



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
CÉSAR PÉREZ VELÁZQUEZ



JURADO DEL EXAMEN:

PRESIDENTE: MTRA. CAROLINA MARINA DÍAZ -WALLS ROBLEDO

VOCAL: MTRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ

SECRETARIO: DRA. IRIS XÓCHILT GALICIA MOYEDA

SUPLENTE: DRA. DOLORES MERCADO CORONA

SUPLENTE: DRA. MARÍA ELENA RIVERA EREDIA

MÉXICO, D. F.

JUNIO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi pequeña hija Aleida;
faro, luz de mi vida...

Agradezco

A mi pequeña familia extensa y nuclear.

A los usuarios del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila y del Hospital Psiquiátrico la Salud que me permitieron formar parte de su relato de vida.

A mi tutora y revisora por su ejemplo y sus observaciones siempre oportunas para la culminación de mi reporte.

A los profesores de la residencia por su guía e instrucción, en especial a la Dra. María Blanca Moctezuma Yano.

A la Dra. Edith Guerrero Uribe y a la Sra. Lupita Rodríguez, por su apoyo y comprensión.

A mis compañeros y amigos que son muchos, en especial a Elizabeth por su complicidad y paciencia en la redacción del reporte.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y al Programa Nacional de Becas para Estudios de Postgrado (DGEP) de la UNAM, por las becas otorgadas.

A los miembros del jurado designado para el examen profesional, por sus observaciones siempre presentes en mi superación profesional y personal.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I	
Familias y terapia familiar	
1.1. Características del campo psicosocial del terapeuta familiar	5
1.1.1. Antecedentes históricos de la terapia familiar	5
1.2 El desarrollo de la terapia familiar en México	12
1.3 La familia en México sus características y problemáticas	14
1.3.1 Transacción demográfica y estructura familiar	15
1.3.2 Género, familia y violencia	18
1.3.3 Parejas y Ley de Convivencia	20
1.3.3 Familia y adicciones	22
Capítulo II	
Fundamentos de la terapia familiar sistémica	
2.1 Teoría general de los sistemas	24
2.2 Cibernética	28
2.2.1. Cibernética de primer orden	29
2.2.2. Cibernética de segundo orden	30
2.3 Teoría de la comunicación	31
2.4 El doble vínculo	35
2.5 Constructivismo en la terapia familiar	40
2.6 Construcciónismo social y terapia familiar	43
2.7 Modelos de intervención familiar	47
2.7.1 El modelo MRI	47
2.7.2 El modelo Estratégico	49
2.7.3 El modelo Estructural	51
2.7.4 El modelo de Milán	54
2.7.5 El modelo de Soluciones	58
2.7.6 El modelo Colaborativo	59
2.7.7 El modelo Narrativo	60

2.7.8 El modelo Reflexivo	63
Capitulo III	
Entidad y secuencia del trabajo clínico	
3.1 Entidad donde se realizó al trabajo clínico	69
3.1.1 Contexto institucional	69
3.1.2 Descripción del centro	70
3.1.3 Hospital Psiquiátrico la Salud	71
3.2 Secuencia de participación en la entidad	72
Capitulo IV	
Desarrollo y aplicaciones de competencias profesionales	74
4.1 Presentación de casos clínicos por familias	
4.1.1 Familia I	77
4.1.2 Familia II	93
4.2 Análisis del sistema terapéutico total	100
Capitulo V	
Desarrollo y aplicaciones de competencias profesionales	
5.1 Habilidades de investigación	103
5.1.1 Investigación Cualitativa	105
5.1.2 Investigación Cuantitativa	158
5.2 Actividades de difusión	163
5.3 Actividades extracurriculares	164
5.4 Habilidades y competencias adquiridas	165
Conclusiones	167
Bibliografía	170

RESUMEN

El reporte de la experiencia profesional tiene como objetivo el exponer, analizar y evaluar los conocimientos, habilidades y competencias adquiridas, durante mi formación en el Programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar Sistémica.

Este reporte echa un vistazo a los antecedentes históricos de la terapia familiar y hace una pequeña recapitulación de sus personajes más importantes.

Aborda el desarrollo de la terapia familiar en México; analiza los cambios, las perspectivas y problemáticas en la estructura de la familia mexicana.

Así mismo se integra un análisis de los fundamentos epistemológicos de la terapia que incluye los siguientes rubros: Teoría General de los Sistemas, Cibernética, Teoría de la Comunicación, el Doble Vínculo, Constructivismo, Construccinismo Social en la Terapia Familiar y Modelos de Intervención Clínica.

Para mostrar el desarrollo y competencias profesionales en el aspecto clínico muestro dos casos; el primero visto bajo un modelo directivo conocido como MRI. El segundo caso es abordado en una perspectiva no directiva bajo la lente del modelo de Soluciones.

El reporte además incluye el análisis del sistema terapéutico total del que formé parte, así como las actividades de investigación realizadas, presento al siguiente el reporte de la investigación "Características de las redes sociales primarias en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual del Hospital Psiquiátrico La Salud", y el resumen de la investigación "Interacción Social en Conductas de Alimentación con Usuarios Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico La Salud"

Concluyo con la mención de las actividades de difusión y extracurriculares, además de una evaluación de las competencias adquiridas: ejecutivas, relacionales, teórico conceptuales y de reconocimiento personal.

INTRODUCCIÓN

De manera particular debo mencionar, que las familias siempre me han llamado la atención. A este respecto recuerdo la definición hecha por el Dr. Raymundo Macias: "la familia es un grupo de adscripción primaria ya sea natural, con lazos de consanguinidad o no, que comparten carencia o abundancia bajo un mismo techo, y que tiene como objetivo crear un sentido de pertenencia en sus miembros para que participen de manera activa y constructiva en la sociedad" (comunicación personal Dr. Raymundo Macias 2002)

En la familia transcurre lo cotidiano y es el espacio común donde vivimos la individualidad. El ser humano desde su inicio como especie ha sido un ser gregario por naturaleza y necesidad. Los rasgos más humanos como la comunicación y la conciencia hallan una explicación común que pasa por el grupo y por ende por la familia.

Por mencionar, se han encontrado restos óseos de hombres Neandertales, que sufrieron algún tipo de discapacidad a edades tempranas y que llegaron a una avanzada edad, situación prácticamente imposible por las condiciones terriblemente adversas del medio ambiente. La explicación de tal hecho es la familia como soporte y estructura de solidaridad.

La familia con sus características funcionales y estructurales depende de los contextos históricos y sociales. La familia nuclear conyugal, como la conocemos, tiene un pasado reciente apenas dibujado desde el siglo XVIII por las condiciones de la revolución industrial.

En México y en América Latina los estudios sobre la familia se dan a partir de los años sesentas del siglo pasado, este auge se presenta por una necesidad de los gobiernos de analizar los avances económicos y sociales de sus gestiones.

De manera particular en nuestro país no es posible hablar de una familia mexicana, esto es debido a la diversidad cultural, económica y social producto de más de tres mil años de historia.

Por mencionar en México se podrían hacer análisis de las familias en función de la diversidad étnica, de regiones geográficas, de la lengua y formas que significan el mundo, de condiciones económicas, etc. Los cambios vertiginosos de este fin de siglo también moldean formas nuevas de organización al interior de las familias; las familias como

sistema abierto responden a las condiciones sociales optimizando su funcionamiento de diversas formas.

Desde el surgimiento de la terapia familiar, como un campo de saber delimitado, los terapeutas se han acercado a éste agregado, para tratar de entender los mecanismos, los contextos, los significados de ésta institución primaria que es la familia.

En el siguiente reporte de experiencia profesional refiero los conocimientos, las competencias y habilidades adquiridas a lo largo de mi formación. En el primer capítulo hablo de manera sucinta la historia de la terapia familiar y sus primeros desarrollos en Estados Unidos de Norteamérica y Europa, realizo una pequeña recapitulación de sus personajes más importantes y su aportación al campo de conocimiento. Al final de este capítulo refiero el desarrollo de la terapia familiar en México, y analizo de manera muy breve las características de las familias que fueron atendidas en la residencia.

En el capítulo dos me refiero, de manera muy general, a los fundamentos epistemológicos de la terapia familiar con orientación sistémica. Abordo al final las influencias que han tenido el constructivismo y el construccionismo social en la forma de entender y hacer terapia, lo que es conocido actualmente como la post modernidad.

El capítulo tres hablo de las entidades en donde se desarrolló el trabajo clínico. En este capítulo describo las características estructurales y funcionales del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila y del Hospital Psiquiátrico la Salud perteneciente al ISEM.

En este capítulo muestro un pequeño esquema que ejemplifica mi desempeño con las siete familias que atendí de manera directa en la residencia. Este esquema da cuenta de: motivo de atención, tipo de abordaje teórico, número de sesiones y si el proceso fue concluido o no.

En el capítulo cuatro elaboro un análisis detallado de dos casos clínicos; el primero bajo una modalidad directiva, apegado a las intervenciones del modelo MRI. En este caso realizo una evaluación del sistema familiar, para lo cual me apoyo en el familiograma de Mac Goldrick y la guía Macmaster.

El segundo caso lo analizo bajo una modalidad no directiva, y trato de apegarme a los principios de la terapia centrada en soluciones. Este caso lo presento siguiendo los principios de parsimonia y economía del modelo ya mencionado. Cabe aclarar que en los modelos no directivos, no se cuenta precisamente con una forma definida para presentar los casos, por lo que divido el proceso en tres etapas a saber: 1) Conformación del

sistema terapéutico y definición de un problema soluble; 2) la sesión como intervención; 3) evaluación de los cambios, progresos y su permanencia.

Finalmente en el capítulo cinco desarrollo las habilidades de investigación adquiridas, para lo cual presento el reporte de investigación cualitativa: "Características de las Redes Sociales Primarias en Pacientes con Esquizofrenia Residual del Hospital Psiquiátrico la Salud"

La segunda investigación fue de corte cuantitativo y muestro el resumen que participó en el VII encuentro de investigaciones en salud del Estado de México.

Concluyo mi reporte con un análisis de las habilidades adquiridas a lo largo de mi formación en la maestría en psicología con residencia en terapia familiar, que se ubican en los siguientes rubros: habilidades ejecutivas, relacionales, teórico conceptuales y de evaluación personal.

CAPITULO I

FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR

1.1 Características del campo psicosocial del terapeuta familiar

1.1.1 Antecedentes Históricos de la Terapia Familiar

Autores como Guerin mencionan que el surgimiento de la terapia familiar se da en los Estados Unidos de Norteamérica en el contexto conocido como la post guerra, hacia finales de la década de los cuarenta e inicios de los cincuentas. El regreso a casa de los combatientes, la reintegración de éstos a su familia y los problemas que ello trajo, saturó los servicios de salud mental que existían a lo largo del país.

Este autor menciona que los métodos convencionales de tratamiento psiquiátrico resultaban frustrantes para dar solución a dos problemas fundamentales que se presentaban en el ámbito de la salud mental: uno referente al trabajo con familias que tenían algún miembro con diagnóstico de esquizofrenia, y dos, el abordaje de problemas de conducta en menores infractores. (Guerin, 1976)

En este caso Murray Bowen en un artículo que apareció en El Manual de Psiquiatría Americana en los años cincuentas, indica que el surgimiento de la terapia familiar se vio en cierta medida frenado por dos principios fundamentales de la práctica clínica del psicoanálisis. Por una parte lo referente al proceso de transferencia y contratransferencia y la imposibilidad que se integraran otras personas al proceso, pues se consideraba que la presencia de un extraño contaminaba la relación terapéutica. Por otra parte se tenía o se mantenía en secreto el desarrollo del proceso intra psíquico lo cual impedía la observación y por ende la discusión de los casos.

Otros autores como Sánchez y Gutiérrez (2000) ubican el surgimiento de la terapia familiar en la década de los treinta en Europa y Norteamérica, casi de manera simultánea. Menciona que en Alemania Hirshfeld inició en 1929 sus estudios sobre la familia y en 1930, en EUA Popeone abre la clínica del Instituto de Relaciones Familiares en los Ángeles, California.

Por su parte Lynn Hoffman coincide con Guerin y ubica el nacimiento de la terapia familiar hacia finales de los años cuarenta e inicios de los cincuenta. Hoffman menciona que el movimiento de la terapia familiar empezó cuando por primera vez se observó a personas con comportamiento sintomático en su hábitat familiar, esto influenciado por los estudios en etología y comportamiento animal.

Explica ésta autora que antes de esto no existía terapia o entrevista inicial que inmiscuyera al padre o la madre. Sin embargo el movimiento de la terapia familiar crecía de manera furtiva, poco a poco, a lo largo de los Estados Unidos de Norteamérica. En un inicio los encuentros y desencuentros entre los terapeutas eran casuales y se comunicaban sus hallazgos entre sí, descubriendo sus similitudes. (Hoffman, 1998)

Los pioneros en este movimiento fueron: Bateson, Jackson, Weakland, y Haley en la costa oeste. En la ciudad de Nueva York Salvador Minuchin y Nathan Ackerman, En Filadelfia Boszormegy Nagy y James Framo, en Atlanta Karl Whitaker y en Washington D.C. Murray Bowen.

Estos investigadores se interesaron y concentraron su estudio en las propiedades de la familia como sistema. A continuación haré una pequeña reseña de éstos pioneros y sus aportes al campo de la terapia familiar.

Costa Este (Nueva York)

Nathan Ackerman

Quizás sea el pionero más reconocido en el campo de la terapia familiar. De formación psicoanalítica trabajó con niños con algún trastorno psiquiátrico. Se menciona que en 1937, a la edad de 28 años, publicó un artículo que llevaba como título: La Familia como una Unidad Emocional y Social. A grandes rasgos Ackerman menciona en éste artículo que ningún ser humano puede vivir alejado de los otros seres humanos, y que las experiencias que marcan nuestras vidas se dan en el seno de las relaciones tempranas que adquirimos en la familia.

Inclusive autores como Guerin mencionan que el nacimiento de la terapia familiar se da con los trabajos de Ackerman como director del departamento de atención infantil de la ciudad de Nueva York. En 1960 fundó el Instituto de la Familia en esta misma ciudad, con el fin darse así mismo un lugar para organizar y enseñar sus trabajos. A la postre el instituto se llamó Ackerman como homenaje a este pionero. El instituto Ackerman ha formado a terapeutas como Israel Zwerlin y Salvador Minuchin. (Guerin, 1976)

Otra de las aportaciones de Nat, como le decían sus amigos, es la creación de la primera revista especializada en el campo de la terapia familiar: Family Process en 1962, esto de manera conjunta con Don Jackson.

Salvador Minuchin

Terapeuta de origen argentino es otro de los pioneros del movimiento de la terapia familiar. A comienzos de los años sesentas trabajó en Wiltwyck School, donde con otros investigadores elaboró un proyecto de investigación con familias que tenían por lo menos dos hijos con problemas de delincuencia juvenil. Estas investigaciones, apunta Richard Rabkin, se dieron por un sentido de desesperanza al ser ineficaces los tratamientos psiquiátricos y psicoanalíticos que prevalecían en esa época.

Las investigaciones de Minuchin se hicieron particularmente en los barrios bajos de la ciudad de Nueva York con población de origen puertorriqueño. Minuchin comprendió que muchos de los problemas con las familias y los menores infractores, no eran de origen psicodinámico, más bien estaban asociados a los bajos ingresos y a la situación de emigrantes que prevalecían. Cuando a éstas familias se les brindó orientación y apoyo su sintomatología desapareció. (Guerin, 1976)

Sánchez menciona que Minuchin trabajó en Israel con familias que habitaban en los Kibutz, allí se fueron gestando sus ideas particulares acerca de la familia, su estructura y las fronteras entre los subsistemas, que son la semilla gestora del modelo de terapia estructural. (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Otros de los trabajos de Sal, como le gusta que le digan, están relacionados con problemas de tipo alimenticio como son la anorexia o la bulimia y su relación con la dinámica familiar.

Probablemente después de Palo Alto y el Instituto Ackerman, Wilwick School sea el instituto que más aportó para la consolidación del movimiento de la terapia familiar en Norteamérica.

Filadelfia

James Framo e Ivan Boszormegy Nagy

Filadelfia ha sido central en el desarrollo del movimiento de la terapia familiar desde los años cincuentas. En 1958 Ivan Nagy se integró al Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute (EPPI) en donde trabajó investigando los procesos psicóticos en familias. El equipo conformado por Nagy estaba integrado por Jim Framo, Dave Rubenstein y Geraldine Lincoln. Ellos organizaron el primer programa de capacitación de terapeutas en Holanda en el año de 1967. Además el grupo de Nagy se encargó, a través de conferencias, de difundir los principios de la terapia familiar a lo largo de los Estados Unidos.

Nagy es considerado como uno de los grandes originales dentro del quehacer de la terapia familiar. Su forma de hacer terapia está considerada, según Hoffman, dentro de los enfoques históricamente orientados. (Hoffman, 1998)

Entre las aportaciones teóricas hechas por Ivan Nagy están el libro *Terapia Familiar Intensiva* que se publicó en 1965 en colaboración con James Framo, y el libro *Invisible Loyalties* publicado a inicios de los años setentas en colaboración con Geraldine Spark. Este libro a grandes rasgos hecha un vistazo a las lealtades que se dan a través de las generaciones dentro de las familias extensas.

Costa Oeste (California)

En 1952 **G. Bateson** dirigió un proyecto de investigación para indagar el efecto de las paradojas en la comunicación. En un inicio el grupo de investigadores estaba formado por **Bateson, Jay Haley y John Weakland**, quienes publicaron en 1956 *Hacia una Teoría de la Esquizofrenia*, éste trabajo derivó en la teoría del doble vínculo. Cabe mencionar que en el libro *Pasos Hacia una Ecología de la Mente* se atribuye a Haley el haber reconocido, en la sintomatología del esquizofrénico, la incapacidad de poder discriminar los tipos lógicos que se dan en la comunicación.

Haley menciona que comúnmente se oye hablar del grupo de Palo Alto y sus aportes en el campo de la comunicación, sin embargo en Palo Alto hubo dos grupos que diferían marcadamente en sus ideas. Por una parte estaba el grupo dirigido por Bateson (que trabajo específicamente en Menlo Park) y su proyecto que apuntaba hacia una ecología de las ideas, y el grupo de *Palo Alto* que fue conformado después por **Don Jackson, Paul Watzlawick, Weakland y Fisch**. Este grupo publicó en 1967 *Pragmática de la Comunicación Humana* que de manera posterior desarrolló la modalidad de la terapia estratégica. (Haley, 1999)

Todo campo del saber inicia delimitando su objeto de estudio, en éste caso si bien desde los años cincuentas el campo de estudio se había definido como el sistema familiar, los trabajos de Bateson y del grupo de Palo Alto brindaron los instrumentos teóricos necesarios para la investigación en el campo de la terapia familiar, inclusive las ideas de Bateson han sido germinales en modelos dentro del quehacer terapéutico como son: el modelo de Milán, las terapias Narrativas, el Equipo Reflexivo, por mencionar algunos.

Washington DC

Murray Bowen.

Se dice que la historia del movimiento de la terapia familiar en Washington D.C. es la historia de Murray Bowen. Desde 1951 Bowen, trabajó en el Instituto Nacional de Higiene Mental (NIMH) y después en la escuela de medicina de la universidad de Georgetown en el departamento de psiquiatría. Bowen fue el primer psiquiatra que trabajó con pequeñas villas en donde internaba a familias completas y pacientes con el fin de investigar los procesos relacionales y de manera particular, la relación simbiótica entre el paciente y su madre.

Observó que los pacientes que recibían terapia conjunta con sus familiares progresaban más rápidamente que aquellos que eran tratados de forma individual.

Para 1956, menciona Daniel Sánchez, se instaló en Georgetown donde inició un programa para la formación de terapeutas familiares en donde implantó su estilo propio. Se menciona que para finales de los años sesentas e inicios de los setentas se produjeron, en este lugar, una gran cantidad de artículos así como talentosos investigadores clínicos como Shapiro, Beels y Reiss.

También trabajó en el colegio médico de Virginia, en donde produjo una gran cantidad de excelentes videos para enseñar sus técnicas, su trabajo más notable en video es Steps Toward a Differentiation of Self. (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Bowen, menciona Salvador Minuchin, también consideró necesario incluir a la familia de origen del estudiante a terapeuta familiar. Él requería que sus estudiantes volvieran a sus familias de origen, exploraran el pasado familiar hasta donde hubiese trazas históricas y que trataran de producir cambios favorables en las relaciones de los miembros de su familia. Esta técnica a la postre se ha difundido de manera amplia y ha sido retomada por otros centros de investigación y de formación terapéutica. (Minuchin, 1999)

Atlanta

Karl Whitaker

Guerin menciona que desde los años cuarentas Carl Whitaker trabajó con John Warkenton en Tennessee. Ellos empezaron trabajando en la modalidad de coterapia, primero observando a niños y adolescentes con problemas de conducta y delincuencia, después en los años 1945 y 1946 ambos se empezaron a interesar en los procesos

interaccionales y su relación con la esquizofrenia. En éste tiempo Whitaker empezó a incluir a los cónyuges e incluso a los hijos en el proceso terapéutico.

En 1946 Whitaker se traslado para Atlanta, como jefe de psiquiatría en la clínica Emory donde trabajó con las familias obteniendo resultados favorables. En 1955 Whitaker dejó la Universidad de Emory para dedicarse a la práctica clínica de forma privada. En 1965 fue propuesto como profesor de tiempo completo en la Universidad de Wisconsin donde se dedicó exclusivamente a la práctica de la terapia familiar. Las sesiones de Whitaker eran muy particulares; empezaba invitando a los abuelos a las sesiones y después a otros miembros de la familia extensa, de tal suerte que en una sesión de fin de semana llegaba a tener de 35 a 40 miembros de una familia. (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Whitaker es otro de los grandes originales, es precursor de la terapia de lo absurdo; sus técnicas se basan en enfrentar de manera provocativa la sintomatología de la familia. Su fin es hacer entrar al sistema familiar en crisis con el fin de que arriben a una forma de organización distinta. Sus técnicas terapéuticas y su forma de trabajar están consideradas dentro de la segunda cibernética. (Hoffman, 1998)

Whitaker, menciona Daniel Sánchez, estuvo presente en todos los eventos importantes del desarrollo de la terapia familiar desde los años cuarentas. A él se le debe dar crédito por haber convocado la primera reunión del movimiento de terapia familiar, así como ser de los primeros editores de Family Process. Whitaker falleció en 1995. (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Desarrollo posterior de la terapia familiar

De 1964 a 1968 Guerin apunta que aparecieron una gran cantidad de publicaciones en el ámbito de la terapia familiar, así como la realización del primer audiovideo a color producido por Birdwhistle y Schefflen. Este video mostraba a Ackerman, Bowen, Jackson y Whitaker entrevistando e interviniendo cada uno a algunas familias. (Guerin, 1976)

El Instituto de la Familia de Filadelfia fue formado en 1964 por aproximadamente once investigadores clínicos en el ámbito de la familia. Nagy y Framo editaron, en conjunto, terapia familiar intensiva, mostrando el trabajo y descubrimientos clínicos desarrollados con familias a largo de los Estados Unidos de Norteamérica. En 1966 Bowen publicó El Uso de la Teoría Familiar en la Práctica Clínica, que fue considerado el mayor aporte teórico de la terapia familiar sistémica. Watzlawick y Jackson

publicaron *Pragmatics of Human Communication*, y Virginia Satir publicó *Conjoint Family Therapy*.

Al final de los años sesentas se presentaron una serie de desplazamientos geográficos de los investigadores clínicos: Whitaker abandonó Atlanta para ser designado profesor de la Universidad de Wisconsin; Satir abandonó el MRI y llegó a Esalen; Haley Abandonó el MRI y se dirigió a Filadelfia para encontrarse con Minuchin, quien se había marchado de New York. En enero de 1969, la gran familia de terapeutas familiares sufrió una profunda pérdida con la muerte de Don Jackson quien fue uno de los principales pioneros del movimiento.

Hacia finales de los años sesentas los trabajos de Minuchin sobre anorexia y familias psicósomáticas se publicaron y los escritos teóricos de Haley empezaron a cobrar reputación. El simposio de la universidad de Georgetown se expandió y pasó de ser una reunión para alumnos del programa de residencia a una reunión que llegaba a convocar cientos de personas cada año.

Finalmente, apunta Guerin, hacia finales de los años sesentas las tendencias teóricas que se fueron gestando al interior del movimiento de la terapia familiar se intensificaron y entraron en crisis. La batalla se centró sobre los conceptos de locura, el término de transferencia y la necesidad de incluir el concepto del inconsciente en el trabajo con las familias. Sin embargo, después de la muerte de Nathan Ackerman en 1971 la batalla se decidió. Ackerman era uno de los más celosos y creativos terapeutas que consideraban lícito incluir los términos del psicoanálisis en la práctica clínica de las familias. Después de su muerte el centro de la terapia familiar se desplazó a la teoría sistémica con las consecuencias teóricas y en los modelos que todo ello trajo. (Guerin, 1976)

A partir de los años setentas menciona Sánchez, se da la consolidación definitiva del movimiento de la terapia familiar. En ésta década, menciona Hoffman, existían tres tendencias en la forma de conceptualizar y hacer terapia: **el modelo Ecológico, el modelo Estratégico y el modelo Estructural**. (Hoffman, 1998)

El desarrollo de la terapia familiar en los últimos años ha sido impresionante, han surgido una gran cantidad de escuelas y estilos terapéuticos, algunos basados en los aportes de los pioneros como Bateson, Watzlawick o Milton Erickson, otros han sido influenciados por los aportes de los filósofos o biólogos como Maturana, Von Foester, Varela, y otros más se han acercado a las tesis del construccionismo social, la antropología o la literatura. En éste sentido es esclarecedor lo que menciona Pineda: que

en los últimos treinta años los modelos han crecido de 60 a más de 250 lo que significa un crecimiento cercano al 400% citado en Hubble, Duncan y Miller. La labor, en la actualidad, de los investigadores en las áreas clínicas es indagar qué existe de común en ésta Babel y qué es lo que funciona de cada una de las modalidades terapéuticas, es decir qué es lo que cura independientemente de la epistemología, el modelo o la técnica. (Pineda, 2004)

Las investigaciones de Hubble, Duncan y Miller encontraron que lo que provoca el éxito en la psicoterapia es lo siguiente:

- a) Factores extraterapéuticos, que provocan el 40% del éxito en psicoterapia;
 - b) Factores de relación terapéutica, inciden en un 30% en el cambio;
 - c) Factores referentes al modelo y técnica, con el 15% de influencia en el cambio;
- y
- d) Factores placebo, de expectativa, esperanza, que contribuyen el cambio en un 15%.

