inestabilidad ecológica, en el que los niveles de estrés exceden la disponibilidad de recursos personales y familiares, lo cual aumenta la probabilidad de conflicto (Garcia et al., 2000).

Para comprender el microsistema, es importante trazar distinciones entre el nivel de la familia y el individuo. La familia desarrolla una organización, mientras que el individuo crea una identidad a partir de su papel dentro de dicha organización. En la familia se genera una mitología, fruto de un consenso sobre la forma en que sus miembros ven el mundo de manera que se conserve su organización, mientras que el individuo crea una narrativa personal de lo que ha sido su vida, a la vez influida por la organización familiar (Linares, 1996).

Linares (1996) considera que las emociones, cogniciones y conductas de un individuo son de diferente orden a aquellas que son compartidas por todos los miembros de la familia, aunque pueden confluir. Esto implica, que al tratar de comprender a una familia a partir de sus individuos, se busquen las emociones compartidas, los valores y creencias comunes, así como rituales colectivos de la organización familiar a la que pertenece.

La sociedad reconoce y valora a los individuos a través de sus actividades y logros, los individuos se adaptan, reaccionan o transforman a la sociedad. Dentro de la familia los individuos crean y dinamizan interacciones y significados, que a su vez movilizan la forma de interactuar con los otros sistemas y de la misma

manera reciben un impacto de ellos como retroalimentación, de este modo los sistemas interactúan y se modifican entre sí.

1.2. Principales problemas que presentan las familias.

A partir de la observación de los datos sociodemográficos, es posible identificar tendencias que marcan la problemática que se presenta en el comportamiento y estructura de las familias en México. De acuerdo con el Prediagnóstico sobre la Dinámica Familiar en México (Leñero, 2006)¹, las tendencias que se consideran más relevantes de los cambios para el siglo XXI relativas a la conformación familiar y a su dinámica intergeneracional son las siguientes:

Tendencia relativa al nivel socioeconómico: Se mantiene la desigualdad socioeconómica de las familias, aunque aumenten las expectativas de bienestar familiar, no siempre correspondientes a la realidad ocurrida. El siglo XXI parece perfilarse conservando la marcada desigualdad socioeconómica con la que nació la nación mexicana a partir de la colonia novohispana.

En esta perspectiva de aspiración a un bienestar sociofamiliar, la reproducción de la descendencia, se reduce numéricamente de manera patente, vinculada también con la búsqueda de realización individual. El uso de anticonceptivos se generaliza a la mayoría de las personas en edad fértil. Las políticas sociales se orientan hacia un ideal universal de bienestar físico y de satisfacción de las necesidades básicas; de aspiración a una movilidad ascendente no alcanzada por muchos. El bienestar familiar busca la seguridad, la subsistencia asegurada y el confort. Y esto está asociado a una tendencia marcada hacia el consumismo, impulsado por la publicidad y la mercadotecnia, proveniente, de manera ilimitada, de los productores de bienes y servicios en serie.

¹ El apartado 1.2 está basado en: Leñero, O. (2006). Prediagnóstico sobre la Dinámica Familiar en México. México: Editorial DIF. Pp. 163-167.

Las familias mayoritarias populares aspiran a convertirse en familias de “clases medias” (incluso tienden a identificarse como tales, aunque no lo sean). Se pretende que “la familia de una economía de mercado”, se convierta en una unidad de consumo masivo (principal aliada y objetivo de los mercados globalizados). Y es así como se reproduce en nuestro país la civilización nórdica del modelo anglo sajón y de la ética protestante basada en la búsqueda de éxito económico mediante el trabajo, como signo de predestinación eterna. El ideal de bienestar se convierte en “confort” y resulta concomitante a una transición epidemiológica que da lugar a desequilibrios psíquicos, cardiovasculares, degenerativos, depresivos y a las adicciones de estupefacientes que se extienden principalmente a la población joven insatisfecha.

Tendencia relativa a la estructura familiar: En cuanto a las formas adoptadas de estructuración familiar podemos prediagnosticar una tendencia, ya casi irreversible, hacia la ruptura de la integridad familiar. Esto significa que en la respuesta organizacional de las familias existe una creciente disociación de las funciones familiares entre sí. Lo que anteriormente se consideraba intrínsecamente fusionado estructuralmente en las unidades familiares, ahora se tiende marcadamente a desvincular.

Estas tendencias de disociación de elementos y funciones, dan lugar a una dinámica familiar pluralizada, susceptible de recreación inventiva en cada caso familiar. Esto es, ya no es posible plantear un estereotipo familiar único, ahora la posibilidad es que la familia se estructura de acuerdo a sus características particulares.

Tendencia relativa a la informalización de la vida familiar: ante la estructura familiar formalmente institucionalizada, se da reconocimiento a la red de interrelaciones afectivas, volitivas y personalmente asumidas, como variantes distintivas de diferentes unidades familiares.

Ciertamente la dualidad estructural de la familia: como institución y como grupo primario sigue existiendo, pero ahora estamos experimentando un énfasis cada vez mayor en las vinculaciones afectivas y en la individuación de sus miembros.

Tendencia relativa a la atomización familiar: Existe en la actualidad una tendencia hacia el aislamiento de cada familia. Ante una sociedad del anonimato, abierta de relaciones impersonales, pero con características de agregado social, la familia desarrolla su propia conformación cerrada en sí misma. Paradójicamente esto la hace más dependiente de los factores externos pues resulta más vulnerable a los embates de la problemática y conflictiva anímica pero también de la externa, macrosocial ante la cual no puede presentar una defensa y resistencia dada la debilidad de recursos propios. De ahí que su hermetismo se convierte en vulnerabilidad.

Tendencia relativa al cambio derivado de la perspectiva de género, donde se observa que la mujer se desarrolla notablemente y expande su acción dentro y fuera del hogar esperando una correspondencia masculina que tarda en llegar en una situación de inercia cultural no deseable por los varones, al menos en su fuero interno y subconsciente. De ahí que la expectativa de equidad de género se convierta frecuentemente, todavía, durante una o dos generaciones más (y quizá, otras adicionales en amplios contingentes familiares), en rupturas y fracasos conyugales y maritales.

Esta situación incide en la generación de la doble carga de trabajo de la mujer como efecto de la poca participación del hombre en el hogar. Se adhiere la desigualdad en el entorno laboral de la mujer e ingresos menores. Lo que le provoca como efecto desgastes anímicos, desilusiones, depresiones, madres solteras, violencia masculina.

En el hombre, la tendencia hacia el cambio derivado de la perspectiva de género causa la pérdida de autoridad moral y afectiva de los varones, con la consiguiente infelicidad íntima.

Con la introducción de la perspectiva de género la vida familiar se instala en una permanente construcción y redefinición hasta que se instale una nueva concepción de la vida familiar en la cotidianidad, mediante un proceso de desarrollo humano aprendido intergeneracionalmente.

Tendencia relativa al cambio operado en la ruptura (relativa) de las generaciones. La familia en su conformación actual resulta cada vez más vulnerable e inhábil para superar dificultades. La estabilidad en la familia dependerá de cómo se reorienten los términos de una nueva concepción de la paternidad, la relación con los hijos, e incluso de la nueva relación fraternal entre hermanos y hermanas. La reducción del número de hijos menor de tres modificará las convivencias y creará nuevas formas de competencia y de solidaridad fraternal.

Tendencia relativa al énfasis en el factor amoroso, como base de la conformación familiar. Está vinculado a la búsqueda de felicidad humana, un tanto independientemente de las condiciones materiales de bienestar y de la posesión de bienes. Y su realización siempre estará relacionada con la vida familiar. Tanto como fundamento de ella, como producto de su realización exitosa desde la vida infantil, hasta la vida juvenil, adulta y de edad avanzada.

Las familias actuales se encuentran afectadas por esta concepción amorosa. Opera como mito que se cumple o que se escapa; como búsqueda de una seguridad e identidad personal, como realización de un desarrollo satisfactorio, de solidaridades y lealtades, de autenticidades y generosidades, pero también como fuente de dolores, decepciones, pasiones, odios, confusiones, chantajes morales, conflictos e infelicidades. Y las personas tienen que aprender a desarrollar y a manejar sus emociones y sus afecciones, como motores de sus acciones y convivencias.

Tendencia relativa a la individualización como proceso de realización personal. Se contraponen, en gran medida, a la unidad grupal de la familia. Antes se consideraba que los individuos estaban en función de la familia; ahora se enfatiza más que la familia esté en función de los individuos. Esto lleva a evitar el sacrificio de las personas por la unidad y desarrollo familiar en sí. En este siglo se va priorizando el desarrollo de las personas, incluso a costa de la integridad de la familia. La búsqueda de satisfacción y felicidad personal un tanto egocéntrica es concomitante a una toma de conciencia personal, e incluso de responsabilización del propio comportamiento y destino individual.

Pero algunos de sus efectos en la familia son: la más frecuente desintegración de las parejas maritales, la autoestima, la realización personal independiente de los familiares, el desplazamiento de la maternidad femenina abnegada e inmolada por la familia y los hijos, para lograr una equidad de género; la soledad de muchos y muchas; la emancipación de la dependencia de la mujer e hijos del padre, y la intimidad y secreto personal, sobre el compartir con los familiares.

Tendencia relativa a mantener un “continuo” de creciente escolaridad, diversifica a las generaciones entre sí (al menos en el período actual. Se espera que este continuo tienda a igualarse en las próximas generaciones). La educación de los hijos, adquirida en buena parte a través de la escuela y de los medios de comunicación de masas, incluyendo la internet, favorece la separación de las subculturas generacionales entre padres e hijos, por su diversa exposición a las fuentes diversificadas de información, conocimientos, tecnologías, valores y símbolos de referencia.

Tendencia relativa a la secularización y desacralización de la vida familiar. La familia pierde sus fundamentos y sus consagraciones sacrales para hacerse laica. En la cultura tradicional, todos los importantes eventos familiares han tenido referencias trascendentes de tipo religioso: sexualidad, matrimonio, concepciones, embarazos, nacimientos, etapas de crecimiento y rituales de

iniciación en los ciclos de la vida; festejos, enfermedades, cuidados y aspiraciones, éxitos y fracasos, penas y alegrías familiares.

Todo ello se ha secularizado y es visto como realidad puramente humana, susceptible de ser explicada racionalmente. Al mismo tiempo aparece, con la secularización, una pérdida de las normas que constituían a la familia; las reglas morales y las costumbres tradicionales basadas en la creencia religiosa; en los tabúes, en las prohibiciones y los sentimientos de culpa y mérito familiar; otro sentido es dado a la obediencia y desobediencia, a las rebeldías y sacrificios por los familiares; aparece otra fundamentación de los principios éticos y de los fundamentos intrínsecos de la vida familiar, de la paternidad, maternidad, fraternidad, de la relación con los ancestros, y con los descendientes; otra concepción del amor y desamor (no venidos de arriba) y con ello, una desestimación del crédito a los sacerdotes y religiosos como consejeros, jueces e intermediarios con la divinidad y lo sagrado.

La modernidad pretende sustituir el vacío sacral con valores racionales, científicos y de responsabilización personal, con los principios de equidad y alteridad frente al otro, con la correspondencia a la amistad y el amor humano, pero no siempre lo logra. Y de ahí una crisis de valores desplazados y no repuestos adecuadamente.

La familia tiene que cambiar en esta tendencia hacia una nueva sacralidad laica de los valores humanos y espirituales. Las referencias religiosas se siguen conservando ceremonialmente pero en buena parte se hacen cada vez más personales y más convencionales, pero quedan más bien simbólicas y eventuales más que reales y operantes en la vida cotidiana.

Tendencia relativa a una práctica conductual de “ensayo-error” más que una derivada de la experiencia y consejo de las personas adultas (abuelos, padres y otros). La búsqueda de pareja como la de profesión depende más de las circunstancias azarosas, de los sentimientos, de las pasiones eróticas, de las

apariencias físicas, o del cálculo convenenciero y no tanto de las experiencias y preferencias de padres y otros adultos o autoridades.

La tendencia enfatiza la elección personal, pero responde más bien a impulsos un tanto intuitivos muchas veces inconscientes. La migración se hace frecuente con mayor facilidad. La búsqueda de ocupación en una sociedad globalizada se hace en donde las variables intervinientes no están al alcance de las personas y las familias, sobre todo de una mayoría de población joven, así como de las personas mayores de edad avanzada.

Tendencia relativa a la entrada de los medios masivos al hogar, frente a la educación de vínculo primario. Las familias introducen en el seno de los hogares la televisión, y gradualmente la computadora y la internet, con ello, se incorporan a la globalización, recibiendo las influencias de otros ámbitos antes lejanos y desconocidos. Y con ello, una nueva cultura que se sobrepone a la cultura y subcultura de pertenencia, y a la educación hogareña de relaciones primarias.

La comunicación se manipula por quienes manejan los medios de masas. La pérdida de vida comunitaria local, por el encierro en los hogares, queda paradójicamente abierta a la comunicación venida del exterior, generadora de un mundo virtual incorporado a la dinámica familiar. Realidad que desconoce los antecedentes familiares, se genera una pérdida de raíces y de identidades. Se crean distancias cada vez mayores en las cercanías del vecindario, la parentela, el barrio, la ciudad, y la cercanía en las relaciones con actores extraños ubicados en un espacio físico lejano, pero aproximados en las pantallas. El mundo familiar se estructura de imágenes más que de ideas y pensamientos.

Tendencia relativa a los estilos de vida familiar cambiantes: en los que imperan las modificaciones constantes. La familia recrea sus estilos de vida y sus usos y costumbres de la vida cotidiana. La migración personal o familiar trastoca el

ritmo de vida de las familias y obliga a adopciones de formas de vida muy diferentes.

Modifica los horarios familiares y genera contrastes en el uso del tiempo diario y de las jornadas de sus distintos miembros. La necesidad de transportación diaria o periódica durante varias horas cada día y semana, absorbe el tiempo antes libre del cual se beneficiaba el encuentro y la convivencia familiar. La ciudad contrasta enormemente con el medio rural en cuanto a los estilos de vida, horarios, costumbres. Y sus cambios significan cambios en la dinámica familiar que tienen que aprenderlos y adoptarlos.

Estas tendencias que nos acompañan en este siglo, ya están echadas a andar y es imposible pararlas, lo que convoca a los especialistas en la salud emocional de las personas. Ya no hablamos solamente de una prevención sino de una intervención inmediata que establezca las alteraciones en la salud mental de los individuos producidas por su interacción con otros sistemas en su contexto.

El rol de los terapeutas cobra importancia, la problemática sería entonces si estamos seguros que los profesionales de la salud mental tienen la preparación y la ética necesaria para hacerse cargo del bienestar emocional de las personas.

Además, los terapeutas son afectados también por el contexto sociodemográfico y las tendencias que de él se derivan. El terapeuta no es ajeno a estos cambios, se impacta de manera subjetiva ante ellos, por lo tanto es menester que ajuste su práctica y cuestione su ética para enfrentar los retos que ahora le plantea la dinámica social. ¿Cómo actúa e interviene el terapeuta ante las nuevas problemáticas planteadas por los pacientes?

Tenemos actualmente en México manifestaciones de alteraciones como las siguientes: ataques de pánico, bulimia, anorexia, obesidad, enfermedades crónicas degenerativas, suicidios infantiles, violencia al por mayor, pobreza extrema,

delincuencia, narcotráfico, pocas posibilidades de tener una economía estable, toxicomanías. Ante esto qué es lo que guía al terapeuta en sus intervenciones su moral o la ética.

La moral es un conjunto de normas que se transmiten de generación en generación, evolucionan a lo largo del tiempo y poseen fuertes diferencias con respecto a las normas de otra sociedad y de otra época histórica, estas normas se utilizan para orientar la conducta de los integrantes de esa sociedad, actúan desde el exterior, son una motivación extrínseca a la conciencia del sujeto, en ellas impera el aspecto prescriptivo, legal, obligatorio, impositivo, coercitivo y punitivo.

La ética por otro lado es el estudio filosófico y científico de la moral, es teórica, surge en la interioridad de una persona, como resultado de su propia reflexión y su propia elección. Son un conjunto de normas a saber, principios y razones que un sujeto ha realizado y establecido como una línea directriz de su propia conducta, su característica principal es su carácter interno, personal, autónomo y fundamental.

A partir del planteamiento de estas diferencias podemos pensar que si un terapeuta actúa desde la moral podría hacer un juicio impositivo, coercitivo y punitivo acerca de la conducta de sus pacientes, tratando de imponer al otro lo que él considera bueno.

Si el terapeuta está colocado desde una postura ética puede hacer una diferencia entre su moral personal y los principios y valores de sus pacientes, sin una imposición llevando a cabo una comprensión de las condiciones que han llevado a los pacientes a generar síntomas que alteran su vida. Dado que la ética surge de planteamientos teóricos, para generarla en un terapeuta interviene su formación académica, su práctica y la supervisión.

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

El planteamiento anterior nos lleva al abordaje ético. La problemática a tratar concierne a la ética del terapeuta y la forma en que este actúa de acuerdo a ella, pero ¿cómo se construye esta ética? ¿Cómo es que la terapia familiar sistémica y posmoderna con su teoría pueden contribuir para construir una ética en los terapeutas? ¿Qué ventaja ofrecen estos paradigmas a diferencia de los modelos tradicionales?

La Terapia Familiar Sistémica ha logrado un cambio epistemológico en cuanto a terapia se refiere, logró ir más allá de la evaluación y el diagnóstico para afirmar que la tarea del terapeuta consiste en alejar del equilibrio al sistema a su cargo, obligándolo a buscar una solución distinta reconociendo la importancia del cambio.

La estructura en cuestión se transforma de acuerdo a sus propias leyes especiales, leyes que el terapeuta no puede prever ya que forman parte de la singularidad de la familia. Dentro de este contexto no se culpa al paciente de su comportamiento, ni se culpa de sus síntomas a factores etiológicos, los síntomas se consideran como comunicaciones metafóricas acerca de la ecología de los sistemas de relaciones del paciente. El terapeuta forma parte del sistema terapéutico evitando colocarse contra el paciente en una lucha o juego de poder que el paciente siempre está tratando de ganar. Estas contribuciones obligan al terapeuta a tener una postura ética diferente a las anteriores, particularmente lo que importa es que el terapeuta tenga conciencia de que él y la teoría por él escogida participa de manera autorrecurrente en el flujo naciente y emotivo de los acontecimientos. Con estas aportaciones la terapia familiar abre el camino para nuevos planteamientos acerca de la ética del terapeuta y es seguida por los modelos posmodernos.

La psicología está siendo influenciada por la llamada perspectiva posmoderna, a la que podemos ubicar como una corriente crítica que cuestiona los fundamentos de la modernidad. Pero no busca ser un estado superior al modernismo, sólo trata de consolidarse como un estado distinto, crear una separación y no una superación, no se trata de invalidar planteamientos anteriores sino de crear condiciones diferentes.

El sello de la condición posmoderna es su origen en la separación y no la superación, posibilita que surja una tendencia que rechaza ofrecer nuevos fundamentos para invalidar los estipulados por la modernidad. La posmodernidad rompe con la idea de vanguardismo, en la cual lo nuevo tiene la connotación de valioso y de sustitución por lo ya conocido. Lo diferente de esta perspectiva se revela en su prefijo “*post*”, que está marcando un deslinde de la era moderna, en la medida que quiere sustraerse de sus lógicas de avance y desarrollo que dictan qué es lo conveniente para la humanidad.

Cuando las ideas posmodernas incidieron en el ámbito académico, colocaron en tela de juicio las nociones de objetividad, progreso, verdad y realidad heredadas de la Ilustración y la tradición empírica. La reacción no pudo menos que ser de gran alerta y desconcierto, no obstante, se fueron delineando las enormes ventajas que ofrece esta visión de estar en el mundo. Ayudadas por los medios de comunicación, las ideas posmodernas empezaron a expandirse en diferentes contextos (Gergen, 1992). Uno de los campos en los que se manifestó esta influencia fue en el de la terapia y, por consiguiente, en la ética del terapeuta.

Con fundamento en las investigaciones vinculadas a la biología del conocimiento surge el constructivismo el cual promueve una imagen del sistema nervioso como una máquina cerrada, en el que las percepciones y los constructos toman forma a medida que el organismo se “golpea” contra su entorno, Hoffman (1989) señala que desde esta posición, la terapia es un proceso de significados con vida propia, independientemente de los individuos involucrados, y no una ocasión para que el

terapeuta trate de “corregir” algo en la familia. De esta forma en comparación con los modelos tradicionales donde el terapeuta basaba sus intervenciones en un deber ser, ahora su ética se aleja de la moral y de los juicios de valor para dar paso a la construcción del sistema terapéutico.

Este cambio de posición del terapeuta que resulta del desarrollo de estos modelos, le otorga un principio básico que va a permitir que los aspectos éticos tengan una dirección delineada, este principio es el de autorreferencia (principio heredado de los modelos de la modernidad directamente de la cibernética). Entonces el terapeuta está comprometido a dar cuenta de él mismo, mantener una autoobservación constante e incluir al otro para llevar su objetivo, se aleja de juicios, diagnósticos que cumplen una finalidad de estereotipar y evaluaciones para llegar a una comprensión del otro, podemos decir que se hacen a un lado las evaluaciones ya desde el trabajo propuesto por el grupo del MRI.

Años después a finales de los ochenta, se registró un nuevo giro teórico en la comunidad terapéutica. Este desembocó en el Construccionismo Social, corriente que según Gergen (1996), incluye el lenguaje, la narrativa, la hermenéutica, la conversación y la reflexividad como algunos de sus núcleos conceptuales básicos.

El acento está puesto en el modo en que se construye la experiencia a partir de las relaciones sociales; es decir, la relación social es vista como productora de discursos y prácticas, por lo que la concepción terapéutica se orienta a promover historias y significados que favorecen la emergencia de alternativas vitales ante situaciones problemáticas. Esta postura ha llevado a la terapia a un punto en que el terapeuta se vuelve un facilitador, un experto en crear cierto tipo de conversaciones a través de las cuales, junto con el cliente, se co-construyen realidades y posibles soluciones a los dilemas en cuestión (London, Ruiz, Gargollo y M. C., 1998).

El terapeuta en el desarrollo de su ética ahora tiene como pilares, su formación teórica, su práctica como terapeuta, la supervisión y su proceso terapéutico personal, además de ser menester el estar en interacción constante con sus colegas para poder construir a través del lenguaje una ética común.

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

En la residencia en Terapia Familiar se desarrolla el trabajo en diferentes escenarios clínicos, con el fin de contribuir al objetivo de la profesionalización que caracteriza a al posgrado en psicología. El trabajo realizado en estos escenarios consiste principalmente en hacerse cargo de las derivaciones de los casos de familia canalizados en cada sede.

2.1. Análisis sistémico y descripción de los escenarios.

La Clínica de Terapia Familiar de la FESI se encuentra situada en el Estado de México, en una zona mayoritariamente industrial y de clase social variada. En su mayoría los pacientes que asisten al servicio viven en los alrededores a la FESI, asisten por recomendación y porque el servicio es accesible económicamente, además del prestigio que se ha ganado.

Un alto porcentaje de las personas que asisten al servicio tiene problemas económicos y sus problemáticas en ocasiones están muy relacionadas con ellos. El encuadre es proporcionado por la UNAM, los tiempos de atención dependen de las actividades académicas y los periodos de terapia se organizan por semestres, las sesiones tienen una duración de 50 minutos y el pago que se hace por ellas lo recibe la universidad.

Cuadro 2. Descripción de la sede CUSI-FESI.

Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Se ubica dentro del campus de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), en Av. Barrlos No. 1 en los Reyes Iztacala Municipio de Tlalnepantla, Estado de México, en el edificio de Endoperiodontología. Cuenta con una cámara de Gessell que se divide por un espejo bidireccional. Dispone de una sala para las pre y post sesiones llevadas a cabo en las consultas. Como equipo técnico se usa: una cámara video, videograbadora, televisión y dos teléfonos.

La población es referida principalmente por la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), por el Departamento de Evaluación y Diagnóstico de la FESI, así como por otras instituciones cercanas a la comunidad, como escuelas y hospitales.

En este escenario la dinámica consiste en dividir el tiempo de la sesión de acuerdo a las fases en que se estructura la terapia: el equipo y la supervisora se reúnen previamente a la llegada del paciente para hacer una planeación de la sesión, tanto los abordajes como los procedimientos que se deben llevar a cabo de acuerdo al seguimiento de las sesiones o si es un paciente de primera vez cuál es el procedimiento a seguir.

Después se recibe al paciente, con él se llevan a cabo los procedimientos planteados previamente con el equipo terapéutico y la supervisora, cuando suceden imprevistos o hay intervenciones por parte del equipo existe la posibilidad de usar el teléfono para recibir indicaciones o señalar alguna cuestión al paciente o al terapeuta.

Después se hace un corte de tiempo antes de terminar la sesión donde el terapeuta pasa con el equipo y la supervisora para planear el cierre de la sesión, el mensaje final y la tarea que se le va a dejar para la siguiente sesión. Finalmente el terapeuta regresa con el paciente le da el mensaje, le deja la tarea y se le asigna la fecha de su siguiente sesión.

La sede que se encuentra en el ISSSTE Tlalnepantla tiene una dinámica distinta, dado que la derivación de los pacientes es realizada por médicos, el contexto socioeconómico es variado ya que en su mayoría son trabajadores que reciben este beneficio.

Los pacientes que asisten son canalizados por la misma clínica, en esta sede los terapeutas asisten con bata, lo que de inmediato envía un mensaje de autoridad a los pacientes, sin embargo, los modelos terapéuticos que se usan permiten no obstante el contexto, llegar a hacer una relación horizontal con los pacientes. Esta sede es muy particular ya que debido a las características del consultorio donde se atiende a los pacientes, todo el sistema terapéutico tanto la supervisora como el equipo terapéutico se encuentran sentados en el mismo lugar que el paciente y su terapeuta, resalta que esta peculiaridad no produce un efecto invasivo a los pacientes, por el contrario se adaptan e incluyen a todo el equipo, en ocasiones volteaban a hablar con los otros terapeutas y las supervisoras, es un ambiente propicio sobre todo para trabajar con equipo reflexivo.

Cuadro 3. Descripción de la sede ISSSTE Tlalnepantla.

Clínica de Medicina Familiar “A” del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, ISSSTE Tlalnepantla. Está ubicada en la calle de Xalapa #68 en la Colonia Valle Ceylán, en Tlalnepantla Estado de México.

Se organiza de acuerdo a la Subdelegación Médica en el Estado de México en dos estructuras. La primera es la Orgánica que comprende: la Dirección de la Clínica de Medicina Familiar, y dos Subdirecciones: una es la Subdirección Médica y la otra es la Subdirección Administrativa. La segunda es la Técnico Operativa, en donde se encuentra ubicada la Consulta Externa. En el departamento de Psicología en combinación con la Coordinación de Enseñanza e Investigación, se presta el servicio de Terapia Familiar.

El espacio que se utiliza es el consultorio de Psicología, el equipo utilizado fueron sillas, un escritorio y un pizarrón, ya que el equipo de videograbación fue llevado por los terapeutas. El equipo de supervisión se situaba a espaldas y la familia y de frente al terapeuta. El supervisor contaba con un pizarrón en dónde escribía las observaciones pertinentes.

La dinámica de la sesión comienza con una reunión previa del terapeuta con el equipo terapéutico, la supervisora y la psicóloga de la clínica se incluyen y participan en las sesiones. En esta reunión se hace la planeación de los abordajes a desarrollar durante la sesión, la actualización sobre el caso si se trata de un seguimiento o un paciente de primera vez.

Ingresa el paciente al consultorio y se desarrolla la sesión, en determinados momentos si es necesario la supervisora o alguno de los terapeutas pueden intervenir para hacer algún señalamiento, simplemente alzando la voz ya que se encuentran dentro del mismo espacio donde se lleva a cabo la terapia. Si no es necesario intervenir pero la supervisora quiere dar alguna indicación al terapeuta se apoya en un pizarrón ubicado al fondo del consultorio de frente al terapeuta, donde se escriben las indicaciones y este las puede leer.

Previo al cierre de la sesión se le pide al paciente que salga del consultorio para poder intercambiar opiniones con el equipo terapéutico, así como también se planificaba el cierre de la sesión, el mensaje final y la tarea a prescribir. En esta sede debido a sus particularidades, era común llevar a cabo equipo reflexivo, cuando era el caso durante la pausa se planteaba el objetivo y cada participante del equipo proponía cuál postura tomaría para mostrar una voz distinta al paciente, una vez hecho esto se le pedía al paciente que ingresara y se llevaba a cabo el procedimiento planteado por el equipo terapéutico, al final de la sesión se le indicaba la fecha de su próxima cita.

Finalmente, la sede del CCH permite trabajar con adolescentes, ya que la población es de estudiantes de nivel medio superior, se tiene una visión muy completa de las problemáticas que aparecen en esta parte del ciclo vital y cómo se ve la dinámica familiar afectada por ellas. Generalmente asisten familias completas a las sesiones y en casos particulares sesiones individuales, las instalaciones favorecen la dinámica de la terapia familiar.

Cuadro 4. Descripción de la sede CCH Azcapotzalco.

Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) plantel Azcapotzalco de la UNAM. Se encuentra ubicado en la Av. Aquiles Serdán #2060. Col. Ex Hacienda del Rosario. C.P. 2040. Delegación Azcapotzalco. México, D.F. A partir del acuerdo con la Secretaría Estudiantil del CCH-UNAM y de las autoridades del plantel Azcapotzalco se lleva a cabo el servicio de Terapia Familiar en este escenario. En el Departamento de Psicopedagogía de la institución es donde se ofrecen los servicios de Orientación Educativa y por medio de este departamento fueron referidas las personas que asistieron al servicio de Terapia Familiar.

El trabajo se llevaba a cabo en el SILADÍN (Sistema de Laboratorios en coordinación con el Departamento de Psicopedagogía), en el cual se acondicionó un área con cámara de Gessell. Esta se divide en dos salas para el trabajo, cuenta con un equipo de videograbación e interfono.

La dinámica de la sesión iniciaba con la llegada del equipo terapéutico y la supervisora, se iniciaba el día con el primer paciente asignado, ya que por lo regular había 5 sesiones en un día, una por cada terapeuta. El terapeuta al que era asignado el primer paciente entregaba una copia de la relatoría de la sesión anterior a todo el equipo y a la supervisora, de ser primera vez se entregaba una relatoría de la llamada telefónica y los datos del paciente.

Había una discusión de cuál iba a ser el desarrollo de la sesión, cuáles los abordajes convenientes y cuál iba a ser el modelo a seguir con ese paciente determinado, se le daban indicaciones al terapeuta así como apoyo o resolver dudas o dificultades de este. Se esperaba la llegada del paciente y se le hacía pasar al espacio terapéutico, el equipo y la supervisora aguardaban dentro de la cámara de Gesell, se contaba con un teléfono para hacer intervenciones por parte del equipo o la supervisora hacía el terapeuta o el paciente durante la sesión.

Como característica particular en esta sede fue muy frecuente que alguno de los integrantes del equipo interviniera durante las sesiones para expresar algún punto de vista a los pacientes, en mi opinión se debía a que la atención era en su mayoría a adolescentes y se prestaba a este tipo de intervenciones, como una forma de obtener empatía o hacerles mirar algo que no está a su alcance.