Finalmente al interior de la psicoterapia familiar se habla del desarrollo de dos modelos o formas de hacer terapia; por una parte los modelos directivos cuyas influencias se hallan en los aportes de la teoría de la comunicación humana y la cibernética de primer orden, y por otra parte las terapias no directivas que han retomado los aportes tempranos de Bateson y la cibernética de segundo orden. Estos desarrollos recientes, menciona Mony Elkaïm es un abanico de propuestas nuevas de terapeutas, que van de la adhesión de lo sistémico y la cibernética a su total rechazo, sin embargo Elkaïm es optimista y menciona que esta lucha es benéfica, pues ayuda a hacer una revisión limpia y nueva de la teoría lo que permite a la terapia familiar estar al tanto de la evolución sociocultural, sin la cual sería imposible mantener una alianza terapéutica, que como hemos visto tiene un peso muy significativo para hacer terapias exitosas. (Elkaïm, 1996)

A continuación haré un breve resumen del desarrollo de la terapia familiar en México.

1.2. El desarrollo de la terapia familiar en México

Según Sánchez y Gutiérrez se debe al Doctor Raymundo Macias en colaboración con los doctores Roberto Dervez y Lauro Estrada, el establecimiento del primer postgrado para la formación de terapeutas familiares en México, esto en la Universidad Iberoamericana en el año de 1969.

Se menciona, a su vez, que el Doctor Macías en el año de 1972 fundó el Instituto de la Familia A. C. IFAC. Este Instituto trabajó en un inicio en colaboración con instituciones de salud y enseñanza como la Universidad Iberoamericana, el Hospital de Pediatría, el Instituto Mexicano de Atención a la Niñez (IMAN), el Centro Servicios Psicológicos de la UNAM, el Hospital Psiquiátrico Infantil. Para 1989 el IFAC abrió su propia clínica en la Ciudad de México.

Desde los inicios de los años setentas la práctica de la psicología clínica en México se hallaba controlada por dos instituciones de corte psicoanalítico; la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) y el Instituto Mexicano de Psicoanálisis (IMP) fue hasta el año de 1981 que se fundó la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF). (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Según Pineda la Asociación Mexicana de Terapia Familiar organizó en los años de 1987, 1989 y 1990 tres congresos de nacionales de terapia familiar. Actualmente la presidenta en turno de esta asociación es la Dra. Alicia Olavaria de Tommasi. El objetivo de ésta asociación es el propiciar y facilitar el intercambio profesional y científico entre sus asociados, así como entre las organizaciones nacionales e internacionales afines; además de promover la puesta en marcha de programas de excelencia para la formación y capacitación de terapeutas que realizan su entrenamiento clínico en los institutos que pertenecen a la asociación y otros institutos de México y el extranjero; de igual manera asume la tarea de incidir en aspectos de la ética profesional de los psicoterapeutas afiliados.

Se menciona que la AMTF publica semestralmente la revista multidisciplinaria *Psicoterapia y Familia* que editó su primer número en 1986 (Pineda, 2004)

Otras de las instituciones pioneras en la terapia familiar en México es la Universidad de las Américas que fue fundada hace más de cincuenta años. La UDLA imparte el postgrado en psicología en dos especialidades: Género y Terapia Familiar.

En 1984 se fundó el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF) por el Dr. Ignacio Maldonado y colaboradores. Este instituto trabaja con un marco teórico analítico, sistémico y social.

Otras instituciones que son mencionadas por Sánchez son las siguientes: el Instituto de Terapia Familiar CENCALLI, fundado en 1987 por la Dra. Maria Luisa Velazco. Este instituto capacita terapeutas con grado de maestría y especialidad.

El Instituto Mexicano de Terapias Breves, S. C. (IMTB) fue fundado por la Dra. Mari Blanca Moctezuma Yano el 24 de octubre de 1986. (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Finalmente debo mencionar la maestría y doctorado en psicología con residencia en terapia familiar que ofrece la UNAM. Este postgrado pertenece al padrón de excelencia del CONACYT. Se cursa en cuatro semestres otorgando el grado de maestro en terapia familiar sistémica. Tiene como objetivos: El desarrollo de competencias profesionales en los alumnos, para el ejercicio especializado de la psicología de alta calidad en diversas áreas, manteniendo una actitud de servicio acorde a las necesidades sociales. La primera generación fue formada en el período lectivo 2001- 2003, a la cual pertenezco, y actualmente se está formando la quinta generación de terapeutas familiares.

A continuación haré un breve análisis de las características y problemáticas más comunes de la familia en México.

1.3 La familia en México sus características y problemáticas

México es un país pluricultural; con gran diversidad étnica, de costumbres y de lenguas que significan el mundo de diferentes maneras. En México confluye la diversidad social, económica e inclusive de regiones geográficas que van de los desiertos a las selvas húmedas.

En este contexto es imposible hablar de una familia mexicana, la familia como un sistema abierto se nutre de todos estos contextos. Sin embargo en una relación que podría parecer contradictoria la familia cobra identidad, estabilidad, pertenencia y continuidad.

Fried menciona a este respecto: *“La familia se organiza en cada momento con dominios a tractores que aunque diversos están relativamente unificados en configuraciones complejas y pueden coexistir como líneas alternativas o contradictorias, como remanentes o anticipaciones de nuevas formas dominantes de organización familiar.”* (Fried, 1992)

Este mismo autor menciona que precisamente la terapia familiar se nutre de la exploración de ésta multidimensionalidad de experiencias.

Por su parte Elkaïm asume que la terapia familiar debe estar al tanto de los avances socioculturales, pues esto ayuda a los terapeutas familiares a mantener las

alianzas terapéuticas que tienen un peso bastante significativo para hacer terapias exitosas. (Elkaïm, 1996), a continuación me refiero de manera sucinta a estos cambios socioculturales.

1.3.1 Transacción demográfica y estructura familiar

Según los datos del Consejo Nacional de Población CONAPO la transición demográfica ha contribuido a modificar el escenario en el cual se conforman las familias y los individuos en México.

Según Ávila (2005) los estudios realizados desde los años sesentas del siglo pasado hasta la actualidad muestran lo siguiente:

- El número de hogares se ha incrementado notablemente durante las últimas décadas, al pasar de 6.8 millones en 1960 a 22.7 en 2000.
- Los hogares han experimentado la reducción de su tamaño promedio: en 1976, cuatro de cada diez eran pequeños o medianos (es decir, formados por cuatro miembros o menos) condición que, en el año 2000, abarcaba a casi seis de cada diez unidades domésticas.
- Aún cuando el tipo de hogar más común en el país sigue siendo el nuclear, los hogares no familiares (que incluyen nuevos tipos de familia) han ganado peso gradualmente. Además, los arreglos familiares nucleares han experimentado ciertas transformaciones. Entre 1976 y 2000 los arreglos familiares del tipo nuclear pasaron de 71 a 68.3 por ciento del total de hogares y, dentro de ellos, los conformados por la pareja con hijos solteros representan la organización familiar predominante (82% en 1976 y 75.4 en 2000),
- Los cambios en la dinámica demográfica también han modificado la estructura por edad de las familias: en 1992, 40.6 por ciento de los hogares del país tenía al menos un niño menor de 5 años, para 1997 esta proporción había descendido a 37.4 por ciento. Asimismo, entre 1992 y 2000 se elevó de 16.6 a casi 18 por ciento la proporción de hogares donde hay, al menos, una persona de 65 años o más.

- Los hogares encabezados por mujeres se han incrementado rápidamente en el último cuarto de siglo, al pasar de poco menos de uno de cada ocho en 1976 a más de uno de cada cinco en 2000. La jefatura femenina es un fenómeno fundamentalmente urbano (ocho de cada diez jefas residen en estos contextos) y se concentra en etapas tardías del ciclo vital, ya que cerca de seis de cada diez hogares con jefatura femenina corresponden a mujeres que tienen 45 años o más.
- En México persiste un número significativo de hogares cuyos miembros viven en condiciones sumamente adversas. En el año 2002, 15.8 por ciento de los hogares del país (3.9 millones) contaba con un ingreso menor al que se considera necesario para cubrir las necesidades básicas de alimentación, mientras 21.1 por ciento de las unidades domésticas (5.2 millones) tenía un ingreso por persona menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, salud y educación. (Ávila, 2005)

Por su parte Tuiran (2001) señala los siguientes cambios que ha sufrido la familia mexicana en los últimos años y que se empalma armónicamente con los datos señalados por el Consejo de Población:

En México se da la coexistencia de diverso tipos de familias, con relaciones más o menos tradicionales o genuinamente emergentes. Destaca la persistencia de familias extensas, así como hogares monoparentales jefaturados por mujeres.

Se ha dado una reducción en el número de integrantes por familia, es decir ahora las familias son más pequeñas. Se está presentando un gradual desplazamiento de la figura del hombre por la mujer como proveedor único.

Se han incrementado las separaciones y divorcios, esto ligado a transformaciones en los derechos y deberes involucrados en el ejercicio de la vida en pareja y con los hijos.

En los jóvenes se ha dado un aumento de relaciones sexuales antes del matrimonio y recurrencias en embarazos. Pérdida de vigencia en las visiones y prácticas que reducen el ejercicio de la sexualidad humana a las tareas de la reproducción. En las últimas tres décadas, la tasa global de fecundidad en México descendió de 7 a 2.5 hijos promedio por mujer. Con la difusión de la práctica anticonceptiva y el control voluntario de

nacimientos modifican las pautas en el espaciamiento entre los hijos aunadas a una marcada reducción del periodo dedicado a la procreación.

Cambio en niveles de mortalidad. En México el promedio de vida en 1930 era de 36 años, en la actualidad es de 75. La baja esperanza de vida al nacer limita el tiempo de vida en común de los esposos, padres e hijos, y reduce la superposición entre miembros de tres o más generaciones sucesivas por largos periodos; condición indispensable para que pueda observarse una elevada frecuencia de arreglos extensos de tipo vertical. Los índices decrecientes de mortalidad traen consigo el aumento de proporciones de hombres y mujeres que sobreviven hasta edad avanzada, provocando la ampliación del tiempo potencial de convivencia familiar de padres, hijos, nietos y otros parientes. Lo que se acompaña de la multiplicación y la transformación de los eventos y sucesos que ocurren en la vida de los individuos y las familias; ampliación del propio espacio familiar a través del establecimiento de redes de intercambio; cooperación y reciprocidad entre distintas generaciones ya sea viviendo en un mismo techo o por medio de arreglos residenciales independientes de naturaleza variada. (Tuirán, 2001, citado por Pineda, 2004).

En el aspecto de la **educación** las mujeres han ido ganando terreno, el número de mujeres que estudian licenciatura es casi similar al de los hombres; 47 por ciento. En el caso de los estudios de postgrado esta cifra es de 42.9 por ciento.

El reporte elaborado por el Instituto Nacional de las Mujeres, junto con la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), indica que la elección de carrera se hace todavía con prejuicios y estereotipos de género, pues en carreras como pedagogía la matrícula de mujeres es superior a 75 por ciento, mientras que en ingeniería, apenas uno de cada 10 estudiantes es mujer. Los estudios realizados por el INEGI señalan que de manera global en el año 2000 los hombres tenían en promedio, 7.6 años de estudio y las mujeres de 7.1.

Un dato que es significativo es que si bien en promedio las mujeres son menor en número en los estudios de licenciatura, su eficiencia terminal es mayor; las mujeres tienen una eficiencia terminal del 49 por ciento, mientras que la eficiencia terminal de los varones es 4 puntos menor; 45 por ciento.

Sin embargo el mismo texto de la ANUIES señala que tal eficiencia terminal no se ve reflejada en las actividades productivas ya que, en la ciencia, la política y el mercado laboral en general, las mujeres se insertan en desventaja con relación a los hombres, por

citar son segregadas de puestos, y sus percepciones económicas son menores. (Reforma, 2007)

1.3.2. Género, Familia y Violencia.

La violencia es tan antigua como la propia humanidad, ya en el Pentateuco se menciona que el inicio de la civilización y de las ciudades se da con un hecho asociado con la violencia familiar; la muerte de Abel en manos de su hermano Caín.

Autores como la legista Rosa María Álvarez mencionan que el fenómeno de la violencia y el maltrato familiar no es un problema reciente, ha permanecido oculto, ignorado o inclusive tolerado a lo largo de la historia.

Esta autora menciona que a partir de la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, se crean contextos suficientes para llamar la atención sobre la violencia como un fenómeno que repercute de manera decisiva en la sociedad y en sus procesos de salud.

De manera particular se menciona que en los años sesentas se hicieron investigaciones sobre lo que fue llamado el síndrome del niño maltratado y en la década siguiente los movimientos feministas a lo largo del mundo llamaron la atención sobre las diferentes formas de desigualdad y de violencia que se ejercen sobre las mujeres. (Álvarez, 2007).

La violencia familiar es definida como:

" Todo acto de poder o omisión, intencional, recurrente, cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan una relación de parentesco por consanguinidad, que tengan o hallan tenido por afinidad civil, matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho , y que tiene como efecto causar daño, sea maltrato físico, maltrato psicoemocional o maltrato sexual." (Art. 30 de la ley de asistencia y prevención del la violencia familiar) (Álvarez, 2007).

En la familia transcurre lo cotidiano, es el espacio donde se adquieren valores y principios con los que opera el individuo en su vida privada y colectiva, y es ahí donde se perpetúa la discriminación de *género*, la desigualdad y los patrones de violencia que se repiten al conformarse nuevas familias.

La familia lejos de ser un lugar seguro es un lugar violento, las estructuras verticales y jerárquicas aunado a problemas como:

- Factores individuales; consumo de alcohol, depresión, trastornos de la personalidad y experiencias de maltrato infantil.
- Factores de relación; inestabilidad matrimonial y presiones económicas.
- Factores comunitarios de representación social; marcadas desigualdades y normas, tradiciones, género, sanciones débiles contra agresores, debilitamiento del tejido social y un sistema de justicia y de salud poco competente.

Según la encuesta sobre violencia familiar realizada por el INEGI en 1999 en el área metropolitana de la Ciudad de México reveló lo siguiente: una de cada tres familias 34% vive algún tipo de violencia, de ellas el 99.2 % señaló haber sufrido violencia emocional; el 16% de intimidación; el 11% de abuso físico; y el 11% de violencia sexual. Solamente uno de seis hogares violentos solicitó algún tipo de ayuda. El 34.4% admitió sufrir algún tipo de violencia de un millón de encuestados. Solo en el ramo de atención a mujeres violentadas por sus parejas se menciona que el costo de atención en materia de salud es de 92mil 292 millones de pesos al año casi seis veces el presupuesto que tiene designado la UNAM cada año para sus funciones. (Álvarez, 2007).

En relación a los estudios de género se menciona que México ocupa el lugar número 75 de 115 naciones evaluadas por el Foro Económico Mundial en relación a equidad de género, quedando por debajo de países como Honduras, Kenia y Malasia.

En la análisis denominado *"El índice de desigualdad de género 2006: un nuevo marco para avanzar hacia la equidad"*, se señala que en la participación económica y política, la mujer mexicana enfrenta los mayores rezagos, sobre todo, por la diferencia salarial y el escaso número de ellas que ocupan un lugar en el Congreso y en las secretarías de Estado.

Menciona Liliana Alcántara que para elaborar este análisis, se consideraron 14 indicadores agrupados en cuatro rubros: participación económica y oportunidades, logros educativos, salud y supervivencia, y empoderamiento político. De lo que destaca lo siguiente:

- En materia de participación económica y oportunidades, México se ubica hasta el lugar 98 de la lista mundial, ya que la fuerza laboral masculina constituye casi el doble que la de mujeres, y a ellas se les paga menos por desempeñar el mismo trabajo que ellos realizan.
- En cuanto al empoderamiento político, en el que se toma en cuenta la posición de la mujer en puestos de toma de decisiones, México se encuentra en el lugar 45 de la clasificación.

A grandes rasgos se menciona que México reprueba en los 14 indicadores señalados sobre equidad de género. (Alcántara, 2006)

1.3.3 Parejas y Ley de Convivencia en México

Respecto al ciclo de desarrollo de las parejas en México destaca lo siguiente: Durante el 2004, se registraron más de 600 mil matrimonios; la edad promedio al matrimonio de los contrayentes es de 27.5 años para los hombres y de 24.7 en las mujeres.

De cada 100 hombres que se casaron, 96 trabajaban al momento de contraer nupcias: 35.3 por ciento como trabajador administrativo y 18.7 por ciento en la industria de la transformación, principalmente. En contraste, 40 de cada 100 mujeres trabajaban, principalmente como trabajadoras administrativas (49.1 por ciento). En el mismo año, se registraron alrededor de 67 mil divorcios; la edad promedio al divorcio en las mujeres es de 34.5 años por 37.2 en los varones.

En el país se registraron 11.3 divorcios por cada 100 matrimonios. La edad promedio de los hombres al momento de divorciarse es de 37.2 y de las mujeres de 34.5 años.

De las parejas casadas que se divorciaron en 2004, casi la mitad tuvo un matrimonio con una duración social de 10 años o más (48.6 por ciento), seguida de quienes estuvieron casados cinco años o menos (32.5 por ciento), principalmente. (Numeralia, 2006)

Las problemáticas predominantes en las familias mexicanas están asociadas a las transformaciones de la vida conyugal de la actualidad. El aumento de divorcios probablemente halle explicación en las percepciones diferentes de la vida en pareja. Anteriormente las mujeres eran vistas solo como esposas y madres, sus actividades estaban limitadas al contexto de la vida en el hogar con una posición marcada de inferioridad ante el hombre en funciones de trabajo remunerado y aportación económica. Actualmente como lo muestran las estadísticas las mujeres se han ido insertado de manera decisiva en el mercado de trabajo, lo que, no las pone necesariamente en una posición de ventaja ante el hombre; las mujeres cumplen con doble carga de trabajo en el hogar y en el mercado laboral, situación que genera conflicto y desgaste al interior de la familia.

Las mujeres en consecuencia pagan un precio más alto por la edificación de la vida conyugal, lo que las lleva a ser ellas las que solicitan en mayor número terapia individual, de pareja o de familia.

Otra situación que causa dificultades en la vida familiar es el choque entre generaciones. Al crecer la esperanza de vida de los mexicanos se superponen generaciones al interior de las familias lo que ocasiona enfrentamientos. La adolescencia de los hijos es una etapa crítica en las familias; la falta de tiempo debido a la carga de trabajo de ambos conyugues y la falta de comunicación trae como consecuencia límites y estructuras poco claras al interior de los subsistemas.

Así mismo en este contexto se generan y perpetúan relaciones de poder que favorecen el abuso y el maltrato de a los miembros más vulnerables como los ancianos, los niños, las mujeres o las personas que sufren algún tipo de discapacidad.

De manera adicional a las situaciones planteadas y que generan problemáticas al interior de las familias se suma que en la ciudad de México somos testigos y protagonistas de un extraordinario crecimiento demográfico que trae consigo insuficiencia en servicios de salud, seguridad, vivienda y trabajo, por otra parte el deterioro ambiental ocasiona de manera indirecta problemas de salud pública en las esferas de la salud física y mental de sus habitantes.

Haciendo un pequeño paréntesis me es necesario en este momento hablar de la **Ley de Sociedad de Convivencia** que se suma a un elemento más de análisis en la conformación de las parejas y las familias en México.

La Ley de Sociedad de Convivencia: *"Es una ley aprobada el 9 de noviembre de 2006 por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, en la Ciudad de México, y publicada el 16 de noviembre de 2006. Los lineamientos para su aplicación fueron publicados el 5 de marzo de 2007. Da reconocimiento legal a aquellos hogares formados por personas sin parentesco consanguíneo, o por afinidad. La ley contempla y protege ciertos derechos y obligaciones a los miembros de la sociedad de convivencia, de los que carecerían de no ser por esta ley. Entre ellos se encuentra el derecho a heredar (la sucesión legítima intestamentaria), a la subrogación del arrendamiento, a recibir alimentos en caso de necesidad y a la tutela legítima. En casi todo México sólo gozan de estos derechos los ascendientes, descendientes o el cónyuge legal de una persona. Se pueden registrar sociedades de convivencia en el Distrito Federal, desde el 16 de marzo del año 2007."* (El Universal, 2006)

Dentro de los puntos a destacar de esta ley esta lo siguiente:

- *Se contempla el reconocimiento de la unión jurídica entre personas de diferente o del mismo sexo, mayores de edad, que deseen establecer un hogar común, con voluntad de permanencia y ayuda mutua.*
- *Se busca atender realidades sociales no reconocidas ni tuteladas por el Estado; además, no se pretende transgredir las formas de convivencia existentes.*
- *Deja fuera la posibilidad de que los "convivientes" adopten y no equipara a la sociedad en convivencia con el matrimonio.*
- *De los 26.6 millones de hogares que hay en el país, 2.1 millones están conformados por personas sin parentesco.*
- *De acuerdo con la Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral, cerca de 20 por ciento de la población mexicana tiene o ha tenido parejas del mismo sexo; además, según la Primera Encuesta Nacional sobre la Discriminación 2005, 94 por ciento de personas homosexuales se perciben discriminadas y 70 por ciento considera que la discriminación ha aumentado.*
- *La novedad es que las personas podrán acudir al Tribunal de los Contencioso Administrativo si las direcciones jurídicas y de gobierno de las delegaciones se niegan a aceptar y registrar solicitudes de sociedad en convivencia, como señala la ley. (El Universal, 2006)*

Me parece que la Ley de Sociedad en Convivencia es el reflejo de los tiempos de post modernidad en que vivimos. La familia es una construcción social, es decir no existe un patrón único de convivencia entre sujetos. La convivencia es el resultado de patrones de interacción que se van modificando en relación a los contextos socio históricos que se van presentando en el mundo de conocimientos locales en los que hayamos significado.

1.3.4. Familia y Adicciones

Dentro de las causas que están asociadas al aumento del narcomenudeo, en los 32 estados de la república, están la desintegración familiar y el endurecimiento de las medidas migratorias de Estados Unidos de Norteamérica hacia México. Según el CONADIC tres millones y medio de mexicanos entre 12 y 65 años han consumido por lo

menos una vez en su vida drogas prohibidas, novecientos mil siguen haciéndolo y 570 mil personas son consumidoras habituales.

Más del 75% de los delitos contra la salud entre 2002 y 2003 fueron por posesión de droga. El 29% de los delitos los realizan personas bajo la influencia de la marihuana, el 10% de pastillas psicotrópicas, el 9% inhalables y el 60% de los ilícitos los cometen delincuentes alcoholizados. (Rivera, 2007).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2006 los niños probaban algún tipo de droga en una edad promedio de 14 años; sin embargo, apuntó, en la actualidad los niños la prueban entre los 10 y 12 años de edad, es decir, durante su educación Primaria.

En relación al consumo del alcohol los jóvenes mexicanos beben por factores relacionados con flexibilidad de los padres, unas leyes sensiblemente violables y que permiten que los dueños de los establecimientos que venden alcohol a menores se escuden a través de amparos, y por supuesto, también por problemas sociales como desempleo, falta de oportunidades y desencanto social. (Sánchez, 2006)

La ingesta de alcohol entre las mujeres ha aumentado: en 1993 se reportó una mujer por cada 18 hombres que bebían, tres o más veces por semana. En el 2000 el 30% de las mujeres aceptó beber con frecuencia. (Alcántara, 2006).

A manera de conclusión, los problemas asociados a los cambios estructurales de la familia por los contextos socio-históricos inciden de manera directa en el quehacer del terapeuta familiar.

Las intervenciones deben mapear o hacer lecturas de estos hechos; la terapia familiar sistémica tiene como principio hacer intervenciones a la medida de las personas que solicitan ayuda.

En los contextos institucionales y/o privados la labor del clínico es hacer etnología, es decir tratar de hallar el significado del signo en el seno de la relación social. Para esto el terapeuta familiar debe estar al día de las transformaciones que viven los sistemas sociales y familiares.

En el caso de la atención de las familias en el programa de residencia en terapia familiar que se llevo a cabo en el periodo 2001 a 2003 y del cual formé parte, las demandas más frecuentes del servicio fueron por casos relacionados con problemas de pareja, comunicación familiar, bajo rendimiento escolar en niños y adolescentes, violencia familiar y adicciones.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR

2.1 Teoría general de los sistemas

Se considera que la terapia familiar es un tipo de tratamiento psicológico donde el enfoque se hace sobre un grupo familiar más que sobre un individuo aislado.

Este tipo de enfoque difiere de manera significativa de otras formas de tratamiento clínico, en donde se privilegia a los fenómenos intrapsíquicos que se dan al interior de la mente de los sujetos. La terapia familiar trata de actuar u operar sobre los procesos de relación que se dan al interior de la familia; es decir la forma en que se comunican, los roles en los que se organizan, los patrones de comportamiento, las formas en que significan el mundo y actúan en consecuencia.

Para lograr esto es necesario mencionar con qué lente la Terapia Familiar Sistémica mira a este agregado que es la familia. Este lente particular está tallado, por decirlo así, por tres teorías a saber que son: la teoría general de los sistemas, la teoría cibernética y la teoría de la comunicación.

Bertalanffy menciona que la teoría general de los sistemas surge como una necesidad de los pensadores, a lo largo de la historia, de explicar los isomorfismos entre diferentes disciplinas, y cómo éstas se organizan en diferentes niveles y jerarquías que van desde los niveles subatómicos, las células, los organismos vivos y los fenómenos sociales.

Este autor menciona que el origen de la teoría general de los sistemas no se halla en los descubrimientos tecnológicos de inicios del siglo XX. Si no que se remontan más allá en el tiempo con pensadores como Leibniz, Nicolás de Cusa y su coincidencia entre los opuestos; a la medicina mística de Paracelso; a la visión de la historia de Vico, como sucesión de sistemas o entidades culturales, a la dialéctica de Marx y Engels, por mencionar algunos. (Bertalanffy, 2002)

En tiempos más recientes, en los años veintes del siglo pasado, las obras de Kohler y Lotka postularon teorías muy cercanas, en su construcción a la Teoría General de los Sistemas

Sin embargo la Teoría General de los Sistemas como un cuerpo teórico estructurado se presenta en el año de 1947, en el periodo de la post guerra, con la obra **Teoría General de los Sistemas** de Ludwing Von Bertalanffy. Él define a la Teoría

General de los Sistemas de la manera siguiente: *“Es una ciencia general de la totalidad. En forma elaborada sería una disciplina lógica matemática, puramente formal en sí misma aplicable a varias ciencias empíricas”*.

Bertalanffy define a los sistemas de la siguiente manera:

“Son un complejo de elementos interactuantes, en donde el todo es más que la suma de sus partes, es decir que las características constitutivas no son explicables a partir de las características de las partes aisladas. Así, las características del complejo comparadas con las de los elementos, aparecen como nuevas o emergentes. Sin embargo, si conocemos el total de las partes contenidas en un sistema y la relación que hay entre ellas, el comportamiento del sistema es derivable a partir del comportamiento de las partes”. (Bertalanffy, 2002)

Bateson en su obra *Espíritu y Naturaleza* menciona que: *“Un sistema es un agregado de partes y componentes interactuantes”*. (1997)

En la obra *Teoría de la Comunicación Humana* se define a un sistema de la manera siguiente: *“Un sistema es un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos”*. (1997)

Bertalanffy menciona que los sistemas pueden clasificarse en sistemas cerrados y sistemas abiertos. Los primeros han sido objeto de estudio de la física y son definidos como aquellos sistemas que se consideran aislados del medio circundante.

Otro de los atributos de los sistemas cerrados es su tendencia hacia la entropía. En donde la entropía es una medida de probabilidad. En este sentido es esclarecedor lo que menciona Bertalanffy. *“Un sistema cerrado tiende hacia un estado de distribución más probable. Sin embargo, la distribución más probable de una mezcla, digamos, de cuentas rojas o azules, o de moléculas dotadas de velocidades diferentes, es un estado de completo desorden o entropía”*.

A diferencia de los sistemas cerrados: *“Los sistemas abiertos son definidos como aquellos sistemas que intercambian materia o información con el medio circundante”*. (Bertalanffy, 2002)

Por lo tanto el siguiente atributo de los sistemas abiertos es que se alejan de los procesos de la entropía. Los sistemas abiertos tienden hacia la estructura, la organización, es decir la neguentropía. Pensando en un continuo, ambos procesos entropía y neguentropía se alejan el uno del otro en un proceso que abarca los sistemas físicos, químicos, biológicos y sociales.

Las propiedades de los sistemas abiertos, según Watzlawick son los siguientes:

Totalidad: *"Cada una de las partes de los de un sistema esta relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total esto es, un sistema se comporta no solo como un simple compuesto de elementos independientes, sino como un todo inseparable y coherente".* (Watzlawick, 1997)

Retroalimentación: *"La retroalimentación es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de los técnicos de control. Pero si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje".* (Foester, 1996)

Equifinalidad. Bertalanffy define así esta propiedad: *"La estabilidad de los sistemas abiertos se caracteriza por el principio de equifinalidad, esto es, en contraste con los estados de equilibrio de los sistemas cerrados, que están determinados por las condiciones iniciales, el sistema abierto puede alcanzar un estado independiente del tiempo y también de las condiciones iniciales y determinado tan sólo por los parámetros del sistema".* (Bertalanffy, 2002)

Estabilidad del sistema.

Esta característica se refiere a la capacidad que tiene el sistema de mantenerse estable al paso del tiempo. Si bien los sistemas abiertos se caracterizan por la importación y exportación de materia y su íntima relación con el medio ambiente, despliegan una serie de procesos de retroalimentación que le permiten ya sea mantenerse estables o arribar a estados de organización más complejas.

La retroalimentación negativa permite al agregado minimizar el impacto del medio ambiente con el fin de mantener su estabilidad. Este fenómeno es comúnmente llamado homeostasis negativa.

Si bien la teoría general de los sistemas ha tenido un impacto transdisciplinarios en la ciencias sociales, físicas y biológicas, son de particular importancia para la terapia familiar sistémica los aportes de ésta ciencia al desarrollo del concepto de sistema abierto.

Haciendo un poco de historia, es a la genialidad de Jackson que se debe el primer puente entre la teoría de los sistemas y la terapia familiar.

Al respecto Watzlawick menciona que Jackson introdujo el concepto de homeóstasis familiar en 1957, *observando que las familias de los pacientes psiquiátricos a menudo sufrían repercusiones graves drásticas cuando el paciente mejoraba: depresión, episodios psicósomáticos, etc., Jackson postuló que estas conductas y, quizá por lo tanto la enfermedad del paciente, eran mecanismos homeostáticos que intervenían para que el sistema perturbado recuperara su delicado equilibrio.*

Este primer acercamiento entre la teoría de sistemas y la terapia familiar abrió un universo de desarrollos posteriores en la forma de hacer y entender el quehacer clínico con las familias.

Andolfi menciona que: *"La familia es observada por el terapeuta familiar con formación sistémica como un sistema relacional que supera a sus miembros individuales y los articula entre sí, para lo cual son aplicables los principios de los sistemas abiertos en general".* (Andolfi, 2001)

Tratando de resumir:

Para la terapia familiar con orientación sistémica la familia es pensada como un sistema abierto.

Los cambios en los contextos o al interior de la familia activan una serie de circuitos de retroalimentación que permiten a ésta ya sea mantener su estabilidad o arribar a estados de organización diferentes.

La familia es observada como un todo relacional; el cambio en alguno de sus miembros repercute en la totalidad del sistema, de igual forma la conducta individual sólo puede entenderse en el contexto relacional donde se presenta.

La familia guarda un estado de uniformidad a lo largo del tiempo independiente de las condiciones iniciales, por lo que los hechos ocurridos en el pasado no son concebidos como factores etiológicos, sino, que se apunta a explorar en qué medida las reglas y limitaciones que se aceptan en la interacción, pueden explicar tanto la perpetuación como el cambio del sistema.

Estos elementos arriba descritos forman el núcleo epistemológicos de la terapia familiar sistémica.

En la formación teórica y práctica de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica estos conceptos fueron revisados cuidadosamente.

Sin embargo, lo difícil para mi no fue entender qué es un sistema y cuales son las reglas que lo gobiernan. Lo complicado fue poner en práctica, en el quehacer clínico, estos principios. Pensar en sistemas, es una suerte de revolución Copernicana; en el universo de subjetividad, el sujeto ya no está en el centro del debate.

Las emociones, los pensamientos, los procesos de salud o enfermedad son vistos a la luz de este nuevo lente de relaciones llamado teoría de sistemas.

2.2 Cibernética

En la introducción de la obra *La Semilla de la Cibernética* escrita por Foerster, C. Sluzky menciona que en la época de la post guerra una serie de pensadores formaron un grupo interdisciplinario que a partir de 1946 se reunieron en las conferencias de Macy en la ciudad de Nueva York

Este grupo estaba conformado por el matemático Von Neuman, el zoólogo H. Clube, el psicoanalista L. Kubie, la antropóloga M. Mead, además de muchos otros.

En estas conferencias fue presentado en 1948 un artículo con el nombre de Conducta, propósito y teleología, en el cual sus autores; Norbert Wiener, J. Bigelow y el fisiólogo mexicano A. Ronsenblueth, fincaron las bases teóricas para que surgiera esta nueva ciencia bautizada oficialmente como Cibernética.

Por su parte Keeney menciona que la idea primordial que dio origen a la cibernética es que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales. Esta noción venía incubándose desde largo tiempo atrás y estaba implícita en los escritos agnósticos, así como en la obra de Samuel Butler, Lewis Carroll y particularmente en William Blake. (Keeney, 2000)

El término cibernética etimológicamente halla su significado, según Wiener, en la palabra griega que significa piloto o timonel. En el libro de *La República* Platón la utilizó para designar tanto el arte de dirigir una nave como el arte de comandar, de ahí la aplicación del término *cibernética para designar los procesos de control de las personas y los aparatos técnicos*. (Keeney, 2000)

Por su parte MacCulloch la describió como: "*Una epistemología experimental centrada en la comunicación al interior del observador y entre el observador y el medio*". (Sluzky, 1987)

Bateson la define como: "*La nueva ciencia de la forma y de los patrones de organización*". (Bateson, 1997)

En el glosario del libro *Espíritu y Naturaleza* (1997) escrito por Bateson, se define a la cibernética como: “*Rama de las matemáticas que de ocupa se los problemas de control, la recursividad y la información*”.

Así pues la cibernética se encarga de descubrir las pautas de organización e información que permiten operar a maquinas y a seres vivos. En este operar y organizar es de fundamental importancia el concepto de retroalimentación; toda maquina o ser vivo que presente un comportamiento inteligente necesita información que le permita valorar su desempeño a lo largo del tiempo en función de un objetivo.

En este sentido la cibernética cobra fundamental importancia en el campo de la terapia familiar. Si concebimos a la familia como un sistema abierto que permite la importación y la exportación de información o materia es necesario saber cómo los principios de la cibernética son aplicables a éste agregado que es la familia.

La cibernética como ciencia o como epistemología ha tenido un impacto transdisciplinario en el pensar y el quehacer de la terapia familiar.

Incluso autores como Sluzky y Maruyama han estudiado las diferentes etapas por la que ha transitado la cibernética y han puntualizado las influencias de ésta sobre el quehacer de los terapeutas. (Sluzky, 1985) (Hoffman, 1998)

2.2.1 Cibernética de 1er orden

Hemos mencionado que la cibernética aparte de ser una ciencia es también una epistemología. La cibernética se ha encargado de estudiar el papel que juega el observador dentro de su objeto de estudio.

En la cibernética de primer orden se considera al observador como un agente exterior al sistema que observa. A este respecto es esclarecedora la anotación que B. Kenney hace en su obra *La estética del Cambio*. “*En un inicio la cibernética trabajó con la puntuación de la ingeniería de la cajas negras, que postula que el observador se mantiene fuera del fenómeno observado, lo que da origen a la suposición de que aquél es capaz de manipular o controlar unilateralmente el sistema que esta observando*¹”.

¹ No hay que confundir a la cibernética de primer y segundo orden con lo que Margoroh Murayama señala como primera y segunda cibernética.

La primera cibernética se refiere a los procesos de retroalimentación negativa morfoestasis que significa que el sistema debe mantener constancia ante los caprichos ambientales.

La segunda cibernética hace alusión al proceso conocido como morfogénesis. Este proceso abarca una retroalimentación positiva o secuencias que actúan para ampliar la desviación, con el fin de que el sistema arribe a un estado diferente de organización.

Estos dos procesos pertenecen a la cibernética de primer orden; la postura del terapeuta es exterior al sistema.

En este primer periodo los conceptos claves de la cibernética de primer orden, fueron los conceptos de organización y el concepto de información.

La noción de la familia como sistema, y por ende las nociones de la terapia familiar deben su origen al impacto transdisciplinario de éstas ideas.

Las relaciones tempranas entre cibernética y terapia familiar consistieron en modelos terapéuticos que fueron llamados interaccionales, que consistían en aplicaciones de las nociones cibernéticas de primer orden.

Este primer periodo se ve reflejado en el trabajo clínico y de campo de terapeutas y teóricos como Jackson, Haley, Watzlawick, Beavin y tantos otros. Allí podemos observar el énfasis negentropico; reglas familiares, mitos familiares, patrones interactivos y la visión del terapeuta como un agente exterior al sistema familiar.

2.2.2 Cibernética de 2do orden

El contexto que favoreció el desarrollo de la cibernética de 2do orden, menciona Sluzky, incluye ingredientes tales como el principio de incertidumbre de la física cuántica, los aportes filosóficos de Wittgenstein y, más cerca los aportes de los neurofisiólogos McCulloch, Maturana, Varela, y el trabajo de los lógicos como Foerster y Park. (Sluzky, 1985)

La esencia de la Cibernética de 2do orden es que el observador forma parte necesariamente de lo que observa.

Puntualizando esto Keeney señala en su obra *Estética del Cambio*. “ *La cibernética de la cibernética C2 frase propuesta originalmente por Margaret Mead (1968) es pues, una manera de señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema*”.

La cibernética de 2do orden lleva la atención desde *los sistemas observados* hasta *los sistemas que observan*.

Ahora el terapeuta no es más alguien que describe el sistema familiar tal cual es desde fuera. El terapeuta es consciente de su papel y de su responsabilidad en el sistema terapéutico que co genera con la familia o sistemas a diferente nivel.

Esta postura epistemológica, a su vez, ha tenido un impacto sobresaliente no sólo en la forma de hacer terapia, sino, en la forma de pensarla.

El terapeuta puede asumir estrategias o intervenciones encaminadas a favorecer cualquiera de los dos procesos.

Los vínculos tempranos de esta forma de hacer y pensar la terapia están reflejados en los trabajos clínicos de la escuela de Milán, de manera particular, en la técnica conocida como la entrevista circular.

El inicio de la post modernidad en el quehacer terapéutico halla una brecha fértil al cuestionar, desde esta postura, el quehacer del terapeuta.

Sluzky menciona en este sentido que *“el terapeuta no es un agente que opera sobre una familia cambiándola, sino que es un participante educado en un proceso de transformación de significados”*. (Sluzky, 1985)

Las terapias conocidas como narrativas, colaborativas, el equipo reflexivo giran principalmente sobre el núcleo del papel que juega el terapeuta y la cogeneración de significados diversos.

Sin embargo, debo aclarar, que hay ocasiones en que los terapeutas asumen posturas irreconciliables. Los auto llamados terapeutas post modernos o directivos no logran entender que la epistemología debe permitir colocarnos en una posición o varias posiciones teóricas que nos permita ver la mayor cantidad de atributos del objeto de estudio. Es una suerte de entrar y salir, que nos permite ver la diferencia.

De manera particular dentro del quehacer clínico que viví en la residencia pude observar que las terapias exitosas eran el resultado de un magistral tejido de las terapias directivas y no directivas, es decir de las terapias que se apoyan en los principios de la cibernética de 1er o 2do orden.

2.3 Teoría de la comunicación

Habría que mencionar que la teoría de la comunicación, como una visión pragmática y enunciada en una serie de postulados y que esta presente en el libro Teoría de la Comunicación Humana (1967), cuyos autores son Watzlawick, Beavin y Jackson. Son el resultado de una serie de investigaciones en el campo de la psiquiatría que realizó el gran pensador y mentor Gregory Bateson.

La obra de Bateson es monumental y está presente en áreas tan diversas como la biología, la antropología, la epistemología o la psiquiatría.

Los antecedentes de la teoría de la comunicación humana se hallan en los trabajos, ya mencionados de: Wiener, Rosenblueth, Shannon y Von Bertalanffy. A este respecto Sluzky menciona que a partir de 1945 hubo un gran impulso científico debido a dichas publicaciones que finalmente repercutieron en las teorías de la información y la comunicación.

“Por una parte se desarrolló la teoría de la información, de base notoriamente tecnológica centrada en el estudio de las condiciones ideales para la trasmisión de información y en los límites y las perturbaciones de los sistemas artificiales de comunicación”.

“Por otra parte este impulso se expandió al campo de comunicación de masas, que se centró en el estudio de las características y los efectos de los medios de comunicación masiva”. (Sluzky, 1985)

Los inicios de la llamada teoría de la comunicación humana se hallan en los trabajos realizados por Bateson en los años cincuentas en la clínica Langley de veteranos de guerra. Con la ayuda de la fundación Rockefeller formó un grupo de investigadores con el fin de indagar los efectos de las paradojas en la comunicación humana.

En 1956 se publicó: *Hacia una Teoría de la Esquizofrenia*, trabajo redactado por Bateson, Jackson y Haley.

Selvini, Palazzoli y Boscolo mencionan que el elemento verdaderamente innovador y genial de ese proyecto de investigación fue la introducción de algunos de los conceptos de los Principia Matemática de Whitehead y Russell.

“La tesis central de esta teoría sostiene que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros. La clase no puede ser un miembro de sí misma, ni uno de los miembros puede representar a la clase porque el término usado para la clase es de un nivel de abstracción distinto de los términos empleados para los miembros”. (Selvini, Palazzoli y Boscolo, 1998)

En este sentido Bateson menciona en su obra *Pasos Hacia Una Ecología de la Mente*, que fue una idea original de Haley el reconocer, en la sintomatología del esquizofrénico, una incapacidad para poder discriminar la diferencia entre miembro y clase de los tipos lógicos.

Estos trabajos de investigación arrojaron luz sobre el concepto de función, que a la larga permitió fundar una nueva lógica, en la psicología, diferente a la aristotélica. A este respecto es esclarecedor lo que se menciona en *Paradoja y Contra Paradoja*:

“Russel afirmó en su Principia Matemática. La lógica tradicional se equivocó completamente al creer que existía una sola forma de proposición simple: la que atribuye un predicado a un sujeto: eso es redondo.

Pero si decimos, esto es más grande que aquello, no solo asignamos una cualidad sino también hablamos de una relación entre esto y aquello". (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1998)

Estos dos elementos, la teoría de los tipos lógicos y la lógica relacional, que están presentes en los trabajos de investigación de Bateson, son, por decirlo así, las piedras angulares que permitieron la sistematización o articulación de la teoría de la comunicación humana.

Así pues con el objeto de sistematizar los conocimientos existentes hasta el momento del estudio de la comunicación, Watzlawick, Beavin y Jackson publicaron en 1967 el libro *Pragmática de la Comunicación Humana*.

Según: Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *"la pragmática de la comunicación humana, es la ciencia de los modos de cómo cada persona influye en los otros mediante el carácter del mensaje de su propio comportamiento (o sea los modos como cada uno confirma o descalifica a otro en su relación con él)"*.

Por otra parte en la introducción del libro *Teoría de la Comunicación Humana* se menciona que: *"El estudio pragmático de la comunicación se amplía con el propósito de incluir los efectos de esa conducta (comunicación) sobre los demás, las reacciones de estos últimos frente a aquellas y el contexto en que todo ello tiene lugar, entonces el foco se desplaza desde la monada artificialmente aislada hacia la relación entre las partes de un sistema mas amplio"*.

El observador de la conducta humana (terapeuta, psicólogo) pasa de un estudio deductivo de la mente al estudio de las manifestaciones observables de la relación.

El aspecto que fundamenta el libro *Teoría de la Comunicación*, que al paso de los años se ha convertido en un clásico, es que brinda los instrumentos adecuados para el análisis de la comunicación al interior de los subsistemas que interactúan, como puede ser la familia, o sistemas más amplios, como pueden ser dados en la escuela o en los ambientes laborales.

A continuación enumero dichos postulados:

- o Imposibilidad de no comunicar.

En primer lugar, hay una propiedad de la conducta que no podría ser más básica y por lo cual suele pasársele por alto, no hay nada que sea lo contrario de conducta, es decir es imposible no comportarse. Ahora bien si se acepta que toda conducta en una

situación de interacción tiene un valor de mensaje, se deduce que por mucho que uno lo intente no puede dejar de comunicar.

- Los niveles de contenido y relación en la comunicación.

El aspecto referencial de un mensaje transmite información y, por ende, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje; este puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa, válida o indeterminable. Por otro lado, el aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe de entenderse que es, y, por ende, en última instancia, a la relación entre los comunicantes.

- La puntuación de secuencia de hechos.

Para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Así la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre comunicantes. Es decir, la puntuación de secuencia de hechos se da por la imposibilidad de los comunicantes de observar que cualquiera de los intercambios que ellos emiten son a la vez estímulo, respuesta o refuerzo.

- La comunicación analógica y digital.

Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente, es decir, de manera verbal y no verbal. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de la relación.

- Interacción simétrica y complementaria

Las relaciones simétricas pueden definirse como relaciones basadas en la igualdad, en esta los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca, y así su interacción puede considerarse simétrica. Sean debilidad o fuerza, bondad o maldad, la igualdad puede mantenerse en cualquiera de esas áreas.

En las relaciones complementarias la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo distinto de Gestalt y recibe el nombre de complementaria, así, pues, la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria esta basada en un máximo de diferencia.

Tratando de concretar, la pragmática de la comunicación humana es una teoría que agrupa una serie de postulados para explicar la influencia que tienen los mensajes, verbales y analógicos entre los sujetos que participan en el proceso de comunicación.

Esta teoría aumenta el margen de observación del sujeto a sistemas más amplios para explicar la conducta en el contexto donde se presenta.

Esto es de gran importancia para tratar de explicar las conductas perturbadas, que cobran otra dimensión en los sistemas familiares. Aquí también se retoman los conceptos de información y retroalimentación que son válidos para las familias que son concebidas como sistemas abiertos.

Así pues las patologías, en las interacciones, son el resultado de la incapacidad que tienen los sujetos de definir de forma clara a través de la comunicación su relación con el otro.

La labor del terapeuta se enmarca en esta capacidad de poder distinguir entre proceso y contenido, de tal suerte que su papel es utilizar estos postulados de manera delicada y estratégica para definir las relaciones dentro del contexto terapéutico, ya sea elaborando una serie de intervenciones generales o particulares o meta comunicando el proceso que observa.

2.4 El doble vínculo

Otros elementos del proceso de la comunicación que son abordados en el libro Teoría de la Comunicación Humana son las paradojas.

En el libro del cambio de Watzlawick, Weakland y Fisch, mencionan que probablemente Wittgenstein fue el primero que especuló sobre el efecto de las paradojas en la conducta.

Sin embargo, retomando la obra de Bateson en la investigación ya mencionada de Hacia una Teoría de la Esquizofrenia se perfila ya con claridad la Teoría del Doble Vínculo y los efectos pragmáticos que tienen las paradojas en las relaciones humanas. En ésta teoría se postula que en la comunicación humana se presentan una gran diversidad de niveles lógicos, y que la incapacidad de poder distinguir dichos niveles lleva a los comunicantes a desarrollar respuestas que, en su conjunto, son muy parecidos a los síntomas de la esquizofrenia.

Los antecedentes de ésta teoría, según Bateson, se hayan en sus trabajos sobre Una teoría sobre el Juego y la Fantasía (1998)

Este trabajo es el resultado de las observaciones hechas por Bateson en el campo de la zoología. Su interés se centraba en la evolución de la comunicación en mamíferos y seres humanos. Descubrió que los mamíferos pueden comunicarse simultáneamente en dos niveles, por ejemplo: mientras están jugando, un animal o una persona, pueden comunicar simultáneamente "esto es un juego".

Siguiendo éste razonamiento Bateson especuló que algunos individuos, no pueden identificar o discriminar la naturaleza de los mensajes, ya sea de los mensajes que reciben o de los que emiten, de tal manera que no pueden hacer una distinción entre sueños y percepciones, lo que es muy parecido a las alucinaciones de los esquizofrénicos.

Según Hoffman: *"El Doble Vínculo o La Doble Atadura describe un contexto de habituales callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación. Una doble atadura es, en esencia, una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel era solapadamente anulada en otro nivel"*. (Hoffman, 1998)

Para Bateson el doble vínculo es: *"Una situación en la que, haga lo que haga una persona, no puede ganar"* (Bateson, 1998)

Este concepto es parte de un enfoque general de la comunicación para el estudio de una amplia gama de conductas humanas y algunas animales, y que incluye a la esquizofrenia como un caso fundamental.

Los componentes esenciales del doble vínculo descritos por Bateson son los siguientes:

- En el caso de dos o más personas. A una de ellas la designamos, para los fines de nuestra definición, como la víctima. No suponemos que el doble vínculo sea infringido solo por la madre, sino que puede serlo o por la madre sola o por una combinación de madre, padre o hermano.
- Experiencia repetida. Suponemos que el doble vínculo es un tema recurrente en la experiencia de la víctima. Nuestra hipótesis no apela a una experiencia traumática única, sino tan reiterada que la estructura del doble vínculo pasa a ser una experiencia habitual.
- Un mandato primario negativo. Este puede tener una de estas dos formas 1) no hagas eso o te castigaré o 2) si no haces eso te castigaré. Elegimos aquí un contexto de aprendizaje basado en la evitación del castigo y no un

contexto de búsqueda de la recompensa. Suponemos que el castigo, puede consistir o en el retiro del amor o en la expresión de odio o cólera.

- Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto, y que, al igual que el primero, está reforzado por castigos o señales que anuncian un peligro para la sobre supervivencia.
- Un mandato negativo terciario que prohíbe o impide a la víctima escapar del campo (relación)

En un inicio se creyó que el doble vínculo sólo permeaba las relaciones patológicas. Sin embargo al paso de los años se concluyó que las paradojas forman un núcleo común en las relaciones humanas.

Dentro de las modificaciones que se han dado de ésta concepción primaria del doble vínculo, es que resulta impropio hablar de víctima y victimario. Bajo el espíritu sistémico los comunicantes se hallan atrapados en un juego sin fin, en donde el mensaje de uno de ellos moldea el mensaje del otro, en una suerte de escalada donde el mensaje es estímulo y refuerzo a la vez.

Aquí debo hacer una aclaración, tal visión sistémica no es aplicable en casos de violencia familiar, abuso sexual o en todas aquellas manifestaciones que pone en peligro la integridad física de los sujetos. Para el abordaje de estos casos no es aplicable la visión sistémica arriba mencionada.

En la concepción sistémica la etiología de las confusiones en el proceso de la comunicación, y que incluye patrones muy parecidos a las respuestas emitidas por las personas catalogadas como esquizofrénicas, son el resultado de contextos relacionales y de el deuteraprendizaje, éste termino acuñado por Bateson hace referencia al proceso de aprender a aprender.

Aquí cabe hacer una aclaración con el fin de distinguir al doble vínculo de las paradojas. En el doble vínculo se habla de procesos diacrónicos, es decir, pautas comunicacionales que se repiten a lo largo de tiempo en contextos donde los vínculos entre los comunicantes son muy estrechos y significativos, y con una incapacidad manifiesta de poder meta comunicarse y abandonar la relación.

En el caso de las paradojas se habla de procesos sincrónicos, las pautas de comunicación entre los comunicantes son casuales, los vínculos no son estrechos o significativos, además existe la posibilidad de salir de la paradoja, ya sea meta comunicando o simplemente abandonando el campo.

Bateson señaló que las situaciones de doble vínculo no son exclusivas de la esquizofrenia, sino que se hallan presentes en otros contextos como pueden ser los literarios y humorísticos o enfoques creativos, que suelen tener elementos paradójicos.