Al igual que en las demás sedes se hacía una pausa previa al final de la sesión, donde se planeaba el cierre de la sesión, el mensaje final y la tarea a prescribir, terminada la pausa el terapeuta regresaba con el paciente, llevaba a cabo lo planeado y finalmente le daba la fecha de su siguiente sesión. El finalizar la sesión se hacía un espacio para hacer comentarios finales sobre la sesión y se le preguntaba al terapeuta cómo se sentía y hacer comentarios sobre lo acontecido durante la sesión.

El objetivo del programa de posgrado en psicología es la formación de investigadores, docentes y profesionales con altos niveles de calidad y excelencia, con base en un sistema centrado en la participación activa de estudiantes y tutores en la solución de problemas conceptuales y metodológicos de investigación o de aquellos de carácter profesional, en el ámbito en que éstos adquieren su significado: la práctica supervisada en escenarios en donde la profesión se ejerce, organizada en programas de residencia, para el caso de la maestría en psicología profesional.

Por otro lado, se pretende vincular de una manera más estrecha a la Universidad con las necesidades del país en materia de formación de recursos humanos para el desarrollo científico, técnico y humanístico generando una alta competitividad a nivel nacional e internacional, integrando los recursos humanos y la infraestructura con que cuentan las entidades académicas que participan en el programa.

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

Como principal actividad de la residencia se llevan a cabo las prácticas supervisadas de psicoterapia, realizadas en los tres escenarios mencionados, y mediante el trabajo en equipos. Los alumnos que constituyen el grupo en la residencia son divididos en 2 partes de 5 alumnos, uno de ellas asiste a la clínica de la FESI, mientras que la otra trabaja en las sedes de CCH los martes, y en el ISSSTE los jueves. Al siguiente semestre los equipos cambian de sedes. En cada escenario, por lo general se trabaja con 2 supervisoras.

Así, en cada sede, el equipo terapéutico total suele estar conformado por el terapeuta a cargo de la familia, los otros 4 compañeros en formación, las 2 supervisoras y la familia a la que se esté atendiendo.

La forma de trabajar es la siguiente: hay un terapeuta a cargo de dirigir la sesión con la familia y el resto de los terapeutas conforman un equipo de observación y reflexión. En cada sesión están presentes una o dos supervisoras, quienes pueden intervenir en la sesión a través de algún comentario, sugerencia o pregunta.

Durante el primer semestre, acudimos sólo como observadores y se comparte el espacio con uno de los grupos de la generación anterior. A partir del segundo semestre ya se atienden por lo menos 2 casos, de manera personal, más los casos de los compañeros en los que se participa como equipo. Al cursar el tercero nuevamente se incorporan los compañeros de primero como observadores, y para el siguiente semestre se vuelven a trabajar solamente con los compañeros de generación.

La sesión se subdivide en 5 partes: en la pre-sesión se presentan algunos datos básicos sobre el caso o sobre lo trabajado en la última sesión y se planea lo que se hará en la sesión actual; la sesión, donde el terapeuta conversa directamente

con la familia; la pausa, el terapeuta pasa al espacio del equipo para escuchar sus comentarios sobre lo que observaron en la sesión, así como para planear el cierre de la misma; después se regresa a hacer el cierre de la sesión con la familia; se les suelen dar mensajes a la familia de parte del equipo, y en ocasiones se les prescribe alguna tarea o se les da alguna sugerencia para realizar durante los siguientes días; finalmente, se hace una post-sesión, en la cual, terapeuta, equipo y supervisoras hablan sobre todo el proceso terapéutico.

El proceso terapéutico inicia con una llamada telefónica. Una vez que le es asignado el caso, en la sede correspondiente, el terapeuta habla por teléfono con la persona que solicitó la terapia y hace una entrevista telefónica en la que se recaban datos generales sobre la familia y su motivo de consulta. Posteriormente se ve a la persona, pareja o familia, una vez cada 15 días.

La sesión es videograbada en formato digital y posteriormente es revisada por el terapeuta, de ella se elabora el “acta de sesión” en donde se describen las características principales del caso, el resumen de la sesión reportada y un plan para la siguiente sesión. Esta acta se llena con base a un formato previamente estipulado y se fotocopia para entregarle una copia a cada integrante del equipo, a las supervisoras y también se coloca en el expediente del caso.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO



El presente capítulo tiene como objetivo hacer un análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo llevado a cabo durante la residencia, se desarrolla en dos apartados:

En el primero se realiza un análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna. Se revisarán básicamente: Teoría de Sistemas, Teoría de la Comunicación, Cibernética, Constructivismo, Construcciónismo Social.

En el segundo apartado se desarrolla un análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna: Modelos Estructural, Estratégico, de Terapias Breves orientadas a Problemas y Orientadas a Soluciones, de Milán, y modelos derivados del Posmodernismo.

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

El camino para llegar a estructurar la práctica de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, atraviesa por todo un marco epistemológico que le da fundamento y soporte al quehacer de los terapeutas en la actualidad.

Se tuvo que dar en un contexto específico un cambio epistemológico donde paradigmas de la tradición positivista fueron rebasados y se abrió el camino para nuevos postulados científicos.

Cambiar una lógica lineal por una circular, la universalidad de los conceptos por una pluralidad en ellos, la verdad absoluta por verdades múltiples, las visiones cuantitativas por las cualitativas, que como efecto enmarcan el encuadre terapéutico y convierten a un experto investido por la tradición, en un elemento más que participa en el sistema, se involucra y compromete con el sistema familiar que interviene.

El recorrido para dar fundamento epistemológico a lo anterior empieza como sigue:

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

1.1.1 Teoría General de Sistemas

Surge como un nuevo paradigma en respuesta al reduccionismo científico impulsado por los métodos positivistas, que principalmente hacen un análisis minucioso seccionando generalmente su objeto de estudio, así por años hemos visto a la ciencia diferenciarse en campos de especialidades excluyéndose entre sí.

“La TGS surge como una alternativa que pretende encontrar isomorfismos entre conceptos, leyes y modelos de varios campos, de esta forma hacer transferencias de un campo a otro, estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados,

minimizar la repetición teórica y promover la unidad de la ciencia” (Bertalanffy, 1984, pp. 13 y 14).

Así la esta teoría se opone a la división de la realidad, propone entonces un estudio de la totalidad que no puede ser explicada por sus partes aisladas. Es por tanto que va a proponer formular modelos transferibles entre diferentes campos, evitando la repetición entre las disciplinas científicas.

Sin embargo, su característica de amplitud además de permitirle una gran variedad de campos de aplicación, le ha traído problemas en cuanto a la definición de sus particularidades (Eguiluz, 2006, p.104).

Johansen (1986) propone que se esperaría desarrollar algo parecido a un “espectro de teorías”, un sistema de sistemas que pueda llevar a cabo la función de una Gestalt en las construcciones teóricas (Bertalanffy, 1986, p.21).

Además tendría la posibilidad de encontrar un lenguaje común que sirviera de punto de unión entre las diversas ciencias especializadas, lo que permitiría el intercambio de conocimiento entre los científicos, haciendo aumentar el caudal de la ciencia en su totalidad (Eguiluz, 2001, p.108).

La TGS propone varios postulados los cuales nos dan los principios fundamentales para el desarrollo de los objetivos que hasta aquí se han propuesto. Partamos del concepto de **sistema** definido como “un conjunto de objetos y sus relaciones, y las relaciones entre los objetos y sus atributos. (Hall, 1962, en Johansen, 1986). Cuando nos referimos a los objetos de los sistemas se pueden englobar tanto en concretos (átomos, neurona, personas) como abstractos (reglas, procesos, variables).

Hablamos de **totalidad** diciendo que “la totalidad es distinta a la suma de sus partes, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye además las relaciones entre ellas.” (p. 19) Es por este principio de totalidad que se vuelve necesario obtener información sobre las interacciones entre las diferentes partes que componen un sistema (Ochoa, 1995, p. 19).

El principio de **equifinalidad** es el que nos explica que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, y siguiendo distintos caminos, la **equicausalidad** se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos (Ochoa, op. cit.).

Hablamos también de **la regla de relación**, que se refiere a la necesidad de definir cuál es la relación entre los componentes de un sistema para poder encuadrar sus patrones al comunicarse entre sí, y la **ordenación jerárquica**, pues en toda organización hay una jerarquía, que otorga ciertas posiciones y capacidades (Ochoa, op. cit.).

Los conceptos base en el discurso sistémico es la **homeostasis** y el **cambio**, el primero es la constancia relativa que guardan algunas funciones realizadas por el organismo (Eguiluz, 2006). Lo que nos va a llevar a los procesos de estabilidad y cambio que pueden definir un sistema, principalmente el cambio se lleva a cabo cuando se pasa de un estado homeostático a otro, es decir, el sistema entra en crisis y se produce un cambio.

También aparece el concepto de **retroinformación o feedback**, que se define como la capacidad que tienen los sistemas vivos para automodificarse cuando se producen cambios significativos en su medio ambiente. Dicha capacidad se puede medir por la posibilidad para aprender, o bien, la posibilidad que tiene el sistema para cambiar su organización, o su estructura interna a un nivel más alto de complejidad (Eguiluz, op.cit.).

Estos principios y fundamentos aplicados a la terapéutica y principalmente a la forma de abordar la vida de los sujetos por parte de la terapia sistémica, nos dan un panorama distinto al enmarcar a la familia como un sistema formado por partes que son sus integrantes y que por separado no serían capaces de definir el funcionamiento del sistema, sino es hasta que podemos integrarlos y ver su funcionamiento en conjunto que podemos descifrar la dinámica de los elementos que dan como resultado una sintomatología particular.

1.1.2 Cibernética

La cibernética nació por la participación de Norbert Wiener en la segunda guerra mundial, en donde problemas como el control de los disparadores de artillería antiaérea, y la transmisión eficiente de mensajes codificados a través de complejos sistemas de comunicación, se convirtieron en la mente de Wiener, en prototipo de los procesos biológicos y sociales; y de sistemas de transferencia de información y autorregulación por corrección de errores (Eguiluz, 2006).

El propósito de esta teoría eran desarrollar tanto un lenguaje propio de las máquinas, como las técnicas específicas que permitieran al hombre, no solo encarar los problemas más generales de la comunicación y regulación, sino además establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares por conceptos.

La cibernética intenta proporcionar una serie de paralelismos entre la máquina, el cerebro y la sociedad, para crear un lenguaje común por medio del cual las disciplinas científicas pudieran compartir los beneficios de sus descubrimientos.

Surge a la par que la teoría de la información de Shannon y Weaver y la teoría de los juegos de Neuman y Morgenstern, su principal mérito es llevar conceptos como retroalimentación e información más lejos del campo de la tecnología alcanzando lo biológico, psicológico y social.

Explica también las estructuras como las relaciones que ocurren dentro de los sistemas complejos incluyendo a los sistemas biológicos y sociales, estas estructuras llamadas de control es lo que les permite adaptarse al medio ya sea por medio del cambio o no cambio.

Va del sistema más simple de control en el que la retroalimentación, la retroinformación y el control provienen de un solo punto hasta los sistemas más complejos, que son los que le interesan a los estudiosos de la terapia sistémica, en donde todas estas cualidades provienen de diferentes puntos, se les llama sistemas abiertos y están en intercambio constante con su contexto.

Llegamos entonces a un principio fundamental de esta teoría que es la entropía: “la tendencia a deteriorarse de un sistema cerrado, al deterioro o decadencia desde un estado muy organizado, diferenciado y menos probable, hasta un estado más probable indiferenciado y caótico” (Wiener, 1982, p.176). Sin embargo, al aplicar este principio a los seres humanos, específicamente a los sistemas familiares hay que tomar en cuenta la capacidad de adaptación y el aprendizaje que sin duda tendrán efectos importantes para los resultados terapéuticos.

Al inicio de la teoría cibernética se había considerado el modelo de la caja negra, en donde solamente importaba la información de entrada y salida de los sistemas, hubo que pasar a una visión diferente ya que no se tomaba en cuenta al observador, el observador tomo una posición fundamental cuando incluimos los conceptos de autonomía y autorreferencia, entonces el terapeuta tomo una postura distinta ya que se cuestiona su objetividad y entra en juego la subjetividad, así se pasó a la cibernética de segundo orden.

Ahora, no sólo se pueden describir enlaces circulares sino que también se pueden concebir entidades autorreferenciales que generan o delimitan un sistema autónomo, allí en el sistema observado; con esta nueva perspectiva, también los observadores pueden ser entendidos en los mismos términos y, más aún, el proceso de observación delimitaba en sí mismo otro sistema autónomo, en el cual observadores y sistema observado interactuaban a través de procesos autorreferenciales, a través de los cuales todo lo dicho sobre un sistema resulta relacionado con las propiedades del observador para hacer tal observación (Pakman en von Foerster, 1996).

La Cibernética le brindó al terapeuta familiar las bases para considerar cómo se articula el comportamiento de cada uno de los miembros de la familia en relación con los demás, brindándole más atención al contexto que al individuo, pasando de lo intrapsíquico a lo relacional, y del por qué al cómo o para qué, lo que constituye una manera distinta no sólo de ver la realidad sino de hacer terapia.

1.1.3 Teoría de la Comunicación

A partir, de los estudios realizados por Gregory Bateson en la tribu latmul de Nueva Guinea, particularmente de la ceremonia del Naven, es que se comienzan a gestar las primeras ideas acerca de la comunicación humana. Bateson, es influido por las ideas de la teoría cibernética de Wiener así como de John von Neumann y Russell (teoría de los tipos lógicos).

Los iniciadores de la nueva teoría de la comunicación fueron Gregory Bateson y todos sus contemporáneos que se encontraban trabajando con él en Palo Alto, California. La teoría propuesta por el grupo de Bateson y el MRI encabezado por Don Jackson formula una serie de axiomas que forman el entramado de lo que se conoce como la nueva teoría de la comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1989).

Las investigaciones sobre la comunicación desde un enfoque interaccional, tienen su origen en el análisis de pacientes con esquizofrenia; mostraban un comportamiento diferente cuando estaban con su familia que cuando se encontraban en el hospital. De ahí se obtuvo “la Teoría del doble vínculo”, que resalta la importancia del contexto y las relaciones.

Bateson, centró su atención en la manera en que se transmiten dos o más mensajes o metamensajes, proponiendo así que “nunca existe un mensaje aislado, sino que siempre se encuentra asociado a dos o más mensajes relacionados entre sí, en diferentes planos y por lo general transmitidos por diferentes canales: cinestésicos, visuales, gestuales y verbales. Estos mensajes pueden ser ampliamente incoherentes entre sí y crear grandes pugnas y desconcierto, es decir dar un mensaje ambivalente”.

Para Bateson, el doble vínculo se refiere a una secuencia de pautas de comportamiento que se repiten y que provocan una conducta patológica en algún integrante del sistema.

A este respecto Watzlawick, Weakland y Fisch (1976) mencionan que la forma en la que se da el ordenamiento de secuencias de uno u otro modo, crea realidades diferentes. La realidad que percibimos y con la que nos relacionamos (incluidos los problemas y las patologías), es el fruto de la interacción entre el punto de vista asumido, los instrumentos utilizados y el lenguaje que usamos para comunicarnos con esa realidad, no existe una realidad verdadera en sí, sino tantas realidades como diversas interacciones hay entre el sujeto y realidad.

Dentro de esta nueva teoría de la comunicación, Jackson, Beavin y Watzlawick formulan los siguientes axiomas (Watzlawick, et.al., 1997):

- **Toda conducta es comunicación**, esto quiere decir que no se puede dejar de comunicar; es decir, cuando una persona dice o deja de decir algo, está comunicando, así como si hace o deja de hacer algo, también está comunicando.
- El segundo axioma refiere a que **toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional**, de tal forma que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación: el componente de contenido se refiere simplemente a la información que se incluye en el mensaje y el aspecto relacional hace referencia a la intención del mismo y a la forma en la que se entiende. La comunicación no sólo transmite un mensaje sino que genera un compromiso y además impone conductas entre los comunicantes.
- Un tercer axioma dice que **la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes**, los organismos participantes puntúan una secuencia organizando los hechos de la conducta, cada uno a su manera, la comunicación es una serie ininterrumpida de intercambios. La puntuación es idiosincrática y construye realidades.
- El cuarto axioma alude a los tipos de comunicación y dice que **los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente**, la comunicación digital es el lenguaje verbal que emplea la palabra para referir

al objeto y el lenguaje analógico puede ser referido por un signo o dibujo que hace referencia al objeto.

- El último axioma dice que **todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios**, según estén basados en la igualdad o en la diferencia. En el primer caso, cuando hablamos de intercambios simétricos, las relaciones están basadas en la igualdad. Mientras que en el segundo caso, los intercambios complementarios están basados en la diferencia.

Estos axiomas representan una importante guía para el estudioso u observador de la comunicación humana, pues proporcionan una base para comprender e interpretar el proceso interaccional; también permiten y sustentan incluso una serie de “patologías” potenciales a partir de los mismos, lo cual resulta de mucha utilidad para el terapeuta sistémico, que centra su trabajo justo en el proceso de interacción entre sistemas.

1.1.4 Constructivismo

El constructivismo es una teoría del conocimiento, que postula que un organismo no es capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, y que sólo puede construir un modelo que se ajuste a ella. Dicho modelo se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente y obedece a principios pragmáticos y evolutivos. Su base fundamental han sido numerosos estudios del campo de la biología y la neurofisiología, que han descubierto que las señales que son enviadas de las diversas células sensoriales a la corteza cerebral, no difieren cualitativamente. Esto implica que las personas no distinguimos las cosas porque recibimos informaciones sobre una realidad exterior, sino que construimos la realidad mediante nuestro sistema perceptivo-cognitivo (Von Glasersfeld, 2000).

El constructivismo considera que no se puede conocer una realidad independientemente del observador, a diferencia del paradigma objetivista que pretende describir una realidad absoluta.

Una de las vertientes de la teoría, el constructivismo radical, ha tenido gran influencia en diversos modelos de Terapia Familiar. Esta postura considera que el sistema nervioso es operacionalmente cerrado a la información acerca de la realidad externa, por lo que aquello que conoce el observador hace referencia a sí mismo y no puede recurrir a una realidad objetiva para elegir entre una descripción y otra. Como falta un punto de apoyo externo para decidir sobre la verdad, lo único factible es basarse en la multiplicidad de realidades que surgen en el lenguaje a través del consenso (Boscolo y Bertrando, 2000).

En el campo de la Terapia Familiar Sistémica, junto con la cibernética de segundo orden, el constructivismo ha permitido que el terapeuta no sólo busque disfunciones o patologías y realice intervenciones para cambiar la organización disfuncional del sistema, sino que considere cómo entran sus prejuicios y teorías en sus descripciones y explicaciones, e influyen en su construcción de la realidad observada. Se ha favorecido los diversos puntos de vista en lugar de imponer la perspectiva del terapeuta.

Otro concepto generado por el constructivismo radical, ha sido el de interacción no instructiva. Este indica que las interacciones entre los sistemas vivientes no pueden conducir al cambio directo de los sistemas interactuantes, ya que simplemente generan una perturbación a la cual cada sistema responde según su propia estructura, que a su vez está en relación con la historia del sistema mismo (Boscolo et al., 2000).

Para el campo de la terapia, esto significa que como un individuo está estructuralmente determinado, responde a las perturbaciones inducidas por el terapeuta de una manera coherente con su estructura y no con las intenciones del terapeuta, quien no puede predecir completamente ni determinar sus respuestas. Por esta razón, la única posibilidad que tiene el terapeuta de conocer el significado

que da el cliente a sus palabras y a sus gestos es la observación de su retroalimentación.

Así, el Constructivismo nos plantea una visión de los seres humanos como seres activos, como creadores de significados, que se encuentran entre redes relacionales que demandan nuevas direcciones y nuevas relaciones. Por tanto, “la mayor parte de lo que hacen juntos, terapeutas y pacientes, en la psicoterapia constructiva es tejer nuevas posibilidades de experiencia” (Mahoney, 2006, p. 18).

Bajo esta perspectiva, las formas de terapia más efectivas tienden a ser más sensibles a las necesidades personales, al desarrollo histórico, estilos de aprendizaje, ciclos vitales, circunstancias y relaciones personales, al mismo tiempo que al entorno y la cultura. Las formas efectivas de ayuda son las más creativas, confirmadoras y respetuosas hacia nuestras capacidades de desarrollo (Mahoney, op. cit.).

1.1.5 Construcciónismo Social

El posmodernismo es una crítica ideológica en primer lugar de que el mundo pueda ser conocido objetivamente, y de que el lenguaje sirva para transmitir la verdad basada en metanarrativas y discursos privilegiados. Esta postura es contraria al individualismo de la tradición occidental, donde el individuo es un conocedor autónomo que puede descubrir el conocimiento y transmitirlo a los demás (Anderson, 2007). Para Anderson (2007) en contraposición al concepto tradicional el conocimiento representa una realidad objetiva independiente al observador y éste se encuentra separado de lo que observa o describe.

Para el pensamiento posmoderno, el conocimiento es una construcción social, el conocimiento y el conocedor son interdependientes; y el proceso de conocimiento está enmarcado en un momento histórico, un contexto, una cultura, el lenguaje, la experiencia y la comprensión. El conocimiento es local y se desarrolla en una comunidad de personas que participan activamente en su

generación, dentro de un proceso relacional. Esto implica que pueda existir una pluralidad de verdades.

El posmodernismo incluye diversas ideas del construccionismo social, como que las personas crean significados a través del diálogo, el intercambio o las relaciones sociales. El proceso de construcción de significados ocurre dentro de complejas redes de relaciones y procesos sociales, dentro de discursos locales y culturales, e implica una negociación constante a través del tiempo. El construccionismo social subraya los procesos sociales de construcción y los contextos donde dichos procesos ocurren, considera que la mente es relacional y que el desarrollo del significado es discursivo.

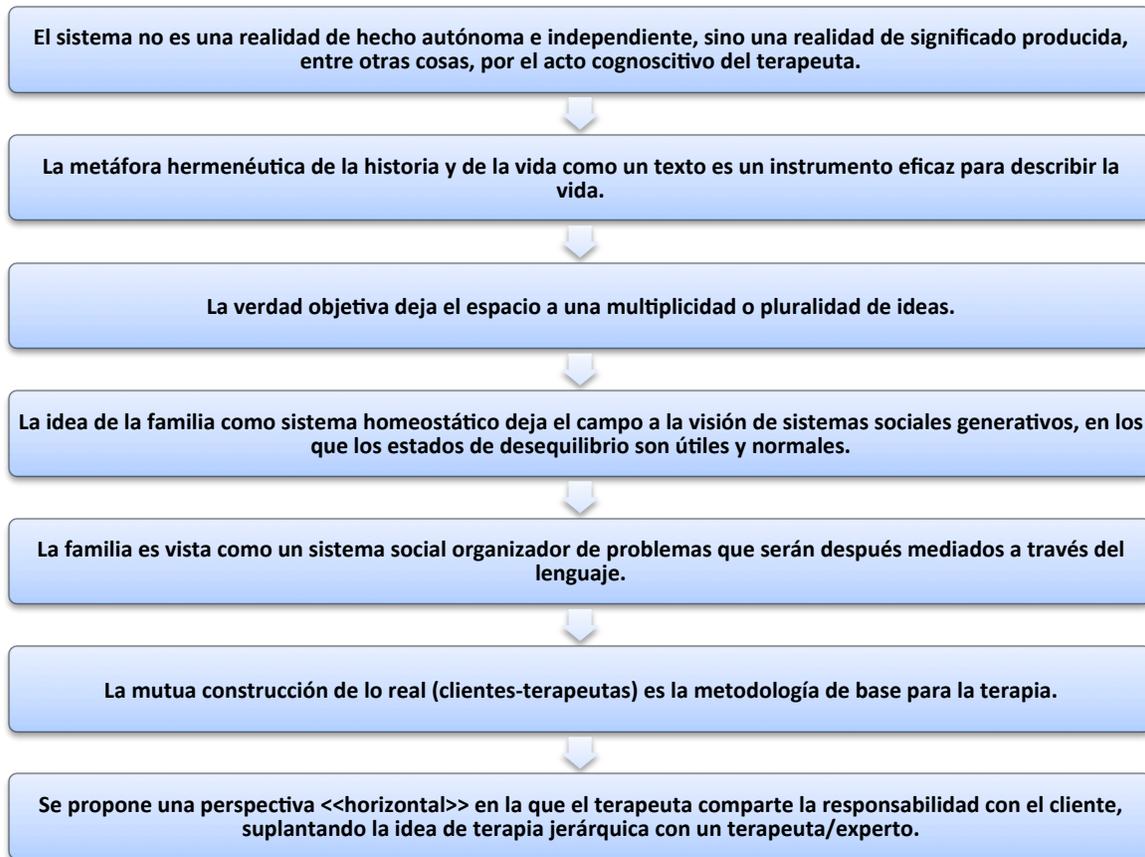
El Construccionismo Social busca explicar cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven. Para ello, Gergen (2006) toma en cuenta cuatro hipótesis:

- Lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, sino que está determinado por la cultura, la historia y el contexto social.
- Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no está dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación.
- El grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales.
- Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales, y al formar parte de varios modelos sociales sirven para sostener y apoyar ciertos modelos excluyendo otros. Alterar

descripciones y explicaciones significa amenazar ciertas acciones e invitar a otras.

De acuerdo a Bertrando & Toffanetti (2004), los puntos clave de las terapias construccionistas son:

Cuadro 5. Puntos clave de las terapias construccionistas.



Las narrativas sirven como recursos que las personas utilizan en sus relaciones. Ellas forman, informan y reforman nuestras fuentes de conocimiento y las perspectivas sobre la realidad. Las narrativas no se refieren únicamente a hechos que han sucedido, sino que son historias en proceso de evolución, por lo que también son formas de imaginar alternativas, crear posibilidades y realizarlas en nuestras vidas. Otra característica de las narrativas es que no representan una voz única, sino a un narrador que integra diferentes voces de su comunidad, que

construye y reconstruye su identidad a través de procesos dialógicos cuando se relaciona con los demás (Anderson, 2007).

A continuación se hará un recorrido teórico-metodológico de los modelos de intervención terapéutica de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

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

1.2.1 Modelo Estructural

1. Introducción y antecedentes del modelo.

Este modelo se desarrolla en un contexto histórico especial, donde un mayor número de la población requería servicios de atención psicológica especializados que no sólo aliviaran el síntoma de un miembro, sino del sistema familiar en su totalidad, esto obligó a desarrollar nuevos conceptos, basados en teorías sociológicas y técnicas, orientadas a la acción, aplicables a dichas familias.

2. Exponentes principales y sus aportaciones.

El principal exponente de este modelo fue Salvador Minuchin. En los setentas Salvador Minuchin trabajaba como psiquiatra en la correccional para niños de Wiltwyck, Nueva York. Pertenecía a un grupo de terapeutas dedicados a la investigación, que pretendían hacer cambios a las técnicas ya existentes en esta institución. En este grupo se encontraba Braulio Montalvo y juntos elaboraron este nuevo concepto terapéutico que surgió debido a que los jóvenes atendidos en esta institución reincidían, debido a los problemas familiares.

Minuchin visualizó a la familia en una danza que nunca se detiene y en donde sus participantes deciden el ritmo, la música, el lugar y el momento en el que se llevará a cabo dicho baile, así el decidió bailar al ritmo de cada familia y descubrir en cada momento específico de su interacción con ellas, la multiplicidad de características que conformaban su estructura, qué era lo que marcaba sus pasos y para dónde deberían de seguir, y así al compás del cambio nos lleva de la mano en un recorrido marcado por sus técnicas que como buenas maestras de baile nos llevan paso a paso a entender la dinámica familiar y a coconstruir nuevas realidades junto con la familia (Minuchin, 1992).

3. Principios básicos.

Son planteados tres axiomas sobre los que se construye el modelo estructural:

- La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción.
- Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
- Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto (Minuchin, 1992).

Define **familia** como un sistema sociocultural abierto en transformación, responsable de la transmisión de la cultura, que se desarrolla a través de la reestructuración y que se adapta para mantener la continuidad y el crecimiento psicosocial de cada miembro que la compone.

La **estructura familiar** es conceptualizada como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia y, que opera a través de pautas transaccionales que regulan su conducta, mantenidas por dos sistemas de coacción:

- Genérico: Implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar.
- Idiosincrásico: implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

Y comprende:

- Límites: constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera, protegen la diferenciación del sistema y deben ser claros.
- Clasificación de familia por su funcionamiento:
- Desligada: límites inadecuadamente rígidos.
- Con límites claros: espectro normal o funcional.
- Aglutinada: con límites difusos.
- Subsistemas: formas de asociación familiar.
- Jerarquía: distribución del poder.
- Alianzas: dos o más personas unidas por interés, sexos, gustos o edades.
- Coaliciones. Se dan cuando se transforma la alianza en una posición en contra de un tercer miembro del sistema.
- Geografía. Se refiere a la ubicación de la familia en el hogar.
- Centralidad. Miembro con base en el cual gira la mayor parte de las interacciones familiares.
- El Desarrollo y el Cambio en la familia. Por lo general lo que conduce a una familia a terapia son los síntomas de uno de sus miembros; éste es el paciente identificado, quien es mantenido por el sistema o sirve para mantener el sistema. La familia enfrenta constantemente requerimientos de cambio, una familia disfuncional es un sistema que ha respondido a estos requerimientos de cambio estereotipando su funcionamiento. En la terapia, la reestructuración del sistema familiar conduce a un cambio en la forma en que las personas se relacionan entre sí.

4. Técnicas.

Técnicas de Reencuadramiento o de cuestionamiento del síntoma:

Escenificación

Busca que la familia actúe sus interacciones, de manera que el terapeuta pueda observar sus procesos en lugar de atender a los contenidos. Consiste en tres movimientos:

- Observar interacciones espontáneas y elegir áreas de disfuncionalidad.
- Provocar interacciones (u organizar secuencias escénicas, buscando que prosigan las interacciones espontáneas o llevar a la familia a pautas inusuales de interacción).
- Proponer interacciones alternativas.

Enfoque

Se introducen temas terapéuticos que modifican el contenido y el ritmo de la sesión, y la dirigen hacia el logro de las metas estructurales.

Intensidad

Parte de la idea de que el terapeuta debe hacerse escuchar para lograr que el mensaje sea percibido como una información nueva o una diferencia:

- Repitiendo el mensaje.
- Intensificando las interacciones espontáneas y ligándolas al tema encuadrado.
- Repitiendo las interacciones isomórficas, que se basa en la repetición de mensajes con contenido diferente, pero idénticos como patrón relacional.

Técnicas de Reestructuración o de cuestionamiento de la estructura familiar:

Fijación de fronteras

Esta técnica permite diferenciar las funciones y regular los límites en la familia. Sus formas son:

- Utilizando constructos cognitivos o frases terapéuticas destinadas a modificar las interacciones.
- Reorganizando la distribución geográfica.
- Utilizando el cuerpo para reforzar subsistemas y debilitar coaliciones.
- Estableciendo reglas de participación.
- Aumentando o disminuyendo la duración de las interacciones entre subsistemas.

Desequilibramiento

Busca cambiar la relación jerárquica entre los miembros de un subsistema, cuestionando la distribución del poder dentro de la familia:

- Aliándose con miembros de la familia.
- Ignorando a miembros de la familia.
- Coligándose contra miembros de la familia.