“La idea de modalidades no patológicas del doble vínculo y la reestructuración creativa o humorística están estrechamente relacionadas y propiciaron el desarrollo del doble vínculo terapéutico”. (Simon, Estierlin y Winne, 2000)

“Sluzky y Veron mencionan que el doble vínculo es una teoría patógena universal no exclusiva ya por lo tanto a transacciones esquizofrénicas, sino aplicables en términos más generales”. (Andolfi, 2001)

Dentro de las aplicaciones que se han hecho de las paradojas en el campo clínico están las tareas y las intervenciones paradójicas que inclusive se han convertido en una modalidad de hacer terapia.

Mauricio Andolfi define a las paradojas de la siguiente manera:

“Se puede definir como paradójica una situación en que una afirmación es verdadera si es falsa, y sólo si lo es; esto deriva del hecho de que se emiten simultáneamente dos mensajes que resultan prácticamente incompatibles entre sí”. (Andolfi, 2001)

Para Peggy Papp una paradoja es: *“Una aseveración o sentimiento aparentemente contradictorio, u opuesto al sentido común”.* (Papp, 1998)

Watzlawick menciona: *“La paradoja puede definirse como una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes”.* (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1997)

En el libro Teoría de la Comunicación Humana, se menciona que existen tres tipos de paradojas a saber:

- Las antinomias. Son paradojas que surgen en sistemas formalizados, tales como la lógica y las matemáticas.
- Las antinomias semánticas. Estas no surgen de la contradicción lógica o matemática, sino, que surgen de algunas incongruencias en la estructura de niveles del pensamiento y del lenguaje.
- Paradojas pragmáticas. Estas son conocidas así por que surgen en el curso de las relaciones (interacciones), y determina allí la conducta de los que participan del proceso de comunicación.

El doble vínculo terapéutico o paradojas constituyen una serie de intervenciones complejas y eficaces, que son aplicables en los dobles vínculos sintomáticos o a patrones relacionales del tipo juego sin fin.

Autores como Watzlawick mencionan que de manera estructural el doble vínculo terapéutico es la imagen en el espejo del doble vínculo patógeno.

Según este autor los ingredientes del doble vínculo terapéutico son:

- Presupone una relación intensa al interior del proceso terapéutico, que debe ser de importancia vital para el paciente.
- En este contexto se imparte una instrucción que esta estructurada de tal modo que a) refuerza la conducta que el paciente espera modificar; b) implica que ese refuerzo constituya el vehículo del cambio, y c) crea así una paradoja, de tal suerte que si se resiste a la instrucción cambia, y si la cumple el síntoma que es involuntario se vuelve voluntario, lo cual pone a la familia o al paciente en una situación insostenible, por que en ambos casos pierde y se ve forzado a definir la relación ya sea con el terapeuta o con la familia en si.

Peggy Papp menciona que existen dos tipos de paradoja en relación a quien van dirigidas, ya sea al total del sistema familiar o alguno de sus miembros.

Las paradojas sistémicas van dirigidas a la familia. El terapeuta relaciona el síntoma con la función que este cumple en el sistema familiar, se enumeran las consecuencias de la eliminación del síntoma y el terapeuta recomienda que la familia continúe resolviendo su dilema a través del síntoma.

Las inversiones son paradojas que van dirigidas a algún miembro del sistema familiar. Su propósito consiste en invertir la conducta, en un punto crucial, de unos de los miembros, en la esperanza de que esto provoque una respuesta paradójica al interior del sistema familiar.

Los pasos a seguir para diseñar una paradoja según Papp son los siguientes:

- Redefinición: Cada conducta aislada se redefine como un gesto afectuoso consagrado a preservar la estabilidad familiar.

- Prescripción: Habiendo sido definidos positivamente y estando en función el uno del otro, tanto el síntoma como el sistema deben ser prescriptos. La prescripción debe ser breve, concisa e inaceptable para la familia.

- Restricción: Para ser coherente con los dos pasos descritos, cada que la familia de señales de estar cambiando el terapeuta debe refrenarlos.

Hasta aquí he abordado los antecedentes históricos, las definiciones y algunas de las aplicaciones de los postulados generales de la Teoría de la Comunicación Humana, del Doble Vínculo y las Paradojas.

En el siguiente rubro abordaré al constructivismo como una posición epistemológica y la relación que guarda con las terapias sistémicas.

2.5 Constructivismo en la terapia familiar

El constructivismo como una epistemología, es decir como una de las formas que tiene el hombre de explicar la naturaleza del conocimiento, halla sus primeros representantes desde la época presocrática. Según Glaserfeld ya Protágoras desde el siglo V a.c. había explicado que el hombre es la medida de todas las cosas y determinaba que fueran y cómo lo eran.

Los antecedentes del constructivismo se hallan a lo largo de la historia y está representada en la obra intelectual de hombres como George Berkeley, Juan Escoto de Erigena, Vico, Kant y en tiempos más recientes la obra de Jean Piaget y Humberto Maturana. (Watzlawick y Krieg, 1995)

Carretero menciona que el constructivismo no es un término unívoco, es una posición compartida por diferentes tendencias psicológicas, pedagógicas o clínicas y lo define de la siguiente manera:

"Básicamente puede decirse que el constructivismo es el enfoque o la idea que mantiene que el individuo, tanto en los aspectos cognitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos, no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de la interacción de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción de esos dos factores". (Carretero, 2004)

Por su parte Frida Díaz menciona que algunos autores se centran en el estudio del funcionamiento cognitivo de los individuos, como puede ser el constructivismo psicogenético de Jean Piaget. Para otros el interés se centra en el desarrollo de dominios de origen social como en el caso de Vigotsky o la escuela socio histórica. Ambos

aspectos, el socio histórico y el psicogenético, son indisolubles y perfectamente conciliables. (Díaz, 1997)

En el caso del constructivismo radical Von Glaserfeld y Maturana, postulan que la construcción del conocimiento es meramente subjetiva, es decir es imposible formarse representaciones objetivas o verdaderas de la realidad, solo existen formas viables o efectivas de actuar sobre la misma.

Para Neimeyer Y Mahoney existen dos tipos de constructivismo y los definen de la siguiente manera:

“Constructivismo Crítico. Afirma que el individuo tiene una interdependencia sinérgica con su ambiente y que de hecho hay límites extra sistémicos (llámese físicos, materiales u otros cualesquiera) que limitan e influyen en gran medida la construcción continuada de cada persona”.

“Constructivismo Radical. Afirma que la persona es autosuficiente en estos procesos y que su ambiente físico o medio de existencia es un factor relativamente insignificante en la construcción de las experiencias. Sin embargo, algunos constructivistas radicales enfatizan mucho el papel del lenguaje a la hora de modelar las construcciones de las personas y de los grupos, incluso hasta el punto de modelar sus sensaciones más básicas de sí mismos y de sus relaciones”. (Neimeyer y Mahoney, 1998)

Este concepto del constructivismo, es decir el radical, es el que halla más cercanía con la labor desarrollada por los clínicos en las llamadas terapias posmodernas.

El papel del lenguaje como el elemento preponderante está presente en el quehacer clínico de estas escuelas.

Los primeros acercamientos a esta postura se hallan en los trabajos de Watzlawick y sus aportaciones teóricas a las llamadas escuelas estratégicas.

En su obra llamada *¿Es Real la Realidad?* Define a la pragmática de la comunicación como *“los modos que los hombres se influyen mutuamente mediante la comunicación y cómo a través de estos intercambios se pueden crear realidades diversas”.* (Watzlawick, 1999)

A grandes rasgos en este libro se analiza el hecho de que lo que llamamos realidad es el resultado de la comunicación.

Por otra parte Mony Elkaïm menciona que en los años ochentas (1985 y 1987) se realizaron una serie de congresos en las ciudades de Saint Etienne y San Francisco,

respectivamente, donde fueron presentados a los terapeutas familiares los trabajos de Humberto Maturana, Francisco Varela y Von Foester. (Elkaïm, 1996)

Los trabajos de Foester se han interesado sobre la relación entre el sistema observador y el sistema observado, y ha mostrado cómo estos dos sistemas son inseparables. Por otra parte ha insistido en las cuestiones éticas que necesariamente se presentan en los sistemas observables.

En cuanto a Humberto Maturana y Francisco Varela han puesto énfasis en los procesos de percepción de aquello que se ofrece a nosotros a través de nuestro sistema nervioso, de tal suerte que lo que llamamos realidad es el resultado del mundo perceptual.

Estas dos aportaciones ponen, finalmente, énfasis en el lenguaje, mencionando que los acuerdos científicos no se dan en la esfera de la realidad, sino, que es el resultado de acuerdos y acoplamientos estructurales del lenguaje.

Elkaïm menciona que gracias a estos pensadores constructivistas los terapeutas familiares han sido encaminados a concebir que la construcción mutua de lo real cuenta más en psicoterapia, que la búsqueda de la verdad o la realidad.

Este autor menciona que los aportes hechos por los pensadores constructivistas han tenido por lo menos cuatro implicaciones en el quehacer clínico de los terapeutas familiares:

- Una psicoterapia exitosa no implica que el terapeuta tenga razón, sino que la construcción que ha edificado con los miembros del sistema terapéutico es operativa.
- La labor del terapeuta al integrarse al sistema familiar consiste en ampliar el campo de lo posible.
- La importancia de mantener la autonomía individual y, por lo tanto, de la responsabilidad personal.
- Tomar en cuenta la paradoja de la auto referencia es decir, que toda descripción que damos del mundo, habla de nosotros mismos.

Ahora bien algunos autores como Neimeyer y Mahoney se ha dado a la tarea de estructurar, por decirlo así, los conocimientos y aportes del constructivismo en el quehacer terapéutico.

En su obra *Constructivismo en Psicoterapia* definen el objetivo básico de la terapia como *"la promoción o la creación de significados, más que como la corrección de supuestas disfunciones o déficit en el pensamiento, emociones o conductas del cliente"*.

Mencionan que el lenguaje constituye realmente la estructura de la realidad social, para lo cual se requiere cultivar nuevos enfoques, ya sea narrativos, hermenéuticos, deconstruccionistas, retóricos y discursivos, de tal manera que la evaluación en la psicoterapia constructivista, se centra en identificar y finalmente reformular las metáforas centrales que constituyen la narrativa personal del cliente, así como los sistemas de significados personales y compartidos que resultan impermeables frente a las experiencias nuevas.

Dentro de los autores que menciona Mony Elkaim que simpatizan con las tesis constructivistas se hallan Lynn Hoffman, Tom Andersen, Bradford Keeney, Carlos Sluzky, Karl Tomm y él mismo.

En el próximo apartado hablaré de Construcción Social y el arribo de lleno del quehacer terapéutico a la postmodernidad.

2.6 Construcción social en la terapia

Gergen menciona que los orígenes del construcción social se hallan en una línea de pensamiento que surge de los trabajos de Max Weber, Scheler, Karl Mannheim y otros continentalistas interesados en la naturaleza y los límites del pensamiento científico.

La tesis central de estos pensadores giraba alrededor de la influencia que tienen los contextos culturales sobre las ideas, y cómo éstas, a su vez, determinan la vida científica y cultural de los pueblos.

Mannheim publicó en 1929 un texto llamado *Ideología y Utopía*, en donde fundamenta de manera clara los supuestos para una significación resonante y que según Gergen son los siguientes:

- Es útil determinar los orígenes sociales de los compromisos teóricos.
- Los grupos sociales se organizan frecuentemente en torno de ciertas teorías.
- Las discrepancias teóricas son, por ende, cuestiones de conflicto grupal (político)
- Lo que consideramos conocimiento es, entonces, cultural o históricamente contingente.

Estas ideas arriba expuestas tuvieron un impacto decisivo en la historia de la ciencia y en la sociología del conocimiento. Las obras posteriores de pensadores como

Kuhn y Feyerabend pusieron de manifiesto la importancia de los hechos históricos y los intereses grupales en la articulación de la ciencia.

Otras de las influencias del construccionismo social se hallan en la obra de los estructuralistas franceses, como Michel Foucault o Lévi Strauss.

Una de las características del estructuralismo es ésta búsqueda de enlazar el mundo de las palabras con estructuras exteriores al ente en cuestión. Para Foucault el discurso científico que se hace sobre la locura o la sexualidad es el reflejo del poder. En el caso de Strauss el lenguaje es articulado por un código binario, que se haya presente en las diferentes manifestaciones culturales de los pueblos.

Mención aparte es la obra de Saussure y George Gadamer.

En el caso de Saussure, menciona Lévi Strauss, define a la sociología como la ciencia que estudia los signos en el seno de la vida social. (Strauss, 1998)

Para Gadamer los participantes en un diálogo, no eligen el rumbo de éste, los dialogantes son llevados por el dialogo a rumbos o derroteros no previstos. El lenguaje y la articulación de éste en el proceso dinámico de la comunicación articulan a los seres que se comunican. (Gadamer, 2000)

Pero, ¿qué es el construccionismo social?

El construccionismo social se define como una posición posestructuralista, es decir, no concibe al lenguaje como el subproducto de estructuras externas o internas.

El lenguaje es, y se construye así mismo, en las dinámicas sociales.

Por otra parte se contrapone a la empresa iniciada por los empiristas del siglo XVIII, al negar la capacidad de la ciencia de acumular saber, y cuestiona la capacidad del lenguaje para describir, reflejar, contener y comunicar conocimiento objetivo.

En relación al constructivismo, no comparte la idea de que el saber sea una actividad individual. El conocimiento, el recuerdo y los sentimientos mas íntimos de los seres humanos se dan en la esfera del diálogo público y son validados dentro de secuencias y escenarios comunes.

En este contexto el profesor de Swarthmore College en Pensilvania y el principal exponente del construccionismo social en el campo de la psicología, Kenneth Gergen, propone que los terapeutas familiares replacen las metáforas mecanicistas de la cibernética por las metáforas sacadas de la teoría literaria o de la antropología posmoderna, introduciendo así, el quehacer terapéutico de lleno a los movimientos posestructuralistas o postmodernos. (Gergen, 2000)

Las consecuencias de éste enfoque para la psicoterapia, según Elkaïm, podrían ser las siguientes:

- *Los intercambios verbales entre el terapeuta y el paciente no reflejan una verdad cualquiera; no se trata de verificar o de aplicar una verdad preconcebida, sino de comprometerse con un dialogo potencialmente constructivo.*
- *Cuando el paciente habla de tal o tal problema, lo que importa es deslindar el contexto relacional o preguntar para quién hace ese discurso y con qué fin.*
- *Puesto que los significados son cogenerados tanto por el paciente como por el terapeuta dentro del contexto terapéutico, ya no existe una voz única ni tampoco un yo unificado; ya no existe una voz sino varias y, por lo tanto, incumbe al terapeuta ayudar al paciente partiendo de aspectos pragmático del lenguaje terapéutico, para que surjan en el paciente otras voces que le permitirán orientarse hacia otros tipos de conversaciones.*

Elkaïm menciona que a finales de los años ochentas muchas escuelas se acercaron a los principios construccionistas, asumieron que las realidades narrativas que se daban al interior del procesos terapéutico eran una poderosa herramienta para co generar cambios.

En éste contexto Harry Goolishian y Harlene Anderson se pronunciaron a favor de las terapias centradas en la disolución del problema, en contraposición de las terapias para resolver problemas, cuyo énfasis está en el sintoma.

Para Michel White la labor del terapeuta familiar es la de deconstruir las verdades, es decir hacer lecturas diferentes de los textos de vida, que se vuelven permeables a experiencias nuevas.

Este autor menciona:

“Las personas organizan su experiencia y le dan sentido por medio del relato, y que en la construcción de estos relatos expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida, se deduce que estos relatos son constitutivos: modelan las vidas y las relaciones”.
(White, 2002)

En éste sentido existen narraciones dominantes que dejan fuera una gran cantidad de relatos alternativos. La labor del terapeuta es explorar y explotar, con el cliente, éstas narraciones alternativas, con el fin de cocrear realidades diversas.

Si bien el propio White se define como constructivista radical, su quehacer terapéutico, menciona Elkaim, está claramente inscrito dentro del movimiento del construccionismo social.

En el caso de Tom Andersen, profesor de psiquiatría de la Universidad de Tromsø en Noruega empezó a experimentar con lo que se conoce como el equipo reflexivo. A grandes rasgos dentro de esta modalidad de hacer terapia, el equipo ya no se sitúa detrás del espejo; el equipo de terapeutas reflexiona en voz alta en presencia de la familia que asiste a terapia.

Los principios en los que opera el equipo son: el respeto al cliente, dar oportunidad a todas las voces de manifestarse, privilegiar el diálogo y cocrear diferentes realidades en el intercambio con los otros.

Tom Andersen explica:

“Para nosotros las conversaciones son una fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes. Tales intercambios podrían hacer ver bajo una nueva luz viejas descripciones y explicaciones e incluso podrían llevar a que emergieran otras nuevas”. (Andersen, 1994)

En este contexto donde cada vez se tiende a utilizar más el diálogo por encima de la intervención para modificar los significados y agrandar el campo de lo posible, la importancia del cuestionamiento, es decir de la pregunta, esta subrayada en el quehacer terapéutico de terapeutas como Mara Selvini, Karl Tomm, Gianfranco Cecchin, Luigi Boscolo, Carlos Sluzky, Peggy Penn, Lynn Hoffman y muchos otros.

Margarita Tarragona explica esto:

“Durante mucho tiempo los terapeutas familiares tendíamos a ver la mayor parte de la sesión como el preámbulo para la intervención, la conversación como la obtención de información necesaria para diseñar una intervención. Hoy muchos tendemos a pensar, como lo ha señalado Karl Tomm, que la entrevista misma es la intervención.” (Tarragona, 1990)

Tratando de resumir: el construccionismo social no es una nueva escuela terapéutica, más bien en un contexto en donde los terapeutas privilegian el diálogo con el fin de cocrear realidades diversas. En éste contexto se abandonan las tesis cibernéticas que son remplazadas por las metáforas de la literatura y la antropología. El terapeuta no asume la posición de experto, se inserta en el diálogo con una posición de interés, asumiendo que la familia o el individuo es el experto en su propia vida; de tal suerte que la intervención está inmersa en el propio diálogo.

Se entiende que la construcción social, es decir, las relaciones que se dan en el diálogo público, validan la realidad, los sentimientos más íntimos, las percepciones, el recuerdo, el yo. El yo es producto de las relaciones sociales, que se vuelven viables mediante el diálogo. Bajo esta percepción el self y todas las construcciones a su alrededor ya no están prisioneros bajo la piel de los individuos.

Probablemente aquí aún son aplicables los principios fundamentales de la terapia sistémica; sistema, relación, contexto y comunicación.

Este contexto ha permitido a los terapeutas familiares allegarse a otras formas de entender y de tratar las situaciones, que se han vuelto impermeables al cambio al interior de las familias o sistemas más amplios, por citar laborales o escolares, institucionales, etc.

A continuación describo de manera sucinta los modelos de intervención terapéutica que han derivado de los principios epistemológicos arriba mencionados.

2.7 Modelos de intervención familiar

2.7.1 El modelo MRI

Menciona Ochoa de Alda que este es un enfoque de terapia breve creado a finales de los años sesentas después de la muerte de Don D. Jackson quien fundó el grupo del MRI en 1959. Actualmente Watzlawick, Weakland, Fisch y Segal integran el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto. Su trabajo se caracteriza en intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias han desarrollado o intentado para resolver sus problemas y que han resultado infructuosos. (Ochoa de Alda, 1995)

Estos autores mencionan que para que una dificultad se vuelva un problema sólo tienen que cumplirse dos condiciones: 1) que se haga frente a una dificultad de manera equivocada y 2) que cuando no se solucione la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma solución. (Fisch, Weakland y Segal, 1994)

El equipo del MRI incluso ha elaborado una tipología de las soluciones más comunes intentadas que son las siguientes: forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea; dominar un acontecimiento temido aplazándolo; llegar a un acuerdo mediante coacción; conseguir sumisión a través de la libre aceptación; y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

El objetivo terapéutico es lograr un cambio de tipo 2 en relación a la solución intentada. Los cambios de tipo 1 son aquellos intentos de solución que la familia o el cliente han intentado para resolver su situación problemática y que contribuyen a que las

pautas de interacción se repitan. El cambio de tipo 2 son aquellas soluciones no intentadas y que rompen los ciclos recurrentes y hacen desaparecer la sintomatología.

El objetivo principal de la entrevista inicial es recoger información sobre factores que se consideran esenciales para cada caso: naturaleza de la enfermedad, como se está afrontando el problema. Los objetivos a alcanzar deben ser claros, enunciados de forma explícita y en términos de conducta para poder dar noticia de ellos.

Se utiliza el principio de parsimonia que no es otra cosa que buscar cambios pequeños que repercutan en la totalidad del sistema de relaciones.

Las intervenciones se alejan 180° de las soluciones intentadas. Se evalúa la postura del paciente con el fin de utilizarla de manera estratégica en relación a: su lenguaje, sistema de creencias, actitud ante el problema; el encuadrar una intervención dentro de las posturas de los clientes aumenta la posibilidad de que la lleven a cabo.

Las intervenciones tienen como fin impedir que el cliente o quienes lo rodean lleven a cabo una conducta que perpetúe el problema, o en casos particulares cambiar la opinión del cliente acerca del problema, de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento. (Fisch, Weakland y Segal, 1994)

Las intervenciones generales tienen como fin preparar el terreno para intervenciones posteriores más específicas o simplemente averiguar si son suficientes para solucionar el problema y son las siguientes:

1. *No apresurarse*, que es una prescripción paradójica se le pide al sujeto que no realice cambios significativos o se le dan instrucciones vagas de que hacer el fin promover el cambio a través de la oposición.
2. *Los peligros de una mejoría*, es una variante de la prescripción no apresurarse. Se utiliza cuando el cliente se niega a cumplir con las prescripciones, en este caso se enumeran las desventajas del cambio lo que contribuye a que el cliente comprenda que la mejora no es un lecho de rosas y conseguir así una distensión de las conductas intentadas.
3. *Un cambio de dirección*, es sugerido cuando el terapeuta, sin darse cuenta empieza a discutir con el cliente sin llegar a acuerdos, también se sugiere cuando el cliente acepta la prescripción pero no la lleva a cabo.
4. *Cómo empeorar el problema*, se menciona que en ocasiones es posible causar un mayor impacto cuando se ofrece una sugerencia en calidad de

instrumento para que las cosas empeoren. Esto suele hacerse cuando el cliente se niega a seguir las prescripciones.

En las terapias breves no se considera que la terminación del proceso terapéutico sea un acontecimiento especial. La brevedad del tratamiento y el énfasis en la solución del problema no favorece el desarrollo de una relación entre terapeuta y cliente. Sin embargo en este modelo también el final del proceso terapéutico se maneja de manera estratégica para lo cual hay dos observaciones: Cuando el tratamiento ha terminado y el problema ha sido resuelto. En estos casos la posición del terapeuta ante los cambios es pesimista, puede asumir que los cambios se han presentado de manera muy rápida y pide al cliente o la familia que ya no cambien más o que realicen los cambios de manera más pausada; incluso pueden advertir de una recaída.

En el caso de la terminación del proceso sin que se halla solucionado el problema se menciona lo siguiente: el terapeuta puede utilizar una última sesión para averiguar por qué no se han alcanzado los objetivos del proceso terapéutico todo esto en un ambiente amable. En otros casos se puede mencionar los riesgos que puede tener una mejoría ya sea en el individuo o en el sistema familiar asumiendo que la postura del cliente acerca de no cambiar es una posición aceptable, lo que a la postre llevara al cliente reflexionar sobre el proceso terapéutico.

A grandes rasgos el modelo MRI se inserta en los modelos directivos de hacer terapia; el terapeuta es un agente de cambio exterior que utiliza los postulados de la teoría de la comunicación humana para lograr cambios sobre el sistema que opera. Cada intervención debe ser diseñada como un juego de ajedrez, lo importante es no perder la capacidad de maniobra sobre el cliente o sistema que se interviene.

2.7.2 El modelo Estratégico

Los antecedentes de éste modelo terapéutico se hallan, según Ochoa de Alda, en los trabajos clínicos de Milton Erickson.

Esta modalidad de hacer terapia fue desarrollada por Jay Haley y Cloé Madanes en el Instituto de terapia familiar de Washington en los años setentas del siglo pasado.

Haley considera que la sintomatología de los sujetos o de las familias responde a una situación adaptativa al contexto en donde se presenta, en lugar de ser algo irracional con raíces en el pasado. Afirma que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente que las somete a niveles conflictivos de relación,

dando lugar a una conducta sintomática. En éste sentido Haley fue de los primeros terapeutas que consideraron necesario incluir redes más amplias que la propia familia en la evaluación y solución de los problemas clínicos. (Ochoa de Alda, 1995)

Haley menciona que una terapia exitosa es aquella que resuelve problemas, para lograr esto es preciso definir el problema de forma clara y que sea soluble.

La entrevista tiene como fin encontrar pautas recurrentes alrededor del problema; dónde, cómo, cuándo, quién hace qué o quién deja de hacer son en elementos importantes para definir el motivo de consulta. En éste modelo se considera que el síntoma tiene un significado y utilidad dentro del sistema familiar. El poder es otro elemento a considerar dentro de éste modelo; jerarquías y poder son elementos que van de la mano lo que provoca enfrentamientos, alianzas, coaliciones dentro del sistema familiar.

El ciclo vital debe ser explorado y comprendido, ya que con frecuencia muchas de las problemáticas que se desarrollan al interior de las familias se encuentran relacionadas con los momentos o etapas críticas por las que pasa; muerte o nacimientos de sus miembros, bodas, etapas de desarrollo de los hijos, etc.

El modelo estratégico desarrollado por Haley tiene el siguiente esquema general de trabajo: *la etapa social*. En esta etapa el terapeuta se muestra como un anfitrión, procurando crear un ambiente de confianza y empatía. Se recaba información del sistema familiar a través de las preguntas y de la observación de las interacciones verbales y no verbales que se presentan. Se es consiente que la información recaba en ésta primera etapa son provisionales y que no debe ser comunicada a la familia.

Planteamiento del problema. En esta etapa es de gran importancia lo que piensa cada uno de los miembros del sistema familiar acerca de la problemática presentada. Se hacen preguntas con el fin indagar las pautas de interacción alrededor de la sintomatología. El terapeuta debe dar oportunidad a cada uno de los miembros del sistema familiar de hablar y de sentirse escuchado. En éste momento es necesario definir los objetivos del proceso terapéutico de una forma clara y soluble, distribuyendo el síntoma y responsabilizando a cada uno de los miembros de las tareas y los logros.

Interacción. En esta fase el terapeuta elabora una serie de hipótesis en torno a la posible función del síntoma, que irá completando y modificando a medida que se va desarrollando la entrevista. En la fase de interacción el terapeuta asume un papel secundario. Desde esa posición observa las interacciones del sistema familiar, en

ocasiones se les pide que escenifiquen una problemática, para identificar posibles alianzas, acuerdos o desacuerdos y quién realiza qué en torno al síntoma.

Intervención. La intervención tiene como fin centrar la terapia en los problemas presentados. La finalidad del proceso terapéutico es cambiar la secuencia de interacciones que se dan una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar, por lo tanto el terapeuta debe impedir que se formen coaliciones que traspasen los límites generacionales y que el síntoma se utilice de manera encubierta como forma de poder.

Dentro de las intervenciones utilizadas en el modelo estratégico desarrollado por Madanes y Haley se encuentran las siguientes: redefinición y connotación positiva. En éste caso se redefine el problema como una situación concreta y soluble es decir posible de solucionar y limitada al contexto relacional de la familia.

Las intervenciones conductuales adoptan la forma de una tarea que en ocasiones se deben realizar ya sea dentro o fuera de la sesión. Para que la familia o el cliente las realice es necesario que el terapeuta haya logrado una alianza terapéutica estrecha. En otros casos se pueden utilizar prescripciones paradójicas con el fin de que no se realicen y promover el cambio por oposición.

Las ordalías es otra forma de prescripción que consiste, a grandes rasgos, en darle un costo a pagar a la conducta que genera problema. Finalmente las prescripciones metafóricas son relatos que guardan similitud con la problemática presentada por la familia, ésta técnica fue desarrollada por Milton Erickson y tiene como objetivo reestructurar la visión del sistema familiar modificando la relación o la idea que tienen de su relación dentro del sistema familiar.

A manera de conclusión. Debo mencionar que me gusta mucho el esquema general de intervención desarrollado por Jay Haley me ha sido de gran utilidad en la práctica profesional que realizo en el hospital psiquiátrico donde laboro. Este esquema me parece bastante flexible y puede utilizarse con otros modelos, inclusive no directivos para hacer, como menciona Haley, terapias exitosas que son aquellas que resuelven problemas.

2.7.3 El modelo Estructural

Al hablar del modelo estructural necesariamente hay que referirse a la obra de Salvador Minuchin y sus colaboradores. Donde se encuentra mejor representado los principios teóricos y técnicas de este modelo terapéutico es en Families and Family

therapy, libro que se ha convertido en un clásico. Este modelo directivo de terapia familiar fue desarrollado a inicios de los años setentas. Se basa en el concepto normativo de familia sana. Se concibe a la familia como un sistema que está compuesto, a su vez, por subsistemas. Según Mlnuchin una familia apropiadamente organizada tendrá límites claramente marcados, se insiste especialmente en los límites entre los subsistemas familiares y el establecimiento de jerarquías claramente definidas.

En éste modelo se considera que los problemas se generan cuando se desdibujan las reglas concernientes a los límites y jerarquías del sistema familiar lo que impacta profundamente en las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que es lo que produce y mantiene el sintoma.

El objetivo terapéutico es cambiar la organización familiar, los límites entre los subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico. Se conceptúa al sintoma como una falta de adecuación entre la estructura que presenta la familia y el requerimiento de su desarrollo. (Ochoa de Alda, 1995)

Los objetivos terapéuticos se encaminan a dibujar de manera clara los límites y las jerarquías del sistema familiar, esto se logra fundamentalmente en tres etapas: en la primera el terapeuta se une a la familia desde una posición de liderazgo; en la segunda se desliga y evalúa la estructura familiar subyacente, y, en la tercera, crea las circunstancias que permitirán modificar dicha estructura.

En el libro de Técnicas de Terapia Familia escrito por Minuchin y Fishman, se menciona que las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar a las familias a través del cuestionamiento de su organización, este cuestionamiento designa la búsqueda de pautas nuevas, lo que se logra con tres estrategias que son las siguientes: *cuestionar el sintoma*, *cuestionar la estructura de la familia* y *cuestionar la realidad familiar*. (Minuchin y Fishman, 1998)

El cuestionamiento del sintoma. Las familias acuden a terapia familiar bajo el supuesto que el portador del sintoma es uno de sus miembros, comúnmente dan noticia al terapeuta de los problemas y soluciones que han intentado con la conducta del paciente designado, sin embargo el terapeuta ingresa al sistema relacional con el supuesto que la familia se equivoca, es decir la problemática no reside en un paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. El terapeuta con tendencias estructurales considera a la familia como un organismo que responde como un todo ante una situación de tensión. El cuestionamiento del sintoma consiste en enfrentar

la definición que la familia da de su problemática, así como las respuestas que dan alrededor de ésta. El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes. Las técnicas que están al servicio de estas estrategias son la escenificación, el enfoque y el logro de la intensidad.

Cuestionamiento de la estructura familiar. Minuchin menciona que la concepción que las personas tienen del mundo depende en gran medida de la posición que ellos guardan en los holones familiares, por ejemplo, la construcción que el hijo mayor es diferente a la del hijo menor o la del hijo a la de los padres. El terapeuta cuestiona la estructura familiar desde una posición de copartícipe dentro del sistema familiar, desde esta posición el terapeuta logra un mapa y un diagnóstico de la familia lo que le permite ver la posición recíproca de los miembros; coaliciones, alianzas, conflictos implícitos y explícitos y la forma en que la familia se organiza alrededor de la sintomatología. El mapa también permite identificar a los que prodigan cuidado, los que auxilian, de tal manera que se obtienen los trazos de los límites y las fronteras ubicando áreas de fortaleza o disfunción. El cuestionamiento de la estructura familiar consiste en una serie de intervenciones que tienen como fin que la familia observe de manera diferente sus relaciones, por ejemplo Minuchin lleva a los miembros de la familia a que enfoquen la vivencia de su realidad no como entes separados, sino como un todo en un sistema de relaciones al interior de la familia. Dentro de las técnicas utilizadas para cuestionar la estructura de la familia están las siguientes: *fijación de límites*. Con esta intervención se permean los límites entre los subsistemas, se trata pues de que los límites que son demasiado rígidos se hagan más permeables y los límites muy porosos o laxos se fortalezcan. Al cambiar los límites cambian las reglas que rigen las relaciones, posibilitando que el sistema familiar ayude al crecimiento psicosocial de sus miembros.

Desequilibrio. Su finalidad es modificar la jerarquía familiar, para lo cual el terapeuta se alía con ciertos miembros de la familia, ignora a determinados integrantes del sistema o se coaliga con una persona o un subsistema en contra de una persona o un subsistema. Estas intervenciones desequilibran las estructuras y límites de la familia, provocando una crisis y un nuevo reacomodo del sistema familiar.

Otras de las técnicas para lograr el cambio en la estructura y función de las familias, según Ocho de Alda, son las siguientes: *modificación de los constructos cognitivos*. En esta técnica el terapeuta asume un papel de experto, su tarea consiste en modificar la epistemología familiar presentando una visión del mundo diferente.

Intervenciones paradójicas. Estas intervenciones se basan en una postura de oposición; el terapeuta elabora la prescripción con la certeza que la familia se oponga al componente del mensaje referido, conteniendo implícitamente la dirección del cambio.

Finalmente se menciona que es posible promover el cambio resaltando las *fases fuertes de la familia*. En esta técnica se utiliza la connotación positiva que basa en los lados fuertes de la familia, es decir en sus recursos. El terapeuta los focaliza y de cierta forma los hace resaltar haciendo a la familia consiente de sus propios recurso para lograr el cambio.

A manera de conclusión, me parece que el modelo estructural es un modelo muy completo de intervención. En mi práctica clínica en el hospital psiquiátrico de tercer nivel donde laboro me es de gran utilidad este modelo, sobre todo la fase de evaluación y diagnóstico familiar que puede, a su vez, ser complementado con otros modelos de intervención directivos o no directivos.

2.7.4 El modelo de Milán

Menciona Ocho da Alda que al referirse al modelo de Milán se habla del grupo que se gestó en el Centro de Estudios de la Familia en Milán y que estuvo compuesto por Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo. Esta modalidad terapéutica es utilizada en trastornos graves de la conducta; psicosis y trastornos de la alimentación como la anorexia o la bulimia. (Ochoa de Alda, 1995)

Este grupo parte de una orientación psicoanalítica hacia finales de los años sesentas, cuando los miembros del grupo atendían trastornos anoréxicos y psicóticos. En el libro *Terapia Sistémica de Milán* se menciona que en el año de 1972 el grupo tuvo noticias acerca del tratamiento e investigación con familias que se estaban realizando en los Estados Unidos de Norteamérica bajo la tutela del maestro y mentor Gregory Bateson, cuyos trabajos derivaron en la creación del Mental Research Institute (MRI), que fue fundado y dirigido por Don Jackson. El libro de *Teoría de la Comunicación Humana* tuvo un impacto decisivo en los trabajos y concepción teórica del grupo de Milán, quienes abandonaron las ideas psicoanalíticas y enfocaron su trabajo en el marco sistémico de la familia. (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987)

En la primera etapa del desarrollo del grupo de Milán sus trabajos retomaron ideas del MRI, de manera particular lo referente al doble vínculo y su aplicación en un contexto terapéutico, basta hacer mención del libro *Paradoja y Contra Paradoja*.

En la segunda etapa de su desarrollo hay una vuelta a las ideas germinales de Bateson. El acercamiento a los aportes teóricos presentes en los textos de Pasos Hacia una Ecología de la Mente (1972) permitieron, en cierta medida, abandonar las ideas estratégicas y embarcarse en una nueva etapa de creación, resultado de esto es la aplicación de las técnicas de connotación positiva y el desarrollo posterior del cuestionamiento circular. El desplazamiento se dio de la observación del sistema familiar a la observación del sistema de interacción formado entre terapeuta y familia. De éstas observaciones y la experiencia clínica, el grupo de Milán publicó un artículo breve pero lleno de ideas importantes en 1980 que tenía como título: "Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session" (Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo, 1980). Así pues, la elaboración de una hipótesis se tradujo en un proceso de evaluación; el interrogatorio circular, en una técnica de entrevista y la neutralidad en una postura terapéutica básica.

Otro de los aportes del modelo de Milán es lo que es conocido como los sistemas de sentido, es decir el regreso a la concepción de estructuras mentales. Bajo la influencia de Bateson, Glaserfeld, Maturana y Foester, el grupo de Milán asumió que la familia asiste a terapia trayendo mapas de lo que sucede en su realidad. El grupo de Milán busca los mitos o premisas que mantienen una serie de conductas vinculadas a un problema. Se interviene y trata de modificar el mito bajo la esperanza que al modificar el sistema de creencias se modificarán las pautas de conductas del sistema familiar en cuestión. (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987)

Si bien el modelo de Milán es una modalidad terapéutica que ha ido cambiando en un proceso evolutivo de entendimiento, menciona Ochoa de Alda que la concepción de patología se basa en el concepto de juego familiar; la patología se entiende como un juego familiar que no permite a la familia evolucionar hacia estados acordes a los contextos en los que se hayan inmersa.

La evaluación se basa en una causalidad circular que proporciona un punto más complejo del síntoma y de su contexto. Con objeto de subrayar la orientación relacional se substituye el verbo ser por el verbo mostrar, así la afirmación el hijo es triste se substituye por la de el hijo se muestra triste en relación a.

La evaluación busca entender el juego familiar que incluye el mapa de las relaciones familiares, alianzas y exclusiones, las reglas que presiden dichas relaciones y la forma en que la familia define sus relaciones a partir del impacto del síntoma. (Ochoa de Alda, 1995)

La entrevista comprende una serie de conceptos básicos que son: la generación de una hipótesis, la obtención de información, la validación de la hipótesis y la elaboración de la intervención.

En el modelo sistémico de Milán la pregunta es indagatoria e intervención a la vez, las preguntas pueden ser:

1. Preguntas triádicas. Donde se sitúa a un tercero como testigo de la relación entre otros.
2. Preguntas sobre alianzas. Establecen quien está más cerca de quien en la relación familiar.
3. Preguntas para clasificar. Trazan mapas de cómo la familia observa el problema.
4. Preguntas explicativas. Buscan entender el sistema de creencias del sistema familiar.
5. Preguntas hipotéticas. Pretender prever el impacto de los cambios en la familia.

Las intervenciones recientes del modelo de Milán enfatizan la no directividad del terapeuta, la información e intervención de la entrevista permite a la familia modificar la rigidez de su sistema de creencias. El cambio se produce cuando el juego familiar se reemplaza por otro menos perjudicial.

Las técnicas de intervención para lograr esto son las siguientes:

- intervenciones cognitivas. Esta intervención pretende que la familia conceptúe su problemática de manera diferente. En la connotación positiva por ejemplo el síntoma se presenta como debido a razones altruistas, sacrificio o amor por parte del paciente designado o parte de del resto del sistema familiar. No se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino con otras conductas que mantienen las pautas de relaciones en el sistema familiar. Se pone énfasis en que la familia ha utilizado el síntoma como una forma de resolver sus problemas, así se resalta que la familia tiene un alto grado de cohesión y solidaridad. El terapeuta restituye la confianza en la familia haciendo observar esto y los conmina a que resuelvan su problemática de manera distinta sin abandonar de golpe la sintomatología y enumerando los riesgos de la mejoría.

- Las prescripciones directas son tareas que el terapeuta asigna a la familia bajo el entendido que el enganche terapéutico es estrecho y que la familia las realizará con el fin de promover cambios de contexto o de la idea que se tiene de las relaciones.
- Las prescripciones ritualizadas son tareas estructuradas de conductas que introducen nuevas reglas o pautas de conductas sin recurrir a explicaciones. El ritual es susceptible de prescribirse como un experimento; el terapeuta después de conocer la epistemología de la familia lo prescribe ya sea como una metáfora verbal o como una secuencia de conductas que la familia debe realizar. Se debe establecer bien qué debe hacer quien en cada contexto, permitiendo así a la familia entender contenidos, relatos que han se han mantenido ocultos y que perpetúan conductas poco adaptativas. (Ochoa de Alda, 1995)

Tratando de resumir:

El modelo sistémico o el modelo de Milán surge a principios de los años ochentas. Sus principales exponentes y creadores son Mara Selvini Palazzoli, L. Boscolo, G. Prata y G. Cecchin. Este modelo se basa en los trabajos de Bateson y en la teoría de la comunicación desarrollada por Watzlawick, Weakland y Fisch. En ésta forma de hacer terapia se concibe a la familia como un sistema cibernético autocorregible, en donde el síntoma vincula a todos los miembros y cumple una función en el sistema familiar. El proceso terapéutico inicia desde el primer contacto que se hace con la familia; el equipo elabora una hipótesis para tratar de explicar los motivos del por qué la familia pide ayuda, esta hipótesis se va contrastando al paso del tiempo con la entrevista. La entrevista se basa en el cuestionamiento circular que realiza el terapeuta familiar con cada uno de los miembros de la familia. La información obtenida es analizada por el equipo terapéutico con el fin de entender la epistemología del sistema familiar y aclarar la función que cumple el síntoma. El equipo terapéutico se halla en una metaposición al encontrarse del otro lado del espejo. Esta posición permite al equipo y al terapeuta elaborar una serie de estrategias que tienen como fin promover un cambio de segundo orden a través del reencuadre, las paradojas, las tareas directas o indirectas o la prescripción del síntoma. En el modelo de Milán, y de manera particular, en la pregunta circular hallamos los principios de las terapias no directivas que hacen su aparición en los años noventas y se instalan de lleno al final del siglo pasado e inicios de éste.

2.7.5 El modelo Centrado en Soluciones

Los antecedentes de la terapia centrada en soluciones se pueden rastrear, según Esteve de Shazer, en los trabajos de Milton Erickson, de manera particular en un artículo titulado: "Special Techniques of Brief Hypnotherapy"

En éste artículo Erickson menciona que se debe utilizar de manera intencional la sintomatología neurótica de los pacientes y que esto es la clave de las terapias breves; en donde se utiliza lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades, de modo tal que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo. (De Shazer, 1995)

En éste enfoque que es conocido como naturalista se concibe que los clientes cuentan con los recursos suficientes para afrontar sus problemas.

Los trabajos posteriores en el Centro de Terapias Breves de la ciudad de Milwaukee y que desarrollaron el modelo centrado en soluciones, retomaron algunas ideas germinales de Erickson y del modelo MRI, entre éstas que los problemas se desarrollan cuando se manejan mal las eventualidades de la vida cotidiana y lo referente a la reestructuración del sistema de creencias.

Lo que da un toque personal al modelo de soluciones y que lo distingue claramente del modelo MRI, es la importancia que le da a la naturaleza de las excepciones y el principio de incertidumbre, en donde se retoman los principios de la cibernética de segundo orden.

Las premisas de la terapia centrada en soluciones son las siguientes: no es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla. Los cambios pequeños repercuten en la totalidad del sistema. Los clientes definen los objetivos. Los cambios o las soluciones pueden darse rápidamente. La psicoterapia amplía la diversidad de ver y conceptuar las cosas. Para lograr los cambios es necesario centrarse en problemas solubles.

El principio de incertidumbre se refiere a la co creación del sistema terapéutico; la inclusión del observador en el sistema observado que lleva a la negociación, en un ambiente colaborativo, de un objetivo soluble y la creación de una atmósfera adecuada en donde el cliente da cuenta de sus capacidades y fuerzas.

El lenguaje es otro elemento central en el modelo de soluciones, se concibe al lenguaje como reificador y creador de realidades en el proceso terapéutico (Hudson y Davis, 1990)

En éste sentido se hace hincapié en las presuposiciones como elemento inherente en la práctica clínica. Se pone especial énfasis en hablar el lenguaje y adoptar la modalidad sensorial de los pacientes. Finalmente la utilización intencionada de los tiempos verbales que deben encaminar a la solución de los problemas.

Algunos de los elementos que guardan similitudes entre el modelo de soluciones y el de Milán están presentes en la entrevista, en donde la pregunta es elemento de exploración e intervención a la vez.

En cada sesión es necesario ampliar y mantener el cambio. En la entrevista se deben prever las situaciones o las dificultades con las que puede enfrentarse el paciente con el fin de buscar estrategias que le permitan afrontarlas en el futuro. En cada sesión se hace una evaluación del progreso de los clientes, buscando excepciones, recursos y fuerzas.

Dentro de las cosas que el modelo de soluciones menciona que no se debe de hacer en el proceso terapéutico está lo siguiente: empezar sin un objetivo, repetir lo que el cliente ha intentado sin éxito para cambiar su situación, reificar la patología, complicar las cosas; a grandes problemas pequeñas soluciones.

Dentro de los principales exponentes del enfoque centrado en soluciones se hallan clínicos e investigadores como: W. Hudson O'Hanlon, M. Weiner Davis, Steve de Shazer, Insoo Berg, etc.

2.7.6 El modelo Colaborativo

Los antecedentes del llamado modelo colaborativo se hallan en los trabajos de Harold Goolishian y Harlene Anderson realizados hacia finales de los años ochentas. En un artículo llamado: Ecología de las Ideas escrito por Mony Elkaïm se menciona que Harlene se acercó a Lynn Hoffman en un congreso en las villas de Sulitjelmán (Noruega) para comentarle que comprendía que la cibernética no era una ciencia de la comprensión sino un suerte de energía fundada en el control. (Elkaïm 1994)

El modelo colaborativo opone los sistemas sociales definidos por las estructuras y los roles a los sistemas lingüísticos. El yo es una instancia múltiple que se funde en el lenguaje y las relaciones. Se concibe a la terapia como una colaboración entre dos personas con experiencias y perspectivas diferentes más que una colaboración entre un experto y sujetos que demandan ayuda, este grupo deduce lógicamente que el terapeuta necesita ubicarse en una posición de no saber.

Este enfoque es más bien una filosofía de la terapia que un modelo o un conjunto de técnicas. Anderson menciona que el modelo colaborativo tiene que ver con una forma de ser, pensar, hablar, relacionarse con las personas que acuden a terapia.

La terapia es una investigación compartida en la que el cliente y el terapeuta exploran juntos lo familiar y co-crean lo novedoso. El terapeuta considera que el cliente es el experto sobre su propia vida. A continuación me referiré a las terapias que se acercan a esta nueva postura de entender la terapia: *El Modelo Narrativo y el Equipo Reflexivo*.

2.7.7 El modelo Narrativo

Según el mismo Michel White los antecedentes de la terapia narrativa se hallan en los trabajos de los pensadores como Michel Foucault y Gregory Bateson. (White y Epston, 2002)

Las influencias del trabajo de Bateson están en relación a lo que White denomina el método interpretativo. Los expertos en ciencias sociales se refieren al método interpretativo cuando hablan de los procesos por los cuales desciframos el mundo. Dado que no podemos conocer la realidad objetiva, todo conocimiento requiere un acto de interpretación, a éste respecto Bateson menciona que la comprensión que tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos, están determinados por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo. En éste sentido también es comprensible que aquello que no puede ser pautado por nuestra red de experiencias no existe como hecho.

Otro de los elementos en los que pone énfasis White es el relacionado con el tiempo; el tiempo es esencial para la percepción de la diferencia, la terapia está hecha de una serie de relatos que se distinguen el uno del otro en una secuencia temporal.

White menciona que al estudiar la teoría del texto cayó en cuenta que mapa y relato son categorías muy parecidas. Sin embargo menciona que el concepto de relato tiene ventajas sobre el concepto de mapa, en el relato se destaca el orden y la secuencia, así pues el relato es más adecuado para el estudio del cambio, el ciclo vital y cualquier otro proceso de desarrollo.

En el campo de la terapia familiar el concepto de relato cobra una gran relevancia. A través de la analogía se concibe el estilo de vida de las personas como relatos, relatos o narraciones que ponderan, en ocasiones, problemas.

White menciona que al contemplar a la terapia como un proceso literario de narración le permitió abrir nuevas áreas de indagación, incluyendo una exploración de

aquellos mecanismos que hacen que ciertos textos tengan mérito literario y a proponer una terapia centrada en los textos de vida.

En este sentido los relatos de vida o auto relatos están llenos de lagunas que deben ser llenados para poder ser representados. Estas lagunas ponen en marcha las experiencias vividas y la imaginación de las personas. Con cada nueva versión las personas reescriben su vida, así la evolución vital es similar al proceso de reescribir, lo que hace que las personas se incluyan en los relatos y a su vez los relatos se apoderan de las personas.

Otro de los aspectos útiles de la analogía del texto es que nos permiten entender el contexto sociopolítico de las experiencias de las personas. (White y Epston, 2002). En este sentido White menciona que los relatos de las personas están enmarcados en contextos más amplios; por ejemplo el relato de identidad nacional de los mexicanos ha ido cambiando a través del tiempo, no es el mismo relato de identidad que tenía un hombre de la época de la colonia, que el de un hombre de la época de la revolución, por mencionar.

En este sentido se destaca la importancia de estudiar los efectos del poder como una forma de narración sobre las vidas de los sujetos y de los pueblos. Las influencias de Foucault según el mismo White, están en relación al efecto positivo que tiene el poder; el poder negativo aporta una teoría acerca de la represión, sin embargo se menciona que el poder positivo tiene un efecto constitutivo. Las ideas construidas y a la que se les asigna un estatus de verdad son normalizadoras en el sentido en el que se construyen normas que incitan a las personas a moldear y a constituir sus vidas. La orientación terapéutica de las terapias narrativas se esfuerza en cierta medida en cuestionar los efectos del poder como verdades totalizadoras. El encuentro terapéutico tiene como fin el cocrear relatos diferentes de aquellos que subyugan la vida de las personas y que los hace sufrir.

Una de las principales técnicas que se utilizan en las terapias con mérito literario es la externalización del problema. Según White la externalización:

"Es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por lo tanto a la persona o a la relación a la que se atribuya. Los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a las personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivos" (White y Epston, 2002. pp53)

White menciona que las personas comúnmente se presentan a la terapia con un relato dominante. En la técnica de la externalización del problema se pretende que las personas se describan así y a sus relaciones desde una perspectiva diferente, con relatos alternos a los relatos dominantes de sus textos de vida. Él llama a estos relatos alternos acontecimientos extraordinarios. El terapeuta bajo esta modalidad de tratamiento trata de animar a las personas y a las familias de localizar dichos acontecimientos extraordinarios a través de la pregunta, White llama a dichas preguntas “preguntas de difusión extraordinaria”. Dentro de las preguntas de difusión extraordinaria hallamos el siguiente tipo de preguntas:

Las preguntas de influencia relativa, éstas pueden dividirse en dos categorías; las primeras animan a las personas a trazar el mapa que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones.

Las segundas indagan la influencia que los propios sujetos tienen sobre el problema. Ambas preguntas que son técnicas de indagación e intervención se realizan de manera común en el inicio del proceso terapéutico.

De vital importancia en las terapias narrativas es la definición del problema. Debe haber una descripción detallada del mismo que en ocasiones puede hacerse en términos conductuales precisos, sino es así, el terapeuta debe proporcionar posibles definiciones y después contrastarlas con las descripciones hechas por los sujetos.

Los acontecimientos extraordinarios pueden identificarse mediante una revisión histórica que los sujetos tienen sobre el problema, se entiende entonces que se pueden hacer preguntas de acontecimientos extraordinarios pasados, presentes y de futuro. Este tipo de preguntas que también White llama *preguntas relativas al panorama de acción* son eficaces para dar nacimiento a paisajes alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal (White, 1994). Así las preguntas que hacen una revisión de la historia de los sujetos ayudan a que se pueda dar nacimiento a otros posibles panoramas de acción, en donde el sujeto ha tenido logros y que le permiten ir construyendo relatos alternativos del relato dominante que en ocasiones se presenta como saturado de problemas.

En el caso de las preguntas relativas al panorama de conciencia son aquellas que invitan a la articulación y a la realización de preferencias alternativas, deseos, cualidades personales y de relación.