Complementariedad

Favorece que los miembros vean que pertenecen a una unidad y se den cuenta de su interdependencia y la responsabilidad que tienen en las conductas de los demás. Se requiere cuestionar a los miembros de la familia en tres aspectos:

- El problema, en el sentido de que existe un paciente individualizado y que su conducta no se relaciona con la de los demás.
- El control lineal, en el sentido de que un miembro controla al sistema y no se considera que cada miembro afecta la conducta de los demás.
- El modo de recortar los sucesos, puesto que cuando el marco temporal se amplía, los miembros pueden considerar su conducta dentro de un contexto mayor, fijado por reglas relacionales del sistema familiar, Minuchin y Fishman (1998).

Técnicas de cuestionamiento de la realidad familiar:

Construcciones

Busca modificar la perspectiva o visión de los miembros de la familia respecto al problema, los medios son:

- Los símbolos universales.
- Las verdades familiares.
- El consejo especializado.

Los Lados Fuertes

Se enfatizan las capacidades y recursos dentro de la familia, para que puedan cambiar tanto la respuesta de la familia al paciente individualizado como la reducción de las alternativas de interacción. Minuchin y Fishman (1998)

5. Reflexiones generales.

Este modelo es adecuado para trabajar con familias extensas, multiproblemáticas o de bajos recursos económicos, facilita la comunicación con la familia cuando se habla de cuestiones concretas de la vida cotidiana. El Modelo Estructural tiene

gran utilidad cuando la problemática de la que hablamos tiene que ver sobre todo con la reeducación de alguno de los miembros de la familia.

En mi opinión, una limitación del modelo es que el tipo de técnicas utilizadas para la consecución de las metas terapéuticas pueda forzar el sistema al tratar de generar una crisis para reestructurarlo, la familia puede responder a la tensión de modo que termine el tratamiento o reafirme sus interacciones acostumbradas, la habilidad del terapeuta en este sentido es esencial.

1.2.2 Modelo Estratégico

1. Introducción y antecedentes del modelo.

El principal precedente del modelo de terapia estratégica es el trabajo de Milton Erickson, principalmente consideraba importante observar la comunicación para comprender a la persona. Lo central era saber cómo se puede llevar a alguien a comportarse de otro modo por la influencia interpersonal. La intervención consiste en elegir líneas de comportamiento precisas y adecuadas al problema y a las características del paciente.

La terapia Ericksoniana enfatiza no tener ideas preconcebidas sobre el paciente, y atender a la situación que le preocupa en el presente, la forma en que ve las cosas y que le impide encontrar una solución, así como a dónde quiere llegar. Pretende un cambio progresivo, tras haber definido un problema concreto central. Esto se aleja de los enfoques que tratan de definir una patología, buscan una toma de conciencia o tratan de dirigir la vida de la persona (Wittezaele et al., 1994).

2. Exponentes principales y sus aportaciones.

Jay Haley tiene un papel importante en el desarrollo del enfoque estratégico, realizó un importante trabajo de aplicación de los conceptos surgidos del Grupo Palo Alto y del trabajo de Milton Erickson.

Haley establece algunas similitudes entre la Terapia Ericksoniana, la Terapia Estratégica y la Terapia Breve (Wittezaele et al., 1994):

- Definición específica de objetivos para la intervención. Rol activo del terapeuta.
- Énfasis en la situación presente.
- Énfasis en el cambio de comportamiento.
- Estimulación de la motivación del paciente.
- Utilización de un lenguaje imperativo.
- Utilización de técnicas paradójicas.

Tras dejar de colaborar con el grupo de Bateson y el MRI, Haley trabajó en Filadelfia junto con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, quienes también influyeron en el Modelo Estratégico, dado su interés por la forma de la organización familiar, las jerarquías y las coaliciones.

3. Principios básicos.

El Síntoma como Maniobra de Comunicación

La comunicación implica la negociación de los mensajes o tipos de conductas que caracterizarán una relación, de manera que se defina como simétrica, complementaria o metacomplementaria y se asuma el control de la relación por alguno de los miembros. Si existen desacuerdos, pueden generarse luchas, sabotajes o resistencias pasivas. Se puede recurrir al síntoma como maniobra para limitar la conducta del otro y confundir el tipo de relación (Haley, 1989).

Control de la Relación Terapéutica

Se establece una relación competitiva para ver qué grado de influencia permitirá el paciente por parte del terapeuta, para la cual el paciente requiere utilizar su

síntoma (es la forma en que el síntoma es utilizado por el paciente identificado como mantenedor de las pautas preferidas por la familia). El terapeuta asume una actitud permisiva hacia el síntoma o conducta resistente e incluso la fomenta, puede obtener el control de la relación, estableciendo un doble vínculo terapéutico. Si el paciente continúa con sus síntomas, acepta que sigue las instrucciones del terapeuta; pero si lo abandona, también obedece al terapeuta (Haley, 1989).

Disfuncionalidad de la Organización Familiar

La conducta disfuncional se presenta cuando la secuencia repetitiva define simultáneamente dos jerarquías opuestas, o una jerarquía inestable con reglas contradictorias. Cuando se presenta un síntoma en la pareja, se establece una incongruencia jerárquica, ya que el cónyuge sintomático se halla tanto en una posición inferior (pues el otro trata de ayudarlo) y en una superior (puesto que se rehúsa a cambiar). En este sentido, las posiciones de ambos son simultáneamente superiores e inferiores (Madanes, 1982).

Etapas de la Entrevista

Se trata de estructurar la entrevista en cuatro etapas sucesivas (Haley, 1988):

1. Etapa Social. El terapeuta requiere presentarse a la familia y hablar con cada miembro de la familia, para que todos se sientan involucrados.
2. Etapa del Problema. El terapeuta pregunta por qué ha venido la familia o cuál es el problema.
3. Etapa de la Interacción. El terapeuta hace que los miembros de la familia hablen entre sí acerca del problema y deja de ser el centro de la conversación.
4. Etapa del Contrato Terapéutico. Se establece un contrato terapéutico, para organizar la terapia y definir los cambios deseados.

Definición del Problema

Los problemas se definen como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de interacción que abarque al menos dos o tres personas involucradas en la situación y averiguando de qué manera lo hacen.

El terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia específica para resolver los problemas de cada cliente, según la definición que realice del problema.

4. Directivas, Técnicas Ericksonianas y Paradojas

Las directivas planean modificar ciertas secuencias de interacción, para favorecer el involucramiento, los acuerdos y afectos positivos, la adquisición de información, así como un mejor funcionamiento tras fijar reglas, definir límites generacionales y el establecimiento de objetivos y planes individuales.

Entre las técnicas utilizadas por el Modelo Estratégico, pero que surgen de la Terapia Ericksoniana, se encuentran (Haley, 1983):

1. *Metáforas o analogías.* Cuando un paciente se resiste a las directivas, se puede abordar el problema comunicándose con él utilizando metáforas del tema problemático u ofreciendo soluciones desde un marco de referencia que sea más sencillo de comprender.
2. *Utilización de recursos.* Se pueden utilizar las fuerzas del paciente para resolver la situación problemática.
3. *Siembra de ideas.* Consiste en la acentuación de ciertos aspectos de la información brindada por el paciente, para que se diseñen directivas en función de las ideas previamente fijadas.

4. *Alcanzar una pequeña respuesta y ampliarla hasta lograr una meta.* Implica aceptar lo que el paciente ofrezca, cualquier cambio pequeño, y ampliarlo.

Las **paradojas** implican que el terapeuta le asegure a la familia que desea que cambie, pero a la vez le pide que no cambie. Se basan en la idea de que ciertas familias buscan ayuda pero se resisten a ser ayudadas, por lo cual se provoca su resistencia y se le enfoca hacia el cambio tras alentar el desafío. Papp (como se cita en Madanes, 1982) describe tres pasos para impartir paradojas: 1) definir el síntoma como motivado por la intención benévola de preservar la estabilidad familiar; 2) prescribir el ciclo de interacciones generador del síntoma, y 3) refrenar a la familia cuando muestre signos de querer cambiar.

De la Terapia Ericksoniana surgen algunas técnicas paradójicas (Haley, 1983):

- *Prescribir el síntoma.* Se le pide al paciente que continúe o incremente el síntoma, lo cual le plantea el dilema de hacer voluntariamente lo que generalmente considera que es involuntario.
- *Ofrecer una alternativa peor.* Se da como alternativa al síntoma, una conducta penosa, para que sea más difícil conservar el problema que renunciar a él.
- *Prescribir la recaída.* Se utiliza especialmente con pacientes que parecen mejorar demasiado rápido, y consiste en refrenarlos para que si recaen no se desilusionen con el proceso terapéutico, y al mismo tiempo desafiarlos para seguir mejorando en el tratamiento.
- *Utilización del síntoma.* El terapeuta dirige al paciente para que realice el síntoma fuera de los momentos habituales, en un contexto diferente o con un propósito distinto.

5. Reflexiones generales.

Entre las ventajas del Modelo Estratégico es que es un tratamiento breve y pragmático, con una entrevista organizada, que busca resolver problemas mediante definiciones factibles, para las cuales se desarrollan estrategias que se modifican durante el curso del proceso terapéutico, lo cual implica flexibilidad en el enfoque. Se enfatizan el control y la responsabilidad del terapeuta, se busca modificar las secuencias de interacción basadas en jerarquías incongruentes y coaliciones intergeneracionales, y se puede recurrir a diversas técnicas de la Terapia Ericksoniana para facilitar el cambio terapéutico.

Resulta peligroso utilizar el enfoque cuando el terapeuta no tiene claros sus principios éticos ni ha desarrollado un manejo aceptable del modelo, se corre el riesgo de utilizarlo inadecuadamente por sus poderosas intervenciones y el afán de terminar el tratamiento brevemente.

1.2.3 Modelo de Terapia Breve Orientada a Problemas

1. Introducción y antecedentes del modelo.

El Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas surge en el MRI, Mental Research Institute en Palo Alto, California, es en este instituto donde comenzó a gestarse una nueva visión de sistemas aplicada a la terapia, razón por la cual se le considera el primer modelo con enfoque sistémico.

Los intereses del grupo se relacionaban con la interacción, los sistemas humanos, la cibernética y la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico, también se incorpora el aspecto emocional de la comunicación como producto de una amplia variedad de conductas en la comunicación humana. (Wittezaele y García, 1994).

Finalmente en 1967, se constituye el proyecto de terapias breves bajo la iniciativa y dirección de Richard Fisch. Sus asociados fundadores fueron Arthur Bodin, Paul Watzlawick y John Weakland. El proyecto se inició con tres objetivos: solucionar rápida y eficazmente los problemas que presenten las familias, transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros, y estudiar los cambios de los sistemas familiares.

2. Exponentes principales y sus aportaciones.

Los creadores de este modelo fueron P. Watzlawick, J. Weakland, R. Fisch y L. Segal, (de acuerdo a algunos autores sin embargo el principal reconocimiento pertenece a R. Fish), desarrollaron sus conocimientos a partir de su práctica en el Instituto de Investigación Mental (MRI) de Palo Alto, California y de la gran influencia de la obra innovadora de Milton Erickson.

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

3. Principios básicos.

La naturaleza de la terapia breve es resolver problemas, terapeuta y paciente se plantean objetivos para modificar una interacción problemática:

- a. Definir el problema.
- b. Las soluciones intentadas.

c. Marco de creencia.

Los cambios y el mantenimiento de los mismos son responsabilidad del paciente aun sabiendo que sistémicamente la conducta del paciente está relacionada con la de otros, la idea de responsabilizarse del cambio lo fortalece (Freidberg, 1989).

Se consideran conceptos básicos para entender a la familia y su dinámica dentro de este modelo:

- *Comunicación*: toda conducta es concebida de manera relacional y representa una forma de comunicación.
- *Metacomunicación*: comunicación sobre la comunicación. Significa que cualquier conducta de comunicación (lenguaje, gestos, facial, etc.) tiene la capacidad de diferenciar la información que se está transmitiendo.
- *Sintaxis*: se centra en el modo en que se transmite la información y las pautas de decodificación de ésta.
- *Semántica*: es el significado de la comunicación.
- *Pragmática*: se refiere al comportamiento como consecuencia de la comunicación.
- *Doble vínculo*: tipo de comunicación en la que nunca existe un mensaje aislado, sino que se encuentra asociado a dos o más mensajes relacionados entre sí. Estos mensajes pueden ser ampliamente incoherentes entre sí, crear pugnas y desconcierto, es decir, dar un mensaje ambivalente.
- *Dificultad*: puede definirse como un estado de cosas indeseable. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).
- *Más de lo mismo*: error de tipo lógico en el que muchas veces interpretamos que la solución de un problema debe ser aplicar un efecto contrario al problema.
- *Problemas*: son los callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles o crisis, creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades.

Existen tres modos de enfocar mal las dificultades y son:

- *Las terribles simplificaciones*: el intento de solución es negar que un problema lo sea en realidad; es preciso actuar, pero no se emprende tal acción. Este intento de solución consiste en no ver el problema, es una mezcla de negación y ataque.
- *Síndrome de utopía*: se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente. Es decir, se emprende una acción cuando no se debería emprender.
- *Paradojas*: en este caso, se cae en un error de tipificación lógica. Es decir, se realiza un cambio tipo uno en un problema que requiere un cambio tipo dos para su solución, y viceversa; la acción es emprendida en un nivel equivocado lo cual crea una situación insostenible (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

4. Técnicas.

Hay dos grandes categorías de intervenciones, mismas que se diseñan tomando en cuenta el lenguaje, las motivaciones y la visión del mundo del cliente:

- *Generales*: se pueden utilizar en cualquier momento de la terapia y son decir al paciente o familia que no debe apresurarse, cuestionar los peligros de una mejoría, hacer un cambio de dirección y discutir como empeorar el problema.
- *Principales*: indicadas cuando se tienen datos suficientes en cada contexto y son el forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente, dominar un acontecimiento temido aplazándolo, llegar a acuerdos mediante coacción, conseguir sumisión a través de la libre aceptación y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

También se cuenta con las intervenciones específicas que comprenden la redefinición, las tareas, las prescripciones paradójicas y el uso de cuentos y metáforas (Espinosa, 2000).

La terapia breve está constituida por una serie de estrategias, actividades y técnicas que buscan ayudar a la familia en el problema presentado:

- Establecer el problema del cliente.
- Establecer la solución intentada por el cliente.
- Decidir qué se debe evitar.
- Formular un enfoque estratégico.
- Formular tácticas concretas.
- Encuadrar la sugerencia en un contexto.
- Formular objetivos y evaluar resultado.

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

- *La capacidad de maniobra*: que consiste en la libertad que tiene el terapeuta para actuar en la forma que considera más adecuada. Los medios para aumentarla son:
 - Oportunidad y ritmo
 - Tiempo necesario
 - Uso del lenguaje condicional
 - Buscar que el cliente concrete
 - Mantener una actitud igualitaria
 - Sesiones individuales y conjuntas
- *Postura del paciente*: implica entender que éste tiene sus propias creencias, valores y prioridades consolidadas que determinan su actuar. La postura

del cliente nos permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia.

Durante el proceso el terapeuta breve puede hacer uso de una serie de técnicas como las mencionadas por Fisch, Weakland y Segal (1994) y Sánchez y Gutiérrez (2000):

- *Prescripción del síntoma o Prescripción paradójica*: se aumenta el ángulo de desviación de los pacientes ante el resto de la familia, prescribiendo que incrementen el síntoma como medida terapéutica.
- *Diferencias desconocidas*: se requiere que cada uno de los integrantes de la familia expresen su punto de vista particular de una lista determinada de aspectos a evaluar de los demás miembros.
- *Carta en blanco*: consiste en dar al terapeuta una carta en blanco en la que el paciente está de acuerdo en hacer cualquier cosa que se le pida sin rehusarse a ello.
- *Llamar la atención*: técnica en la que se hacen notar las características que enorgullecen al paciente con el fin de eliminar el temor.
- *Deshecho de conductas incomprensibles*: se pretende evitar los términos que etiquetan al paciente con el fin de lograr que la situación que lo rodea se normalice en todos los aspectos.
- *Redefiniciones o reformulaciones*: el terapeuta coloca etiquetas a las conductas de los individuos las cuales son facilitadoras del cambio.
- *Sabotaje Benévolo*: consiste en sorprender a la persona que presenta una conducta poco usual, molesta o frustrante para los demás, de manera que se

reclama cualquier intención hacia una acción que provoque molestia hacia uno o todos los miembros de la familia.

Intervenciones principales

1. *Intento de forzar algo que solo puede ocurrir espontáneo*: se pretende invertir el intento del paciente para superar el problema a través de provocar el síntoma, definir el síntoma indeseado como beneficioso o incorporar un ritual o un ritual aversivo.
2. *Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo*: lo que se requiere son directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al mismo tiempo que le exigen una ausencia de dominio (o un dominio incompleto) de ella. Esto es, exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que acabe con éxito.
3. *Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición*: consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad. La intervención en estos problemas exige que el terapeuta se preocupe por la formulación o “venta” de la intervención más que de establecer cuál es la acción concreta que debe realizar el cliente.
4. *El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación*: consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente. El terapeuta tiene que solucionar el problema de hallar una forma de influir sobre el cliente con objeto de que lleve a cabo esta variación; para esto se puede redefinir la benevolencia del paciente, sus peticiones indirectas, como algo inconscientemente destructivo, y redefinir como algo benéfico aquello que el cliente quizás considere destructivo: las solicitudes directas.

5. *La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa*: se trata de una intervención diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, esto se ejemplifica en la petición que hace el terapeuta de fingir el síntoma al azar por parte del defensor.

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

- *No apresurarse*: donde el terapeuta debe ofrecer razonamientos creíbles que justifiquen el no ir de prisa y eviten en el paciente una sensación de urgencia y tendencia al sobreesfuerzo.
- *Los peligros de una mejoría*: en donde el terapeuta puede exponer algún posible inconveniente de la mejoría, para el cliente o para alguien que se halle próximo a él.
- *Un cambio de dirección*: el terapeuta varía de postura, directriz o estrategia y al hacerlo ofrece al cliente una explicación de dicha variación. Es importante para la terapia breve aceptar lo que el cliente ofrece y considerar cómo puede ser utilizado, en vez de discutir acerca de ello.
- *Cómo empeorar el problema*: prescripción extrema a previas soluciones fallidas, en la que se sugiere específicamente en que forma puede lograrse que el problema empeore, haciendo que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores y se subraya de forma clara cómo el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

5. Reflexiones generales.

Este modelo es eficaz para el tratamiento breve de diversos problemas individuales y familiares, tales como el insomnio, las disfunciones sexuales, las fobias, los trastornos obsesivos, los trastornos alimentarios, problemas de evitación, problemas académicos, conflictos conyugales y paterno-filiales, especialmente. Un aspecto que resalta es su preocupación por desarrollar un lenguaje concreto en la terapia y que se optimice el tiempo de las sesiones, ya que el motivo de los clientes de asistir a terapia es mejorar su situación.

1.2.4 Modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones

1. Introducción y antecedentes del modelo.

El MRI ejerció una influencia importante en el grupo de Milwaukee, que trabajó en sus inicios con un equipo terapéutico que realizaba intervenciones estratégicas para interrumpir las secuencias interaccionales que mantenían el problema, así como reencuadres para modificar la visión del problema, bajo el supuesto de que pensamiento y conducta se influyen mutuamente, es por eso que el modelo de soluciones tiene varias similitudes con el de terapia breve.

2. Exponentes principales y sus aportaciones.

Se ha considerado que el modelo presenta dos vertientes principales: el Modelo Enfocado a las Soluciones, encabezado por De Shazer y su grupo de colaboradores del Centro de Terapia Breve de Milwaukee, y el Modelo Orientado a las Soluciones, cuyas figuras principales son O'Hanlon y Weiner-Davis (Goldenberg et al., 2000).

Se rechaza la idea de que los clientes acudan pidiendo un cambio que a la vez resisten, considera que los clientes realmente desean ser cooperativos y cambiar, pero resisten las interpretaciones u otras intervenciones del terapeuta sólo si creen que no encajan con ellos. Elogian a los clientes porque han empezado a hacer lo que es útil para solucionar el problema y conforme se convencen de que el terapeuta está de su lado, éste se encuentra en una posición de hacer sugerencias para que intenten algo diferente (Goldenberg et al., 2000).

Se privilegia el establecimiento de una adecuada relación terapéutica con el cliente conforme se desarrolla el modelo en las sesiones.

3. Principios básicos.

- ✓ Los clientes tienen los recursos y fortalezas para resolver sus quejas.
- ✓ El cambio es constante.
- ✓ El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- ✓ Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
- ✓ No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- ✓ Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
- ✓ Los clientes definen los objetivos.
- ✓ El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.
- ✓ No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.
- ✓ Es importante centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.

Los terapeutas influyen mucho sobre las percepciones y la experiencia que los clientes tienen de su situación. Por ello, hacen preguntas que generan información

acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos de las personas. Así, si los problemas son negociables se podría también negociar un problema que fuera posible, incluso fácil de resolver (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990).

El lenguaje se puede utilizar para solidificar ciertos puntos de vista, pero también se puede usar como instrumento para cuestionar certezas inútiles. Para ello, O'Hanlon & Weiner-Davis (op. cit.) sugieren:

- a) Adaptarse al lenguaje del cliente.
- b) Adoptar la modalidad sensorial del cliente.
- c) Encauzar el lenguaje del cliente.

4. Técnicas.

a. Tipos de preguntas:

- Preguntas de ampliación del cambio (O'Hanlon et al., 1990):

¿Qué es diferente en las ocasiones en que “no se presenta el síntoma”?
¿Cuándo es menos grave, frecuente, intenso, o de menor duración? ¿Cómo conseguiste que sucediera? ¿De qué manera el que (ocurra la excepción) hace que las cosas vayan de otra forma? ¿Quién más advirtió que (mejoraste o se redujo el síntoma)? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o dijo? ¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace (una semana, un mes, etc.)? ¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? ¿Cómo la resolviste entonces? ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso volviera a suceder?

- Pregunta del milagro, se formula de la siguiente manera:

“Supongamos que una noche, mientras duermes, se produce un milagro y su problema se resuelve. ¿Cómo se daría cuenta? ¿Qué sería diferente? ¿Cómo lo sabrían (otras personas) sin que usted le dijera ni una sola palabra sobre el asunto? (De Shazer, 1988, p. 29)”. Con esta pregunta, se puede obtener una imagen más clara de las características que tendrá una solución y permite establecer objetivos concretos cuando el problema sea vago, confuso o no esté descrito claramente. La descripción del futuro puede implicar una excepción, por lo que las intervenciones subsecuentes buscarán amplificar dichas excepciones.

- Preguntas de escala: se formula así: “En una escala de 0 a 10, donde 0 es cuando el problema ha sido peor, y 10 cuando esté resuelto para ti de forma satisfactoria, dame un número que mejor describe en dónde estás ahora (Quick, 1996, p. 45)”. Esta pregunta ayuda a determinar si las excepciones son diferencias que hacen una diferencia, ya que tras haber preguntado acerca de excepciones, el valor que dé el cliente, permite verificar si las excepciones son valiosas para él en la reducción del problema.

Las preguntas de escala se pueden utilizar para evaluar la distancia hacia la meta: “¿Qué tan seguro te sientes de que mantendrás este número en las próximas veinticuatro horas, donde el 10 es totalmente seguro y el 0 es no estoy nada seguro? (Quick, 1996, p. 46)”. Incluso se puede utilizar este tipo de preguntas para obtener información sobre relaciones: “¿Crees que (otra persona) coincidiría con el número que te diste? ¿Qué número crees que te daría? ¿Qué cosas sabes que él no sepa? ¿Qué tendría que pasar para que coincidiera contigo? (Quick, 1996, p. 46)”. Otro uso de la pregunta es que tras haber obtenido una evaluación sobre la situación actual, se puede preguntar sobre qué se necesitaría hacer para subir en la escala, para mantener una

puntuación alta, o sobre cómo se darían cuenta otras personas del cambio y qué tipo de conductas señalarían este cambio.

b. Normalizar-despatologizar:

Normalizar las dificultades de los clientes, reduce ansiedad. Contar las propias anécdotas a veces es útil porque así decimos: “Sí, a mí también me pasó”, “Sí, yo también...”.

Cuando el cliente tenga un discurso patologizador, es importante introducir diferencias, por ejemplo: “Mi hija está deprimida” ¿Cómo puedes distinguir entre la depresión de tu hija y los cambios normales de humor de un adolescente?

c. Tareas:

- Tarea de fórmula de la primera sesión: se puede realizar al final de la primera sesión: “Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, me gustaría que observe, de modo que pueda describirme la próxima vez, lo que ocurre en su (familia, vida, matrimonio, relación) que usted quiere que continúe ocurriendo (De Shazer, 1986, p. 150)”. Favorece que el cliente se dé cuenta de que hay aspectos de su vida que no desea cambiar (por lo que no está saturado del problema) y permite identificar las cosas que el cliente hace para que su vida sea satisfactoria o no se presente el problema.

Otras intervenciones son:

- *Búsqueda de excepciones*: su objetivo es encontrar las diferencias entre las situaciones problemáticas y no problemáticas. La solución radicaría en dedicarse más a aquellas actividades en que se ha conseguido, aunque sea por breves periodos de tiempo, el objetivo deseado.

- *Definición de objetivos:* El presupuesto que tiene la fijación de objetivos es que si una persona cambia, cambia la relación y si cambia un miembro de la familia también cambian los otros miembros de la familia (espiral benevolente), por esto se debe ir por pasos.
- *Pausa:* al trabajar en cámara de Gessell, el terapeuta detiene unos minutos la sesión para hablar con el equipo, en este tiempo junto con el equipo se elabora un “veredicto” que es un resumen de las cosas bien hechas, los elogios, las normalizaciones, reetiquetaciones y la tarea. Este mensaje es importante porque es algo concluyente que se separa del resto de la sesión. Cuando hay un grupo de expertos observando, el mensaje tiene aún más peso.
- *Identificar y utilizar patrones de solución:* se requiere obtener información acerca de patrones previos de solución y tratar de evocarlos. Esto puede hacerse mediante preguntas similares a las de búsqueda de excepciones y con otro tipo de técnicas (O’Hanlon y Bertolino, 1998):

Buscar qué sucede cuando el problema finaliza o empieza a finalizar. Se pueden hacer preguntas como ¿cuál es la primera señal que el cliente tiene de que el problema va a concluir?, ¿cómo pueden decir otras personas cercanas al cliente cuando el problema ha finalizado o empezado a finalizar?, ¿qué estará haciendo la persona cuando el problema haya terminado?, ¿en qué se diferencian estas actividades fuera de problemas de lo que el cliente hace cuando el problema se presenta?, ¿existe algo que el cliente o alguna otra persona se haya dado cuenta de que ayuda a que el problema termine más rápido?

- *Identificar cualquier cambio benéfico que haya ocurrido antes de que el tratamiento iniciara:* puede brindar información sobre la forma en que las personas resuelven sus problemas o hacen cambios.

- *Buscar contextos donde la persona se sienta competente y tenga habilidades creativas o para solucionar problemas:* pueden incluir pasatiempos o habilidades laborales, se pueden identificar situaciones donde el problema no ocurre o se puede indagar sobre momentos en que la persona o algún conocido han enfrentado un problema similar o lo ha resuelto de una forma que le agrada.
- *Preguntar por qué el problema no es peor:* permite normalizar la situación y ayuda a obtener información sobre cómo los clientes evitan que el problema empeore.
- *Interrumpir patrones del problema:* para identificar el patrón del problema, se buscan descripciones de lo que las personas hacen que constituyen o acompañan al problema. Esto se puede hacer mediante videocharla, que consiste en pedir a la gente que describa su problema para que pueda ser visto y oído como si estuviera en video. Algunas preguntas que sirven para identificar un patrón son (O'Hanlon et al., 1998): ¿Con qué frecuencia ocurre el problema típicamente? ¿En qué momento (del día, de la semana, del mes, del año) ocurre el problema? ¿Cuánto dura el problema? ¿Dónde ocurre el problema típicamente? ¿Qué hacen la persona y los otros a su alrededor usualmente cuando sucede el problema?

Árbol de decisión

El terapeuta piensa en la actividad interaccional de la terapia como en un esfuerzo cooperativo en el cual terapeuta y cliente construyen juntos un problema que puede resolverse. Se ha desarrollado un árbol de decisión (De Shazer, 1986) para graficar en mapa las secuencias de la interacción entre la respuesta informada del cliente a una tarea y la asignación de la tarea por el terapeuta; ese árbol sugiere al terapeuta cómo responder a las respuestas del cliente del modo que mejor promueva la cooperación y por lo tanto las

soluciones, de este modo el terapeuta encuentra el camino a seguir en la terapia.

Si en la primera sesión el terapeuta asigna una tarea concreta para el hogar y dicha tarea es realizada por el cliente de manera directa (es decir que la intervención logra un ajuste), en esa situación es más útil para el terapeuta volver a asignar una tarea concreta: el terapeuta coopera haciendo lo que hizo el cliente con la tarea previa. Sin embargo, si el cliente informa no haber realizado la tarea, es más útil cooperar y promover ajuste no asignando a ese cliente otra tarea concreta en esa sesión. O bien, si la respuesta del cliente consiste en una modificación de la tarea asignada, parece mejor que el terapeuta proponga una tarea fácilmente modificable o que incluya opciones o alternativas, porque el cliente probablemente hallará que ella se ajusta. Si el informe del cliente es vago o confuso, la tarea del terapeuta, en respuesta a aquél, debe ser análogamente vaga o confusa. Además de ajustarse (es decir que la respuesta del terapeuta puede trazarse dentro del alcance del mapa de la respuesta del cliente), cada una de estas respuestas del terapeuta debe ser lo bastante diferente como para que “haya una diferencia”. El terapeuta promueve o logra ajuste respondiendo del mismo modo que el cliente.

De este modo el terapeuta trata de estimar la manera de cooperar con el cliente y a continuación produce una intervención basada en el “diagnóstico”. El informe del cliente en la sesión siguiente le permite al terapeuta conocer cuál es la manera de cooperar del cliente y el grado de ajuste. En respuesta a ellas, si es necesario, modifica el enfoque (De Shazer, 1986).

5. Reflexiones generales.

El Modelo de Soluciones es un modelo de transición, donde converge tanto la aplicación en De Shazer, como el estilo de O'Hanlon, a pesar de que se recurre a técnicas similares. Permite considerar la importancia de la persona del terapeuta y

del tipo de relación de ayuda que establece con el cliente, ya que se pueden utilizar las mismas técnicas, pero las diferencias en la relación provocarán otros tipos de cambios, es otra forma de percibir al tiempo y al control en la terapia.

1.2.5 Modelo de Milán

1. Introducción y antecedentes del modelo.

En 1967, Boscolo y Cecchin se incorporaron a un grupo de ocho psiquiatras, organizado por Mara Selvinni Palazzoli, analista de niños en Milán. El grupo se proponía tratar niños gravemente perturbados, junto con sus familias; empero, su orientación era psicoanalítica y, al principio, se debatieron con el problema de la manera de aplicar los conceptos analíticos a las familias. Fue un esfuerzo apasionante, pero desalentador (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 2003).

2. Exponentes principales y sus aportaciones.

En 1971, Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin, se separaron del grupo inicial con el objetivo de adoptar el modelo sistémico en su trabajo y para ello fundaron en Milán el “Centro per il Studio della Famiglia” (Boscolo et al., 2003). Este fue el primer paso de lo que más adelante sería conocido como el “Modelo de Milán”, creado por estos cuatro psiquiatras que decidieron abandonar el psicoanálisis para comenzar a aplicar el modelo sistémico.

De acuerdo a Boscolo y sus colaboradores (2003), en 1972, el grupo quedó impresionado por los tratamientos y la investigación de familias que se realizaban en Estados Unidos bajo la inspiración de Gregory Bateson. A partir de ello, su trabajo se vio enormemente influido por la obra del MRI, y posteriormente por los escritos de Bateson.

En 1980, Boscolo y Cecchin se separaron de Selvini y Prata y continuaron centrándose en la formación de terapeutas, mientras que Selvini y Prata se dedicaron a la investigación. (Boscolo et al., 2003). Bertrando y Toffanetti (2004) señalan que la última ocasión en que se reunieron los cuatro fue en 1996, en un seminario. Mara Selvini Palazzoli se retiró en 1998 y murió en junio de 1999. Gianfranco Cecchin murió en febrero de 2004.

A partir de su separación, Selvini Palazzoli y Prata se mostraron poco interesadas en la pura técnica terapéutica e indagaron en el pasado de la familia y en los patrones transmitidos de generación en generación. En 1979 crearon la <<prescripción invariable>>, como un medio no sólo para tratar a las familias, sino también para entenderlas. Para 1981, Selvini Palazzoli, constituye un nuevo equipo con 3 psicólogos: su hijo Mateo Selvini, Stefano Cirillo y Anna Maria Sorrentino. Ellos se centraron en la investigación y crearon los seis estadios del juego psicótico, definitivamente formalizados en 1988 en el libro Los juegos psicóticos de la familia (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

Por su parte, Boscolo y Cecchin siguieron impartiendo el programa en el viejo centro, que heredaron y rebautizaron como el <<Centro Milanese di Terapia della Famiglia>>, y a partir de su encuentro con Maturana y Von Foerster, incorporaron ideas de la Cibernética de segundo orden y del Constructivismo a su trabajo. Ellos dejaron de pensar que un síntoma era invariablemente correspondiente a una cierta configuración familiar. A partir de entonces, Boscolo desarrolla un notable interés por el tema del tiempo y Cecchin reformula el principio de neutralidad como un estado de <<curiosidad>> (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

Recapitulando, Boscolo y Bertrando (2000) explican la evolución epistemología del modelo de la siguiente manera:

Al principio recurrimos al enfoque estratégico-sistémico utilizado en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto en los años 1971-1975; después, al enfoque

sistémico de Milán, como llegó a desarrollarse en el decenio de 1975-1985, y luego, al mismo modelo, enriquecido primero por las contribuciones del constructivismo y de la cibernética de orden segundo, y después por el construccionismo, la narrativa y la hermenéutica. Todos los aportes teóricos citados han dejado – y no podía ser de otra manera- huellas significativas en el modelo actual, al que por esa razón hemos atribuido, además de la definición de <<sistémico>>, la definición de <<epigenético>> (Boscolo & Bertrando, op. cit., p. 17).

De acuerdo a Bertrando & Toffanetti (2004), también hubo otros terapeutas fuera de Italia que empezaron a utilizar las ideas del modelo de Milán en su práctica clínica, algunos hicieron modificaciones a las ideas y técnicas originales del modelo y fueron conocidos como los terapeutas “posMilán”, entre ellos menciona a Lynn Hoffman, Peggy Penn, Bradford Keeney, Karl Tomm, Tom Andersen, Anderson y Goolishian. Sin embargo, en otros contextos, al hablar de “posmilán” se hace referencia al trabajo que hicieron Boscolo y Cecchin después de la separación del equipo original.

3. Principios básicos.

A partir de la teoría de Bateson desarrollaron los 3 principios básicos que llegaron a ser el sello distintivo del modelo: la *hipotetización*, la *circularidad* y la *neutralidad*. Con la **hipotetización**; “el grupo pasa del descubrimiento del juego a la creación de una hipótesis, que es simplemente una explicación coherente que reúne a todos los miembros del sistema observado en un patrón plausible” (Bertrando & Toffanetti, op. cit., p. 210).

“Por **circularidad** entendemos la capacidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de las realimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones, que él mismo exige acerca de las relaciones y, por ende, de las diferencias y los cambios” (Selvini, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980).

La **neutralidad** “determina la posición del terapeuta respecto a la familia: el terapeuta de Milán se caracteriza por ser discreto e imparcial” (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 211).

En 1987, Cecchin reformula la neutralidad como estado de *curiosidad*. “Esta reformulación es una experiencia liberadora para los terapeutas constructivistas, un modo de mantenerse siempre abiertos a la novedad, sin dejarse seducir por el principio de verdad” (Bertrando & Toffanetti, op. cit., p. 257). Después, Cecchin hace derivar la noción de curiosidad en irreverencia. Ser irreverente “es una postura derivada de un estado mental del terapeuta que le permite actuar liberándolo de la ilusión del control” (Cecchin, Lane & Ray, 2002, p. 28).

Uno de sus principios fundamentales el respeto a los sistemas que acuden a una consulta, bajo la idea de que ellos son los únicos capaces de auto-organizarse de la mejor manera posible en un determinado contexto (Keeney & Ross, 1993).

4. Técnicas.

La sesión terapéutica se divide en 5 partes (Bertrando & Toffanetti, 2004):

1. *Sesión previa*: el equipo discute las informaciones preliminares con objeto de preparar la sesión.
2. *Sesión*: dura cerca de 1 hora, consiste sobre todo en preguntas y puede ser interrumpida por los miembros del equipo de observación.
3. *Discusión de la sesión*: los terapeutas se reúnen con el resto del equipo, separado de la familia, y en forma conjunta discuten el modo de concluir la sesión.
4. *Conclusión de la sesión*: los terapeutas se reúnen con la familia y presentan, en nombre del equipo, comentarios, prescripciones o rituales.
5. *Discusión de las reacciones de la familia al comentario o prescripciones*: tiene lugar después de que la familia haya abandonado la sesión.

- *Connotación positiva*, se trata de prescribir la configuración conjunta de la familia, privando a los síntomas de su papel privilegiado, esto quiere decir que lo que se connota positivamente es la tendencia homeostática del sistema y no las personas. Es un mensaje por medio del cual los terapeutas comunican a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto, Boscolo y sus colegas (2003).
- La *contraparadoja*, se convirtió en el núcleo de su terapia, se connotaría positivamente toda la situación problema y se prevendría a la familia contra cualquier cambio prematuro” (Boscolo et al., op. cit., pp. 22-23).
- Uso de *rituales* y de las *prescripciones ritualizadas*. “Un ritual es un ordenamiento de la conducta en el seno de la familia para determinados días o momentos” (Boscolo et al., 2003, p. 20). Con esto se buscaba cambiar las reglas del juego y la epistemología familiar, sin recurrir al lenguaje.
- *Hipótesis sistémica*: es una explicación coherente que reúne a todos los miembros del sistema en un patrón plausible, para converger en una de las numerosas hipótesis sistémicas posibles.
- *Preguntas circulares*: contienen elementos de las diferencias, nuevas conexiones entre ideas, significados y comportamientos que pueden, no solamente orientar al terapeuta, sino además actuar sobre el sistema modificando la epistemología, es decir, las premisas personales de varios miembros de la familia, y configurándose así como la intervención más importante para los terapeutas sistémicos de Milán (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 211).

Tipos de preguntas circulares:

1. Preguntas tríadicas, en las cuales se pide a una persona que comente la relación que existe entre otros dos miembros de la familia.
 2. Preguntas sobre las diferencias de comportamiento, no sobre la cualidad intrínseca de las personas.
 3. Preguntas sobre los cambios en el comportamiento antes o después de un evento específico.
 4. Preguntas sobre circunstancias hipotéticas.
 5. Graduación de los miembros de la familia respecto a un comportamiento o a una interacción específica (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 211).
- *La neutralidad* como técnica implica que: el terapeuta tenga cuidado en captar y neutralizar lo antes posible cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada por algún miembro o subgrupo de la familia. (Selvini et al., 1980).
5. Reflexiones generales.

El grupo de Milán es un ejemplo de la forma en que evoluciona un modelo teórico. Inició con una orientación psicoanalítica, e introdujo la perspectiva sistémica, particularmente la del MRI en sus inicios. Posteriormente dan un nuevo significado a la teoría de Bateson y desarrollan principios para la entrevista familiar.

Modelos derivados del Posmodernismo.

1.2.6 Terapia Narrativa

1. Introducción y antecedentes del modelo.

La “metáfora en narrativa”, consiste en describir la relación entre las personas y sus problemas, como un combate por el control, como si el problema fuera un adversario viviente. Asimismo, considera que las personas son oprimidas por los problemas, se explora el efecto que el problema tiene sobre la persona los momentos en que el problema no domina su vida cotidiana y el efecto que la persona tiene en la vida del problema. No hay interés en las causas de los problemas, sino en cómo evolucionan los efectos de los problemas a través del tiempo.

La terapia narrativa, proporciona una base para identificar, generar y traer historias alternativas. Se busca que una nueva y mejor historia pueda emerger e “ilumine” a la persona o a la familia y así se busca identificar lo vivido en el curso de su vida y sus problemas, para finalmente mediar entre el pasado, presente y futuro, llevándolos a identificar que son ellos quienes están a cargo de los problemas y no al revés.

2. Exponentes principales y sus aportaciones.

Michael White y David Epston (White y Epston, 1992) desarrollaron el enfoque narrativo en el que, se conceptualiza que los problemas de la gente están relacionados con las historias que tienen de sí mismos y que frecuentemente están relacionadas con las prácticas culturales opresivas, de esta manera se deja a un lado la “metáfora cibernética” para así establecer una “metáfora narrativa”.

3. Principios básicos.

- Los sistemas humanos están en el lenguaje y en los sistemas organizadores del lenguaje.
- La construcción de la realidad es una acción social más que un proceso mental e independiente del individuo
- La mente individual en realidad es una composición social y el self es irracional
- La realidad y los significados que atribuye el cliente a sí mismo, a los otros, a las experiencias y eventos de su vida; es un fenómeno interaccional, creado y experimentado por individuos en conversaciones y en acciones a través del lenguaje con otros y con ellos mismos.
- El lenguaje es generativo, da orden y significado a la vida y al mundo del cliente, y funciona como una forma de participación social.
- El conocimiento es relacional y es generado en el lenguaje en la práctica diaria (Anderson, 1997).

4. Técnicas.

- *Externalización*: contempla como un principio para construir una nueva historia, la separación de la persona, de la vieja historia o la historia saturada del problema; la cual le ocasiona impotencia o frustración. Guía así, a las familias a participar en lo que llama conversaciones externalizadoras acerca de sus problemas, tomando al problema como una entidad con vida propia, la cual domina a la persona o a la familia. Esta externalización les permite a los miembros de la familia, entender que los problemas no son las relaciones familiares, ni las relaciones personales, sino más bien, es la relación del sujeto con el problema o el problema mismo lo que trae las dificultades (White y Epston, 1994).

- Deconstrucción: implica explorar los conocimientos implícitos y las formas de pensar inyectadas por la cultura para valorar sus implicaciones y descartarlas si se considera beneficioso.

Tipos de preguntas de deconstrucción que proponen Freedman y Combs (Freedman y Combs 2002):

- Preguntas sobre la historia de la relación entre la persona y la creencia, la práctica, el sentimiento o la actitud problemática.
- Preguntas acerca de las influencias contextuales en el aspecto problemático.
- Preguntas sobre los efectos o resultados del aspecto problemático.
- Preguntas sobre la interrelación con otras creencias, prácticas, sentimientos o actitudes.
- Preguntas acerca de las tácticas o estrategias del aspecto problemático.

También existen preguntas para deconstruir prácticas de poder, que permiten al terapeuta externalizar los discursos internalizantes. Se basan en la idea de Foucault de que quienes detentan el poder mantienen a los demás en posiciones subordinadas mediante la autovigilancia, que estriba en la adecuación entre las creencias y las acciones, y lo que la sociedad espera de las personas a partir de normas implícitas.

Otro tipo de preguntas sirven para deconstruir las prácticas discursivas, basándose en la idea de que los terapeutas tienen la responsabilidad de ayudar a las personas a adoptar posturas críticas ante los conocimientos expertos de las figuras de autoridad, y la forma en que el lenguaje de las diversas disciplinas reflejan y perpetúan su status de expertos. Asimismo, el terapeuta debe contribuir al examen crítico del proceso de terapia a medida que ocurre preguntando cómo está siendo vivido (Payne, 2002).

Las preguntas de influencia relativa buscan dos tipos de descripción: la influencia o el efecto que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona; así como la influencia que la persona ha tenido y tiene en la vida del problema. La primera descripción incita a la elaboración de una nueva descripción externalizada del problema, mientras que la segunda descripción incita a la persona a atender sus logros aislados o desenlaces inesperados, esos eventos que contradicen aspectos de la descripción saturada del problema de la persona (White, 1994).

Otras prácticas dentro de la terapia narrativa descritas por Payne (2002) son:

- Documentos terapéuticos: El terapeuta puede utilizar documentos escritos, de su propia autoría o creados por la persona que consulta, para resumir los descubrimientos de la persona y describir su propio progreso, y puede conservarlos para usarlos de nuevo en el futuro o cuando tenga necesidad de ellos.
- Testigos externos: Esta práctica implica que las personas identifiquen a las personas con quienes les gustaría compartir las narrativas que han deconstruido acerca de sus vidas, en especial sus éxitos recién descubiertos en la lucha con el problema.
- Club de vida: Con ayuda del terapeuta, la persona invita metafóricamente a esta gente a unirse una vez más a su “club de vida”, a volver a ser miembro de su grupo.
- Rituales y ceremonias definicionales: Las celebraciones pueden ser formales o informales y pueden tomar el lugar con la presencia o ausencia del terapeuta. Están encaminados a divulgar la noticia.

5. Reflexiones generales.

Invita a las personas a externalizar sus problemas, identificar en el panorama de la acción sus logros inesperados e imaginar los efectos de dichos logros en el panorama de la conciencia. El proceso está más centrado en la deconstrucción de las historias dominantes que limitan la identidad, y a generar una nueva narrativa que permita a las personas convertirse en agentes de su vida.

1.2.7 El Equipo Reflexivo

1. Introducción y antecedentes del modelo.

El equipo reflexivo se desarrolló en Tromsø, Noruega, en 1974, cuando un grupo de terapeutas noruegos vieron con claridad que los problemas incluían a mucha gente, tanto a los familiares como a los profesionales, por lo que tuvieron que tomar a ambos en consideración en el trabajo que iban a iniciar. Al principio, el grupo se reunía informalmente buscando nuevos modelos de pensamiento y de trabajo. Para ello, leían los libros de Jay Haley, Salvador Minuchin, Paul Watzlawick y sus seguidores (Andersen, 1994).

El equipo tenía como objetivos el trabajar para impedir la internación de pacientes psiquiátricos y el participar en un programa educacional de dos años en terapia familiar de orientación sistémica. El programa de Terapia Familiar logró que los terapeutas del equipo de Andersen se encontraran con Lynn Hoffman, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin, entre otros. Les resultó atractivo el estilo milanés, porque su atención se centraba en el proceso de la entrevista más que en las intervenciones (Andersen, op. cit.).

2. Exponentes principales y sus aportaciones.

Tom Andersen desarrolla este tipo de trabajo en el cual los observadores ubicados atrás del espejo unidireccional, cambian de espacio; incorporándose al mismo espacio dónde se encuentran terapeuta y las personas. Una vez ahí, el equipo discute lo escuchado en la sesión, tomando en cuenta lo que se presentó en la entrevista, las ideas se exponen de manera tentativa, los comentarios son formulados de manera positiva, o al menos no como atributos negativos o comentarios culpabilizantes, los miembros del equipo mantienen contacto visual entre sí, mientras conversan, se comparten las percepciones, pensamientos e imágenes, que los miembros del equipo tuvieron, las reflexiones intentan presentar distintos lados de un dilema, las reflexiones no deben ser muy usuales ni muy inusuales en cuanto al estilo, ritmo y palabras usadas en la conversación, no se usan diagnósticos ni términos psicológicos, los terapeutas deben tratar de usar el lenguaje y las metáforas de los clientes. Su efecto, permite que la persona como apoyada dentro de un ambiente de honestidad, la familia se siente parte del equipo y el equipo siente más empatía con la familia, debido a la interacción directa con ellos.

Una idea que gira en torno al equipo reflexivo es que el individuo está inmerso en dos tipos de conversación: una externa en la que participa activamente compartiendo sus ideas a otros y una interna en dónde se habla a sí mismo y así escucha a otros. Lo que se busca en el equipo reflexivo es que el consultante sea inmerso en esos dos tipos de conversación, una generada por el terapeuta y la otra cuando escucha al equipo reflexivo. Lo que se busca también es que el equipo genere en el consultante diferentes perspectivas que faciliten las conversaciones internas y externas.

Lineamientos del equipo reflexivo (Andersen en MacNamee y Gergen, 1992):

- Las reflexiones del equipo deben basarse en lo escuchado o visto en la sesión, no es algo tomado de otros contextos. Se le dice a los consultantes que pueden escuchar o no las reflexiones del equipo.
- Los miembros del equipo deben tratar de no dar connotaciones negativas en sus intervenciones.
- Se pide a los miembros que se miren entre si y no a los consultantes, lo que permite su libertad de no escuchar.
- Finalmente se puede discutir con los consultantes sobre lo que escucharon del equipo. El terapeuta no escogerá los temas a discutir.

1.2.8 Enfoque Colaborativo

1. Introducción y antecedentes del modelo.

La propuesta del Enfoque Colaborativo se fue conformando, en la medida en la que se fueron incorporando ideas del paradigma posmoderno al quehacer terapéutico. Para la posmodernidad el foco de interés de la terapia no se encuentra en el interior del individuo, ni en la familia, sino en las personas en relación como constructores de sistemas de significados (Goolishian y Anderson, 1992).

2. Exponentes principales y sus aportaciones.

Harold Goolishian y Harlene Anderson fueron los iniciadores de este movimiento, el primero fue el fundador de la terapia de impacto del grupo de Galveston, Texas, en los decenios de 1950-1969.

Goolishian ganó la reputación de ser el formador del diálogo en terapia; sus ideas surgieron de la lingüística, de personalidades como Ferdinand de Saussure, de la crítica literaria y filosófica de Foucault, Ilya Prigogine y Humberto Maturana. Su interés central por la narrativa lo llevó a afirmar que “la verdad” y la “objetividad” de la ciencia son relativas.

Con su colaboradora Harlene Anderson, desarrollo los conceptos “definición” u “organización del problema” y “disolución del problema”, afirmando que el problema no es una entidad por sí misma, sino una realidad psicológica en la familia que se deconstruyen a través del lenguaje. Para él el proceso terapéutico es “un sistema generador de significados” donde el terapeuta es el participante co-creador y facilitador” (Anderson y Goolishian, 1988).

Principios e intervenciones

- *Postura del terapeuta:* para Harlene Anderson (Anderson, 2002), el enfoque colaborativo exige la adopción de una postura filosófica, más que la utilización de una serie de técnicas o intervenciones. La postura del terapeuta se convertirá en la base del quehacer terapéutico y será la línea que guíe la forma en la que conversará con cada uno de sus clientes. Tiene que estar listo para sumergirse en la incertidumbre, para no-saber, para adaptar su pensamiento y su acción a las exigencias de cada situación.

El terapeuta al centrarse en aprender el lenguaje y los significados de cada cliente en particular, desde una postura de curiosidad, puede lograr que sus intervenciones emerjan de la conversación y sean lógicas, coherentes y útiles para esa conversación en particular, con esa familia o cliente exclusivamente.

Así, el cliente es considerado como un experto en su propia vida y sus experiencias, mientras que el terapeuta es visto como experto en el área de

proceso, en colaborar con cada cliente para la construcción de un diálogo que abra posibilidades.

- *Conversación dialógica*: se genera el espacio para que todos los participantes del proceso, emprendan una exploración conjunta de los problemas, en un proceso donde las personas hablan con las personas, en oposición a otros modelos terapéuticos donde la terapeuta les habla a las personas (Goolishian y Anderson, 1992).

El proceso dialógico incluye seis componentes interrelacionados, simultáneos, superpuestos y secuenciales (Anderson, 1999):

1. El terapeuta participa y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo.
 2. El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente.
 3. El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo.
 4. Los clientes participan en diálogos externos entre sí.
 5. El cliente participa en diálogos internos y externos fuera de la terapia.
 6. El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera de la terapia.
- *Hacer público*: es una noción básica que guía la postura del terapeuta, la transparencia o el hacer públicos sus diálogos internos, sus pensamientos, prejuicios, temores, especulaciones, etc. Mostrar y colgar a la vista de todos los participantes en la conversación, sus incertidumbres y saberes, permitirá que también estos se sometan a la reflexión, al cuestionamiento, pero que a la vez, puedan contribuir a la exploración de nuevos caminos. Reflexionar de esta manera, puede ayudar a estimular la emergencia de múltiples voces y perspectivas dentro del proceso terapéutico. También implica reflexionar sobre sí mismo para estimular el desarrollo de múltiples voces y perspectivas como terapeuta.

Este proceso, junto con mostrarse al otro, permiten al terapeuta y al cliente, tener una mayor flexibilidad para lidiar con múltiples opiniones, a veces conflictivas, sobre las situaciones complejas de los clientes. Este hacer público se halla en contraposición a la postura tradicional del profesionista, que en su papel de experto, guarda para sí ciertos saberes, en una especie de “agenda secreta”, que sólo él conoce (Anderson, 1997).

- *Preguntas conversacionales*: se formulan desde la posición de no saber y surgen de la conversación local. Se busca que el cliente cuente, clarifique y amplifique su historia; abren nuevos caminos para explorar lo que se sabe y lo que no se sabe; ayudan a que el terapeuta aprenda sobre lo dicho y lo todavía no dicho, y lo protegen de malentendidos (Anderson, 1998, 1999).

CAPÍTULO III.

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES



El presente capítulo tiene como objetivo dar cuenta del desarrollo y la aplicación de las competencias profesionales adquiridas por medio de la experiencia alcanzada durante la residencia, este capítulo es especialmente importante ya que la estructura de la maestría está basada en formar profesionales de excelencia que puedan cumplir con la demanda social en la actualidad. Para cumplir con esta finalidad este capítulo se divide en cuatro apartados:

El primero comprende las habilidades clínicas terapéuticas, en él se hace una integración de los expedientes de trabajo clínico por familia que se atendieron con base en el formato de registro estipulado y se presentan dos casos de las familias atendidas.

La presentación de estos casos incluye un análisis teórico-metodológico de la intervención clínica. Se hace un análisis y discusión de un tema pertinente a los casos de las familias consultantes elegidas para el análisis incluido en este reporte. Se concluye este apartado con un análisis del sistema terapéutico total

basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.

El segundo apartado compete a las habilidades de investigación, se reporta la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa.

El tercer apartado corresponde a las habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria. En él se elaboran y presentan productos tecnológicos que sirvan para la atención de los usuarios o para programas de prevención en la comunidad, o bien para los programas de formación de los terapeutas. Se reportan programas de intervención comunitaria desarrollados durante la residencia, asistencia a foros académicos y presentaciones del trabajo realizado en foros académicos.

Finalmente el apartado cuatro trata de las habilidades de compromiso y ética profesional, en él se discute e integra las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional: habilidades y competencias profesionales adquiridas, incidencia en el campo psicosocial, reflexión y análisis de la experiencia así como las implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.

1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia en la práctica terapéutica:

Cuadro 6. Integración de expedientes.

Familia	No. De Sesiones	Motivo de Consulta	Fin del Proceso	Sede	Supervisora
Cárdenas	9	Una fuerte depresión por parte de la madre debida al duelo por la muerte de su hijo menor.	Alta logrando los objetivos de la terapia.	ISSSTE Tlalnepantla	Mtra. Carmen Susana González Montoya
Ramírez	6	Saber cómo llevar a cabo la comunicación familiar, falta de atención del esposo hacia la esposa, problemas en casa en especial con una hija.	Alta logrando los objetivos de la terapia.	FES Iztacala	Dra. María Suárez Castillo
Huerta	5	Depresión y violencia intrafamiliar.	Alta logrando los objetivos de la terapia.	ISSSTE Tlalnepantla	Mtra. Rosario Espinosa Salcido
Vázquez	4	Ansiedad provocada por un sueño que ahora se le presenta.	Baja por inasistencia.	CCH Azcapotzalco	Dra. Juana Bengoa González
Gómez	2	Problemas con el hijo mayor	Baja por inasistencia	CCH Azcapotzalco	Mtra. Laura Edith Pérez Laborde
Rodríguez	6	Un sobrino muy agresivo, desobediente, les falta al respeto a los que lo corrigen y está empezando a tener problemas de conducta en la escuela	Baja por inasistencia	FES Iztacala	Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda
Oropeza	3	Intento de suicidio	Baja por inasistencia	CCH Azcapotzalco	Mtra. Laura Edith Pérez Laborde

Total de casos en que se participó como **equipo terapéutico** durante la práctica de la supervisión:

Cuadro 7. Participaciones en Equipo Terapéutico.

11 familias en la sede de la FES Iztacala, 6 familias en el CCH Azcapotzalco y 5 familias en el ISSSTE Tlalnepantla, colaborando con el equipo de terapeutas de la 6° generación de la Maestría en Terapia Familiar bajo la supervisión de las maestras a cargo de cada sede.

8 familias en la sede de la FES Iztacala, 5 familias en el CCH Azcapotzalco y 4 familias en el ISSSTE Tlalnepantla, colaborando con el equipo de terapeutas de la 7° generación de la Maestría en Terapia Familiar bajo la supervisión de las maestras a cargo de cada sede.

1.2 Tema: Una Ética del Terapeuta

El desarrollo que se presenta a continuación comprende la presentación de dos casos y el análisis y discusión de un tema que se enlaza a ellos. Los casos que se presentarán son casos en donde el abordaje y la técnica empleada tuvieron resultados exitosos, los cambios logrados son evidentes, en el periodo de tiempo que duró el espacio terapéutico se llevaron a cabo modificaciones con las que se cumplieron los objetivos planteados y fue posible por voz de los pacientes confirmar que habían quedado satisfechos de la atención otorgada.

Sin embargo, estos casos fueron elegidos no solo como ejemplo de los éxitos que se pueden tener en terapia, sino también porque particularmente hicieron surgir preguntas acerca de mi labor como terapeuta y cómo esta labor necesariamente exige una postura ética, estos casos facilitan poder hacer un ejercicio en donde el planteamiento que se pretende es crear a partir de eventos relevantes para el terapeuta un cuestionamiento acerca de una postura ética y de las posibilidades que esta nos brinda: ¿hasta dónde se puede llegar y cuáles son los límites de

acción que se nos presentan para intervenir con los pacientes? ¿Hasta dónde nos limita el encuadre institucional y todas las variables que operan para que el terapeuta actúe de cierta manera?

Este ejercicio no pretende servir como crítica o juicio a los procedimientos utilizados, mucho menos a la supervisión o a quien la llevó a cabo, simplemente es un pretexto para desarrollar un trabajo acerca de la ética del terapeuta y de aquellos factores que se toman en cuenta para que esta ética se establezca dentro de los parámetros de la práctica terapéutica.

Constantemente cuestionamos la forma de ejercer nuestra práctica, qué hacer, cómo hacerlo, qué será lo más conveniente para el caso, etc. El entrenamiento como terapeuta dentro de la residencia mantuvo estas interrogantes, por medio de las condiciones que proporcionaban un soporte como el apoyo de las supervisoras y el equipo terapéutico, sin embargo no contamos siempre con ese tipo de apoyo, finalmente nos encontramos ejerciendo por nuestra cuenta tratando de sostener una ética en nuestra práctica que a la vez se conecta con la formación profesional.

¿Cómo desarrolla un terapeuta su ética? ¿La adquiere durante sus estudios como psicólogo? ¿Surge cuando recibe a su primer paciente? ¿Qué influye en la manera de hacer intervenciones en su práctica? ¿Se trata de una moral o un deber ser o se desarrolla por un saber teórico? ¿O podemos tomar en cuenta todos estos factores como aquello que contribuye a conformarla? Los casos presentados me han llevado a estas preguntas, no obstante los resultados positivos reportados por los pacientes, surgieron algunas cuestiones que me hicieron pensar si podía haber actuado como terapeuta de otro manera y preguntarme por aquellas cosas que en el momento no se atienden porque no forman parte del contrato terapéutico, o quedan fuera porque no son el motivo principal de consulta, pero resultaban importantes de acuerdo al punto de vista del terapeuta.

Principalmente el criterio que dirige el curso de la terapia es el del paciente, él determina el orden de importancia, después nos ubica un enfoque epistemológico y un modelo terapéutico, sin embargo la voz del terapeuta surge y se introduce poniendo de relieve su ética si está conformada o su moral, entonces la pregunta es ¿la postura ética del terapeuta es determinante para no imponer una moral sobre el paciente?

En el primero de los casos el motivo de consulta fue la depresión que la madre padecía desde la muerte de su hijo, durante las sesiones relataba la idea que tenía de ser la responsable de este evento, ella se sentía culpable, un médico incluso le dijo que era responsable por no haber vacunado al niño contra la varicela, pero la madre nunca quiso regresar al hospital por los resultados de los estudios realizados al niño que aclararían el diagnóstico, a pesar de que los médicos tardaron en tener el resultado exacto y las causas para llegar a un choque séptico son múltiples, sin embargo tomó la decisión de no hacerlo y vivir con la culpa, simplemente ella había aceptado que esto era verdad y el resto de la familia la secundó.

Durante las sesiones no se cuestionó esta posición de la madre con respecto a la muerte de su hijo, no fue necesario dado el curso que tomó la terapia, nos concentramos en trabajar en su relación como pareja y los efectos que había tenido en esta relación lo muerte del niño. Empero, pienso que tal vez hubiera sido pertinente tratarlo, ya que es un tema que queda no resuelto y quizá les afecte a largo plazo en su relación a nivel emocional.

A partir de haber escuchado esta conclusión a la que llega la familia, me surgieron una serie de incógnitas sobre cómo es que alguien llega a tomar este tipo de decisiones, cómo es que esta mujer decide sentirse culpable de este evento, qué la motiva a actuar así, fueron preguntas que no tuvieron respuesta durante la terapia, pero dieron como resultado una reflexión acerca de la ética que sostiene la labor del terapeuta: ¿Es necesario tocar estos temas aunque no forman parte

de los objetivos acordados durante las sesiones? ¿Cómo hace el terapeuta para incluirlos pese a que la familia no lo haya hecho explícitamente? ¿De acuerdo a un proceder ético cómo debería actuar en este caso el terapeuta?

El segundo caso se desarrolla en un contexto violento grave reportado por la paciente, violencia física, psicológica, emocional y económica, además de estar en proceso de divorcio y en una querrela por la patria potestad de sus hijos. Hay un evento en particular que me resultó significativo, en una ocasión ella narra una pelea que tiene con su esposo, estaba esperando como resultado de esta que él la golpeará, sin embargo no lo hace, entonces ella toma un espejo que colgaba de la pared y se lo estrella encima.