Las preguntas referentes a experiencias de experiencias facilitan el proceso de recreación de vidas y relaciones. White menciona que estas preguntas incitan a las

personas a dar una versión de lo que creen o imagina que otras personas puedan pensar de ellas. Aquí podemos identificar la influencia del construccionismo social en las terapias narrativas en lo referente a identificar las otras voces que articulan al yo de los sujetos. Se menciona que el terapeuta puede incluir a otras personas que han participado en la gestación histórica de los hechos.

Hay una serie de preguntas que son elaboradas con el fin de propiciar y llegar a buen término el proceso terapéutico. Estas consisten en elaborar cuestionamientos acerca del futuro, evaluando las respuestas de las personas ante dificultades nuevas y cómo sus experiencias pueden ayudar a otras personas que presenten problemáticas parecidas, esta estrategia empodera a los sujetos y los coloca a su vez en el papel de expertos.

Otro de los elementos que analiza White dentro de las terapias con mérito literario son los documentos. Menciona que en la sociedad actual los documentos asignan estatus a las personas e inclusive en ocasiones llegan a tener vida propia, como en el caso de los expedientes clínicos. White menciona: "*un expediente tiene una existencia y una trayectoria en el mundo social que pronto se sitúa fuera del alcance de las personas a las que se refiere*" (White y Epston, p.p186. 2002)

Los textos también tienen el poder de la representación personal; representan a los ojos de otros lo que somos por el estilo literario en el que redactamos.

White llama a los textos que no marginan a las personas, como documentos alternativos. Estos documentos sitúan a los sujetos en un nuevo estatus dentro de la sociedad como en el caso de los galardones, diplomas y reconocimientos. Dichos documentos tienen el poder de llegar a otros lo que refuerza en sentido positivo la representación del yo en cuestión.

A manera de conclusión en los procesos terapéuticos con mérito literario estos galardones ayudan a indicar que los sujetos han alcanzado un nivel distinto en las narraciones personales, lo que ayuda a reforzar el cambio y permiten a su vez que los sujetos articulen nuevos relatos sobre su proceso de vida.

2.7.8 El Equipo Reflexivo

En el libro *El Equipo Reflexivo* de Tom Andersen (1994) se realiza una reseña histórica de los antecedentes y del contexto que permitió la articulación de esta modalidad de hacer terapia.

Andersen menciona que los antecedentes del Equipo Reflexivo se hallan en la observación del trabajo clínico de los terapeutas estratégicos y el grupo de Milán. De manera particular la técnica de la entrevista circular y las observaciones hechas a través de la cámara de Gessell permitieron gestar las ideas acerca del modelo reflexivo de hacer terapia.

Hacia mediados de los años ochentas el equipo de salud mental de Tromsø, en Noruega, adoptó la modalidad de hacer terapia a la manera de Milán, sin embargo menciona Andersen sus logros eran pobres. Observó que era muy difícil que todo el equipo estuviera de acuerdo con una hipótesis y con la articulación de las intervenciones, además el entrevistador casi nunca trasmite las ideas de su consulta con el equipo ni en las preguntas que hacía ni en sus intervenciones. (Andersen, 1994)

Andersen empezó a especular sobre la idea de la utilidad de que las personas que consultaban escucharan las formas de discernimiento y reflexión del equipo para llegar a un objetivo.

En cierta ocasión que un joven terapeuta se hallaba atascado con una familia sobrevino la idea; dentro de la cámara de Gessell los papeles se cambiaron con un juego de luces y micrófonos, que permitieron escuchar a la familia y a su entrevistador las reflexiones que hacían el equipo en voz alta.

Los cambios según Andersen fueron notables, permitieron a la familia salir del bache.

En éste punto se gestaron dos ideas fundamentales; por una parte lo relacionado a lo que Gregory Bateson denominó la diferencia que hace la diferencia, la segunda idea tiene que ver con una epistemología diferente de hacer terapia y que inserta de lleno al equipo reflexivo en la cibernética de segundo orden y las terapias postmodernas.

La diferencia que hace la diferencia, es un término acuñado por Bateson. Andersen explica a este respecto: *"Hay dos significados distintos en el uso de Bateson de la palabra diferencia; primero, algo es distinto al ser diferente de su entorno, y segundo, un cambio es una diferencia a lo largo del tiempo causada por una diferencia"*. (Andersen, 1994).

Estas ideas son fundamentales en el quehacer clínico; las situaciones que llevan a las personas a concebir problemas son el resultado de las descripciones que las personas tienen del mundo. A su vez, las descripciones que tenemos del mundo por la palabra es lo que hace que las cosas existan o dejen de tener existencia en nosotros.

La forma de lograr un cambio es tratar de hallar éstas diferencias a través del diálogo con las personas. Ya el equipo de Milán a través de la técnica de la entrevista circular buscaba estas diferencias que pueden presentarse en los contextos inmediatos o a través del tiempo.

En la modalidad que se desarrolló con el equipo reflexivo se intenta compartir lo que los miembros del equipo piensan y sienten a raíz de lo que han escuchado durante la entrevista entre clientes y terapeutas. Los integrantes del equipo reflexionan en presencia del sistema terapéutico (clientes y terapeutas).

La reflexión es un proceso mediante el cual los sujetos se apropian de las narraciones de los otros, la enriquecen y la vierten nuevamente para enriquecer las descripciones y promover un cambio a través de la diferencia.

Margarita Tarragona lo explica así: "nosotras pensamos que si se quiere una metáfora óptica, tal vez podríamos imaginar a los miembros del equipo como prismas más que como espejos: la luz primero pasa a través de ellos, y la forma que toma al salir depende de sus ángulos, cortes y facetas". (Fernández, London y Tarragona, 2003).

En el caso de la postura epistemológica del observador o terapeuta Andersen menciona que se democratiza la terapia; el terapeuta ya no es el experto, se inserta en el diálogo no como un instructor, sino como una persona interesada en los relatos del otro.

Andersen lo explica de la siguiente manera: "*Nos influimos reciprocamente de una manera significativa: la de mis clientes basada en sus experiencias locales y la de mi equipo y mía en nuestra experiencia general como terapeutas. Por lo tanto, hoy en día las intervenciones y la solución de problemas ya no ocupan el lugar central en nuestro trabajo, a menos que el cliente lo pida expresamente. Las conversaciones que ahora tenemos con los clientes parecen ayudar a que surjan las alternativas que ellos mismos encuentran útiles: una forma alternativa de estar en el mundo*". (Andersen, 1995).

La forma de trabajo del equipo reflexivo (reflecting team) inicia desde el primer contacto con el cliente, ya sea vía telefónica o por carta. Se indaga si hay profesionales inmiscuidos en el caso y se conversa o escribe sobre cuales personas se considera sería importante que estuvieran en la entrevista inicial.

Al inicio de la primera sesión se les explica a los clientes que además del entrevistador existe un equipo de observadores que, de vez en cuando, entraran a la sesión para verter sus opiniones acerca de la entrevista.

Además de esto se le solicita, al cliente o la familia, su consentimiento para filmar las sesiones.

Después de establecidos estos primeros contactos Tarragona y Col. mencionan los lineamientos a seguir del equipo en reflexión:

- Los miembros del equipo pueden estar detrás de un espejo o bien en el mismo espacio que los clientes y el terapeuta.
- Durante la entrevista, los miembros del equipo escuchan en absoluto silencio, sin hacer comentarios entre ellos. El equipo nunca interrumpe la entrevista para ofrecer consejos ni hacer preguntas.
- Después de un rato de entrevista, el terapeuta puede solicitar la participación del equipo, o el equipo puede indicar que tiene ideas que quiere compartir.
- Si el equipo está detrás del espejo, puede intercambiar puestos con la familia y la terapeuta para ofrecer sus reflexiones.
- Al hablar, los miembros del equipo se miran entre ellos, no establecen contacto visual con los clientes
- Los miembros del equipo ofrecen sus reflexiones de manera tentativa (no sé, tal vez, podría ser, se me ocurre que,...)
- Los comentarios se basan exclusivamente en lo que se escuchó durante la entrevista
- La participación del equipo generalmente toma de 5 a 10 minutos.
- Tras escuchar al equipo, los clientes y el terapeuta comentan sobre lo que oyeron.

Andersen menciona que las preguntas iniciales giran alrededor de conocer al sistema de relaciones e indagar la postura de los pacientes en relación al proceso. Se observa el lenguaje corporal de los entrevistados con el fin de conocer cómo se sienten dentro de la entrevista. Se hacen preguntas como las siguientes: ¿Cuáles son los temas que los presentes quisieran tocar en este encuentro? ¿Todos tienen que estar presentes? ¿Alguien debe estar detrás del espejo y después regresar?

Si bien no hay reglas fijas para elaboración de las preguntas, es necesario preguntar a cada uno de los miembros acerca de la situación que los trae y qué temas les gustaría abordar.

El equipo se centra en las excepciones con el fin de ampliar los cambios o hacer notar patrones distintos de relación.

Las intervenciones reflexivas del equipo deben cumplir las siguientes disposiciones generales:

- Los miembros del equipo conversan entre sí de 10 a 15 min.
- Un miembro del equipo puede hacer una pregunta acerca algo novedoso que notó en la entrevista.
- Cada pregunta puede referirse tanto a la historia de la excepción como sus posibilidades al futuro.
- Cada miembro del equipo sitúa su comentario, es decir lo contextualiza en función de su experiencia, educación, sistema de creencias, etc. Si un miembro del equipo no lo hace otros lo pueden hacer o ayudarlo a hacerlo.
- Si un miembro del equipo hace un comentario en vez de una pregunta, otro miembro puede preguntar de dónde viene este comentario.
- A grandes rasgos la labor del equipo reflexivo es unirse a la familia, apoyar la aparición de narrativas diferentes y facilitar la deconstrucción de las descripciones saturadas de problemas.
- El equipo para lograr esto busca palabras que provocan una apertura, una apertura según Andersen es una expresión en el sistema de significados de un sujeto o una familia, es decir es una palabra clave sobre la cual se organizan otros significados. Hay preguntas pues que buscan aperturas con el fin de indagar significados centrales en la construcción del diálogo.

Otras preguntas son las siguientes:

- Preguntas poco usuales. Están relacionadas con descripciones de las actividades alrededor de los temas que fueron presentados, las explicaciones de estas actividades y lo que uno puede imaginar que ocurriría si hubiera un cambio en estas actividades.
- Preguntas sobre descripciones. Estas preguntas facilitan descripciones dobles, ya que están dan perspectiva de un hecho estas preguntas incluyen palabras como: en comparación con, en relación con, diferente de, etc.
- Preguntas para motivar explicaciones. Estas preguntas incitan al sistema en cuestión que explique contextos o relaciones por ejemplo: ¿cómo puede entenderse ese hecho? ¿qué es lo diferente de aquello a esto?
- Preguntas sobre las distintas conversaciones. Son preguntas que buscan descripciones dobles o múltiples de los hechos, ejemplo: ¿quién hablo con

quién y de qué temas? ¿hasta qué punto tu explicación es similar a la de...?

- Preguntas hacia futuro. Reestructuran premisas actuales lo que a la larga permite articular nuevas descripciones de los hechos y del mundo en consecuencia. Ejemplo: ¿qué sucedería si ella no estuviera?

El cierre del proceso terapéutico es una posibilidad que se contempla en cada sesión. Andersen menciona que el sistema de entrevista más el sistema de observación evalúan al final si es conveniente realizar otro encuentro. En este sentido el cambio es notable en relación de las terapias directivas, al democratizar el proceso terapéutico los clientes tienen la libertad de elegir si la terapia ha concluido o no y tienen a su vez la posibilidad de evaluar sus propios cambios y hasta donde quieren llegar.

Debo mencionar que este modelo en particular conocido como el equipo reflexivo me parece de gran utilidad en contextos institucionales de salud. Actualmente laboro en el Instituto de Salud del Estado de México en un hospital de especialidades psiquiátricas. Contemplo la posibilidad de crear un equipo reflexivo con los diferentes miembros del equipo multidisciplinario con el que laboro: psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, etc. Situación que es factible en un futuro inmediato, con el fin de recrear voces sobre las voces de los clientes y los profesionales de la salud mental.

CAPITULO III

ENTIDAD Y SECUENCIA DEL TRABAJO CLÍNICO

3.1 Entidad donde se realizó el trabajo clínico

3.1.1. Contexto Institucional

El Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila".

En 1980 el Dr. José Lichtszjan, quien era jefe del departamento de Psicología Clínica de la Facultad, junto con la Lic. Josette Benavides idearon el proyecto que dio vida al Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila".

El centro fue inaugurado el 8 de mayo de 1982 por la directora en turno de la Facultad: Dra. Graciela Rodríguez.

En un inicio el centro estuvo vinculado con el Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Postgrado.

Los objetivos del centro eran brindar tratamiento y desarrollar programas de entrenamiento práctico supervisado a estudiantes de maestría y doctorado, con el fin de desarrollar proyectos de investigación.

Los objetivos del Centro actualmente son:

- Apoyar y fortalecer la formación teórico-práctica de los alumnos, a través de los servicios psicológicos que la Facultad ofrece al público en general, con la ayuda del trabajo supervisado de los especialistas.
- Fortalecer la producción científica y la investigación en escenarios reales y con problemas que requieren la atención del psicólogo.
- Difundir el trabajo que realiza el psicólogo como profesional en foros científicos y en la comunidad.

En la actualidad el Centro de Servicios constituye la sede de diversas residencias del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM como son: en medicina conductual, en psicología infantil, en psicología de las adicciones y en terapia familiar sistémica.

3.1.2 Descripción del Centro

El centro de servicios psicológicos es un edificio que cuenta con sótano, mezanine y tres niveles. Está conformado por 26 cubículos en dos alas, de los que 12 se destinan al trabajo de terapia individual y los más amplios que son 8 a actividades grupales incluida la docencia.

Cuatro de estas salas cuentan con espejos de doble vista conocidos como de Gessell, en tres de estas salas se cuenta con equipo de circuito cerrado: video, audio y equipo de intercomunicación para la observación directa de los procesos terapéuticos y fortalecer los procesos de enseñanza aprendizaje.

El horario de atención es de 8:00 a 20: 00 horas en días hábiles excepto los miércoles que el centro cierra sus puertas a las 19:00 hrs.

Del personal y organización del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”

El equipo del Centro de Servicios está conformado por personal de base del STUNAM que cumple funciones administrativas y de mantenimiento del centro.

Por otra parte está el personal docente que se encarga de funciones de docencia, investigación y coordinación de los diferentes programas de postgrado. Finalmente se cuenta con terapeutas y estudiantes que realizan su servicio social y o prácticas profesionales o cursan algún postgrado de las diferentes áreas ya mencionadas.

Las actividades de atención psicológica se organizan, a grandes rasgos, de la siguiente manera:

Los usuarios que demandan el servicio acuden al centro para llenar una solicitud donde se especifica las características del usuario como: nombre, edad, domicilio, escolaridad y problemática presentada.

Estas solicitudes son canalizadas a los diversos programas, según el caso. Los terapeutas se encargan de contactar con los usuarios encuadrando los procesos terapéuticos en tiempo y lugar. Los usuarios son informados de las características del tratamiento y se les pide su consentimiento para ser grabados o ser observados por el equipo terapéutico. Se lleva un seguimiento de los casos a través de los expedientes que son debidamente foliados y archivados.

En ocasiones el centro puede canalizar casos que no estén al alcance de su intervención. Por otra parte debo mencionar que se cobra una cuota de recuperación a cada usuario según sus posibilidades económicas.

Las altas son otorgadas cuando los objetivos iniciales del proceso terapéutico son alcanzados o cumplidos de manera satisfactoria.

Las bajas se presentan cuando el terapeuta no puede contactar con los usuarios vía información de la solicitud, o en ocasiones que se presenten tres faltas seguidas sin justificación.

3.1.3 Hospital Psiquiátrico la Salud Tlazolteotl

El Hospital Psiquiátrico Granja “La Salud, Tlazolteotl”, pertenece al instituto de Salud del Estado de México; fue fundado el 25 de marzo de 1961 e inaugurado por el presidente Adolfo López Mateos el 24 de marzo de 1962.

Este hospital forma parte de una red de 11 instituciones de atención psiquiátrica que se construyeron en diversos estados del país durante la década de los años sesentas, en un esfuerzo de modernizar los servicios de salud mental en México. Este proceso de modernización fue conocido como la operación Castañeda.

Está ubicado en la localidad de Zoquiapan, Estado de México, en el kilómetro 33.5 de la carretera federal libre México- Puebla, perteneciente al municipio de Ixtapaluca.

La misión de este hospital es proporcionar con prontitud, eficacia y calidez servicios de salud mental a la población abierta del Estado de México, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; así como al mejoramiento de su calidad de vida y desarrollo social.

El objetivo de la institución es:

Reintegrar al usuario de los servicios de salud mental a su medio familiar y social, contribuyendo al ejercicio de sus capacidades.

Este objetivo se trata de alcanzar en la organización de dos funciones básicas que giran alrededor de los servicios de consulta externa; que es para usuarios que no requieren de hospitalización y que pueden recibir tratamiento médico en su medio familiar.

Los servicios de hospitalización se proporcionan a pacientes que requieren de tratamiento médico psiquiátrico específico por cursar fase aguda de algún trastorno mental.

Descripción del hospital:

El Hospital Psiquiátrico la Salud esta conformado por una serie de construcciones de tipo horizontal, cuenta con áreas verdes y arboladas que funcionan como jardín.

Al interior del hospital se halla un circuito pavimentado que permite el acceso a las diferentes áreas del mismo.

En la entrada del hospital se encuentra un estacionamiento externo y un pequeño jardín donde se observa un mural que representa a la diosa azteca Tlazolteotl.

Se cuenta con construcciones que albergan las áreas de gobierno, consulta externa, talleres de inducción, pabellones de los usuarios, comedor, lavandería, así como canchas de fútbol y básquetbol.

Este hospital se encuentra abierto los 365 días del año. Los horarios de atención son de 8:00 a 18:00 hrs. De lunes a viernes, previa cita concertada con el departamento de trabajo social.

Menciono esta entidad debido a que en este espacio se llevaron a cabo dos de las investigaciones de corte cuantitativo y cualitativo que realizamos en nuestro proceso de formación en la maestría.

3.2 Secuencia de participación en la entidad

Las actividades realizadas en los cuatro semestres de la residencia en terapia familiar sistémica tuvieron como objetivo el desarrollo de las competencias profesionales para el ejercicio de una psicología de alta calidad en diversas áreas. En el aspecto clínico la secuencia de participación tuvo las siguientes características:

El equipo terapéutico en formación estuvo integrado por 14 alumnos y aproximadamente 4 supervisores por semestre.

La secuencia de participación fue progresiva; el primer semestre fue básicamente de formación teórica y se atendieron tres casos por parte de los supervisores. En el segundo semestre se atendieron un total de 13 casos, en el tercer semestre 21 y finalmente en el cuarto se atendieron 62 casos.

Las horas acumuladas como parte del equipo terapéutico, en las que participe, sumaron un total de 198 horas.

Las tareas realizadas fueron diversas en éste lapso de tiempo, en algunas ocasiones se reflexionaba los aspectos teóricos de las escuelas, se realizaban

intervenciones, se transcribían las sesiones o se entregaban con posterioridad resúmenes con el fin de identificar contenido y proceso de las sesiones.

En los primeros dos semestres las intervenciones y los abordajes teóricos se centraron en los modelos directivos por mencionar: el modelo MRI, el modelo Estratégico o el Estructural. En los últimos dos semestres se abordaron los aspectos teóricos y las técnicas de los modelos no directivos entre ellos: el modelo de Milán, modelo de Soluciones, modelos Narrativos, Colaborativos, el equipo reflexivo, etc.

De manera personal atendí un total de seis familias y un caso de terapia individual. Lo que suma siete casos atendidos de manera directa.

En tres de estos casos tuve supervisión con algún profesor asignado, en los otros cuatro casos la supervisión se llevo a cabo por el equipo terapéutico en formación.

A continuación muestro un cuadro que ejemplifica mi participación y desempeño en éstos siete casos.

	Demanda de atención por:	Tipo de abordaje teórico	Numero de sesiones	Proceso terapéutico concluido o no.
Familia	Organización y límites familiares.	Modelo MRJ	Sesiones 7	Concluido
Pareja	Organización vida conyugal	Modelo soluciones	Sesiones 3	Baja por faltas
Terapia individual	Celotipia	Equipo reflexivo	Sesiones 7	Concluido
Familia	Comunicación familiar	Modelo Soluciones	Sesiones 7	Concluido
Familia	Organización y límites familiares	Modelo soluciones	Sesiones 8	Concluido
Familia	Comunicación familiar	Modelo de soluciones en coterapia.	Sesiones 15	Concluido
Familia	Organización y límites generacionales	Modelo estructural	Sesiones 3	Inconcluso

CAPÍTULO IV

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

A continuación mostraré las habilidades clínicas adquiridas a lo largo de cuatro semestres de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, mediante el análisis detallado de dos casos clínicos bajo la lente de los modelos MRI, y de soluciones respectivamente.

Debo mencionar que la Maestría estuvo enfocada en el desarrollo de habilidades clínicas para la atención de familias, parejas y terapia individual. La adquisición de las habilidades y competencias tienen como fin que el terapeuta sea capaz de atender de forma eficaz los casos clínicos que se presenten en contextos diversos. En mi caso particular las habilidades adquiridas tienen como fin ponerlas en práctica en el contexto institucional donde laboro.

El trabajo clínico se llevó a cabo bajo dos modalidades a saber: supervisión en vivo y narrada, contando con equipo terapéutico detrás del espejo de doble vista.

En los primeros semestres la carga académica se centró en los aspectos teórico metodológicos de las terapias sistémicas; la adquisición de las bases epistemológicas, los antecedentes históricos, los modelos terapéuticos, sus representantes y técnicas, las cuales fueron revisadas cuidadosamente.

Se aplicaron los principios y técnicas de intervención de los modelos de: a) terapias breves, b) estructural, c) estratégico, d) orientado a soluciones, e) Milán, f) equipo reflexivo, modelo narrativo y colaborativo.

Las actividades fueron de integración, tratando de hallar la lógica y los principios, en la práctica de cada una de las modalidades.

Para mostrar los casos es menester hacer referencia acerca de la forma que trabaja el terapeuta familiar sistémico en un caso típico.

De manera general el terapeuta utiliza la entrevista como una herramienta para la conformación del sistema terapéutico, la entrevista sirve para obtener información, identificar patrones de interacción, y las formas en que los miembros de la familia significan el mundo. En algunos modelos la entrevista es vista sólo como una herramienta para obtener información que permita diseñar estrategias de intervención, en otras como lo señala Margarita Tarragona, la entrevista es la intervención misma. Con la entrevista el terapeuta se mueve en las relaciones e identifica significados diversos que se han dado al interior de la familia al paso del tiempo. Indaga acerca de la demanda o motivo de consulta.

La entrevista, en los modelos de las terapias breves, tiene además el fin de definir un objetivo soluble sobre el cual gira el quehacer con la familia.

Jay Haley divide a la entrevista de la siguiente manera:

1. Etapa social. En donde a grandes rasgos se saluda a cada uno de los miembros de la familia, procurando que se sienta cómoda. Agregaría yo asumiendo una posición de interés y de respeto, asumiendo que la familia es la experta en su problemática. Encuadrando el proceso terapéutico definiendo contextos en tiempo y lugar.
2. Etapa de planteo del problema: se inquiriere acerca del problema presentado. Se elabora un objetivo en conjunto con la familia de tal manera que éste sea soluble.
3. Etapa de interacción se pide a los miembros de la familia que conversen entre sí. Aquí agregaría se puede indagar ya sea los intentos de solución o las excepciones, es decir las situaciones donde no se presenta el problema. Identificar los recursos y contextos favorables con los que cuenta familia.
4. Etapa de intervención, aunque como lo he señalado con anterioridad ésta etapa se presenta en cualquier momento del proceso. Se escogen las técnicas de intervención según sea el caso o los recursos del propio terapeuta.
5. Finalmente etapa de evaluación y cierre. La familia es quien evalúa sus propios cambios y valora la posibilidad de nuevos problemas y como enfrentarlos.

Los siguientes pasos descritos no son una guía única, los tiempos y la forma de trabajo pueden variar, más bien pretenden ser una forma didáctica para ejemplificar los casos tratados.

En la entrevista y evaluación de la primera familia me apoye en el modelo Mc Master o esquema dinámico de evaluación familiar desarrollado por Epstein que abarca los siguientes aspectos: identificación y solución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, involucramiento afectivo y control de conductas.

Por otra parte como he mencionado anteriormente el modelo estructural de Minuchin asume que la familia es un sistema organizado jerárquica y funcionalmente. Los elementos en los que se apoya Minuchin para evaluar a la familia son los siguientes: tipos

de jerarquía, tipos de límites, alianzas y coaliciones y los contextos que se consideran terapéuticos en sí.

Otra de las herramientas de utilidad es el genograma de Mc Goldrick. Esta evaluación es esquemática y permite al terapeuta construir una Gestalt de la estructura familiar, registrar información estructural y funcional y delinear patrones de interacción familiar que se dan al paso del tiempo.

En lo referente al segundo caso es una presentación distinta omito de manera intencional las tres formas de evaluación echas con la primera familia. todo con el fin de ejemplificar dos formas de trabajo distintas. Por una parte un trabajo directivo y otro no directivo.

En el segundo caso la entrevista es indagación, planteamiento e intervención. Los principios en los que baso el análisis y la discusión del caso son los principios de la terapia centrada en soluciones desarrollada por Shazer, O' Hanlon y Davis.

Una vez que precise los elementos generales de los procesos terapéuticos expongo los dos casos que seleccioné para mostrar las habilidades clínicas que adquirí en mi proceso de formación en la maestría.

4.1 Presentación de casos clínicos por familia

4.1.1 Familia número uno

No. de sesiones: 7

Periodo: Del 10 de julio al 2 de diciembre de 2002

Supervisión: Dra. María Blanca Moctezuma Yano

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA

FAMILIA:

COMPOSICIÓN: Padre: B. 50 años de edad. Comerciante. Escolaridad:

Madre: Luc. 44 años de edad. Ama de casa. Escolaridad: 2do año de bachillerato.

H1: E. 22 años de edad. Estudiante de licenciatura en el Politécnico.