Lo importante es que en este acto ella tiene una participación en la dinámica de la violencia, no es solamente un víctima de ella, también la ejerce incluso sobre ella misma. En el progreso de la terapia no nos detuvimos a averiguar más sobre este evento, no fue menester para los objetivos, sin embargo la inquietud de indagar más al respecto se mantuvo latente, para mí hubiera sido importante hacerle evidente cómo participa en los actos de violencia, que ella forma parte y tiene una responsabilidad y de esta manera evitar que en sus relaciones prevalezca la violencia como una vía de interacción, ayudando así a que ella y sus hijos se mantengan a salvo de un ambiente dañino.

Por otro lado a pesar de describir a su esposo como un hombre violento decide cederle la patria potestad de sus hijos durante el pleito de divorcio, dejándolos a su cuidado en un ambiente de riesgo para ellos. La terapia fue exitosa porque se consiguió que ella estuviera a salvo del contexto violento pero ¿qué sucede con su participación? ¿Es posible llevar a tomar responsabilidad a una víctima de violencia que también es generadora de ella? ¿Cuál es límite que tenemos los terapeutas para intervenir dentro del espacio terapéutico de los pacientes? ¿Se trata solamente de cumplir los objetivos de los pacientes o es ético también que el terapeuta actúe de acuerdo a lo que él va descubriendo? Puedo agregar que es

un tema difícil, cuando son casos que involucran violencia hay que tomar en cuenta el enfoque de género y el sentido común para guiar nuestras acciones.

Estas reflexiones fueron el motivo que me llevó a hacer un planteamiento acerca de la ética del terapeuta, particularmente sobre la conveniencia de hacer intervenciones en aquello que el terapeuta va descubriendo sin que forme parte de los objetivos establecidos para las sesiones. ¿De qué manera el encuadre restringe y limita el actuar del terapeuta? ¿Su saber le da soporte a sus acciones? ¿Cómo influye la supervisión? Y la persona del terapeuta ¿cómo interviene su situación personal en su labor?

La ética del terapeuta es un concepto poco desarrollado dentro de la psicología, existen códigos de comportamiento ético para los psicólogos, pero en su mayoría están compuestos por una serie de reglas que deben seguirse sin incluir aspectos subjetivos que forman parte de la clínica terapéutica. Estos códigos por lo regular están relacionados a instituciones, lo que hace que su redacción esté comprometida con los intereses de estas, entonces se conforman como códigos particulares que convienen a la institución en donde difícilmente veremos reflejada la ética profesional del terapeuta.

En mi aproximación a la ética comencé por algunos desarrollos hechos del lado de la filosofía que nos proponen un fundamento para poder construir el concepto en su aplicación dentro del contexto de la terapia.

Empezando por Ludwig Wittgenstein, este autor arroja luz sobre el asunto de la ética a través de su manifiesta desconfianza respecto del poder fundamental de la razón y la estructura limitante del lenguaje, advierte que el conocimiento humano no puede ser sino limitado y que la razón y el lenguaje, como instrumentos, son insuficientes para dar cuenta objetivamente de la realidad. Concretamente, Wittgenstein, pese a reivindicar la importancia que para la vida del hombre tiene la ética, señala que ella misma es inexpresable y, en esa medida, trascendental.

El trabajo realizado por este autor respecto del lenguaje es un precedente para los modelos terapéuticos posmodernos, ya que deja atrás una visión centrada en la razón y la verdad absoluta, y da al lenguaje un uso más allá del meramente descriptivo.

Se consideran a continuación fragmentos de una conferencia sobre ética dictada por Ludwig Wittgenstein en Cambridge entre septiembre de 1929 y diciembre de 1930.

Al inicio de su conferencia, Wittgenstein toma la explicación que el profesor Moore ha dado del término "ética" en su libro *Principia Ethica*: «*La ética es la investigación general sobre lo bueno*». Y después para ver de una forma más clara lo que considera el objeto de la ética presenta varias expresiones más o menos sinónimas, cada una de las cuales se podría sustituir por la definición anterior. Pretende de esta manera hacernos mirar a través de la gama de sinónimos y ser capaces de ver los rasgos característicos de la ética.

En lugar de decir que la ética es la investigación sobre lo bueno, podría haber dicho que la ética es la investigación sobre lo valioso o lo que realmente importa, o podría haber dicho que la ética es la investigación acerca del significado de la vida, o de aquello que hace que la vida merezca vivirse, o de la manera correcta de vivir. Creo que si tienen en consideración todas estas frases, se harán una idea aproximada de lo que se ocupa la ética (Wittgenstein, 1929).

Wittgenstein explica que estas expresiones pueden utilizarse en dos sentidos distintos, el sentido trivial o relativo, y el sentido ético y absoluto. <<Bueno>> en el sentido trivial solo tiene significado en la medida en que haya un propósito previamente fijado. La palabra <<bueno>> en sentido relativo significa simplemente que satisface un cierto estándar predeterminado.

Pero este no es el uso que hace de ellas la ética, lo bueno y lo malo, aunque no sean cualidades del mundo externo, son atributos de nuestros estados mentales y mientras entendamos un estado mental como un hecho describable, este no es bueno ni malo en sentido ético, así lo explica Wittgenstein...

Me parece evidente que nada de lo que somos capaces de pensar o de decir puede constituir el objeto (la ética). No podemos escribir un libro científico cuya materia alcance a ser intrínsecamente sublime y de nivel superior a las restantes materias. Sólo puedo describir mi sentimiento a este propósito mediante la siguiente metáfora: si un hombre pudiera escribir un libro de ética que realmente fuera un libro de ética, este libro destruiría, como una explosión, todos los demás libros del mundo. Nuestras palabras, usadas tal como lo hacemos en la ciencia, son recipientes capaces solamente de contener y transmitir significado y sentido, significado y sentido naturales. La ética, de ser algo, es sobrenatural y nuestras palabras sólo expresan hechos, del mismo modo que una taza de té sólo podrá contener el volumen de agua propio de una taza de té por más que se vierta un litro en ella. He dicho que, en la medida en que nos refiramos a hechos y proposiciones, sólo hay valor relativo y, por tanto, corrección y bondad relativas (Wittgenstein 1929, pag.5).

El bien absoluto al que se refiere el autor en el sentido de la ética, sería aquel que todo el mundo independientemente de sus gustos e inclinaciones, realizaría necesariamente o se sentiría culpable de no hacerlo, tal estado de cosas no existe, ningún estado de cosas tiene lo que se denomina el poder coactivo de un juez absoluto.

Todavía no damos con el análisis lógico correcto de lo que queremos decir en lo concerniente con nuestras expresiones éticas y religiosas. Se trata de que ninguna descripción sería apta para describir lo que se entiende por valor absoluto, sino rechazar desde el inicio cualquier descripción significativa que alguien pudiera

posiblemente sugerir por razón de su significación. Es decir: estas expresiones carentes de sentido no carecen de sentido por no haber hallado aún las expresiones correctas, sino que su falta de sentido constituye su propia esencia. Lo único que se pretende con ellas es, precisamente, ir más allá del mundo, lo cual es lo mismo que ir más allá del lenguaje significativo.

El único propósito -y creo que el de todos aquellos que han tratado alguna vez de escribir o hablar de ética o religión- es arremeter contra los límites del lenguaje. Este arremeter contra las paredes de nuestra jaula es perfecta y absolutamente desesperanzado. La ética, en la medida en que surge del deseo de decir algo sobre el sentido último de la vida, sobre lo absolutamente bueno, lo absolutamente valioso, no puede ser una ciencia. Lo que dice la ética no añade nada, en ningún sentido, a nuestro conocimiento. Pero es un testimonio de una tendencia del espíritu humano que yo personalmente no puedo sino respetar profundamente y que por nada del mundo ridiculizaría (Wittgenstein 1929, pág. 8).

Lo que Wittgenstein señala en su conferencia es que encontrar el sentido absoluto de la ética es imposible porque estamos limitados por los significados del lenguaje, sin embargo, en el hombre siempre ha existido el deseo de hablar de aquello que es absolutamente bueno y valioso, esto forma parte de su espíritu, es por esto que la ética nos compete y nos involucra en su estudio, la ética del terapeuta estriba en que sea capaz de producir una pasión de la convicción de que su quehacer es el motivo de su vida.

En seguida expongo el trabajo que el filósofo Edgar Morín hace en su libro “El método 6: Ética” al que he decidido incluir porque dentro de su definición de ética contiene distintos elementos a los planteados por Wittgenstein, además que desde el pensamiento complejo trata este concepto por medio de una inclusión del otro y del contexto social.

Al mirar a la ética se percibirá que el acto moral es individual y de religación con el prójimo, con una comunidad, con una sociedad e, incluso, religación con la especie humana. La fuente personal de la ética se localiza en el principio de inclusión, comunidad (nosotros), amistad y amor que induce al altruismo; a la par hay una fuente social que está en las normas que mueve en los individuos un comportamiento solidario. De ahí podría decirse que la moral es “natural” al humano, en tanto corresponde a la naturaleza del individuo y a la de la sociedad. Y son naturales las fuentes éticas en el sentido de que son anteriores a la humanidad; el principio de inclusión está inscrito en la auto-socio-organización biológica del individuo y se transmite vía la memoria genética (Morin, 1983).

Aquí Morín nos dice que el acto ético ciñe al individuo a la sociedad e incluso a la especie humana, la ética obtiene sus fuentes del amor, la amistad y la solidaridad, de acuerdo a su concepto de auto-socio-organización biológica del individuo estas son transmitidas vía la memoria genética y de ahí viene que sean sus fuentes naturales.

La cuestión ética se manifiesta imperativa, como exigencia moral. Dicho imperativo emerge al interior del individuo quien “siente en su ánimo la conminación de un deber”; pero también deriva del exterior: la cultura, creencias y normas de una comunidad. Incluso se puede hablar de una fuente anterior, que surge de la organización viviente, transmitida genéticamente; estas fuentes se correlacionan de manera común; se trata de la trinidad: individuo-sociedad-especie.

En este marco, el hombre es de manera simultánea, cien por ciento biológico y cien por ciento cultural, pues posee todo de su especie y de la sociedad; a la par, resulta ser “irreductiblemente” singular llevando consigo la herencia genética y el imprinting y norma de una cultura. En tanto individuo se autoafirma como sujeto al ubicarse en el centro del mundo con la idea de egocentrismo. Cada individuo-sujeto comprende entonces un doble dispositivo lógico, uno que manda “para sí”

y dos que lleva a un “para nosotros” o “al prójimo”; el primero lleva al egoísmo y el segundo al altruismo.

Entonces cada quien, de manera dialógica, vive para sí y para el otro; esto es, antagónica y complementariamente; de ahí que ser sujeto es conjugar el egoísmo y el altruismo, por lo que cualquier “mirada sobre la ética debe reconocer el carácter vital del egocentrismo así como la potencialidad fundamental del desarrollo al altruismo. Toda mirada sobre la ética debe considerar que su exigencia es vivida subjetivamente” (Morin, 1983).

El autor propone una autoética del individuo como una forma para superar su propia barbarie que se puede traducir en sentimientos egoístas, que lo desequilibran emotivamente y de esta manera llegar a crear una cultura psíquica.

En la autoética que sugiere Morín se pueden distinguir:

3. La ética de sí a sí comporta: autoexamen, autocrítica, honor, tolerancia, práctica de la recursión ética, lucha contra la moralina, resistencia al tali3n y al sacrificio del prójimo, un hacerse cargo responsable.
4. Una ética de la comprensión: con la consciencia de la complejidad y las derivas humanas, con la apertura a la magnanimidad y al perd3n.
5. Una ética de la cordialidad (cortesía y civilidad).
6. Una ética de la amistad: el autoexamen puede traducirse como un pensarse bien, en un contexto donde la civilizaci3n actual da la primacía al exterior sobre el interior, lo que conduce a confiar principalmente en terceros (psiquiatras o psicoanalistas) la exploraci3n de nuestras inquietudes y malestares emotivo- psíquicos.

Morín en su autoética invita a mantenernos en un autoexamen constante, a la autoobservación que nos permite llegar a una nueva consciencia de sí, para reconocer nuestro egocentrismo y las problemáticas que lo acompañan, el mantenernos en un estado de autocrítica es el primer paso para lograr una cultura psíquica.

También toma como concepto de manera importante el de comprensión, que para mí es clave dado que podemos apartar drásticamente a través de él a la moral y sus juicios de la ética:

La comprensión compleja abarca explicación, comprensión objetiva y subjetiva; es multidimensional, no reduce al prójimo a uno sólo de sus rasgos, de sus actos, tiende a aprehender en conjunto las distintas características o aspectos de la persona, insertándolos en un contexto, a percibir sus propiedades singulares y a la vez globales (Morín, 1983).

Morín nos permite pensar entonces que la ética nos lleva a una inclusión del otro, hay que darle un lugar al otro para poder hacernos de una ética, pero no de cualquier manera, sugiere que hay que hacerlo desde una postura altruista y permitiendo que el otro sea otorgándole respeto y comprensión sin imponer nuestra moral. Sugiere también que lleguemos a tener una autoética como individuos derivada de un autoconocimiento.

Tomando en cuenta estos desarrollos desde la filosofía, ahora hago un recorrido por distintos conceptos de ética descritos por terapeutas dentro del enfoque de terapia sistémica:

Para Jay Haley los aspectos éticos de la terapia son los siguientes:

El ***intercambio justo*** es el equilibrio entre lo que recibimos y lo que damos. En terapia, el conflicto ético se presenta porque el terapeuta o experto es un individuo

humanitario que ayuda a quienes necesitan de él, pero al mismo tiempo gana dinero con esa ayuda; la persona que sufre, o alguien que intercede por ella, le paga para que la ayude.

Es inevitable que surja esta cuestión, pues no es ético aceptar dinero sin brindar a cambio un servicio apropiado, como tampoco lo es obtener algún provecho personal sin retribuir al terapeuta con una remuneración suficiente.

Al admitir que un terapeuta puede ganar más o menos dinero para sí o para la institución en la que trabaja según el modo en que practique la terapia. Puede decirse que en materia de relaciones humanas lo bueno es la equidad en las recompensas y lo malo el intercambio injusto. Si al cabo de la terapia el cliente o el terapeuta ha dado más de lo que ha recibido, este desequilibrio revela un problema ético. En el caso de muchos terapeutas, la oscura definición del objetivo de la terapia y la consiguiente incertidumbre sobre si ha habido o no un intercambio justo complican las cosas. Si el objetivo de un terapeuta es resolver problemas o hacer desaparecer síntomas, y lo logra, ha cumplido su misión y ganado su paga. En cambio, aquellos cuyo objetivo es ayudar a la gente a desarrollarse, suministrar una experiencia humana o hacer que el cliente se comprenda a si mismo enfrentan un dilema ético más difícil, porque no están seguros de si han tenido éxito o no, incluso pueden creer que ha habido un intercambio justo y que están bien pagados aunque al termino del tratamiento el cliente todavía padezca los problemas de los que quiso curarse. Tanto la técnica como la ideología clínica están ligadas a la cuestión ética. (Haley, 2005).

Este aspecto surge desde un punto de vista moral, ya que el autor da su parámetro de qué es bueno y malo dentro del contexto terapéutico y podría tomarse entonces como si se tratara propiamente de un comercio entre terapeuta y cliente.

El **control de la información**. El terapeuta actúa en la zona limítrofe entre grupos antagónicos, esto permite definir la cuestión ética en función de la manera en que

se controla el flujo de información entre dichos grupos, al mantener algo en secreto se está controlando la información (Haley, 2005).

Haley cuestiona el dilema ético que consiste en hacer o no al paciente consciente de ciertas cosas, si es necesario que sea consciente de todo o si es conveniente que se mantengan ciertas cosas sin decir.

Respetar el límite interno de los individuos puede considerarse tan importante como respetar los límites entre las personas; visto desde este ángulo, el control hábil y experto de la amnesia se transforma en parte esencial de la terapia (Haley, 1973).

El terapeuta y la manipulación. La cuestión de si un terapeuta es <<honesto>> con su cliente o <<lo manipula>> ha sido fuente de controversias. Actualmente se admite la imposibilidad de practicar terapia sin manipular a la gente en el sentido de influenciarla para que cambie, puesto que el objeto de la terapia es justamente el cambio.

Queda en pie la cuestión de saber hasta qué punto el terapeuta debe mantener sus maniobras fuera de la consciencia del paciente, ya sea ocultándole información sobre su estrategia o empleando técnicas de distracción (Haley, 2005).

Aquí Haley nos lleva a reflexionar sobre el hecho de si es posible tener el control completo de la información, hay cosas que incluso es posible que se le salgan de las manos al terapeuta, el arte está en cómo incluso este tipo de sucesos se puedan usar a su favor.

La ***manipulación consciente:*** en este apartado se toma a consideración si es ético manipular al paciente fuera de su consciencia, interrogante que implica la revelación y ocultamiento de información, a través del límite entre terapeuta y

cliente. Cuando el primero programa una estrategia o un conjunto de tácticas, ¿es ético que engañe al paciente dándole una información falsa? ¿Y qué decir del que lo engaña ocultándole información?

Haley señala los siguientes puntos con respecto a mentir:

- Se dice que en terapia no debe mentirse porque con ello se le enseña al paciente que el terapeuta no es digno de confianza.
- Mentir no es necesariamente una falta de ética cuando la falsedad de lo dicho es obvia para ambos interlocutores.
- La mentira dicha en broma pierde mucho de su carácter.
- Cuando se discute una situación compleja y el terapeuta subraya o aún exagera un aspecto de la misma, no está mintiendo (Haley, 2005).

Más que el interrogante de si el terapeuta miente o no, lo que importa aquí es si su conducta es o no ética. ¿Es ético engañar al paciente, aunque sea para su bien? El engaño se justificaría si fuera esencial para la curación, pero también hay que pensar en el efecto que puede causar a la larga el comprobar que el terapeuta es una persona indigna de confianza, hecho que puede ser más nocivo que la continuidad del síntoma (Haley, 2005).

El ***ocultamiento de la información***. Se puede engañar falseando la información y también ocultándola.

El dilema de si el terapeuta debe o no revelarle sus observaciones al paciente constituye una de las controversias más importantes en el campo de la terapia, centro de una concepción del ser humano como animal racional y ético (Haley, 2005).

Toma de consciencia y ética. Haley hace un análisis tomando como referencia distintos tipos de terapia y las formas que toman cuando se trata de hacer consciente a los pacientes y propone que hay que tomar en cuenta lo siguiente:

- Primero: debemos aceptar que la situación terapéutica no es una experiencia sincera y humana, sino una relación *pagada*: el terapeuta recibe dinero por ser humano con el paciente (lo cual es bastante inhumano).
- Segundo: cabe argüir que ningún terapeuta, de ninguna escuela, puede compartir con un paciente todas sus observaciones y comprensión.
- Tercero: es dudoso que un paciente alcance realmente la autonomía si se lo expone al enfoque terapéutico <<comprensivo>>.
- Por último, y esto es lo más importante, es improbable que compartiendo honestamente la comprensión dentro de una relación pagada se resuelvan los problemas por cuya solución está pagando el paciente (Haley, 2005).

Finalmente Haley analiza el aspecto de la teoría de la información y la teoría de la comunicación, de donde se desprenden ciertas proposiciones:

1. Información y coalición son sinónimos. El acto de dar y retener información a través de un límite es un acto en el que se crean y destruyen coaliciones. Ocultar a los progenitores lo que ha dicho su hijo es coligarse con el niño en ese aspecto.
2. Información y poder son sinónimos. Estar en condiciones de revelar u ocultar información entre grupos es ocupar una *metaposición*, o posición de poder, en relación con dichos grupos.
3. La posición jerárquica de un terapeuta está determinada en buena medida por su control de la información, o sea, por su capacidad de revelar o retener información.

Hay una paradoja evidente: para ganar poder e influencia en los sistemas sociales es preciso que el terapeuta oculte información entre grupos, pero el acto de ocultar información recibida de alguien jerárquicamente inferior puede impulsar al experto a establecer una coalición por sobre los límites generacionales, trastornando el sistema.

Para resolver estas paradojas aparentes el terapeuta debe seguir la regla fundamental de no coligarse firmemente con un cónyuge contra otro. Brindará un intercambio justo no solo entre él y su clientela sino también entre los subsistemas de esta. En este sentido, el terapeuta debe ocupar una *metaposición* respecto de todos los grupos con que trabaja (Haley, 2005).

Haley concluye que con la experiencia, el terapeuta desarrolla una postura ética y aprende a juzgar cada situación según sus méritos. Los profesionales que han practicado terapia durante largos años saben discernir entre conducta ética y no ética; tal vez racionalicen e intenten engañarse a sí mismos y a los demás acerca de su propio comportamiento, pero saben que están haciendo (Haley, 2005).

A continuación desde un modelo distinto Luigi Boscolo y Paolo Bertrando en su libro "Terapia sistémica individual" tratan las cuestiones éticas de la siguiente manera:

Entre las muchas cuestiones éticas en discusión, una de las más importantes para la terapia es la que se refiere a la *apertura* y el *cierre*, la claridad o la reticencia del terapeuta respecto del cliente; otra es la que se refiere a la posible manipulación de este último por parte del terapeuta. A estas cuestiones los terapeutas que adhieren a la perspectiva conversacional han respondido invocando una apertura casi total, que recuerda la de los terapeutas que se inspiran en una visión humanística, pero también un respeto genuino por el cliente, que torna impracticable cualquier manipulación.

En este modelo, la cuestión de la apertura se plantea de otro modo: por muchas razones es preferible ser parcialmente “cerrados” más bien que abiertos y públicos. También debe señalarse que a veces, cuando un cliente vacila en sincerarse y revelar ciertos acontecimientos o pensamientos, el terapeuta puede invitarlo a reflexionar y decidir en otro momento la línea a seguir. De este modo, respeta la privacidad del cliente y sus decisiones, y admite la posibilidad de que existan áreas no compartidas entre terapeuta y cliente (como efectivamente sucede en gran parte de las transacciones humanas).

Nuestra manera de ser fieles a estos principios éticos consiste en crear un contexto terapéutico en el cual se fomente la atención, la empatía y el respeto del terapeuta por el cliente, junto con un diálogo centrado más en las preguntas que en las respuestas, a las cuales el cliente podrá dar sus significados.

Además, en concordancia con el pensamiento de Von Foerster sobre la ética, en la terapia tratamos de “actuar de un modo que aumente las opciones posibles” y, coherentemente con este principio, procuramos mantener la debida distancia respecto de nuestras teorías de referencia y de cualquier otra idea que pueda condicionar nuestra libertad y creatividad y, en consecuencia, las del cliente (Boscolo y Bertrando, 2000).

Un problema ético muy debatido concierne a la manipulación deliberada del cliente por parte del terapeuta. Es ético evitar manipular a las personas hacia un resultado determinado, o sea, condicionar conscientemente el resultado de la terapia en términos de cómo las personas deberían vivir su propia vida. Esta posición es similar a la de muchos otros colegas que se inspiran en el modelo constructivista, en el construccionismo y en la narrativa (Boscolo y Bertrando, 2000).

Por otro lado, el terapeuta está sólo parcialmente consciente de los orígenes y objetivo de cada uno de sus actos (como ya hemos indicado al hablar de lo “no

dicho”), una total autorrevelación es naturalmente imposible. En consecuencia, es inevitable cierto grado de manipulación no consciente, además naturalmente de cierto grado de solidaridad, seducción, control, etcétera.

Para concluir, a propósito de la apertura y la reticencia del terapeuta, según la teoría conversacional, de la terapia sistémica del grupo de Milán, acepta entre las características principales de la entrevista circular dos principios seguidos por el terapeuta: el de normalidad y el de reticencia. Según el principio de normalidad, todo lo que se dice en la sesión es dicho por personas dotadas de una capacidad normal para expresarse, para comprender lo que dicen los demás, para hacer libres elecciones, y así sucesivamente. En el curso de la plática no se abandona este supuesto, ni siquiera cuando una persona habla de un modo incomprensible: el terapeuta establece que habla de esa manera para comunicar algo. No utiliza la enfermedad como principio explicativo. En cambio, el principio de reticencia admite que los interlocutores, clientes y terapeuta, no revelen todo lo que piensan. No se da por descontada ni se pide una apertura recíproca total. También el terapeuta mantiene una reticencia respecto de sus hipótesis y, más aún, continúa haciéndole al cliente preguntas que sólo se relacionan de modo indirecto con esas hipótesis (Viaro y Leonardi, citado por Boscolo y Bertrando 2000, pág.115).

Con el trabajo de estos autores nos vamos alejando más de juicios morales y se empiezan a tomar en cuenta otros factores en la construcción de la ética del terapeuta. Considero que va apareciendo el papel que toma la subjetividad en las decisiones de los terapeutas, las intervenciones que decide hacer así como su actuar, son antecedidos por su vida, su saber, su formación y las experiencias que respaldan su historia.

Dentro del libro: “terapia breve: filosofía y arte” de Giorgio Nardone y Paul Watzlawick, en un apartado que se llama “Ética y cibernética de segundo orden Heinz Von Foerster nos dice lo siguiente:

*Cuando hablamos de cibernética esencialmente nos referimos al principio de **circularidad**. Cuando los cibernéticos pensaban en la asociación circular entre observación y comunicación, estaban entrando en un terreno prohibido. En el caso general del cierre circular, A implica B; B implica C; y ¡C implica A! O en el caso reflexivo, A implica B; ¡B implica A! Y ahora la forma de la autorreferencia: A implica A (¡escándalo!) (Von Foerster, p.37 1990 citado por Nardone y Watzlawick, 2003).*

Este tránsito del hecho de mirar hacia las cosas <<de ahí afuera>> al de mirar <<hacia uno mismo>> surgió de importantes avances en neurofisiología y neuropsiquiatría.

¿Qué hay de nuevo entonces con los cibernéticos de hoy día? Lo nuevo es la profunda intuición de que requiere un cerebro para escribir sobre el cerebro. De ahí se sigue que una teoría del cerebro que aspire a ser completa debe poder explicar la redacción de esta misma teoría. Y, más fascinante aún, el escritor de esta teoría debe dar cuenta de su teoría y de sí mismo. Trasladando todo esto al terreno de la cibernética: el cibernético, al entrar en su propio dominio, debe dar cuenta de su propia actividad. La cibernética se convierte entonces en cibernética de la cibernética, o *cibernética de segundo orden*.

Esta percepción representa un cambio fundamental, no solo en la forma de realizar la ciencia, sino también en la manera como percibimos la enseñanza, el aprendizaje de los procesos terapéuticos, la dirección de empresas, y otras cosas por el estilo, en la manera como percibimos las relaciones en nuestra vida diaria. Podemos ver este cambio epistemológico fundamental si nos consideramos observadores independientes que miran cómo pasa el mundo; lo contrario precisamente a las personas que se consideran a sí mismas actores principales en el drama de la interacción mutua del toma y daca de la circularidad de las relaciones humanas (Von Foerster, p.38 1990 citado por Nardone y Watzlawick, 2003).

En el primer caso, como resultado de nuestra independencia, podemos ver cómo piensan y cómo actúan los demás: <<has de...>>, <<no has de...>>. Éste es el origen de los códigos morales. En el segundo caso, por causa de nuestra interdependencia, sólo podemos decirnos a nosotros mismos cómo debemos pensar y actuar: <<debo...>>, <<no debo...>>. Éste es el origen de la ética.

Para empezar a hablar de ética von Foerster toma como referencia las reflexiones de Ludwig Wittgenstein sobre ética en su *Tractatus Logico-Philosophicus* en el párrafo 6 donde dice: <<Está claro que de la ética no se puede expresar>>. <<Pero es claro que la ética no se refiere al castigo o al premio en el sentido habitual de estos términos. Sin embargo, sí que debe haber una especie de premio y de castigo ético, pero deben encontrarse en la acción misma>> en el decir de Wittgenstein encontramos nociones autorreferenciales.

Podemos entonces atenernos a la siguiente regla: dominar el uso de mi lenguaje de modo que la ética esté implícita en cualquier discurso que pueda hacer (por ejemplo, en ciencia, filosofía, epistemología, terapia).

Con esto quiero decir que hay que dejar que el lenguaje y la acción cabalguen sobre una corriente subterránea de ética y asegurarse de que no nos hemos librado de ella. Esto garantiza que la ética no se haga explícita y que el lenguaje no se degene en moralismo. Para lograrlo la ética se vale de dos hermanas que le permiten quedarse oculta una es la metafísica y la otra es la dialógica (Von Foerster, 1990).

Nos convertimos en metafísicos cada vez que decidimos acerca de problemas en principio indecibles. Por ejemplo, la cuestión sobre el origen del universo es una de las cuestiones en principio indecibles. Nadie estuvo allí para verlo.

Entonces tenemos un <<postulado metafísico>>: solo podemos decidir aquellas cuestiones que son en principio indecibles.

¿Por qué? Simplemente, porque las cuestiones decidibles se deciden ya con la elección del marco en que se plantean, y con la elección de las reglas que se usan para conectar lo que denominamos <<la cuestión>> con lo que consideramos una <<respuesta>>. En unos casos se va rápido, en otros puede requerirse bastante más tiempo. Pero en última instancia llegamos, tras una larga secuencia de pasos que se nos imponen por lógica, a una respuesta irrefutable; a un <<sí>> claro, o a un <<no>> claro.

En cambio cuando decidimos acerca de cuestiones en principio indecidibles. No hay necesidad externa alguna que nos fuerce a responder de una manera u otra a estas cuestiones. ¡Somos libres! *Podemos elegir quiénes deseamos ser cuando hemos decidido acerca de una cuestión en principio indecidible.*

Con esta libertad de elección, ahora somos responsables de la decisión que tomamos.

Se trata de verse uno mismo como ciudadano en un universo independiente, cuyas reglas, normas y costumbres es posible en definitiva descubrir, o de verse uno mismo como partícipe de una conspiración, cuyas costumbres, normas y reglas estamos ahora inventando.

Von Foerster llega a la conclusión de que el problema está en tomar decisiones en cuestiones en principio indecidibles.

En este momento hizo acto de presencia la metafísica y preguntó a su hermana más joven, la ética: ¿Qué me recomendarías que les dijera a mis protegidos, los metafísicos, tanto si se creen que lo son como si no se lo creen? La ética respondió: <<Diles que actúen siempre de manera que aumenten el número de decisiones. Sí, ¡que aumenten el número de decisiones!>>

Ahora nos referiremos a la dialógica, el medio que emplea para conseguir que la ética pueda manifestarse sin hacerse explícita es el lenguaje. Haciendo referencia al lenguaje entendido como una <<danza>>, <<se necesitan dos para que haya lenguaje>>.

En su función, el lenguaje es constructivo porque nadie conoce el origen de la historia que contamos. Nadie sabe ni va a saber nunca cómo fue, porque << tal y como fue>> se ha ido ya para siempre.

En su apariencia, el lenguaje que yo hablo es *mi* lenguaje. Me hace consciente de mí mismo. Ésta es la raíz de la *consciencia*. Y ahí es donde la ética invisible se manifiesta a través del diálogo. Finalmente Von Foerster usa unas líneas del libro *¿Qué es el hombre?*, de Martín Buber para ejemplificar lo que ha dicho:

Si consideramos al hombre con el hombre, veremos siempre la dualidad dinámica que lo constituye. Aquí está el dar y el recibir, aquí está la fuerza agresiva y la defensiva, aquí la cualidad de búsqueda y respuesta, siempre dos en uno, completándose mutuamente en acción alternativa, mostrando juntos todo lo que es humano. Ahora podemos girarnos hacia el individuo y reconocerlo como humano por su capacidad de relación. Podemos aproximarnos a la respuesta a la pregunta << ¿Qué es el hombre?>>, si acertamos a comprenderlo como un ser en cuya dialógica, en cuyo estar <<dos en recíproca presencia>>, se realiza y reconoce siempre el encuentro del <<uno>> con el <<otro>> (Von Foerster, 1990).

Por su parte Kenney (1991) menciona:

Es evidente que tenemos que ir más allá de la Gestalt de la objetividad y la subjetividad. La cibernética de la cibernética propone que la alternativa es la ética. Desde una perspectiva ética no nos preguntamos si somos “objetivos” o “subjetivos”; en lugar de ello, admitimos el nexos necesario entre el

observador y lo observado, y ello, nos conduce a examinar cómo participa el observador en lo observado (P. 97).

Entre los conceptos más importantes que aporta la Cibernética de segundo orden a la terapia sistémica destacan los de autorreferencia y autonomía. A partir de estos conceptos, se pudieron estudiar fenómenos y entidades de mayor complejidad, como es el caso no sólo de la familia, sino de la terapia familiar, del sistema conformado por terapeuta y familia, y el de la familia + el terapeuta + los observadores.

De este modo, la Cibernética de segundo orden es la que incluye los diferentes lados de cualquier distinción realizada por un observador. “Una manera de reconocer los dos lados de estas distinciones es considerarlas parte de una “complementariedad cibernética” (Keeney, 1991, p. 109).

Llevado al campo de la terapia, esto implica que en vez de considerar al terapeuta y al cliente como entidades separadas, debemos considerarlos como los componentes de una estructura de retroalimentación que es la terapia. Dicho de otro modo, la Cibernética nos exige ver el mundo de otra manera y conocerlo al discernir las pautas que conectan recurrentemente al terapeuta y el cliente, al síntoma y la cura, el diagnóstico y la intervención (Keeney, 1991).

Al analizar la epistemología de la terapia, Keeney (1991) propone como alternativa frente a la metáfora del poder, la metáfora ecológica de “formar parte de un ecosistema”. En esta metáfora, el terapeuta “forma parte” o “es una parte” del ecosistema tratado por él, en lugar de ser un espectador, manipulador o comisionista de poder exterior al sistema. Desde esta perspectiva, lo único que puede hacer un terapeuta es modificar su conducta, luego reconocer la conducta subsiguiente de quienes participan, y a partir de ello modificar sus propias reacciones. De esta manera, al utilizar los efectos de su propia conducta para modificar la de aquéllos, queda establecida la retroalimentación. En ese caso el

terapeuta no está “controlando” la conducta de los demás, sino reconociendo de qué manera responde a la suya y de qué manera la suya responde a la de ellos (Keeney, 1991).

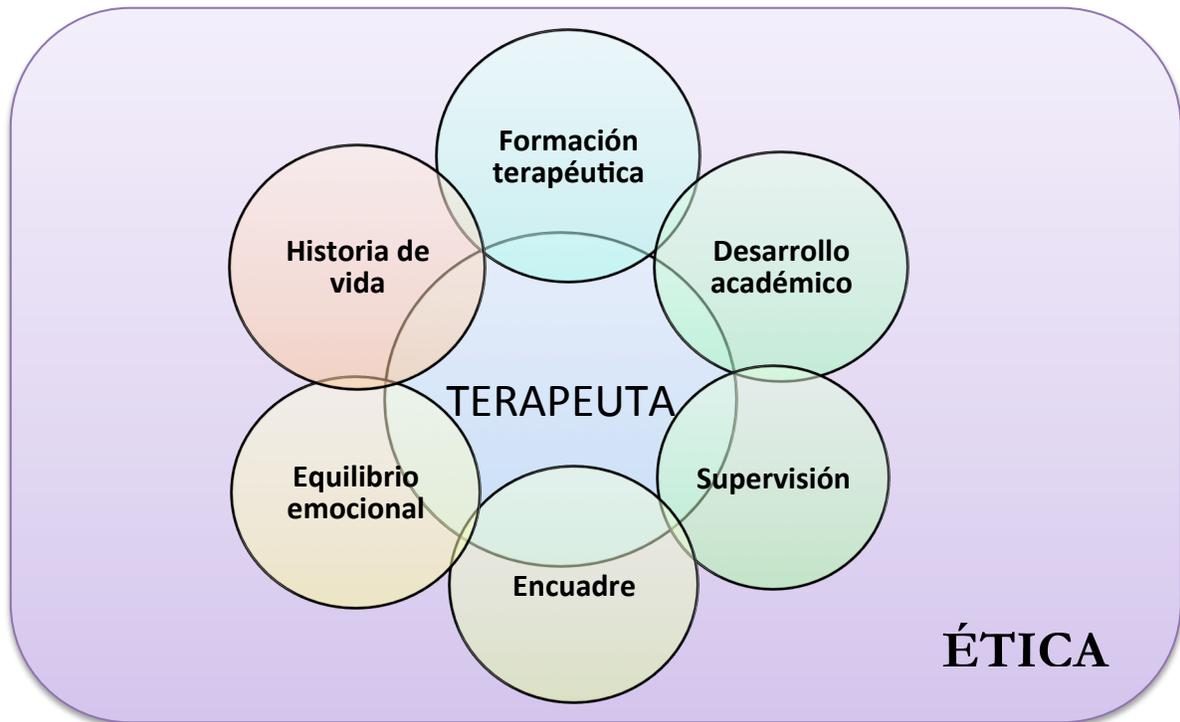
Se puede decir que el principio fundamental de la Cibernética de segundo orden que se retoma en la terapia es que los terapeutas afectan siempre a los sistemas que tratan, y por su parte, también los sistemas tratados afectan siempre al terapeuta. “Lo importante es advertir que la epistemología del terapeuta contribuye a determinar la relación que mantiene con el sistema tratado por él” (Keeney, 1991, p. 148).

Una vez hecho este recorrido nos queda más claro el concepto de ética, podemos decir que no es posible creer que haya un concepto de ética absoluto, ya que cuando los individuos hablamos de ética hacemos descripciones a través de estados mentales, lo que conduce a que solo sea posible establecerlos con cierta relatividad pero siempre apuntando hacia el absoluto que proyecta la ética.

Sabemos que la ética se pone en juego a partir de que entramos en relación con el otro y podemos llegar a hacer una comprensión de él sin emitir juicios morales, dentro del campo de la terapia esto es uno de los principios que rigen a los profesionales que nos dedicamos a esta práctica.

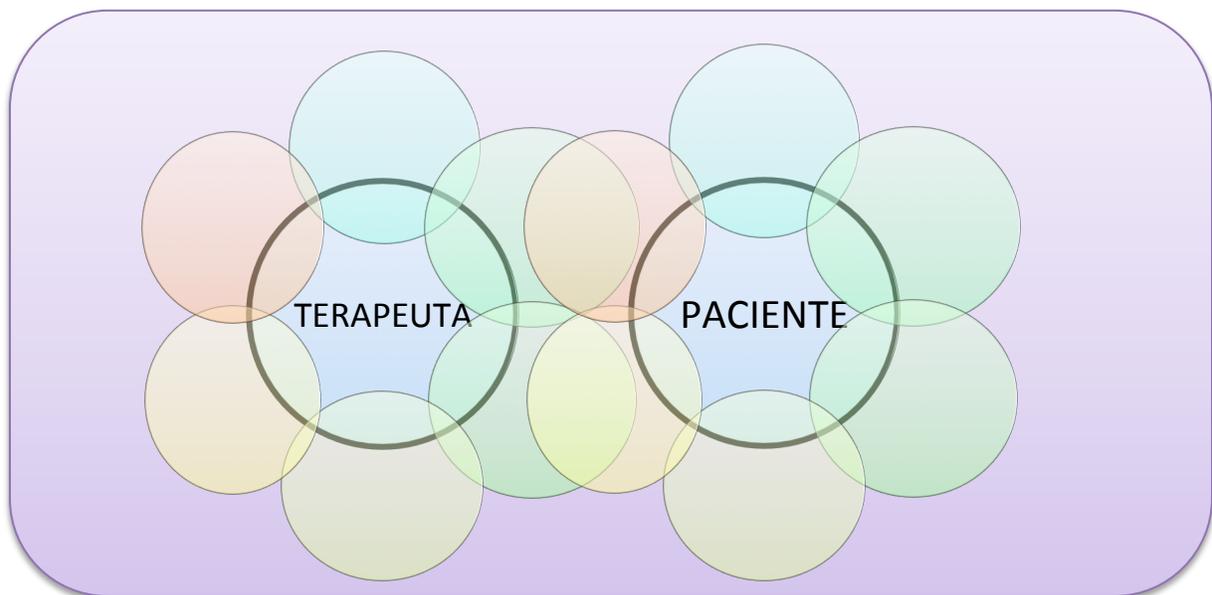
Principalmente para cumplir con este principio hay que tomar en cuenta distintos factores, entra en juego la formación del terapeuta enfocada a una teoría en particular, cómo y en dónde lleva a cabo su práctica (encuadre), su desarrollo académico, la supervisión, su equilibrio emocional y toda su historia de vida:

Figura 1. Factores que entran en juego para constituir la ética del terapeuta.



Una vez que nos hemos ubicado en el espacio terapéutico podemos pensar que lo que ocurre es lo siguiente:

Figura 2. Interacción Terapeuta – Paciente.



Citando a Von Foerster, cuando el terapeuta entra en interacción con el paciente es cuando sucede la “magia de la terapia”, donde la ética entra en juego, cuando el terapeuta tiene que saber qué hacer con lo que el paciente le presenta, llegar a una comprensión de este, no permitir que su moral se inmiscuya, tener respeto por la palabra del otro, situarse en una posición horizontal con respecto a este, además de combinar todo esto con lo que a él le acontezca en su vida personal y no permitir que esto interfiera, a mi parecer este cúmulo de cosas es lo que hace de la terapia una práctica apasionante.

La ética se construye principalmente al hablar de ella, el lenguaje es lo que nos permite poder abordar los aspectos éticos, de acuerdo al principio de autorreferencia de la cibernética de segundo orden, el terapeuta debe dar cuenta de su propia actividad, un medio que lo permite es la supervisión que en todo caso a mi parecer podría ser una práctica permanente, al mismo tiempo dentro de la formación del terapeuta la ética podría constituirse como una materia de la cual hablar constantemente. De la misma forma y en mi experiencia, pienso que la atención emocional del terapeuta tendría que ser algo si no permanente, sí que recurra a ella con regularidad o en los momentos que se encuentre afectado por su práctica.

Finalmente considero que la ética permite que se haga a un lado la objetividad científica que tanto ha perturbado a los psicólogos tratando de darle un estatuto de ciencia dura a la psicología, en mi opinión, por el contrario la psicología es la única disciplina científica que puede incluir a la subjetividad, ya que definitivamente el observador se involucra con su objeto de estudio y con mayor complejidad el observador y el objeto de estudio son él mismo, esto resulta ser una ventaja para el quehacer terapéutico.

Por otro lado, he podido concluir que las decisiones que toma el terapeuta en su quehacer con sus pacientes, dependen de muchas cosas, puede estar limitado por el encuadre, por su formación, por su saber, por su experiencia, por su historia de

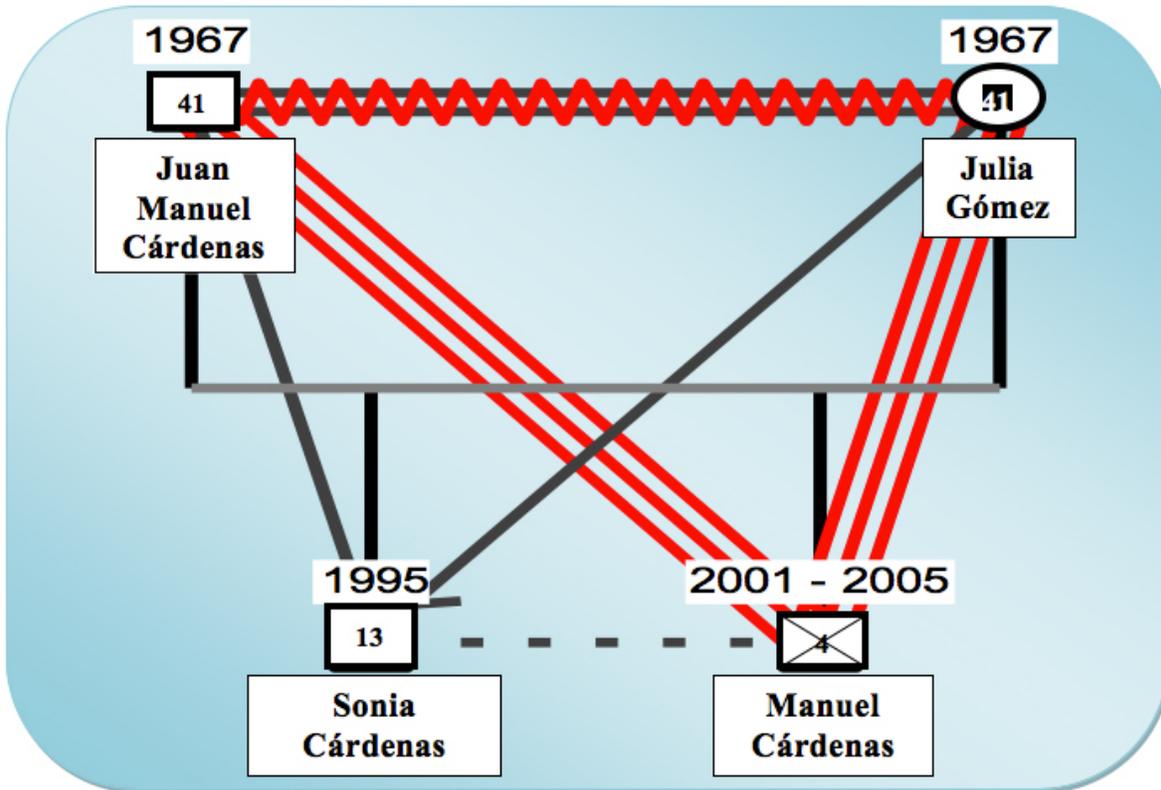
vida, pero siempre tendrá de su lado su creatividad, su imaginación y su capacidad de decisión para crear no obstante de sus limitaciones, las condiciones idóneas para poder atender aquello que le demandan sus pacientes.

Se han hecho grandes desarrollos acerca de la ética, distintas disciplinas la plantean desde sus fundamentos, podemos encontrar grandes explicaciones teóricas al respecto, las podemos tomar como referencia pero la ética dentro de la psicología y la práctica terapéutica se estructuran de otra manera, entonces es una ética diferente, es una ética que incluye la subjetividad de aquel que la práctica. Podemos asegurarnos que un terapeuta tenga una formación adecuada, cuente con el saber necesario, pase por una experiencia de supervisión, incluso por un proceso terapéutico personal, esto nos acerca a pensar que tal sujeto sería ético sin embargo no podemos garantizar que esto sea así, tomar en cuenta la subjetividad de las personas nos aleja de las garantías.

Los casos que he elegido han sido principalmente en los que para mí la ética fue un cuestionamiento constante, tanto en mi labor como terapeuta, como en la forma de intervenir, el respeto a la familia, su estructura y los motivos que los llevaron a demandar el espacio terapéutico. Estos casos son el ejemplo de cómo el sistema familiar lleva al terapeuta a evaluar su posición dentro del sistema de terapia y cómo esta interacción lo obliga a crearse una ética con respecto a su práctica:

1.3 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con dos familias elegidas.

Caso 1: Familia Cárdenas



La familia Cárdenas fue atendida en la Sede del ISSSTE Tlalnepantla en un periodo que comprende del 23 de febrero del 2008 al 11 de julio del 2008 con un total de nueve sesiones supervisadas por la Mtra. Carmen Susana González Montoya. El modelo establecido para este proceso terapéutico fue el estratégico. El motivo de consulta inicial fue depresión provocada por el duelo resultado de la muerte de su hijo pequeño.

ANTECEDENTES:

El acontecimiento central que dirige el proceso terapéutico es la muerte de Manuel Cárdenas (4 años) hijo menor de Juan Manuel (41 años) y Julia (41 años), la familia está constituida por ellos tres y Sonia su hija mayor (13 años). La muerte de Manuel ocurrió hace tres años, el niño enfermó, durante un periodo de tiempo los médicos no podían decir qué le ocurrió hasta que fue empeorando y llegó a desarrollar una septicemia.

El diagnóstico médico fue que esto sucedió porque el niño no fue vacunado contra la varicela, este diagnóstico fue un evento muy fuerte para Julia ya que el médico directamente la culpa diciéndole que eso no hubiera ocurrido de haber vacunado a su hijo, esto provoca en ella el sentimiento de ser la culpable de la muerte de su hijo, nunca regresa al hospital ni vuelve a hablar con él médico para cerciorarse de que este diagnóstico fuera certero debido al miedo de saber que realmente eso le ocurrió por no haberlo vacunado. Julia comenta también que ha transcurrido mucho tiempo desde la última vez que fue a visitar la tumba de su hijo al cementerio, dejó de hacerlo porque siempre regresaba en muy mal estado de la visita porque sabía que ahí estaba el cuerpo de su hijo al que ella abrazaba, junto con todo lo que había amado de él.

Para Juan Manuel a diferencia de su esposa este evento no generó ninguna culpa, sino lo que lo invade es un sentimiento de impotencia por no haberlo cuidado y no haber hecho más cosas para salvarlo. A partir de este acontecimiento ellos comienzan a buscar ayuda y asisten a un grupo para padres “despojados” donde se reúnen con otros padres que han sufrido la pérdida de sus hijos, para Julia el grupo es de mucha ayuda pero Juan Manuel deja de asistir debido a que no le gustan las cuestiones religiosas que acompañan el apoyo del grupo, él comenta que a partir de la muerte de su hijo dejó de creer en dios debido a que no le dio su ayuda cuando él se la pidió y se dio cuenta que dios no era como a él se lo habían presentado ya que de ser así su hijo no habría muerto.

Julia sigue asistiendo al grupo porque dice que se siente acompañada con estas personas que han pasado por lo mismo que ella e incluso cuestiones más difíciles, pero se da cuenta que tiene que buscar el espacio terapéutico ya que tiene necesidad de resolver cosas junto con su marido y su hija, hace su demanda de terapia por una recomendación de una conocida que había asistido a la sede.

La muerte de su hijo los acerca a la familia extensa que los consuela y respalda, pero comentan que comienzan a tratar de no hacer demostraciones de sus sentimientos debido a que no quieren que la familia se preocupe por ellos.

A Julia la invaden en momentos inesperados ideas obsesivas con respecto a la muerte, comenta que hay instantes en los que se imagina que va a llegar a su casa y va a encontrar a su hija Sonia muerta, o en ocasiones cuando alguien de su familia tiene un problema o se encuentra enfermo ella piensa que seguramente morirá.

Juan Manuel comenta que algún tiempo se refugió en tomar alcohol que es algo que él disfruta para consolarse por la muerte de su hijo, pero decidió dejarlo cuando su hija empezó a notar que llegaba en ese estado y su esposa estaba en desacuerdo.

La familia se unió más a partir de la muerte de Manuel, comentan que ellos ya no hacen planes a futuro que tomaron la decisión de vivir en el aquí y ahora porque no saben qué les pueda pasar después. Sonia resintió la muerte de su hermano pero ha podido pasar el proceso de duelo debido al apoyo y a la educación que le han dado sus padres.

Julia y Juan Manuel dicen que no saben si en algún momento deje de dolerles la muerte de su hijo, comentan que viven con una herida abierta que no deja de causarles sufrimiento, Julia explica que incluso en los momentos en los que puede sentir un poco de alegría la rechaza porque se siente desleal a su hijo. Su relación de pareja se encuentra en un punto difícil ya que ella se siente desatendida por su marido y tienen algunos problemas en su relación conyugal, para ella es la falta de

respeto por parte de su marido lo que la hace sentir no comprendida por él. Juan Manuel se da cuenta que estos asuntos la molestan pero refiere que para él no son importantes y que está dispuesto a cambiar para que su esposa se sienta mejor.

Julia se dedica a dar clases en un jardín de niños y Juan Manuel trabaja en una empresa de seguridad, por motivos de trabajo a él le han ofrecido mudarse a vivir a Cuernavaca, están tratando de saber si esta decisión es la correcta.

ESTRUCTURA FAMILIAR:

Es una familia nuclear, en la etapa con hijos en edad adolescente pasando por un proceso de duelo, sus límites entre subsistemas son claros, la jerarquía de la familia es llevada por el padre acompañado por la madre en la toma de decisiones y también la hija es tomada en cuenta en ellas. La geografía que ha tomado la familia coloca a la hija en medio de los padres debido a que su principal preocupación es la protección y el cuidado de ella; la centralidad es ocupada por el hijo fallecido ya que las interacciones de la familia se han modificado a partir de su muerte y giran en torno a este acontecimiento.

Es una familia con un nivel socioeconómico medio-alto, los dos padres son profesionistas y trabajan, la hija asiste a una escuela particular. Es una familia con un contexto cultural amplio, se han abierto a diferentes posibilidades de ayuda incluida la terapia y grupos de autoayuda, las interacciones de la familia de origen están dirigidas a apoyarse y protegerse mutuamente y a asegurar el bienestar de cada uno de los integrantes.

La realidad de la familia en este punto ha sido reconstruida a partir de la muerte de su hijo, la culpa es el elemento principal llevándolos a cuestionarse si tienen derecho a permitir de nuevo la alegría en su hogar, cuánto tiempo es necesario seguir en el proceso de duelo, si será posible que en algún momento el dolor y el sufrimiento disminuyan y permanece la duda si el reestructurar la familia para seguir adelante no los convertirá en desleales para con su hijo.

Las interacciones dentro de la familia son regularmente conciliatorias y buscan poder apoyarse uno al otro y conseguir la buena convivencia entre ellos. Sin embargo existen discusiones dentro del subsistema de la pareja debido a las formas diferentes en las que han afrontado la muerte de su hijo. Julia no entiende la manera en que su esposo pasa por su duelo a ella le gustaría verlo gritar y llorar de la misma forma en que ella lo hace, esto ha provocado discusiones entre ellos y es uno de los motivos que los ha llevado a la terapia.

OBJETIVO TERAPÉUTICO:

Se estableció como objetivo aprender a no sentirse “tan mal” por la muerte de su hijo, trabajar las culpas que este acontecimiento les produjo y los miedos con respecto a la muerte de sus seres queridos que les acompaña cotidianamente.

PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS COMO GUÍA AL PROCEDER DEL TERAPEUTA:

- La forma en que la familia ha interiorizado la muerte de Manuel no les ha permitido concluir su duelo, el sistema familiar ha generado una homeostasis producto de la idea de mantenerse en dolor y sufrimiento permanente por la muerte de su hijo, a través del dolor el hijo permanece presente y surge la idea de que si son felices entonces son desleales con él.
- La estructura familiar se ha desequilibrado, empieza a haber violencia y agresiones entre el matrimonio, discusiones, sobreprotección hacia su hija, producto del estado emocional de Julia que ha permanecido en depresión durante tres años por su creencia de ser la responsable de la muerte de su hijo.
- Los lados fuertes identificados en la familia como su necesidad de protegerse, la unión familiar resultado de un acontecimiento doloroso, el bienestar que buscan proporcionar a su hija, la capacidad que tienen de

conciliar entre ellos, son principalmente lo que puede utilizarse como estrategia para provocar el cambio en el sistema familiar.

INTERVENCIONES:

- Se llevó a cabo la etapa social, la etapa del planteamiento del problema, seguida por la de interacción, donde se fueron identificando las secuencias de interrelaciones presentes en la familia. Después se planteó la fijación de una meta terapéutica.
- Se utilizó el interrogatorio sistémico para conocer la realidad de la familia, enfoque donde expresaron la voluntad de iniciar el proceso terapéutico trabajando sus culpas, se exploraron los intentos de solución y las expectativas hacia la terapia. Se exploraron las formas en qué se manifiestan el dolor y las culpas que ellos sienten.
- Durante toda la terapia se estuvo enfatizando la utilización de sus recursos, utilizando a los mismos para resolver las situaciones problemáticas.
- Se intervino en el espacio y la posición sobre todo en los momentos en los que Sonia acudía a las sesiones, físicamente la sacamos de en medio de los padres y se tomó la decisión de que dejara de asistir ya que para ella no era ya necesario el proceso terapéutico y debía cederles el espacio a sus padres para solucionar sus dificultades de pareja.
- Se utilizó la prescripción del síntoma en la familia, se les pidió que ocuparan una hora del día para hacerse autorreproches, sentir dolor y sufrir viendo una fotografía de Manuel, lo que resultó en que no lo hicieran y no les diera tiempo para hacer esta actividad.

- Se les propone una redefinición para que puedan ver las enseñanzas que les ha traído el problema: se les pide que piensen en los aprendizajes que les ha traído la muerte de Manuel y qué pasaría si llegamos a un punto donde ya no sientan dolor, qué harían y de qué se ocuparían si esto desaparece, cuáles serían las consecuencias de no sentir más dolor.
- Se utilizó la hipnosis para poder llevar a Juan Manuel y Julia a establecer un puente entre lo que sienten y lo que piensan, también debido a las ideas obsesivas que presenta Julia con respecto a la muerte fue necesario a través de la hipnosis llevar a cambiar el flujo de sus pensamientos hacia algo que lograra equilibrarla.
- Se utilizaron preguntas de escala para que fueran evaluando sus niveles de culpa durante el proceso terapéutico y como recurso para hacer evidente el proceso de cambio que estaban logrando en el mismo.
- Se finalizó el proceso terapéutico con la redefinición de su síntoma, llegaron a construir la idea de que es posible vivir con una herida que representa la muerte de su hijo pero que con el paso del tiempo es posible que el dolor disminuya y puedan ser felices a pesar de lo ocurrido.

1.2 EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA:

De acuerdo con los planteamientos de la familia y las características y cualidades que mostraban se eligió trabajar principalmente con el modelo estructural. La familia en su estructura tenía límites claros y las jerarquías estaban bien definidas, contaban con una gran disposición para el cambio dirigida por su objetivo de protegerse y ayudarse mutuamente, la unión que mostraban era sólida lo cual era resultado de haber perdido a uno de sus miembros, sin embargo el fantasma de Manuel seguía presente en la estructura familiar.

Esta familia estaba dispuesta a seguir las directrices terapéuticas que les ayudaran a mejorar su dinámica familiar y a poder concluir su proceso de duelo, por lo que el lenguaje imperativo era adecuado para este caso.

Ellos llegaron a terapia ya ubicados en su situación en tiempo presente como resultado de los grupos de apoyo en los que han participado, es decir, en sus palabras “ahora solo viven el presente y les importa vivir el hoy y disfrutar lo que tienen” esta visión favoreció de inmediato al proceso terapéutico, se mantuvo su motivación para lograr el cambio durante la terapia resaltando sus lados fuertes y su capacidad para darse apoyo y seguridad como familia.

El cambio y el éxito del proceso terapéutico fue evidente en el momento en que cambiaron su motivo de consulta y pasaron de una situación de duelo y depresión a un cambio de objetivo terapéutico para resolver sus problemas de pareja, esto nos mostró cómo es posible modificar la estructura familiar por medio de directivas que alteran las interacciones.

Durante el proceso de terapia no se abordó directamente la culpa de la madre por la muerte de su hijo, la responsabilidad asumida por ella de haber causado su muerte, seguía presente y le provocaba pensamientos sobre la muerte constantemente (como la idea de que iba a llegar a su casa y encontraría a su hija Sonia muerta, o la tristeza que le causa trabajar con niños que a cada momento le recuerdan a su hijo), de esta manera no podía salir por completo del dolor y el sufrimiento que padecía.

DISCUSIÓN CONCERNIENTE A LA ÉTICA

Después del desarrollo hecho pasando por los diferentes planteamientos acerca de la ética y los casos presentados, puedo plantear las siguientes conclusiones:

Las resoluciones acerca del caso que no se trataron durante las sesiones como las consecuencias que podría tener el no haber resuelto la culpa, no es posible obtenerlas dado que sería a través de una especulación o una interpretación de lo que probablemente suceda, solamente es posible sostener que esta situación tendrá algún efecto posterior en sus vidas.

Tomando en cuenta que las reflexiones sobre la ética del caso son planteadas a posteriori, es decir una vez concluido el caso y habiendo obtenido resultados favorables, cabe señalar las condiciones en las que estas se dieron y una necesidad que surge a partir de la práctica de esclarecerme la forma en que un terapeuta actúa de acuerdo a una ética.

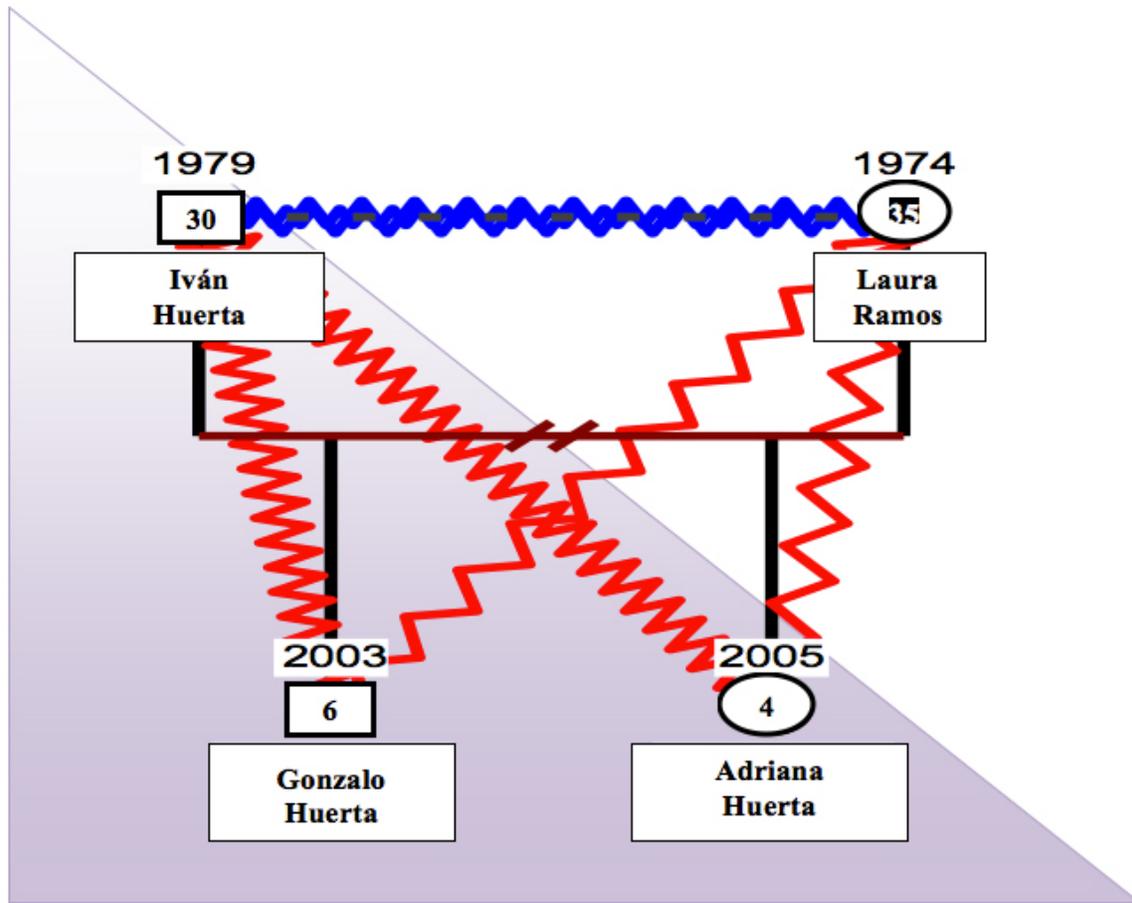
Principalmente las condiciones se desarrollan en el encuadre de la maestría, somos estudiantes de la carrera de psicología especializándonos en una manera de dar terapia, dependemos de un aprendizaje teórico adquirido simultáneamente, de un proceso de observación donde podemos mirar a otro actuar como terapeuta, unas acompañantes que nos dirigen dada su experiencia que son nuestras supervisoras y la motivación y el entusiasmo que le podemos agregar a la situación, principalmente estamos dispuestos a aprender pero sobre todo dependemos de la dirección de la supervisora, no puede ser distinto dada la falta de experiencia y el proceso de entrenamiento.