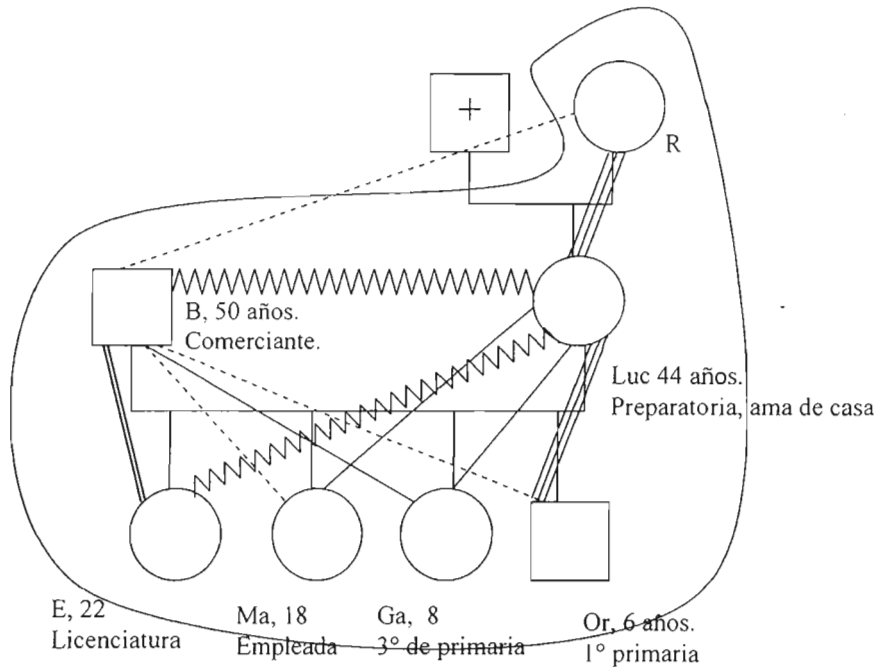
H2: Ma. 18 años de edad. Empleada en una tienda de pinturas.

H3: Ga. 8 años de edad. Estudiante de 3ro. de primaria.

H4: Or. 6 años de edad. Estudiante de 1ro. de primaria.

LUGAR DE RESIDENCIA: Oriente de la Ciudad de México.

GENOGRAMA



EVALUACIÓN SEGÚN LA GUÍA MACMASTER

1. Identificación y solución de problemas

La familia acude a terapia debido a problemas de comunicación entre los diferentes subsistemas que la conforman. El padre señala que han tenido dificultades económicas desde hace aproximadamente cuatro años, a causa de una mala administración en su negocio. Tanto él como su hija mayor (E) asumen la posición de portavoces del sistema familiar y de su malestar. Se muestran más preocupados por la situación que acontece. E incluso llora durante la sesión.

E indica que mientras su padre tuvo solvencia económica cada quien asumía su función sin ningún problema pero, una vez que pierde su empleo a las dificultades con el dinero se suma la discusión y los problemas de comunicación. Lo cual repercute en la estructura y funcionamiento familiar. El señor B inicia un negocio que no prospera debido a la mala administración.

La madre se centra en las dificultades económicas de la familia y presiona a su pareja para que asuma su papel de proveedor y que pueda cubrir de manera satisfactoria las necesidades de los miembros de la familia.

Ante las dificultades económicas el padre trata de obtener ingresos mediante el autoempleo, además ha buscado obtener un trabajo formal por medio de sus conocidos o parientes.

Debido a la mala administración del dinero por parte de la madre, padre e hija se ponen de acuerdo para que ella se haga cargo de la administración del gasto familiar con el fin de aminorar las carencias que se presentan.

Lo anterior genera descontento en la madre ya que se ve suplantada por su hija en su rol ejecutivo y esto hace que su relación con ella sea tensa.

Otro de los intentos de solución consiste en que Ma trabaja y aporta parte de su ingreso a la economía familiar. Además la abuela contribuye con su pensión lo que ocasiona que la madre tenga un trato preferencial con ella y trate con desdén, a su pareja a la que califica de incapaz de mantenerlos.

De manera adicional es claro el sobreinvolucramiento afectivo entre el hijo menor y su madre, lo que ocasiona que el señor B se sienta relegado en su función paterna respecto del hijo ya que sólo ella es la que decide lo concerniente a su educación y lo sobreprotege.

2. Comunicación

En relación a la comunicación si bien hay acuerdo entre los subsistemas ejecutivo y parental en torno a la definición del problema, los desacuerdos se dan principalmente en el aspecto relacional. La madre (Lu) se muestra incómoda ante las preguntas formuladas por el terapeuta durante las entrevistas, incluso después de la tercera sesión ya no asiste.

A partir de que el Sr. B es despedido de su empleo y por ende no puede cumplir satisfactoriamente las necesidades materiales que exige su pareja, el aspecto relacional en sus intercambios se ve modificado. Sus intercambios giran alrededor de las situaciones que provocan malestar como: reproches, desaprobación, inconformidad, rechazo.

Lu califica a su pareja como incompetente dado que no puede cubrir sus exigencias, para ella la relación se define a través de que su pareja satisfaga los requerimientos de la familia en su papel de proveedor de manera satisfactoria y comenta: "yo quisiera saber cómo hacer para motivarlos a que hagan lo que les corresponde". La definición que hace Lu de su pareja como incapaz afecta todos áreas en su relación ya que ella rechaza todos los intentos de su pareja por acercarse en el plano sexual, en las decisiones de la vida cotidiana y en el plano afectivo.

La pareja no puede metacomunicarse acerca de su respectiva manera de puntuar su interacción y parten de premisas distintas en dicha puntuación: ella lo presiona constantemente para que haga algo por obtener un mejor ingreso económico y parece decirle *"yo te acepto si tu cumples tu función como proveedor de manera satisfactoria"*; y él, por su parte, ante la presión de ella se retrae, se siente cada vez más incapaz de complacerla y se vive rechazado por que no obtiene la satisfacción que pide en el plano afectivo ya que él parte de la premisa de que ella debe aceptarlo por lo que es, porque está presente y no por lo que pueda dar en lo económico, y dice *"si me motivara podría esforzarme más para obtener lo que ella necesita"*.

Lo cual los lleva a sentirse no apreciados, queridos; ella porque ha sido suplantada por su hija mayor en relación a la administración del dinero y él porque ha sido despojado de cualquier muestra de afecto y de cualquier reconocimiento por parte de su pareja.

La pareja tiene intercambios simétricos ya que la pauta de relación se manifiesta de la siguiente manera: si tu no me das dinero yo no te doy amor y reconocimiento, y la respuesta del otro es si tu no me das amor y reconocimiento yo no te doy dinero y se sucede una escalada que repercute en los otros subsistemas de la familia.

3. Roles que se dan dentro de la familia

En la familia cada miembro tiene sus funciones claramente delimitadas. El padre asume de manera preponderante el papel de proveedor pero ante la situación de la pérdida de su empleo la abuela materna contribuye con su pensión al gasto familiar y la segunda hija (Ma) aporta parte de su sueldo a la economía familiar.

La madre se hace cargo de lo concerniente a las labores del hogar: quehaceres, comida, cuidado, apoyo y protección de los hijos. Cabe mencionar que ante las dificultades económicas, se ha planteado la necesidad de seguir estudiando para en un futuro conseguir un empleo y ayudar a su familia.

(E) asume un papel ejecutivo debido a que afectivamente se encuentra muy cercana al padre y lo apoya en la administración del dinero, pero al mismo tiempo le provee de la motivación que la madre no le da; incluso E trata de regular la conducta de su hermano menor (Or); lo cual propicia conflictos y discusiones con la madre.

4. Respuesta afectiva

La familia manifiesta de manera preponderante emociones y sentimientos de malestar.

Los desacuerdos entre la pareja no se pueden negociar ya que el Sr. B evita la confrontación directa con su pareja y ante toda posible discusión calla y en algunas ocasiones las hijas intentan defenderlo y reconocer sus esfuerzos por sacar a su familia adelante. No pueden hablar de sus necesidades afectivas, o intercambiar sentimientos de bienestar porque su relación sólo gira en el nivel parental.

En el caso de los hijos, las mujeres perciben más necesitado al padre de afecto y tratan de proporcionarlo de diferentes formas: aportando económicamente, a través de una carta, ayudando a administrar el dinero, etc.

5. Involucramiento afectivo

El hijo menor se encuentra sobre involucrado con su madre, lo que impide de cierta forma que el padre pueda proveer de regulación social, protección, apoyo emocional o guía cognitiva al pequeño; todas estas son manifestaciones claras del involucramiento afectivo con el hijo que debería compartir con la madre.

A su vez, B percibe que su esposa está muy cercana afectivamente a su madre y se pone en un papel de competencia por la atención, el cuidado y el apoyo de su pareja.

Incluso llega a mencionar lo siguiente: "para ella lo más importante es su madre, incluso más que sus hijos.

Por otro lado E se encuentra sobreinvolucrada afectivamente con el padre, incluso le da consejos de cómo debe ser frente a la madre: "Mamá tiene la obligación de servirte porque das para el gasto familiar, tienes que exigirle". Ella llora y manifiesta mayor preocupación por la situación familiar. Cree que su padre necesita ser defendido de una situación desventajosa para él.

Entre la pareja los intercambios se dan exclusivamente en su papel de padres, en su situación conyugal no hay involucramiento afectivo. Ambos se perciben rechazados por el otro y cuando sus desacuerdos llegan al límite tolerable se alejan el uno del otro y la comunicación verbal incluso desaparece por un tiempo, algunas ocasiones hasta por un mes.

6. Control de conductas

La madre asume un papel central en el establecimiento de lineamientos para el control de la conducta entre sus miembros. No hay conflicto respecto a las hijas mayores, quienes son responsables, conscientes de su papel en la familia y lo desempeñan de manera adecuada. Pero al hijo menor se le pasan por alto muchas conductas que los miembros de la familia desaprueban, lo que es una causa de conflicto latente en la familia. Ejemplo de esto son las discusiones entre el señor B y su esposa. Incluso se han dado discusiones entre las hijas mayores y la madre por la conducta del hijo más pequeño. A este respecto el señor B señala: *Ma estaba gritando por que no esta de acuerdo en como trata su mamá al pequeño Or. E estaba discutiendo con la mamá y yo no intervine.*

En lo referente al papel que asume la madre en cuanto al control de las conductas, el señor B menciona que cuando se dan las discusiones con su esposa ella siempre termina ganando y asume el control. Ella siempre le dice lo que tiene que hacer en la casa: barrer, cambiar una chapa, etc.

ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

En el caso de esta familia es necesario resaltar los dos tiempos que se viven en función de los hijos. Por una parte el sistema fraternal está conformado por cuatro miembros; dos adultos jóvenes y dos infantes. Las funciones del subsistema parental están claramente delimitados, el señor B asume su de proveedor, la señora Lu

desempeña su rol de ama de casa, donde se incluyen los quehaceres propios de: cuidado, aseo, nutrición, regulación social, guía cognitiva, etc

Es una familia semi extensa, debido a que además de la familia nuclear, ya mencionada, convive una tercera generación representada en la abuela materna.

Según Minuchin una coalición es definida como la unión entre miembros de dos generaciones distintas contra un tercero. Lo que lleva a triangulaciones como las que se dan en la familia bajo estudio y se ejemplifican a continuación:



El establecimiento de dichas coaliciones se manifiesta de manera clara y provoca conflictos a partir de una etapa crítica para la familia, suscitada por un evento externo que fue la pérdida del empleo del padre y que provoca que las pautas transaccionales de la familia lleven a una falta de límites claros entre el subsistema parental y fraterno.

El padre ocupa un papel de desventaja respecto a la madre, incluso se deprime, se retrae, se vive presionado y bajo el control de su pareja; los hijos lo perciben así y en el caso particular de la hija mayor, trata de equilibrar la posición al aliarse con el padre en contra de la madre e incluso ubicarse en una posición parental o ejecutiva, en la administración del dinero, cuestionando la forma de educación de los hermanos, y el dar consejos al padre acerca de cómo podría defender sus derechos frente a la madre.

Por su parte la madre se apropia del hijo menor y excluye al Sr. B de todo lo concerniente a su educación, cuestionando así una vez más su posición en la familia.

RESUMEN GENERAL

En el caso siguiente las dificultades entre los miembros de la familia se presentan a consecuencia de la pérdida de empleo del padre, ocurrido cuatro años antes. La pérdida del empleo y la mala administración de algunos pequeños negocios limitó de manera considerable las entradas económicas de la familia. Lo que provocó una gran tensión entre sus miembros, principalmente entre la diada conyugal.

Quién solicitó el servicio terapéutico fue el padre. Quien mencionó que se enteró del centro y los servicios debido a una conferencia.

Las primeras dos sesiones fueron de exploración y evaluación. Se trató de definir el motivo de consulta, identificar la estructura y la dinámica familiar y proponer así una hipótesis para guiar el trabajo terapéutico.

En la tercera sesión se trató de reestructurar las demandas del sistema conyugal, que a mi parecer formaban el núcleo del conflicto familiar.

A partir de la cuarta sesión se trabajó sólo con el padre de familia, debido a que la madre consideró que quien presentaba las dificultades era su pareja y no ella. En éste sentido los principios sistémicos se preservan aún trabajando con un sólo miembro del sistema familiar, bajo el entendido que cualquier cambio en uno de los componentes del sistema repercutirá en la totalidad del mismo.

En las dos sesiones siguientes se intensificaron los cambios y se trató de empoderar al padre de familia. Logrando cambios en los niveles de interacción, construcción y contexto. Finalmente la séptima sesión fue de evaluación y cierre.

MOTIVO DE CONSULTA

La familia BC refiere problemas de comunicación entre sus integrantes. Se ubica que las dificultades se centran en el subsistema conyugal ya que por los problemas económicos, desacuerdos y discusiones dejan de hablarse incluso hasta por un mes y se perciben insatisfechos y distantes uno del otro, lo que repercute en el resto de la familia.

Dentro de las áreas de conflicto que se identifican están las siguientes: indiferencia de Lu hacia su pareja, la distribución de los gastos y la educación del hijo menor. El centro de las dificultades en la familia gira en torno de las demandas de ambos cónyuges y su imposibilidad para hacerles frente.

INTENTOS DE SOLUCIÓN

Los intentos de solución han sido los siguientes: en el caso de Lu demandar de manera más constante el que su pareja cumpla con los requerimientos económicos, lo que se convierte en un problema ya que ocasiona que el Sr. B confirme su idea de no ser apreciado y querido, y por consiguiente que las hijas lo apoyen y establezcan alianzas con él con la finalidad de rescatarlo.

El Sr. B busca el apoyo de su pareja con el fin de que lo motive e impulse a lograr sus objetivos, pero sólo encuentra reclamos, rechazo, descalificaciones y una mayor insistencia para que trabaje más. Dado que con sus ingresos no cubre las necesidades de la familia, considera que hay una mala administración de los mismos y

para enfrentarla trata de hablar con Lu pero no recibe el apoyo esperado y encuentra en su hija la posibilidad de distribuir el dinero de tal manera que les alcance. Lo que los lleva a más inconformidades ya que a la madre se le excluye de una parte de su papel ejecutivo.

El apoyo de otros miembros de la familia en el gasto familiar ha sido otro de los intentos de solución que genera dificultades ya que se les reconoce más que al padre en sus esfuerzos por sacar adelante a la familia.

Finalmente el padre trata de allegarse más recursos con el autoempleo y la búsqueda de un empleo formal a través de familiares y amistades lo que se dificulta por la edad y su nivel de escolaridad. Es él quien busca la ayuda psicológica y con su hija mayor logran convencer al resto de la familia a que asistan a la terapia.

POSTURA DEL CLIENTE O FAMILIA

El señor B se define como paciente y espera un cambio urgente, su postura ante el proceso terapéutico es optimista, además es activo en cada una de las sesiones y está dispuesto a hacer lo necesario para superar sus dificultades familiares. Por otra parte su intención al ir a terapia es entender el por qué de su situación y a partir de ahí modificar su forma de relacionarse con sus seres queridos. De manera adicional, se observa que B está deprimido ya que su tono de voz es muy bajo, su postura corporal es de recogimiento, cabizbajo, con voz entrecortada; e incluso hay ocasiones en que está a punto de llorar.

La Sra. Lu asume la posición de "visitante", es decir, acude únicamente a petición de su pareja e hija y señala que el del problema es su marido. Si bien está de acuerdo en la definición del problema, cree que el cambio no es urgente. Su postura ante el proceso terapéutico es pesimista. En las sesiones se muestra receptiva y pasiva. Su demanda específica la menciona "yo quisiera saber cómo hacer para motivarlos a que hagan lo que es corresponde". A partir de la tercera sesión abandona el proceso terapéutico pretextando tener muchas actividades en casa.

HIPÓTESIS GENERAL DEL CASO

Las dificultades de la pareja estriban en la incapacidad de satisfacer las demandas que ambos cónyuges plantean ya que puntúan de diferente manera la secuencia de conductas que caracteriza su relación. Mientras Lu hace demandas cada vez más intensas, B se retrae más; y entre más se retrae B, Lu intensifica la demanda,

hasta que interviene algún miembro del subsistema fraternal parando la escalada hasta que el ciclo se repita.

OBJETIVOS DEL PROCESO

Los objetivos del proceso se van dando en función del desarrollo de cada una de las sesiones. En este caso los objetivos en las primeras sesiones fueron:

- Establecer y mantener un clima de empatía y colaboración
- Hablar el lenguaje del paciente
- Definir motivo de consulta
- Indagar los intentos de solución
- Definir la postura del paciente
- Obtener información para establecer la estructura y función de los

subsistemas familiares

Para las sesiones subsecuentes a la evaluación y definición del problema, los objetivos fueron:

- Trabajar con el fin de indagar acerca de la función que cada uno de los elementos del sistema familiar desempeña, centrándose en lo concerniente al ingreso y distribución del dinero; además de las estrategias de búsqueda de empleo llevadas a cabo por el Sr. B.

- Reencuadrar el proceso terapéutico para trabajar sólo con el Sr. B, debido a que su pareja deja de asistir a las sesiones.

- Evaluación de cada sesión para encontrar “excepciones” a la versión saturada de problemas por parte del paciente (White) y establecer un enfoque centrado en el cambio, en las soluciones.

- Delimitar recursos, habilidades, capacidades y maximizarlas.

- Incidir en la pauta que mantiene el problema mediante la percepción distinta del Sr. B en torno a su papel en su familia.

- Evaluar los cambios ocurridos, utilizando la técnica de la escala propuesta por Shazer.

- Cerrar el proceso terapéutico enfatizando cambios, recursos y cómo se enfrentarán posibles dificultades a futuro.

PRINCIPALES PRESCRIPCIONES O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

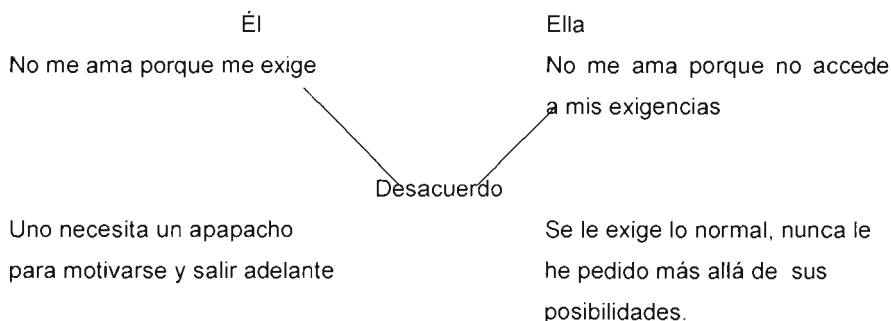
En los modelos de terapias breves por lo general las intervenciones terapéuticas están orientadas a la eliminación del "síntoma" y a la resolución del problema presentado por el paciente; su planteamiento no se expresa en una terapia del comportamiento, ni en una terapia sintomática, sino en la reestructuración modificada de los modos de percepción de la realidad y en las consiguientes reacciones del paciente.

En ese sentido, después de la definición del problema y su ubicación en el sistema relacional entre la pareja, se diseñaron varias estrategias tendientes a reestructurar las premisas que sustentaban las demandas de cada miembro en su relación.

Se reestructura la demanda, es decir la exigencia, dándole un significado distinto al que ellos le atribuyen. Se incide en entender el amor como una forma de exigir, el terapeuta señala: "sí me exigen me aman, me reconocen. Sí exijo amo y reconozco".

Lo anterior se muestra en el siguiente cuadro:

Premisas de ellos como pareja



La intervención, en éste sentido, propició un cambio en la relación entre los cónyuges. Por una parte se logró modificar la pauta: exigencia retraimiento, al crearse una situación paradójica; si la madre exigía era una muestra del afecto y amor hacia el señor B. El señor B no puede retraerse ante una muestra de reconocimiento y afecto. Esta situación modificó las escaladas en la relación conyugal, y excluyó a los otros subsistemas al no ser necesaria su participación.

Otra de las prescripciones utilizadas, tomada del modelo de soluciones, fue la pregunta del milagro. Esta técnica fue llevada a cabo por sugerencia de la supervisora del caso. Teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: si bien se había modificado la relación dentro del sistema familiar, el sistema de creencias del señor B estaba

fundamentado en una ecuación esfuerzo-amor; es decir consideraba que la forma de conseguir el acercamiento y reconocimiento de su esposa, sólo podía darse a través de la solvencia económica, y todos sus esfuerzos estaban focalizados en dicho objetivo, lo que le provocaba gran estrés al no conseguirlo.

Otro de los elementos que se consideró para realizar dicha intervención se debió que a partir de la tercera sesión la pareja del señor B no asistió más al proceso terapéutico, por considerar que el problema pertenecía a su pareja y no a ella. En éste sentido Shazer menciona que ésta técnica es de gran utilidad en clientes con parejas que no participan de manera activa en el proceso terapéutico.

Igualmente Shazer señala que la "pregunta del milagro" es una variante de una técnica desarrollada por Milton H. Erickson conocida como "la bola de cristal". Su principal objetivo es que el futuro se destaque del presente, lo que se logra proyectando al cliente en un escenario hipotético donde su problema ha desaparecido. Cuando se logra visualizar una situación donde el motivo de la queja ya no existe, esto basta para modificar la conducta del cliente, lo cual lo conduce a una nueva construcción de su presente y por ende a una solución diferente a las que se han ensayado.

EVALUACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

En el modelo estratégico la evaluación del proceso terapéutico inicia desde el momento mismo en que se establece el primer contacto con las familias o clientes, y es un proceso dinámico en donde el qué y el cómo se van entrelazando para conformar un tejido imbricado de relaciones que llevan al cambio en los sistemas en que se inserta el terapeuta en un espacio y tiempo determinado.

En éste modelo se parte del principio de que todos los seres humanos tienen dificultades a través de su desarrollo e interacción con el mundo, y que son resueltas al desplegar recursos, capacidades, herramientas propias o del contexto, una dificultad se vuelve problema cuando al seguir una serie de estrategias para resolverla, no resultan eficaces y en lugar de abandonar dichos intentos de solución, se repiten. En otras palabras, se aplica más de lo mismo, lo que lleva a un círculo de retroalimentación, donde los intentos de solución agravan el problema.

Bajo esta perspectiva el cambio se conceptualiza como el hacer algo diferente, la ruptura de los patrones de retroacción habituales que mantienen los problemas. Tal cambio se da en los tres tipos de relaciones interdependientes del sujeto: consigo mismo, con los demás y con el mundo y en tres niveles: conductual o de patrones de conducta

determinados, cogniciones o formas de construcción de la realidad y modificaciones del contexto.

A continuación se señalan los cambios que se observaron a lo largo del proceso terapéutico en los tres niveles.

- Conductual: se modificó la pauta de relación entre los cónyuges, la Sra. Lu redujo sus exigencias hacia su pareja en cuanto a lo económico. El señor B señala que su relación es menos tensa, menos rígida y con disminución en las peleas y enfrentamientos. También se modificaron las pautas de relación en los otros subsistemas, ya que los hijos dejaron de inmiscuirse en las dificultades de sus padres.
- Cognitivo: En el aspecto cognitivo ambos modificaron la forma de pensar su relación. B cambió la premisa de “No me ama porque me exige” y Lu la de “no me ama porque no accedes a mis exigencias”. Pueden verse de manera más realista y en su discurso caben otras posibilidades de entender a su pareja, de explicar su relación y las motivaciones propias y del otro.
- Contexto: Podemos mencionar en el aspecto contextual a autores como Duncan, Miller y Hubble quienes se refieren a los aspectos que influyen en el cambio y hablan de los factores extraterapéuticos, como aquellos elementos o situaciones del ambiente de vida de los clientes que están fuera del control del terapeuta, pero que inciden de manera determinante en el proceso. En éste caso debemos mencionar que el factor del desempleo fue una de las variantes que desencadenó los problemas que llevaron a ésta familia a terapia y a su vez, la posibilidad que tuvo el Sr. B de obtener un empleo fue una situación que aceleró y consolidó los cambios que se estaban gestando en la familia.

Para evaluar la percepción del proceso terapéutico por parte del Sr. B y la evolución del mismo, se le pidió ubicara en una escala los alcances de la terapia y cambios respecto a su familia y consigo mismo; señaló que tenía que seguir trabajando y pensaba que estaba arriba del 50% y que cuando empezó el proceso terapéutico se ubicaba en cero, no se califica más arriba, debido a que hay cosas que tiene que hacer como trabajar. Y expresa “siento que he encontrado la madeja de mi vida”. Además indica “ uno debe ser firme en lo que quiere y que nuestras virtudes se pueden convertir en defectos, si no estamos claros en lo que queremos. Para concluir dice “ya me subí al trencito y a seguir adelante”.

El Sr. B solicita la terapia con la intención de resolver las dificultades que tenía en casa con su familia y junto con su hija mayor, son los más involucrados con el proceso inicialmente; ya que se presentan como los portavoces del sistema familiar y sus dificultades. Posteriormente se busca que la esposa del Sr. B se comprometa en el proceso ya que su postura inicial era de pesimismo y creía que su presencia no era necesaria porque el del problema era su pareja. La presencia del equipo tras el espejo unidireccional, con sus señalamientos y mensajes contribuyó, a que el terapeuta visualizara y resaltara aspectos de la postura de la Sra. Lu tendientes a engancharla al proceso. Ella pudo hablar de su sentir acerca del manejo del dinero en la familia, su percepción de las dificultades con los hijos y su pareja que no tenía un ingreso económico estable. No obstante su posición no cambia de manera significativa, motivo por lo que abandona el proceso terapéutico en la cuarta sesión, pretextando que sus ocupaciones en casa le impedían darse tiempo para asistir a las citas.