Mirando a las supervisoras tomar decisiones y los factores que van tomando en cuenta para plantear una estrategia del caso, es como podemos empezar a concebir una ética propia, de manera natural nos planteamos qué haríamos si nosotros estuviéramos solos llevado el caso y nos hacemos hipótesis acerca de esto. Sin embargo, las encargadas del caso y de nuestro entrenamiento son ellas, por lo tanto no podemos enfrentarnos a sostener nuestra ética como terapeutas hasta que depende solo de nosotros la dirección de un caso.

Cuando nos encontramos solos en nuestra labor es que de manera independiente podemos plantearnos una ética, tomando en cuenta lo que nos antecede, los estudios, el entrenamiento, la historia de vida y los factores anteriormente señalados, así un terapeuta puede estructurar su ética.

Después para establecer su manera de intervenir tiene que tomar en cuenta al paciente desde un reconocimiento, respeto y comprensión libre de juicios morales, desde ahí puede tomar de acuerdo a su criterio las decisiones que él crea convenientes para dirigir su caso, en el proceso interviene su intuición y la percepción que va creando de su paciente, así como la manera en la que él se ve afectado por su interacción con esta persona. Además de la técnica, el modelo elegido para abordar el caso y la formación teórica requerida para tomar decisiones en la práctica.

Finalmente es necesario considerar al terapeuta y al cliente como componentes de una estructura de retroalimentación representada en la terapia, el síntoma, la cura, el diagnóstico y la intervención, son las pautas que le ayudan a discernir la conexión que va a establecer con su paciente.

Caso 2: Familia Huerta.

Esta familia recibió atención en la sede del ISSSTE Tlalnepantla durante un periodo comprendido del 4 de marzo del 2009 al 21 de mayo del 2009, asistió a un total de cinco sesiones supervisadas por la Mtra. Rosario Espinosa Salcido. El modelo elegido para el tratamiento de este caso fueron las terapias posmodernas principalmente el equipo reflexivo. El único miembro de la familia que asistió a las sesiones fue la madre Laura Ramos y el motivo inicial de conducta fue una depresión por la que estaba pasando.

ANTECEDENTES:

Laura (35 años) atraviesa por un momento de depresión debido principalmente a la situación de violencia familiar en la que ha vivido en su matrimonio por parte de su esposo, tiene ocho años de casada pero desde hace seis años su esposo le pidió el divorcio, ella no accedió debido a que pensaba que tenía muy poco tiempo de casada para divorciarse, desde hace cinco años se dio cuenta que su esposo es infiel pero nunca lo ha aceptado, tienen dos hijos Gonzalo de 6 años y Adriana de 4 años.

Laura llega a terapia con los siguientes síntomas: baja autoestima, depresión, devaluación, temor a su agresor, ambivalencia emocional, inseguridad, vergüenza, culpa y síndrome de indefensión aprendida resultado del maltrato físico y psicoemocional del que ha sido víctima.

En este momento ella ha decidido darle el divorcio a su esposo y se encuentra dando trámite a la demanda de divorcio presentada por él.

CONTEXTO RELACIONAL:

Es una familia nuclear que permite interacciones con la familia extensa, se encuentran en una etapa con hijos pequeños, encarando un proceso de divorcio, los límites dentro de la estructura familiar no son claros, la mayor jerarquía la ocupa el padre por medio de la violencia que ejerce sobre los otros miembros; así mismo el esposo ocupa una posición central en el sistema familiar ya que todo gira en torno a sus manifestaciones de violencia y sus enojos, ha tratado de ejercer su territorialidad a través de inducir miedo a los otros miembros de la familia.

La familia pertenece a un estrato económico bajo, solamente el esposo trabaja, Laura tiene estudios profesionales como médico veterinaria pero nunca se tituló, ella ayuda haciendo quehaceres domésticos a otros miembros de su familia que le pagan por esto, los dos niños asisten a la escuela.

La realidad de la familia ha llegado a un punto crítico, Laura ha estado limitada durante su matrimonio por las ideas que ella había construido de cómo ser esposa y madre por la vivencia que ella tenía de sus padres, en donde la madre era complaciente y se encargaba de que todos estuvieran contentos, su labor era ser sumisa y aceptar lo que tuviera que hacer para que su familia estuviera bien, el padre era quien daba soporte emocional y económico a la familia, sin embargo cuando ella trata de seguir este patrón aprendido le es imposible porque encuentra en su marido a un hombre que la maltrata e insulta, se encarga de devaluarla todo el tiempo y demostrarle que ella no vale, cotidianamente la insulta diciéndole que está loca y ahora sus hijos han empezado a insultarla de la misma manera, ella relata que su esposo tampoco la ha sostenido económicamente y ella siempre ha arreglado las formas para poder trabajar a escondidas.

Las interacciones en la familia constantemente giran en torno a la violencia y el maltrato, ella comenta que siempre pelea con su marido porque él se enoja y ella le dice las cosas que no le gustan, terminan en insultos y en ocasiones en golpes, los hijos han estado presentes en estos eventos y participan en este tipo de interacción ahora también insultan a su mamá.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

Se plantearon como objetivos en primer lugar establecer el estado de riesgo y peligro en el que se encuentra, la forma en que su vida peligrará y su integridad física.

En segundo lugar hacerla consciente de la responsabilidad que tiene de ponerse a salvo así como a sus hijos y que lleve a cabo actos que la dirijan a hacerlo.

En tercer lugar plantear una narrativa distinta a su historia a partir de la decisión que ha tomado de divorciarse, plantear un proyecto de vida nuevo, cambiar su autoconcepto y evidenciar sus lados fuertes.

PLANTEAMIENTO PRINCIPAL:

La situación de violencia y abuso en la que ha vivido Laura la ha llevado a narrar una historia guiada por el miedo, la incapacidad para defenderse y un autoconcepto negativo, en este momento le ha causado una crisis el hecho de estar pasando por un proceso de divorcio que la lleva a reflexionar acerca de cómo ha vivido hasta ahora.

La situación de violencia por la que atraviesa la ha llevado a tener un autoconcepto devaluado y experimentar constantemente miedo, se tomó la decisión de trabajar con un enfoque posmoderno que permitiera que ella escuchara voces distintas que le permitieran cambiar la forma como ella narra su historia, desde el inicio trabajar con equipo reflexivo dio muy buenos resultados en las sesiones.

PROCESO TERAPÉUTICO BASADO EN TERAPIAS POSMODERNAS:

En la **primera sesión** Laura comenta cómo es su relación con su marido, describe cómo son sus interacciones dirigidas por la violencia, comenta que ella se guía por la forma de ser de sus papás y la manera en que ellos se comportaban, comenta que en ese momento su miedo le ha impedido hacer muchas cosas como trabajar y tomar decisiones, se siente culpable y responsable de que su esposo la golpee y sea agresivo con ella, dice que lo único que ha podido hacer para ponerse a salvo es esconderse en una ranura que se encuentra en la azotea de su casa donde sabe que su esposo no la va a alcanzar porque le teme a las alturas.

Se hace un equipo reflexivo en donde se lleva a Laura a reflexionar sobre: su creencia en cómo ser mujer y el significado que construyó de ello y si sería posible que su creencia cambiara. Se hace acento en las diferencias que pudieran existir entre su papá y su marido para dar otra mirada a los acontecimientos. Se resalta las capacidades que tiene, sus lados fuertes y cómo ha podido sobrevivir a esta

situación de violencia en la que vive. Se la lleva a reflexionar sobre la realidad de sus hijos y cómo ellos han vivido la violencia:

Supervisora: *yo me quedé pensando cómo es que nos educan a las mujeres, cuando ella contestó que como no tuvo problemas en su casa, no vio pleitos, tenía muchas atenciones, yo me preguntó cómo es qué uno siendo tan pequeña pudo haber sido influida por estas ideas de cómo ser mujer o qué debo de aguantar del otro, ella es una profesionista y me pregunto si ella piensa que este es el momento de dejar esas creencias que no le han funcionado.*

Terapeuta 1: *a mí me llamó la atención la relación de sus papás que ella describe, ella aprendió de su mamá cómo ella se movía en la pareja, me pregunto si se puede aprovechar eso que ella observaba, habría que preguntarle cómo era el tipo de hombre que estaba con su mamá, porque a la mejor ella no eligió un hombre como su papá, su marido es diferente y tal vez por eso lo que aprendió no le ha servido como le funcionó a su mamá.*

Terapeuta 2: *yo vi muchos recursos en ella, es autosuficiente, creativa, tiene una carrera, yo creo que la vida la ha hecho que se vea a sí misma como una víctima que no se puede defender y por el otro lado ha sobrevivido a violencia extrema.*

Terapeuta 3: *a mí me conmovió mucho, es una historia muy difícil, cuando ella habla de su amor que es tan grande esto se relaciona con sus creencias, a qué costo, cuáles son los costos de amar tanto a este hombre, cuáles son los costos de este gran amor para mí y para mis hijos, qué es lo que están aprendiendo sus hijos.*

Terapeuta 4: *yo me pregunto que habrá pasado si Laura no hubiera sido todo el tiempo juzgada, cuestionada y observada, yo creo que comenzaría a verse a sí misma y hacer algo por ella, creo que el hecho de estar aquí es*

una forma de hacer algo por ella así como también las formas en las que se ha podido poner a salvo.

En la **segunda sesión** Laura hace una descripción de las interacciones con su marido comenta que ella se siente responsable de que su marido sea violento porque ella lo provoca cuando le contesta enojada, sabe que es responsable de permitir que su marido lleve el control de todas las situaciones y dice que ella sabe que ha permitido todo lo que él le hace, ha llegado al punto de hacerse daño a ella misma en los momentos que se manifiestan las escaladas de violencia.

El equipo la lleva a reflexionar en los siguientes puntos: cómo era su vida antes de esta dinámica de violencia y de acuerdo a eso llevarla a una idea de que ella no está atrapada en esta situación y ha habido momentos diferentes. Se puntúa su mirada dentro de este sistema violento donde ella cree que es responsable de todo lo que acontece pero el estar dentro de estas interacciones es lo que no le permite puntuar su historia de otra manera. Se hace hincapié en la forma en que ella se ha puesto físicamente a salvo y cómo podría hacer para lograr ponerse a salvo emocionalmente y a sus hijos:

Supervisora: *estoy muy conmovida, pienso en cómo se sentiría Laura, pienso en cómo se siente debido a todo el tiempo en que ha sido víctima de la violencia, no sé cómo pensaba antes de ser víctima de la violencia antes de estar atrapada por la violencia, me produce indignación, por otro lado veo que viene aquí y está buscando qué hacer, me pregunto si estas ideas de venir aquí y buscar ayuda, será que la violencia no la tiene tan atrapada, porque aunque ella vive esa situación ha tenido momentos de lucidez, me pregunto qué le estará pasando.*

Terapeuta 1: *yo estoy pensando en cómo era antes, a mí me da la impresión que la violencia la ha llevado a hacer cosas, como dudar de lo que hace, pensar en lo que hace, callar, yo tengo la impresión de que antes no lo hacía, tengo la impresión de que ella sabe cómo es la libertad, que ya la sintió y tal vez sería bueno que la volviera a buscar, si bien tiene un*

marido violento y una familia política muy violenta, eso la ha alterado y tal vez en otro momento en su vida actuaba de forma diferente, la violencia hace que ella piense que ella es responsable de lo que pasa.

Terapeuta 2: *a mí me impresionó su relato pienso en cómo ha de sentirse después de vivir todo eso, me pregunto si a partir de la violencia que ejercen sobre ella es que empezó sentir que era responsable, yo pienso que hay muchas señales de que la violencia la ha cambiado y hace que se pregunte si ella tiene la culpa, pero al mismo tiempo tiene coraje que le da la valentía para poder hablar, pienso qué pasaría si fuera posible regresar a esa mujer de su pasado y preguntarle qué haría si encontrara una mujer que viva lo que ella vive, qué consejo le daría, qué pasaría si la violencia le permitiera contactarse con ella como era antes.*

Terapeuta 3: *yo pienso que Laura ha hecho muchas cosas a pesar de la violencia, yo me pregunto qué haría si dejara de ser víctima de la violencia, yo veo que tiene recursos porque ha podido poner se a salvo, aunque sea físicamente, pero habría que pensar cómo haría para ponerse a salvo de la violencia emocional, de las descalificaciones y otras formas de violencia que no son los golpes, también habría que pensar cómo están siendo afectados sus hijos.*

Terapeuta 4: *Yo me pregunto qué pasa por la cabeza de este hombre que en lugar de proteger, valorar y reafirmar a su mujer la descalifica, desvaloriza, la aplasta, ejerce violencia hacia ella y la misma familia, yo entiendo la educación que nos dan a los hombres, pero puede pensar y analizar por qué la trata de esa forma.*

Finalmente, se le cuenta una historia haciendo una analogía de su historia tratando de escenificar los recursos que tiene, la historia que ha vivido y las decisiones que ha tomado, se le pide que se lleve esa historia y la guarde en su corazón y la recuerde cada que piense que no puede seguir.

En la **tercera sesión** Laura reporta que ya firmó su acta de divorcio y que le cedió la patria potestad de sus hijos a su marido ella quiere dejárselos un tiempo para que se dé cuenta de lo que implica cuidarlos, comenta cómo ha ido buscando ayuda y apoyo en sus hermanos y otras redes sociales, ha empezado a hacer planes para salir de la casa de su esposo y hacer las cosas que a ella le gustan.

El equipo reflexivo señala los siguientes puntos: se enfatiza la forma en que ha conseguido ser apoyada y si esto influiría en que la violencia haya disminuido, se le muestra cómo ha ido solucionando cosas por medio de su inteligencia, creatividad y siendo la que controla su vida. Se resaltaron los comentarios que ha recibido de otras personas que le han comunicado cómo la miran y las capacidades que encuentran en ella:

Supervisora: *Me llamó la atención cómo es que está decidiendo con mucha cautela salirse de un espacio difícil en donde ha sido víctima de la violencia tanto ella como sus hijos, me llama la atención como ha dejado de pedir permiso y solo avisa de manera cautelosa porque está en terreno minado, me hace pensar si ella no ha descartado algunos recursos o no ha visto algunos otros con los que cuenta, me pregunto si ella verá que su corazón es más grande que esos huesitos. Me pregunto si se darse cuenta de cuantos apoyos tiene haya rebajado a la violencia.*

Terapeuta 1: *A mí me llamó la atención su plática con la dentista, cuando ella le cuenta su experiencia y Laura retoma lo que le cuenta, eso es una señal de inteligencia el poder aprender de la experiencia ajena, son cosas muy sutiles que ella está utilizando muy bien, a lo largo de su vida ha habido momentos en las que se activa y se vuelve creativa, ella escuchó algo y lo hizo propio para ayudarse en este momento.*

Terapeuta 2: *Lo que más me ha llamado la atención cuando ella comenta que su papá le diría que sí puede hacer las cosas, porque cuando alguien nos dice eso es porque ve las cualidades y recursos que hay para que crean que puede hacer las cosas, a mí me parece que su papá vio cosas en*

ella que ella no ha visto y me pregunto cuáles serán. Más allá de una niña acomodada hay algo más en ella que la impulsa, ha sido una mujer que cuando se encuentra en limitaciones encuentra sus recursos.

En la **cuarta sesión** Laura comenta que tiene una semana de haber salido de casa de su ex esposo y ahora vive en casa de su mamá, ha estado buscando ayuda legal para recuperar a sus hijos y que vivan con ella, encontró trabajo, ha empezado a hacer planes a futuro y ha recuperado el control de su vida, dice que se siente libre y que sabe que es capaz y valiente, ahora tiene ganas de vivir y hacer cosas que siempre ha querido hacer.

El equipo hace las siguientes reflexiones: cómo hizo para tomar las decisiones que relata, cuáles son las cualidades que tendrá escondidas y quizá mañana las descubra, se puntúan sus cambios y cómo ella se cuenta distinta en esta nueva historia fuera del círculo de la violencia:

Supervisora: *se está descubriendo Laura como una mujer valiente, dice que no pide permiso, no sé si ya se dio cuenta de cuántos años tiene, me pregunto cuál fue el primer paso que Laura tuvo que dar que la llevó a tomar esa decisión de irse, qué tendrá escondido que tal vez mañana o pasado lo descubra. Yo me pregunto la valentía cómo la verá Laura de qué color será, qué forma tiene, que significa para ella la valentía, tampoco sé que significa para ella estar contenta.*

Terapeuta 1: *estoy sorprendido de cómo una mujer que ha sido paralizada por la violencia ha logrado tantos cambios, me pregunto cómo va a lograr una vida de éxito aunque todo esto todavía este presente, cuál será su as bajo la manga para poder lograrlo, me causa mucha felicidad los cambios que ha logrado.*

Terapeuta 2: *yo veo que ella ha logrado un reencuentro con ella misma, ha regresado a verse como era antes y está retomando cosas que había dejado de hacer, está aprovechando todo de lo que es capaz de hacer.*

Terapeuta 3: *Laura se está dando la oportunidad de poner luz en esas cosas que no podía hacer antes, ha vencido sus miedos incluso el de ir a pedir trabajo, ha buscado su independencia y crecimiento profesional, son cosas que ha logrado y eso me hace sentir bien, creo que Laura va a ser una Laura mejorada y plena.*

Terapeuta 4: *a mí me llamó la atención su valentía para vivir, yo creo que este ser valiente lo tiene muy bien sabido y le va a ayudar para seguir adelante.*

La **quinta sesión** Laura a través de los planes que ha hecho y los nuevos significados que hay en su vida va haciendo consciencia de su relación violenta con su esposo y cómo ahora sabe ponerse a salvo de esto, hacer sus propias reglas y ponerse a salvo de relaciones. Se ha dado cuenta de todas las capacidades que tiene y quiere usarlas en su futuro, ha planeado rehacer su vida con una pareja distinta.

El equipo reflexivo se centra en la forma en que ella se ha convertido en una sobreviviente de la violencia, en que ahora habla su voz que antes estaba silenciada y que en ocasiones hay que llegar a vivir una crisis para poder cambiar. Se enfatiza un interés en saber cómo va a hacer ella para que todos sus cambios perduren en el futuro:

Supervisora: *a mí me dio mucha emoción y ganas de llorar, me parece que Lau es una sobreviviente de la violencia, yo soy enemiga de la violencia, al escucharla cómo venía sometida, humillada, golpeada, lastimada, vejada, escuchar su voz actual que estaba silenciada, entonces me recuerda lo que pienso de ella, que es una víctima pero a veces se necesita tocar fondo para hacer cambios extraordinarios, pienso que da esperanza para las mujeres que viven lo mismo.*

Terapeuta 1: *me dio mucha emoción escucharla y saber que su vida ahora va a ser diferente.*

Terapeuta 2: *yo anteriormente la escuchaba con duda, hoy la escuché sin tanta duda las frases que se dice parecen de una persona decidida, tengo la impresión que escuchamos la voz de Laura hoy, con una responsabilidad diferente, escuché su vida, una vida que ella va a construir y se está recuperando a ella misma, escucho cosas concretas que ya está haciendo.*

Terapeuta 3: *a mí me parece admirable que haya podido superara esta violencia y que tenga tan claro lo que tiene que hacer para ya no volver a caer en ella, me admira las metas que tiene y creo que su idea de poner sus cambios por escrito es muy buena porque a veces al no vivirlo cotidianamente se nos pueden olvidar.*

Terapeuta 4: *también coincido con ustedes, me da gusto escuchar todos los cambios que ha mencionado, me da gusto porque todas esas son características de una mujer no de una niña, creo que llego como niña y ahora es una mujer.*

Durante las sesiones se le platicaban cuentos como una analogía de lo que ella iba narrando al equipo y llevarla a una reflexión de su propia historia, se hizo constantemente una exploración por medio de la conversación y el lenguaje de las posibilidades latentes para disolver el problema de la violencia, una exploración de recursos y lados fuertes.

Finalmente se cerró el espacio terapéutico entregándole un diploma como reconocimiento a sus cambios y logros dentro de la terapia.

CAMBIOS DEL CLIENTE:

- Se logró el hacer que se pusiera a salvo de la situación de violencia.
- Se divorció.
- Se cambió de casa.
- Hizo su examen de titulación de la licenciatura.
- Encontró trabajo.
- Tomó de nuevo el control de su vida.

- Modificó su auto concepto.
- Pudo escuchar distintas voces que le señalaban direcciones diversas.
- Puntualizó su historia desde acontecimientos inusuales lo que la llevó a modificar su narrativa.

1.2 EVALUACIÓN Y DISCUSIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA:

Se tomó la decisión de usar el equipo reflexivo por las características que mostraba la paciente sumergida en un ambiente violento, la descripción que hacía de ella misma estaba bordada por significados negativos hacia ella misma, incapacidad, miedo y culpa.

Era necesario llegar a una disolución del problema por medio del lenguaje en la conversación, ya que el lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.

La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros (Anderson, 1999).

Debido a la interacción de Laura con el equipo reflexivo, pudo escuchar otras voces y modificar las conductas que la llevaron a permanecer en un contexto violento, en este sentido usar terapias posmodernas fue un acierto.

DISCUSIÓN CONCERNIENTE A LA ÉTICA

Mi principal planteamiento en este caso fue si hubiera sido ético actuar de otra manera interviniendo en la dinámica de la paciente para llevarla a reflexionar sobre su participación en la situación de violencia en la que ella estaba inmersa. Surge una preocupación sobre si habría sido pertinente abordar este tema aunque no estaba dentro de los objetivos de la terapia y si es conveniente como

terapeutas permitimos actuar así debido a las percepciones que vamos teniendo del caso y a nuestra intuición.

Los fundamentos y el conocimiento del terapeuta contribuyen a determinar la relación que va a establecer con el sistema tratado por él, los terapeutas afectan siempre a los sistemas que tratan y el sistema tratado lo afecta. La ética nos lleva a admitir el nexo que existe entre el observador y lo observado, nos conduce a examinar cómo participa el observador en lo observado, dejando fuera de antemano el propósito de la objetividad.

El terapeuta establece hipótesis sobre el caso, no se las hace saber al paciente, sin embargo le hace preguntas que se relacionan de manera indirecta con esas hipótesis. Al mismo tiempo debe mantener distancia de ellas y de cualquier otra idea que condicione su libertad y creatividad y al mismo tiempo las del cliente.

Con la experiencia es posible que el terapeuta llegue al desarrollo de una ética y aprende a juzgar correctamente las situaciones, entonces sus decisiones con respecto al caso pueden ser atinadas y su percepción le permite intervenir en la forma que él crea conveniente, con la ética mediante, él puede dirigir el caso y modificar o agregar objetivos y planteamientos alternos a los que en un inicio se establecieron, su límite va a estar marcado también por la consideración y el respeto que otorgue a su paciente.

El ejercicio realizado a partir de la presentación de los casos, sugerir intervenciones posibles, presentar la ética como tema y el cuestionamiento al actuar del terapeuta, surgen de una inquietud a partir de haber cursado la residencia y como efecto de ella. Es una discusión posible a partir de tomar en cuenta la necesidad de una ética y las posibilidades que surgen a partir de ella, no un intento de corrección o crítica solamente un intento de cuestionar la ética: específicamente la propia.

1.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total

Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1987) mencionan que el modelo de cibernética de segundo orden conceptualiza la unidad de terapia como un gran haz que contiene al observador y a lo observado y a partir de este se concibe a la unidad de terapia como un sistema de sentido al que el profesional actuante contribuye tan activamente como los demás. Por lo que consideran que el sistema no crea el problema sino, a la inversa: el problema crea el sistema. Es decir, el problema no existe independientemente de los sistemas observadores que lo definen de manera recíproca y colectiva.

La terapia familiar, desde una perspectiva del grupo de Milán, ha tenido un gran interés por la cibernética de segundo orden y ha incluido siempre el trabajo de equipo en un ambiente particular: uno o dos terapeutas trabajan frente a frente con las familias, mientras el resto del equipo observa detrás de un espejo unidireccional, supervisando a los terapeutas.

Como siempre se trabaja en equipo, se habla de la importancia del tiempo de la interacción terapéutica y de cómo esta se enriquece con el tiempo del equipo de observación (Boscolo y Bertrando, 1996). Mencionan que desde el punto de vista del equipo de observación se distinguen un momento de observación y un momento de diálogo de interacción con el terapeuta. Además el equipo tiene sobre todo la posibilidad de observar desde una posición exterior la coordinación de la relación, la danza cliente-terapeuta, es decir, puede observar la coordinación de los tiempos y de los horizontes de clientes y terapeutas, así como los ritmos de la interacción.

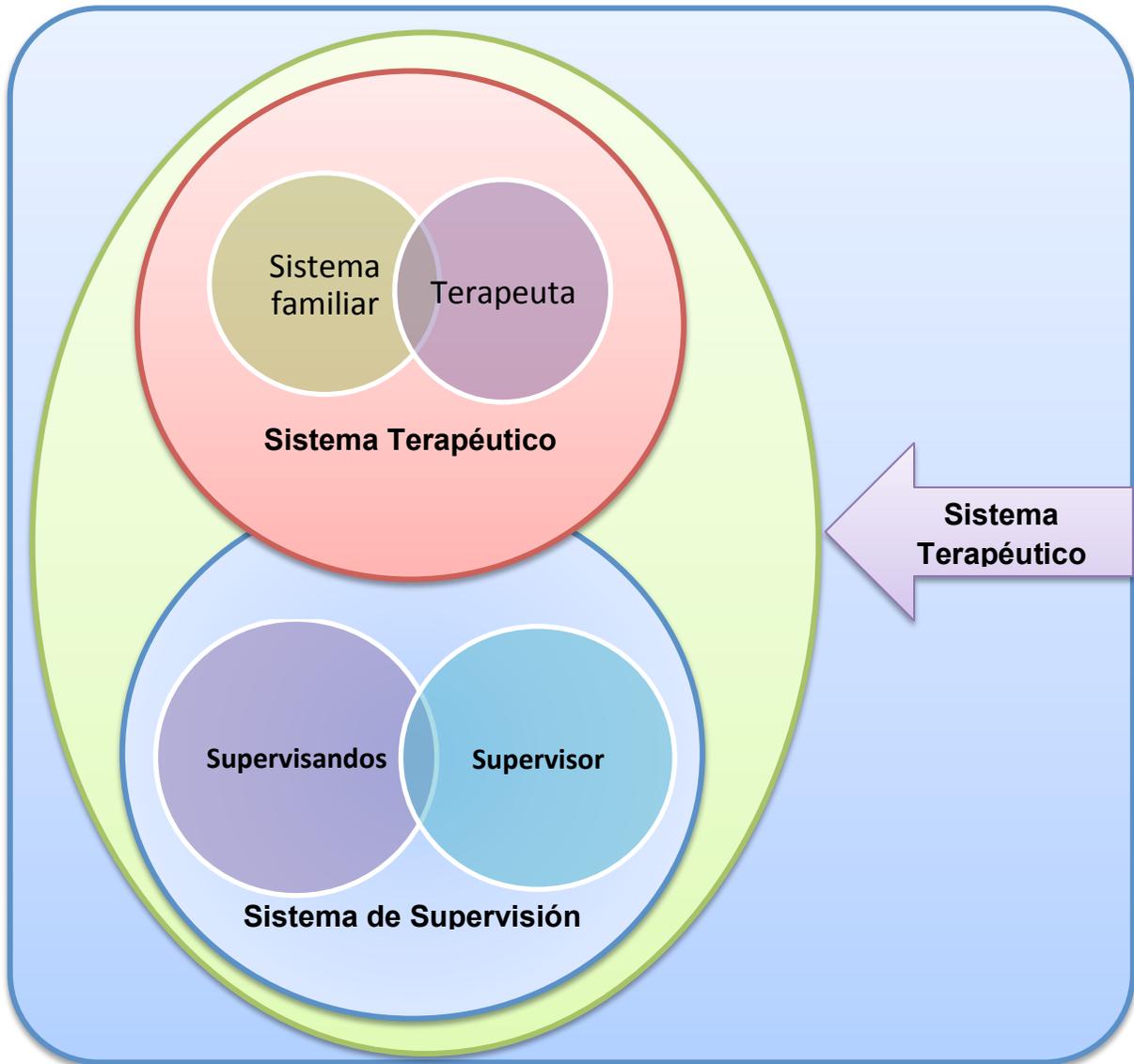
Cuando el terapeuta interrumpe la conversación con los clientes y entra en la sala de observación para entablar el diálogo con el equipo, se unen el subsistema terapeuta y el subsistema equipo, y entonces el terapeuta se traslada a un tiempo nuevo, el del subsistema que no estaba en interacción directa con los clientes.

Boscolo y Bertrando (1996), dicen que de esta forma el terapeuta participa en dos diálogos distintos y que cada uno de ellos tiene su propio tiempo y su lugar físico en una de las salas, por lo que puede llevar emociones e ideas de los clientes al equipo y viceversa, siendo de esta manera un vehículo activo pues es él quien selecciona y escoge que ideas va a llevar y es el responsable último de las decisiones.

El equipo tiene la misión de analizar las conexiones entre los tres subsistemas y puede ayudar al terapeuta a descubrir su propio tiempo, a reflexionar sobre su capacidad de comunicarse con los otros, y a utilizar su propia idiosincrasia para ponerse en sintonía. De tal manera que así como se da una danza entre cliente-terapeuta, también se dará una danza terapeuta-equipo, aunque se puede perder la armonía entre estos, si el equipo invade el campo del terapeuta, o si el terapeuta es demasiado pasivo o falta de iniciativa, por lo que Boscolo y Bertrando (1996) dicen que el equipo tiene que tener en cuenta que su comportamiento se encuentra condicionado por un ritmo, una perspectiva temporal y por un horizonte determinados.

De acuerdo a Desatnik, Franklin y Rubli (2002), el sistema terapéutico total está conformado por dos subsistemas: el sistema terapéutico (que incluye al sistema familiar y al terapeuta), y el sistema de supervisión (el cual incluye al equipo de supervisandos y al supervisor); cada uno de estos sistemas generalmente se encuentran en salas contiguas, comunicadas por el espejo. Al sistema de supervisión más el terapeuta, se le llama sistema de terapeutas.

Figura 3. Sistema Terapéutico Total.



Durante la residencia, se identificaron diversos sistemas terapéuticos, debido a las diferencias contextuales entre las sedes clínicas, las diferencias en las premisas y las prácticas de los supervisores, así como la forma en que participaba el equipo terapéutico en cada contexto.

El paso por la residencia es una verdadera experiencia de formación, he de comentar que lo que más me atrajo de la maestría fue el programa de supervisión

y la cantidad de horas dedicadas a la observación y participación en el espacio terapéutico.

El inicio fue emocionante, en el primer semestre se participa dentro del equipo terapéutico, haciendo un grupo de observación, la tarea es entrar a observar para comenzar a familiarizarse con la dinámica de la residencia, el observar a los compañeros y la dirección del supervisor es algo nuevo y permite crear una gran ilusión al dar el siguiente paso que es participar como terapeuta.

A partir de segundo semestre se presenta la oportunidad de ocupar otras posiciones dentro del sistema terapéutico total, llega el momento de entrar como terapeuta y supervisado, se pudo sentir la emoción y el miedo de tener por primera vez la oportunidad de ponerse a prueba como terapeuta, enfrentarse a aquello que deseaba tanto pero siempre preguntándome que pasaría si no se me ocurría nada que hacer. Al mismo tiempo como problemática personal el hecho de tener a tanta gente mirando lo que hacía para mí fue algo muy difícil de superar, hasta ese momento no había tenido que pasar por la mirada del otro de esa forma, esto con el paso de algunas sesiones desapareció pero en un inicio resultaba un poco incómodo.

En esos momentos para mí la tarea de mis supervisoras fue de gran auxilio, tanto para sentir confianza, como en recibir de ellas una guía a nivel metodológico como emocional, en este sentido el trabajo de las supervisoras en la residencia puedo decir que es excepcional, tienen que enfocarse en la familia, el terapeuta y el equipo terapéutico, además de haber creado una forma muy exitosa de crear un espacio terapéutico efectivo no obstante las condiciones de las sedes y las instituciones en las que se lleva a cabo la residencia.

He de comentar que sobre todo la experiencia en el ISSSTE Tlalnepantla fue impresionante, dado que las condiciones son excepcionales por las circunstancias del lugar donde se realiza la terapia, el que los pacientes estén en presencia del

equipo terapéutico y el supervisor, hace de esta una situación particular en la que hay que echar mano del ingenio y lo más admirable es ver cómo responden los pacientes ante esto, cómo se integran y aprovechan el espacio para lograr los cambios que requieren.

Puedo decir que la vivencia de formación por la que pasé en la residencia fue enriquecedora y exitosa, tanto académicamente como en la forma que somos instruidos para aplicar las técnicas e interactuar con los pacientes, también en la forma de atender la persona del terapeuta y nuestra vida emocional individual.

2. Habilidades de Investigación

2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa:

2.1.1 Investigación Cuantitativa

“Evaluación de las Relaciones de Violencia en el Aula (bullying) en Adolescentes”

Este estudio tuvo como objetivo evaluar las relaciones de violencia que se dan dentro del salón de clases, determinar las formas en que estas relaciones se llevan a cabo, identificar la percepción de los profesores respecto a estas relaciones y valorar la frecuencia con que estas situaciones se presentan en el aula.

La investigación se centró en la labor que el maestro puede desempeñar para mantener a todos los miembros de la escuela libres de agresiones, ya que el

maestro es una persona clave en la dinámica de violencia que se da en el salón de clases, debido a que es la figura de autoridad en el aula, desempeña un papel fundamental en el tratamiento de este tipo de violencia, además de que la intervención de un adulto calificado ayuda a desarmar los efectos de la victimización en los estudiantes.

Los maestros son el medio por el cual se hace un vínculo entre padres de familia, alumnos e institución y son mediadores de las relaciones interpersonales que se derivan de ello, así como también son los encargados de llevar a cabo los objetivos y metas de la institución, de igual manera imparten educación y establecen las reglas de interacción entre los alumnos.

Se utilizó el cuestionario para profesores realizado por la universidad de Sevilla, España, del proyecto de Investigación sobre Intimidación y Maltrato. En la primera parte las preguntas comprenden las causas y formas de violencia entre estudiantes, los tipos de agresión más comunes y las intervenciones usadas en estos casos. Una parte de la escala tipo Likert se refiere a la forma de actuar de los padres, autoridades y profesores de la escuela en cuanto a las conductas de bullying y el contexto donde se crean.

La investigación se llevó a cabo mediante las siguientes fases:

Se realizó un sondeo con una muestra no probabilística de participantes voluntarios, con diez profesores de una escuela secundaria diferente a la elegida para el estudio, a los que se les aplicó el cuestionario para encontrar opciones adecuadas para las preguntas abiertas y poderlas convertir en preguntas de opción múltiple. Una vez hecha la aplicación se realizó una modificación en el cuestionario para su aplicación en la investigación.

Se llevó a cabo un primer contacto con las autoridades de la escuela, a los que se les presentó una solicitud para realizar el estudio en la Escuela Secundaria Diurna

No. 303 “Frida Khalo”. Una vez que la solicitud fue aceptada se les explicó que sólo se trabajaría con los profesores de la escuela, y se procedió a pedirles a las autoridades que solicitaran la participación voluntaria de los profesores para fines de la investigación.

Después se llevó a cabo la aplicación del cuestionario a los profesores que fueron voluntarios para participar en la investigación, ellos fueron contactados en un día destinado a las juntas mensuales de maestros en esta escuela y una vez reunidos se les pidió su colaboración para responder los cuestionarios.

Por último se realizó la calificación de los cuestionarios y el análisis de los resultados con la base de datos creada en el paquete SPSS 10.00. El análisis de resultados se llevó a cabo a partir de las respuestas obtenidas mediante el cuestionario aplicado a los 16 profesores de la Escuela Secundaria Diurna No. 303 “Frida Khalo”, que imparten clase en los diferentes grados dentro del periodo escolar 2007-2008, los resultados encontrados en el análisis descriptivo son los siguientes:

Descripción de las características de los profesores.

De los 16 profesores encuestados 9 son mujeres y 7 hombres, con una experiencia docente que va desde los 5 hasta los 27 años de antigüedad e imparten clase a los diferentes grados, el 21.43% imparte clase a primer año, 35.71% a segundo año, 35.71% a tercero y 7.14% a todos los años. Los profesores participantes cubren las asignaturas de: historia, matemáticas, educación ambiental, geografía, educación física, formación cívica y ética, artes y español.

En cuanto al contenido del cuestionario en la parte de opción múltiple se encontró lo siguiente:

El 56.3% de los profesores considera que el clima de relaciones interpersonales en su clase es bueno: en un buen clima, aunque aspectos concretos se pueden manejar.

El 81.3% señala como principales causas a las que atribuye las malas relaciones (violencia y agresividad) entre escolares a la desintegración familiar y las relaciones dentro del núcleo de la familia.

Un porcentaje de 43.8% respondió que para mejorar las relaciones interpersonales en su clase o tutoría habla con los alumnos y crea una buena comunicación entre ellos.

El 50% de los docentes si está en el patio del recreo y tiene que distinguir entre lo que es simplemente un juego rudo y una auténtica agresión se fija, cuando se trata de juego en el estado emocional de los alumnos para saber cuándo se encuentran en una auténtica agresión y deja de ser juego.

El 93.8% de los maestros si está en el patio del recreo y tiene que distinguir entre lo que es simplemente un juego rudo y una auténtica agresión se fija en golpes, lenguaje y gestos del rostro.

Un 50% de los profesores reconoce como tipos de actuaciones violentas más frecuentes entre los escolares: decir groserías y propinar empujones.

El 43.8% reportó que el lugar de la escuela y sus alrededores donde ocurren las agresiones/intimidaciones entre los escolares más frecuente es dentro del salón de clases.

Un 43.8% de los docentes cuando hay un conflicto de violencia entre escolares la primera acción que toma es indagar el motivo de la agresión.

El 76.9% de los profesores señala como los últimos conflictos reales entre escolares en los que se ha visto implicad a: las peleas entre estudiantes.

Y un 80% de la muestra utilizó como principal intervención cuando hay conflictos y violencia hablar con los alumnos.

En la parte de la evaluación correspondiente a la escala tipo Likert, encontramos una puntuación promedio de 4.40 que nos dice que la mayoría de los maestros considera que comenzar un proyecto de intervención sobre las agresiones y violencia en esta escuela es una idea con la están desde un poco de acuerdo hasta muy de acuerdo.

También encontramos una puntuación promedio de 4.19 que explica que los profesores están desde un poco de acuerdo hasta totalmente de acuerdo con la idea de que los problemas de violencia dependen, sobre todo, del contexto social y familiar del alumno.

Así como también se encuentran desde un poco de acuerdo hasta totalmente de acuerdo en que los padres de los alumnos a menudo empeoran las situaciones de conflicto, con una puntuación promedio de 4.06.

Por otra parte con una puntuación promedio de 4.00 se encontró que están un poco de acuerdo en que en su clase, suelen controlar y atajar los conflictos y agresiones, no llegando a ser un problema. Por último se confirmó una puntuación promedio de 2.88 que nos dice que los docentes están un poco en desacuerdo en que para eliminar los problemas de violencia y mejorar a las relaciones interpersonales hay que modificar el currículo escolar.

Es necesario mencionar que el 93% de los profesores estaría dispuesto a participar en un proyecto para desarrollar estrategias de intervención sobre este tema y el 53% considera que una de las formas en que esto se pudiera conseguir es a través de talleres para profesores.

Se pudo encontrar que la violencia y agresión es una constante en el contexto escolar, que tanto maestros como alumnos han aprendido a convivir con este tipo de relaciones cotidianamente. Así también se determinó que la forma en que estas manifestaciones de violencia se llevan a cabo: es por lo regular a través de la agresión física y verbal.

Los profesores manifiestan de acuerdo a su percepción que las relaciones de violencia entre estudiantes tienen su origen en el contexto familiar y ubican como causa principal la desintegración familiar y las situaciones problemáticas que se dan dentro del núcleo familiar.

Así también es importante notar que todos los profesores manifiestan que hay violencia y agresión entre escolares (bullying) sin excepción, que esta es una forma de relación que va formando parte de su contexto y de su capacidad de intervención como docentes. Debido a lo reducido de la muestra no se encontraron diferencias significativas entre profesores y profesoras.

Con los resultados finales se puede concluir que las manifestaciones violentas entre estudiantes es un fenómeno que está tomando fuerza y que resulta un factor de riesgo debido a que en el futuro este tipo de conducta presentada en adolescentes es la base para conductas delictivas, suicidas, depresión y problemáticas a nivel psicológico.

Esta investigación nos da una buena pauta para que en el futuro puedan hacerse investigaciones más grandes y trabajar con una muestra más significativa, que nos dé una perspectiva de cómo se encuentra nuestro país con respecto de otros en cuanto a este fenómeno, ya que por lo reducido de la muestra, los datos no son significativos, sólo que para el caso que nos convoca que es esta escuela secundaria.

2.1.2 Investigación Cualitativa

Influencia del contexto en la manifestación de conductas de violencia entre escolares (bullying) en el salón de clases.

A partir de las formas características de violencia que se estudian en donde el bullying (violencia entre escolares) en la actualidad es un tema de principal interés, es necesario conocer sus formas y manifestaciones particulares así como el manejo y tratamiento que debiera darse a esta problemática dentro del salón de clases. Nuestro principal interés en este estudio radica en el rol desempeñado por los profesores dentro de un ambiente institucional y social en el que actúan y desempeñan una tarea importante en el intento por resolver los problemas de violencia que se experimentan cotidianamente en el aula, por lo que nos centraremos en estudiar la forma en que el profesor se relaciona con el ambiente, los alumnos, los padres y la institución que como conjunto, estos elementos contribuyen a perpetuar o impedir situaciones de violencia (bullying) entre estudiantes.

Tomando como referencia y marco contextual la Teoría Ecológica desarrollada por Uri Bronfenbrenner se puede destacar la importancia de estudiar las acciones y su relación con el contexto, los efectos principales están en esta interacción, dice que si queremos cambiar la conducta debemos cambiar los ambientes. Refiere que las capacidades humanas y su realización dependen, en gran medida, del contexto más amplio, social e institucional, de la actividad individual y define el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él. De la forma en que se constituye un ambiente propicio para el desarrollo, igualmente algunas conductas problemáticas como el bullying son causadas y mantenidas por un contexto determinado que es sostenido tanto por los actores como el medio en el que conviven.

Desde dicha perspectiva el desarrollo humano se presenta como una progresiva acomodación entre un ser humano activo en desarrollo –el alumno-, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona. El desarrollo se ve afectado por las relaciones que se establecen en este entorno, y por los contextos más amplios –política económica o educativa por ejemplo- en los que está incluido dicho entorno.

Resulta fundamental conocer el ambiente que nos atañe y en el que se lleva a cabo esta investigación, tomando como principal referencia el ambiente escolar en donde se observan especialmente las manifestaciones del bullying, como característica se subraya que esta problemática se destaca en el nivel básico de educación durante la secundaria, que resulta ser un periodo muy particular por la etapa adolescente por la que atraviesan los alumnos durante ese periodo, lo que repercute directamente en su forma de relacionarse y actuar en su medio.

El rol del profesor toma entonces relevancia señalándolo como un mediador en las dinámicas del aula de clase, representa la principal figura de autoridad, así como la persona encargada de enseñar y controlar el proceso de aprendizaje, también es una persona importante que se relaciona de igual forma con las autoridades de la institución donde trabaja así como también, con los padres de familia, se encarga de regular las interacciones entre alumnos y toma decisiones en cuanto a la aplicación de reglamento y las sanciones hacia conductas penalizadas. Por todo esto resulta ser un sujeto mediador que nos puede proporcionar información de primera mano en cuanto al desarrollo de los procesos de violencia en el aula (bullying).

En esta investigación nos centráramos en el rol del profesor para poder comprender todo lo que sucede alrededor del fenómeno del bullying, sus manifestaciones, las medidas utilizadas para combatirlo tanto en el aula como en la institución y la relación que se constituye a partir de esta problemática con los padres de familia.

Se realizó una entrevista estructurada a la profesora Juana Serrano Serrano de 37 años, que cuenta con un título de la UNAM en la carrera de Planificación para el Desarrollo Agropecuario y tiene una antigüedad de 15 años como docente, impartiendo la materia de geografía en la escuela secundaria diurna no. 33 “Frida Khalo”, en mayo del 2008. La entrevista fue grabada en formato de voz y analizada con el programa Atlas Ti.

El tipo de diseño cualitativo utilizado fue un diseño proyectado: no se partió de cero, se tenían antecedentes sobre el fenómeno a investigar así como múltiples características que lo conforman, fueron establecidas interrogantes dirigidas específicamente a esta investigación y se construyó sobre una base teórica.

Los objetivos de esta investigación fueron conocer las formas particulares de violencia con las que se enfrenta el profesor y cómo se hace cargo de ellas, saber qué piensa de las formas de violencia y cuáles cree que son los orígenes de estas, conocer su percepción con respecto a la institución y a las formas que esta ha desarrollado para resolver las problemáticas que la violencia genera, detallar su opinión en cuanto a la eficacia del uso de formas empleadas por la institución para manejar el bullying, saber cómo percibe la forma de actuar de los padres con respecto a la conducta de los alumnos y su forma de actuar en los casos de violencia, poder describir de acuerdo al profesor las relaciones jugadas dentro del colegio entre padres, alumnos, institución y maestros.

Una de las principales conclusiones derivadas de esta observación se centra en el docente y su relación con el contexto escolar; es evidente que las condiciones en que se lleva a cabo el proceso de enseñanza aprendizaje tienen grandes deficiencias en cuanto al trato que se le da a los alumnos, se intenta establecer un modelo de autoridad con la finalidad de controlar que únicamente causa una imposición en los estudiantes, que deriva en violencia hacia los profesores y sus compañeros de clase.

Así mismo junto con el ambiente escolar uno de los factores determinantes encontrados en este estudio es el contexto familiar y sus consecuencias en los estudiantes, hay una notable diferencia en el desempeño académico de los estudiantes con una dinámica familiar estable a comparación con aquellos estudiantes que presentan problemáticas inherentes a su familia, resulta muy difícil para el docente incluso tratar de ayudar a estudiantes con estas características debido a la ausencia o abandono de una presencia de autoridad en casa. Otra consecuencia de esto, es la repetición de conductas de violencia aprendidas o imitadas a las vistas en casa, es notorio que los alumnos que llevan a cabo conductas de violencia en la escuela viven en un entorno inundado por ellas.

Con respecto a la forma en que los profesores solucionan este tipo de problemática se puede mencionar, que están limitados tanto por la familia como por la institución misma, es complicado hacerse cargo de estas situaciones sin apoyo de la familia, con una sobrecarga de trabajo y una escasa remuneración económica que impide a los docentes tener motivación para continuar luchando contra este fenómeno. El contexto institucional establecido de esta forma ha creado en la escuela un ambiente de diferencias entre docentes, cansancio y fatiga tanto física como emocional y una sensación de frustración por la falta de recursos y disposición para cambiar esta dinámica creada.

Debido a las condiciones contextuales, el marco de acción de los maestros se ha reducido, poniendo sobre la mesa como única alternativa de acción, el establecimiento de límites, lo que resulta en instruir a los estudiantes en lo que no deben de hacer, pero no producen dinámicas en las que el alumno pueda desarrollar y explorar nuevas formas de conocimiento y relación. Se puede concluir en que la influencia recibida de los diferentes ambientes que convergen en el espacio escolar se encuentra la base para el establecimiento y permanencia de conductas de violencia y agresión como el bullying.

3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento

3.1 Productos tecnológicos:

Durante la residencia realizamos manuales didácticos basados en los diferentes modelos de terapia, en los que se encontraba un desarrollo teórico de los modelos así como las técnicas principales y ejemplos de cada una de ellas, estos fueron:

Cuadro 8. Productos Tecnológicos (Manuales).

Manual de técnicas de Terapia Estructural
Manual de técnicas de Terapia Breve del MRI
Manual de técnicas de Terapia Breve Centrada en Soluciones

También se realizaron videos que se centran en presentar las técnicas de cada modelo de terapia, se hicieron representaciones actuadas que emulaban la situación terapéutica presentando escenas en las que se podía ver la aplicación de una técnica por parte del terapeuta y el impacto que podía tener en el paciente.

Estos videos fueron escritos, dirigidos y actuados por el grupo de terapeutas que comprendía el equipo terapéutico de la supervisión, escogimos algunas escenas tomados de casos reales que atendimos en la residencia y algunos ficticios que nos sirvieron para este ejercicio didáctico.

Los videos contienen una breve introducción sobre el modelo, sus representantes principales y sus técnicas, así como los datos correspondientes al programa y los alumnos que elaboraron el video. Los videos fueron:

Cuadro 9. Productos Tecnológicos (Videos).

Video de Técnicas de Terapia Estratégica
Video de Técnicas de Terapia Breve del MRI
Video de técnicas de Terapia Breve Centrada en Soluciones

3.2 Programas de intervención comunitaria:

Curso-Taller: “Una Alternativa a la Violencia”

Se impartió este curso a las colaboradoras en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Santa Mónica, con el objetivo de conocer y describir las formas de violencia, así como la dinámica y las consecuencias que ésta provoca en las personas sobre las que se ejerce y al mismo tiempo, promover las maneras y alternativas que se pueden dar para abandonar esta forma de interacción.

Se impartió en las instalaciones del DIF Santa Mónica en abril del 2008.

Curso-taller: “Entendiendo la violencia” y curso-taller “Conductas de riesgo y prevención”

Se prepararon estos dos temas como parte del programa de “Escuela para padres” del CCH Azcapotzalco, el cual fue desarrollado en coordinación con la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala.

Fueron desarrollados pensando en las situaciones que viven los adolescentes y sus familias, especialmente en el caso de la violencia en sus diferentes manifestaciones, así como las diferentes conductas de riesgo a las que se exponen los jóvenes de este contexto. Se desarrolló especialmente para informar y orientar a los padres de familia de estos jóvenes así como para guiarles hacia el desarrollo de herramientas o medidas de prevención que podrían serles de utilidad en el manejo de estas situaciones de riesgo o de violencia.

3.3 Asistencia a foros académicos:

- ***Seminario: Humillación, Vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar.***

Impartido por el Dr. Carlos Sluzki, organizado por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A. C. el 28 de octubre de 2007. Tuvo una duración de 12 horas, se realizó en la ciudad de México.

- ***Foro Nacional sobre Prevención del Suicidio***

Asistí al II Foro Nacional sobre Prevención del Suicidio “El suicidio acaba con más que una vida”, los días 22 y 23 de noviembre de 2007, en Morelia, Michoacán. El evento fue organizado por la Secretaría de Salud de Michoacán y por la Asociación Mexicana de Suicidología, A. C.

- ***Seminario de Historias Familiares***

El 25 y el 26 de abril de 2008 asistí al seminario: “Historias Familiares”, impartido por el Dr. Luigi Boscolo, co-fundador del Modelo de Terapia de Milán. Este seminario fue organizado por el área de Ciencias del Comportamiento y Educación de la Universidad del Noreste en la ciudad de Tampico, Tamaulipas.

- ***Taller: Psicología Positiva: Aplicación práctica en el trabajo clínico***

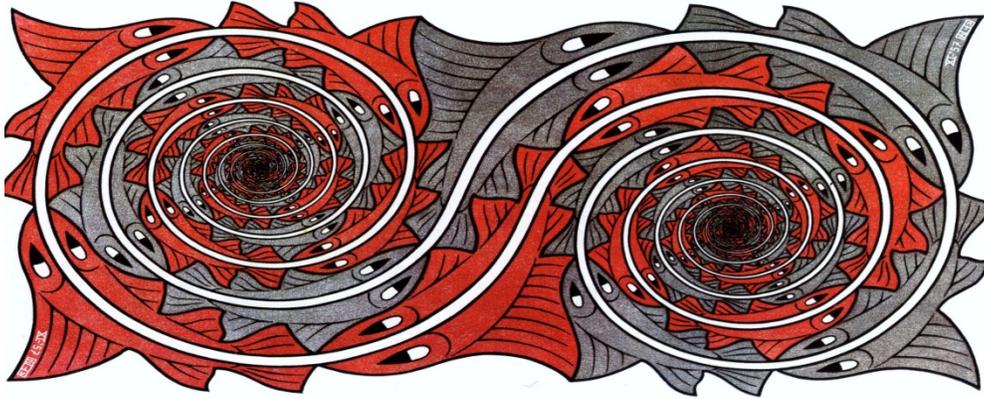
Este taller fue organizado por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León y se efectuó los días 9 y 10 de junio de 2008, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Fue impartido por el Maestro Bill O’Hanlon, quien es uno de los creadores del Modelo de Terapia Centrada en Soluciones, también del Modelo de Terapia de Posibilidades y últimamente, partidario de la Psicología Positiva.

Presentación del trabajo realizado en foros académicos:

Participé en el “Segundo Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología” realizado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala los días 18 y 19 de agosto del 2008, con la presentación en una ponencia de la investigación realizada durante la residencia intitulada: *“Evaluación de las Relaciones de Violencia en el Aula (bullying) en Adolescentes”*.

CAPÍTULO IV.

CONSIDERACIONES FINALES



1. Habilidades de compromiso y ética profesional.

La maestría en Terapia Familiar fue creada con el objetivo de formar personal altamente capacitado que haga frente a la problemática demandada por la población de México. Se necesitan psicólogos competentes, capaces de delimitar y detectar las variables asociadas a problemas psicológicos específicos y poner alternativas de solución efectivas.

Es por tanto, que la formación recibida en la residencia de terapia familiar ha sido sumamente enriquecedora en mi formación como terapeuta, las habilidades adquiridas son las siguientes:

Capacidad para abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y otros sistemas sociales, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven, el lenguaje y la construcción de significados.

Conocer y aplicar las modalidades de intervención de los modelos de terapia, así como su evolución histórica, desde los enfoques centrados en estructura, en proceso, y en la construcción del significado.

Adquirí una serie de habilidades teórico conceptuales de los diferentes modelos expuestos en el programa, conozco su aplicación clínica y puedo construir hipótesis adecuadas a cada uno de ellos.

Entre las habilidades clínicas, de detección, evaluación y tratamiento obtenidas durante la residencia se encuentran: la capacidad de observación del proceso terapéutico, establecer contacto con quienes demandan el servicio, entrevistar, definir motivos de consulta, evaluar los tipos de problemáticas que se presentan, definir objetivos terapéuticos, aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos, promover el cambio dentro del proceso de terapia, evaluar resultados y terminar la terapia, saber seleccionar las técnicas adecuadas para la intervención profesional.

También alcancé habilidades de investigación y enseñanza entre ellas se encuentran las que siguen: elaborar programas y proyectos de salud comunitaria, diseñar programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales.

El tener la ocasión de entrar al programa de posgrado fue una oportunidad en mi formación como psicóloga que se ha convertido en una experiencia gratificante, puedo decir que el deseo de dar atención a la vida emocional de las persona fue algo que me apasionó desde una etapa muy temprana de mi vida, siendo esto lo que me motivó a estudiar psicología, sin embargo, una vez que terminé la licenciatura tenía la idea de que no estaba preparada para enfrentarme al quehacer clínico ya que creía que mi formación no era suficiente, tomé la decisión de competir por un lugar en el posgrado sobre todo por el gran número de horas

CONSIDERACIONES FINALES

que proponen de práctica con supervisión, es en donde la residencia se convierte en una sólida formación para los terapeutas, el momento en el que uno se enfrenta con ese primer paciente y los nervios lo invaden por esa incertidumbre que acompaña al terapeuta novel, es posible pasarla en un acompañamiento que funciona como soporte y fortaleza gracias al equipo que se forma en la residencia entre supervisores y equipo terapéutico.

Intelectualmente la maestría proporciona los fundamentos teóricos y epistemológicos que permiten llegar a la aplicación correcta de modelos y técnicas terapéuticas, es posible entender la importancia de una profesionalización, ya que las propuestas que hace la terapia sistémica tienen principios y provienen de un paradigma y una teoría fundamentados en el pensamiento científico. En mi paso por lo residencia he construido la vivencia de que un terapeuta no deviene por ensayo y errores es necesaria una formación académica y práctica.

De las partes más importantes de la residencia es sobre todo cuando se trabaja la persona del terapeuta, a través de esta propuesta se llega a un desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social. Se crea una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios. Se crea una sensibilidad para percibir las necesidades de la población y responder a ellas de manera profesional.

Se aprende a mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales. Se hace un compromiso que implica la responsabilidad de actualizar e innovar las capacidades profesionales de manera constante y permanente.

Así también se forma la responsabilidad de tomar la decisión de iniciar un proceso terapéutico si la persona del terapeuta se ve alterada por su práctica o por acontecimientos de su vida personal. En lo particular es un punto al que hay que poner suma atención ya que no hay una forma de evaluación de la vida emocional

del terapeuta ni de ninguna persona, es al menos una manera de mantenerse dentro de la ética ya que permite que el terapeuta tenga un diálogo con otro que le presta su mirada y le permite incluir una visión distinta que lo aleja de su propia alienación y enajenación.

Referencias

- Anderson, H. (1997) *Conversation, language, and possibilities: a postmodern approach to therapy*. Michigan: BasicBooks.
- Anderson, H. (2002) *Supervision as a collaborative community*. Music Therapy Today. Recuperado el 11 de Mayo del 2009 de <http://musictherapywold.net>
- Anderson, H. (2007). *A postmodern umbrella: language and knowledge as relational and generative, and inherently transforming*. En H. Anderson y D. Gehart (Eds): *Collaborative Therapy. Relationships and conversations that make a difference*. (pp.43-62). New York.
- Bertalanffy, L. (1984). *Tendencias en la teoría general de sistemas*. Alianza Universidad: Madrid.
- Bertalanffy, L. (1986). *Teoría general de los sistemas*. Fondo de Cultura Económica: México.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Paidós: Barcelona.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del Tiempo*. Paidós Terapia Familiar: España.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L., Cecchin, G., (2003). Hoffman, L. & Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cecchin, G., Lane, G. & Ray, W. (2002). *Irreverencia*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la soluciones en terapia breve*. Barcelona: Paidós.

REFERENCIAS

- De Shazer, S. (1988). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- Desatnik, O., Franklin, A. & Rubli, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión, *Psicoterapia y familia*, 1 (15), 47-56.
- Eguiluz, L. L. (2006). *La teoría sistémica, Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UAT, UNAM.
- Espinosa, S. (2000). *El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones*. En Eguiluz (comp). *Terapia Familiar*. (pp. 115-138). México: Pax.
- Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Freedman, J. y Combs, G. (2002) *Narrative Therapy with Couples...and a Whole Lot More: A Collection of Papers, Essays and Exercises*. Dulwich Centre Publications.
- Freidberg, A. (1989). *Terapia Breve: premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencia subyacente a la terapia breve*. *Psicoterapia y familia*, 1(2), 30-39.
- García, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (2005) Si las personas son textos En Arce, L. (Comp.): *Terapias Postmodernas: aportaciones construccionistas*. Pp. 111-140. México: Editorial Pax.
- Gergen, K. (2006) *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Gergen, K. J. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.

REFERENCIAS

- Gergen, K. J. (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Gergen, K. J. (2006). *Construir la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Giorgio, N. y Watzlawick, P. (2003). *Terapia breve: filosofía y arte*. España: Herder.
- Goldenberg, I., y Goldenberg, H. (2000) *La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias*. Recuperado el 13 de febrero de 2006 de <http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1>.
- Haley J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Haley, J. (2005). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1989). Una Posición Constructivista para la Terapia Familiar. *Psicoterapia y Familia*. 2(2), 17-23.
- Keeney, B. & Ross, J. (1993). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Leñero, O. (2006). *Prediagnóstico sobre la Dinámica Familiar en México*. México: Editorial DIF.
- Limón, G. (2005) *El giro interpretativo en psicoterapia*. México: Editorial Pax.
- Linares, J. (1996). *Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- London, S.; Ruíz, G.; Gargollo, M. Y M. C. (1998). Clients's voices: A collection of clients's accounts. *Journal of Systemic Therapy*. 17 (4), 61-71.
- MacNamee, S. y Gergen, K. (1992) *Therapy as social construction*. London: Sage.

REFERENCIAS

- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mahoney, M. J. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1985). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1998). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Morín, E. (2006). *El Método 6. Ética*. Madrid: Cátedra.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2003). *Terapia breve: filosofía y arte*. España: Herder.
- O'Hanlon, W. & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Bertolino, B. (1998). *Even from a broken web. Brief, respectful solution-oriented therapy for sexual abuse and trauma*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. España: Herder.
- Piercy, F., Sprenkle, J. y Wechler, J. (1996) *Family therapy sourcebook*. New York: Gilford Press.
- Quick, E. (1996). *Doing what Works in brief therapy: a strategic solution focused approach*. San Diego: Academic Press.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000) *Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata G. (1990). *Elaboración de hipótesis, circularidad y neutralidad: tres directrices para la coordinación de la sesión*. En: M. Selvini, (Comp.), *Crónica de una investigación* (pp. 336-352). Barcelona: Paidós.

REFERENCIAS

- Shotter, J. (1993) *Conversational realities: constructing life through language*. London: Sage.
- Von Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Von Glasersfeld, E. (2000). *El constructivismo radical o la construcción del conocimiento*. En P. Watzlawick y G. Nardone: *Terapia breve estratégica* (pp. 39-50). Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1997). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- White, M. y Epston, D. (1992) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetic: Or Control and Communication in the animal and the machine*. The technology press & Jonh Wiley & Sons., New York.
- Witzezaele, J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto: historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- Wittgenstein, L. (1930). *Conferencia sobre Ética*. Edición Electrónica de www.philosophia.cl / Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.