Debido a lo anterior, se parte del supuesto de que no es imprescindible contar con la totalidad del sistema familiar para provocar cambios en él. El modelo estratégico contemplado como un juego de ajedrez, lleva a plantear estrategias que se van modificando a lo largo del juego y en donde cada una de las piezas pueden ser movidas de manera independiente para lograr una modificación en el sistema y cada uno de sus elementos.

Aprovechando el enganche y la motivación para el cambio con el Sr. B, se elaboraron una serie de estrategias tendientes a modificar las pautas de relación entre él y su familia.

Tratando de ser honesto, como terapeuta puedo decir que los elementos que propiciaron lo anterior estuvieron íntimamente relacionados con la identidad de género, la edad, e incluso el estado civil. Todos estos elementos entre terapeuta y cliente propiciaron la empatía, el clima de respeto, comprensión, durante las sesiones; donde se provocó un circuito de retroalimentación en el que el Sr. B al sentirse escuchado se escucha, se reconoce y se califica de manera más realista, es decir, no se valora exclusivamente en función de las demandas y la satisfacción de su esposa, sino que logra hacerlo a partir de su propio esfuerzo, sus méritos, recursos, del reconocimiento de sus hijos que lo conmovieron hasta las lágrimas y de ser aceptado a partir de la relación terapéutica.

De manera personal, considero que se alcanzaron las metas planteadas dentro del proceso terapéutico en dos líneas: por una parte se cubrieron los objetivos que la familia se había planteado, entre ellos mejorar la comunicación y que su relación ya no

fuera tan tensa y estresante. Por otro lado en relación al proceso, como terapeuta seguí los lineamientos del modelo de manera flexible, lo cual constituyó una guía para no perder de vista los planteamientos teóricos y estratégicos del modelo y su aplicación específica con el caso en cuestión. Además logré sentirme cómodo en cada una de las sesiones, disfrutando de la relación establecida con el Sr. B, lo que invariablemente repercutió en el resultado del proceso.

Cabe mencionar que en esta modalidad de trabajo, con equipo tras el espejo unidireccional, los clientes siempre tienen presente que están con el equipo además del terapeuta, y que son escuchados por alguien más a quien no conocen ni pueden a su vez ver o escuchar. Esto puede ser ejemplificado con una inquietud del Sr. B en la sesión de cierre y que fue solicitar al equipo que "le comentara sus errores". Lo que implicó para el equipo en ese momento elaborar una respuesta que engarzara con los planteamientos del modelo y el momento del proceso terapéutico, que fue empoderar al Sr. B en la consecución de las metas que él mismo se plantea respecto a su vida cotidiana una vez concluido el proceso terapéutico.

ALCANCES DEL PROCESO (RED DE RECURSOS Y LIMITACIONES)

Aunque no es crucial para el modelo entender las causas o motivos que desencadenan los problemas, como terapeuta me queda la impresión, que se pudo ahondar más en relación con el subsistema conyugal.

Considero que dentro del proceso terapéutico se alcanzó lo que era posible con los límites que derivan del proceso mismo. Sin embargo hay elementos del contexto que pueden influir de manera negativa en la cotidianidad de la familia como son: el desempleo, la falta de recursos suficientes para hacer frente a las necesidades crecientes de los hijos; las pocas oportunidades de desarrollo para los jóvenes, etc, pero la capacidad que la familia tiene de entender sus problemáticas y la solidaridad que muestran entre todos, son recursos que pueden utilizar cuando se presenten dificultades a futuro.

ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO DEL CASO

Debo mencionar que el quehacer terapéutico, aunque este guiado por una modalidad de hacer terapia, ya sea directiva o colaborativa, se enriquece de ambas posturas. Si bien el trabajo con la familia mencionada se basó principalmente en los

supuestos teóricos y las técnicas de la terapia estratégica del MRI. , los resultados obtenidos son la suma entre ambas formas de hacer y entender la terapia.

Por una parte la entrevista inicial tuvo como objetivo la definición clara del motivo de consulta, así como reconocer la postura de cada uno de los pacientes. Según Fisch, Weakland y Seagal *"En la entrevista el objetivo principal del terapeuta consiste en recoger información adecuada sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso: naturaleza de la problemática, como se está afrontando el problema, objetivos mínimos de los clientes, actitud y lenguaje de los participantes"*.

Aunado al establecimiento claro del motivo de consulta, considero de gran importancia la capacidad de crear un clima de confianza y retroalimentación; esto a mi parecer se logra con las estrategias prescriptivas enunciadas por Duncan y Hubble y que traté de poner en práctica con la familia:

- Escuchar con detenimiento y respeto.
- Utilizar un lenguaje que permitiera a la familia percibir el tratamiento como un proceso colaborativo.
- Hacer acuse de recibo de la problemática presentada.
- Estar atento a los mensajes verbales y no verbales que den indico de una emoción.
- Utilizar una serie de estrategias verbales y no verbales que permitan a la familia sentirse segura del proceso y del terapeuta.

El núcleo de las dificultades en esta familia se hallaba en el subsistema conyugal. Los problemas de los padres y desacuerdos entre ellos involucraba a los otros subsistemas de la familia como los hijos e incluso la abuela, que finalmente tomaban partido por alguno de los cónyuges.

En palabras de Minuchin *"si existe una disfunción importante dentro del subsistema conyugal, repercutirá en toda la familia"*.

La hipótesis que guió el trabajo terapéutico fue: Las dificultades de la pareja estriban en la incapacidad de satisfacer las demandas que ambos cónyuges plantean ya que puntúan de diferente manera la secuencia de conductas que caracteriza su relación. Mientras Lu hace demandas cada vez más intensas, B se retrae más; y entre más se retrae B, Lu intensifica la demanda, hasta que interviene algún miembro del sistema fraternal parando la escalada hasta que el ciclo se repita.

Esta hipótesis a mi parecer cumplía los requisitos necesarios para explicar de manera sistémica las dificultades al interior del sistema familiar:

- Explicaba de manera clara los patrones de interacción.
- Señalaba los intentos de solución
- Las repercusiones del conflicto en la totalidad del sistema y
- El ciclo recurrente.

Debo mencionar como terapeuta que, muchas de las veces no se es conciente de los detalles técnicos y teóricos de los casos. Esta es una tarea o labor de descubrimiento en el proceso de análisis de los mismos. La revisión detallada de las transcripciones, notas, videos, discusión con el equipo u observadores, permiten hacer la diferencia que hace la diferencia como explica Bateson "para producir información debe haber dos entidades que en su relación mutua den noticia de la diferencia para producir información".

Uno de los elementos que quisiera resaltar en el análisis de éste caso es en relación a la empatía que se gestó en mí como terapeuta, hacia el padre de ésta familia. Los motivos: creo que logré transmitir confianza y seguridad, además que pude reconocer y retroalimentar los recursos del paciente. Por otro lado el que la madre ya no haya asistido a las últimas sesiones puede ser el resultado de no haber generado en ella dichos recursos. Además soy conciente de las condiciones de género, e incluso de las proyectivas, que no es el caso de analizar, pero que como todo proceso de relación con los otros deben estar presentes, y que sin duda dieron su carácter único a este proceso.

4.1.2 Familia numero dos

No. de sesiones: 7

Periodo: del 20 de mayo al 2 de septiembre del 2003.

Supervisión: Equipo terapéutico

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA

FAMILIA: SE

COMPOSICIÓN: Padre: S, 54 años de edad. Empleado UNAM. Escolaridad: Bachillerato

Madre: E, 42 años de edad. Empleada. Escolaridad: Bachillerato.

H1: D, 14 años. Estudiante de 1er. año de bachillerato.

H2: C, 12 años de edad. Estudiante de 3er. año de secundaria.

H3: L, 6 años. 1ro. de primaria.

LUGAR DE RESIDENCIA: Sur de la Ciudad de México.

En ésta familia inicialmente se presenta el padre, de 43 años de edad, empleado de la UNAM (S) quien solicita el servicio terapéutico para él. Posteriormente se incluyen su esposa de 43 años (E) de oficio empleada y sus tres hijos; dos varones de 14 (D) y 12 años (C), y una niña de cinco años (L).

Por las características de la familia y problemática presentada, se decidió trabajar el caso con la modalidad de terapia de soluciones. Por lo cual éste se analizará según dicha modalidad y principios en el presente apartado.

El modelo basado en soluciones tiene sus antecedentes en los trabajos realizados por el clínico Milton H. Erickson, quien fue doctor en medicina y para muchos fue considerado el primer terapeuta estratégico. Desarrolló el enfoque naturalista en el que se asumía que los clientes contaban con sus propios recursos para afrontar sus problemas y la tarea del terapeuta no era otra que utilizar dichos recursos en el proceso terapéutico y así realizar intervenciones a la medida de los clientes.

Otra de las características de este modelo es que no se centra en la patología, se considera que los problemas se desarrollan en los individuos cuando se manejan de manera inadecuada las eventualidades de la vida cotidiana. En todo momento se pretende la reestructuración del sistema de creencias y a diferencia del MRI (Mental Research Institute) se buscan las excepciones, es decir, los momentos en que la problemática no está presente.

Las premisas que guiaron el proceso terapéutico con esta familia en particular son:

➤ No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.

➤ Un cambio pequeño repercute en la totalidad del sistema.

➤ Los clientes definen los objetivos.

➤ Los cambios o las soluciones pueden darse rápidamente.

➤ Diversidad de formas de ver y conceptuar las cosas.

➤ Centrarse en problemas solubles.

Aunque en este modelo no existe una división precisa de las etapas del proceso terapéutico, ya que de una sesión a otra se puede intervenir, reestructurar, evaluar, revalorar, etc. se dividió el proceso en tres etapas únicamente con fines didácticos para facilitar la presentación y comprensión del caso. Estas etapas son: 1) Conformación del sistema terapéutico y definición de un problema soluble; 2) la sesión como intervención; 3) evaluación de los cambios, progresos y su permanencia.

1) *Conformación del sistema terapéutico y definición de un problema soluble*

Para la conformación del sistema terapéutico con esta familia en particular es importante considerar que éste se estableció en función de los principios de la cibernética de segundo orden, donde el terapeuta se inserta en el sistema familiar con una posición de interés por conocer y participar de la dinámica familiar asumiendo una posición complementaria en el sistema. Sluzky menciona a este respecto que el terapeuta no es un agente que opera sobre una familia cambiándola sino que es un participante educado en un proceso de transformación de significados.

La primera sesión se presenta el señor S quién se identifica como el portador del problema, se define como neurótico y que la situación vivida en el pasado relacionada con sus adicciones (alcohol y drogas) ha repercutido en su relación familiar, que define como tensa; con sus hijos hay gritos y discusiones porque no cumplen con sus tareas escolares y en la casa, con su esposa las discusiones son constantes por cualquier motivo y son escasos los acercamientos en los ámbitos afectivos y sexual.

Bajo una visión sistémica, en esta primera sesión se busca que el señor S vislumbre una perspectiva distinta de sus dificultades, en función del sistema del que forma parte, haciendo énfasis en la importancia de la familia y su interacción para la presencia y mantenimiento de las dificultades, así como para su solución, Para ello el terapeuta se refiere al sistema familiar usando una metáfora "nosotros trabajamos con las familias, consideramos a la familia como un ser, es decir, ustedes que son cinco miembros son un ser de cinco células".

Por consiguiente se le señala al señor S la importancia de la presencia de todos los miembros de la familia a una siguiente sesión con la finalidad de explorar las dificultades que perciben, definir los objetivos y ubicar los recursos que como sistema familiar poseen, enfatizando en todo momento que se trabajará con los recursos propios de la familia.

En la segunda sesión se presentan todos los miembros de la familia. Se hace el reencuadre del proceso terapéutico, señalando la forma de trabajo, la modalidad y la creación de un ambiente empático, de respeto y colaboración. Siguiendo los preceptos de la terapia centrada en soluciones, se explora la percepción de cada uno de los miembros de la familia respecto a la situación que los hace acudir a terapia. Se disuelve el problema, o sea, se distribuye el síntoma desde una perspectiva interaccional y al preguntar lo que cada miembro espera del proceso terapéutico, se negocia un objetivo alcanzable con lo que se logra la definición de una "situación soluble".

El objetivo que la familia desea alcanzar es mejorar la comunicación entre ellos, comunicación vista como la capacidad de llegar a acuerdos en la conversación, comprender los desacuerdos sin que se produzcan enfrentamientos, y si los hay, que se vivan como parte del proceso de vida y no como falta de amor.

Basados en el principio de parsimonia, que no es otra cosa que buscar economía, es decir, ir en pos del cambio con el menor esfuerzo, se decide trabajar únicamente con el subsistema de los padres; ya que en él es donde se percibe la mayor sobrecarga y tensión por la situación familiar.

2) *La sesión como intervención*

Para el enfoque de trabajo terapéutico basado en soluciones una entrevista es una forma de intercambiar significados, en ella el terapeuta utiliza la pregunta como exploración e intervención orienta el discurso en función de promover recursos en los miembros de la familia que los enriquezcan, que propicien la observación de realidades alternas, de conocimiento de los otros y acercamiento afectivo; ejemplo de esto son las siguientes preguntas realizadas en el proceso terapéutico:

- Exploración:
 - ¿Qué quisieras decirnos, quisieras decirnos por qué crees que estamos aquí?
 - ¿Usted qué quisiera para sus hijos señor S?
 - ¿Usted qué quisiera para su familia señora E?

- Intervención
 - ¿Tu que sientes por tu padre D?
 - ¿Usted sabía esto señor S. Sabía lo que siente D por usted, por su mamá, por sus hermanos?

- Pregunta de excepciones
 - Señora ¿E qué es lo que le gusta de su familia?
 - ¿Qué es lo que le gusta al señor S, qué es lo que disfruta de la casa?
 - ¿Usted que disfruta señora E?
 - Se acuerdan de la sesión anterior que habíamos empezado a trabajar esta situación de la pareja yo quisiera hacer énfasis en esto de los recursos; vamos a buscar ahora los recursos de la pareja. Hay ocasiones en que el pasado es doloroso, ha habido daño, rencor, pero el pasado no lo podemos cambiar, por eso debemos enfocarnos en el aquí y en el ahora. ¿Qué ha pasado desde aquella sesión?

Una de las intervenciones medulares del modelo y en el que se incidió sesión con sesión y que retomaba en cada una de las consultas el equipo terapéutico fue utilizar y promover en la familia un lenguaje de "cambio", de "recurso", de "excepción", es decir, hacer de los pequeños detalles que hacían grata la convivencia diaria un logro, una situación a resaltar y utilizar las voces de los otros para hacer lecturas diferentes de sus vidas. Cabe destacar que la pareja inicialmente se centraba en sus dificultades como producto de sus historias personales de carencias, lo que volvía permeable a cualquier otra situación grata o de los logros que alcanzaron como producto de 16 años de relación; después de algunas sesiones fueron capaces de reconocer la contribución de cada uno por mantener unida a su familia, y proyectar hacia el futuro sus esfuerzos personales y como pareja, como se muestra en el siguiente fragmento:

T: Sin embargo estamos hablando de cosas que pasaron hace diez años. Yo me pregunto acerca de las facturas, parece ser que se pasan las facturas de los rencores por lo que pasó hace años. Sin embargo cuando los veo a ustedes, a su familia, me quedo extrañado ya que veo que ustedes se organizan de cierta manera, que se apoyan los

unos a los otros en las actividades que ustedes realizan. Veo que ustedes tienen muchos recursos y se apoyan mucho entre sí.

(la pareja asiente)

S: Sí, entre nosotros hay mucha solidaridad. Yo lo que le digo es que no hay necesidad de recordar cosas que sucedieron en el pasado, debemos vivir el presente...

Además como parte de las estrategias se utilizó la normalización, que se refiere a visualizar los problemas como parte de la vida cotidiana, como una situación específica en la vida como cualquier otra, que las personas los han vivido y enfrentado a lo largo del tiempo; y son transicionales, es decir, cambian y evolucionan como parte misma del proceso de la vida. Entre las intervenciones de este tipo se mencionan las siguientes:

T: ... yo digo esto porque en ocasiones los muchachos reprobaban materias y es normal que los padres se enojen[] ...esto no es cosa del otro mundo, el remedio es sencillo.

T: Yo quisiera decir algo, quitarle la etiqueta de que ese es un acto malo. Las mujeres a lo largo de la historia siempre han utilizado recursos para obtener ciertas cosas, en el caso de la sexualidad a veces así sucede. Sin embargo hay algo que me preocupa, que un acto así pueda confundirse con el desamor.

Otra de las estrategias llevadas a cabo durante el proceso terapéutico fue la definición clara de los objetivos concretos y relacionales; esta definición no se da únicamente al inicio del proceso sino que es necesario tenerla presente en todo momento ya que funciona como una guía para dar dirección y sentido a lo que suceda en cada una de las sesiones y fuera de ellas. Ya que el perder de vista los objetivos o el no dirigir las intervenciones del proceso terapéutico y tareas en función del mismo, propiciaría que la familia y terapeuta perdieran la brújula, es decir, se perdieran en quejas y demandas nuevas en cada sesión y por lo tanto los principios de la terapia breve como tal no se llevarían a cabo; además de que la familia invertiría más tiempo en una terapia con pocos o nulos avances.

En algunos momentos del proceso y después de que se llevaban a cabo intervenciones que generaban cambios, la pareja recurría a quejas que los distraía del objetivo, o sea, de los aspectos medulares de su relación que les podría llevar al cambio y a la solución de tales quejas y otras situaciones familiares, por lo que el terapeuta hacía una pausa para redirigir los esfuerzos en la línea en que se venía trabajando, como se muestra a continuación:

T: yo quisiera comentar que el motivo de consulta no era la conducta de D, yo recuerdo que el motivo de consulta era lo relacionado a trabajar con la comunicación en la familia, no olvido la situación de D, pero me gustaría saber que ha pasado entre ustedes.

3) *Evaluación de los cambios, progresos y su permanencia.*

La evaluación de los progresos y los cambios es una constante en el modelo de terapia de soluciones, donde la familia define sus objetivos y evalúa sus propios cambios y logros. En el caso de los progresos y su permanencia el equipo se encarga de mandar mensajes en función de recursos, excepciones y fuerzas al término de cada una de las sesiones; además de plantear situaciones presentes o futuras en las que se presenten dificultades, con el fin de que la familia haga uso de sus propias estrategias para enfrentarlas o afrontarlas.

Otra de las funciones del equipo es enfatizar intervenciones o plantear alternativas a las que no estén teniendo resultado dentro del proceso.

Con la familia cada sesión se enlazaba a la anterior con la evaluación de los cambios percibidos entre el transcurso de una sesión a otra: "comentaba señora E que usted ha notado algunos cambios, quiere comentarlos por favor". "¿Cómo han vivido el cambio entre ustedes?".

La terapia centrada en soluciones pone énfasis en empoderar a la familia, que es la protagonista y artífice de su propio cambio, por lo que siendo estrictos, cada sesión es una preparación para la conclusión de la terapia, con el fin de que vayan acumulando una narración de sus vidas cargadas de logros, y cuando llega el momento en que la familia está trabajando en la solución de sus conflictos cotidianos de manera óptima, para ellos, el terapeuta debe preparar el fin formal del proceso terapéutico. Lo cual se logra mediante preguntas a futuro donde se sitúa a la familia en una situación que les permita ensayar los recursos con los que cuenta, como se muestra a continuación:

S: Si he visto cambios, he estado tranquilo y lo importante es que me mantenga de esta forma. Ayer actúe de una manera adecuada.

T: que hacer para que las aguas sigan su cauce normal, usted que tendría que hacer.

S: Seguir retroalimentando esta relación con confianza y dedicación...

T: ¿Cómo se ven ustedes dentro de diez años?

Además se les propone una fecha para el cierre con toda la familia. En ella el terapeuta utilizó una escala basada en el modelo de soluciones, en la que la familia tenía

que ubicarse en dos momentos, al iniciar la terapia y en el momento del cierre (del 1 al 10).

T: Si hacemos una evaluación del 1 al 10, ¿en qué número llegaron y hasta qué número avanzaron?

E: Llegamos en 0 y ahora estamos en 10.

S: estábamos en 0 y avanzamos hasta el 7

Hijos: estábamos en 0 y avanzamos hasta el 8.

T: el equipo también ha hecho una evaluación, ellos observan que están más juntos y que como padres están coordinando las fuerzas para educarlos. Los muchachos se ven más tranquilos, más relajados. El equipo los manda felicitar, dicen que tienen recursos para construir lo que quieran.

Junto con la evaluación arriba mencionada, la familia refiere proyectos para el futuro, y situaciones concretas en las que tienen que seguir trabajando para resolver los problemas cotidianos. El cierre se maneja como un paso dentro de un proceso que queda abierto a nuevas posibilidades, y en el que sí lo requieren en el futuro, pueden acercarse a solicitar ayuda profesional.

Análisis y discusión teórica metodológica del caso.

La presentación de este segundo caso difiere de manera significativa del primero, el cual fue abordado bajo una modalidad de intervención directiva y bajo los preceptos de la escuela del MRI.

En primera instancia los modelos no directivos no cuentan, por decirlo así, con una estructura definida para la presentación de los casos clínicos.

Por otra parte el principio de parsimonia, que no es otra cosa, que un principio de economía, permea todo el proceso terapéutico; por lo que, no es necesario hacer una evaluación de estructura y función familiar, tampoco es necesario indagar más allá de las manifestaciones relacionales de la queja o síntoma. Las sesiones son a la vez evaluación e intervención. De manera personal me acomoda esta forma de hacer terapia, me resulta comprensible los principios naturalistas de la escuela de soluciones. Creo que, efectivamente, las familias y los sujetos cuentan con los recursos suficientes para lograr cambios en su vida. El terapeuta es un sujeto educado que facilita la comprensión de nuevos significados. Sin embargo soy conciente de la importancia de tener un buen enganche y de integrarse en una posición ventajosa dentro del sistema familiar; las sesiones son exitosas en función del papel jerárquico que asume el terapeuta. Lo

menciono una vez más las terapias exitosas son un tejido magistral entre los modelos directivos y no directivos.

4.2 Análisis del sistema terapéutico total

El proceso de enseñanza aprendizaje que se abordó en la maestría en terapia familiar se concretó con la participación en seminarios y sesiones teóricas. El equipo terapéutico del que forme parte pasó por un proceso de formación gradual de consolidación y desarrollo, que con el tiempo fue adquiriendo habilidades clínicas concretas que se manifestaron en el quehacer clínico con las familias.

La participación en grupo y la observación de los procesos clínicos a través de la cámara de Gessell me permitieron adquirir habilidades de observación y de escucha que son elementos nodales en la práctica clínica sistémica.

A éste respecto Bearers (1990) menciona que las prácticas clínicas iniciales de los terapeutas familiares y de pareja contemplaron la necesidad de mostrar su trabajo a otros con la intención de aprender de las innovaciones clínicas. Otro de los factores clínicos que propiciaron ésta apertura fueron la necesidad de dar un giro a las ideas y prácticas de supervisión del psicoanálisis, el cambio de los procesos intrapsíquicos al énfasis en la interacción. (Pineda, 2005)

Por su parte Hoffman menciona que el modelo bicameral permitió dar un salto a perspectivas y posibilidades nuevas. La pantalla convirtió la psicoterapia en una interacción de observadores; tomemos dos asientos, podemos adoptar una posición, y hacer que alguien más tome otra posición, para revisar o comentar nuestra posición. (Hoffman, 1998)

En un inicio la cámara permitió observar a las familias y entender que las patologías eran patrones de interacción bien definidos que cobraban otra dimensión en el marco social donde surgían.

El siguiente paso se dio cuando las preguntas cuestionaron el papel del observador. Ahora el "objeto" de observación no es tal; ya que "observado" y "observador" son mutuamente "objeto" de observación. Las implicaciones de esto fueron que se consideró que el terapeuta no era más un agente externo que operaba fuera modificando los patrones de interacción de las familias, sino que, ambos, terapeuta y familia, se construyen y reconstruyen subjetividades que pueden ser operativas o viables.

Esta conciencia de la multiplicidad de perspectivas es inherente, como lo señala Pineda (2004), a la inclusión de varias miradas, narraciones, voces, individualidades, hermenéuticas en el sistema terapéutico total.

En éste sentido la supervisión se ha convertido en una práctica cotidiana. La cibernética de segundo orden y el mantenimiento de la perspectiva de las puertas abiertas en el sistema terapéutico a llevado a nuevos desarrollos y formas de hacer terapia, basta mencionar los trabajos de Tom Andersen y el equipo reflexivo, a grandes rasgos ésta modalidad de hacer terapia cuestiona el juego de jerarquías en el sistema terapéutico total, colocando a la familia en la posición de expertos; expertos en su propia vida; expertos en sus propias narraciones y coloca a los terapeutas en una posición de curiosidad para indagar.

La supervisión cobra matices y formas distintas de operar de acuerdo a la modalidad de terapia que se realice.

La supervisión que se realizaron a lo largo del proceso de formación en la maestría fue en dos modalidades; directa, es decir con la presencia del supervisor y el equipo detrás del espejo en el momento de la entrevista. La otra forma de supervisión fue narrada, si bien el supervisor no se encontraba en el momento de la entrevista se entregaba los resúmenes de las sesiones poniendo énfasis en contenido y proceso. El supervisor revisaba las sesiones y hacia las observaciones pertinentes.

La toma de decisiones y la autonomía en el trabajo clínico con las familias fue un proceso gradual, la planeación de los casos, las intervenciones fueron cobrando en mi quehacer clínico, por decirlo así, un toque personal.

Me atrevo a decir que el hacer psicoterapia es un arte, en donde los elementos teórico y técnicos se enriquecen con la sensibilidad del entrevistador.

Los primeros casos abordados fueron dentro de la modalidad conocida como directiva. El modelo estructural y estratégico requieren que el terapeuta realice un enganche tal que permita tener libertad de maniobra y jerarquía para modificar estructural y funcionalmente al sistema familiar a través de intervenciones directas o indirectas.

En el caso de las terapias breves la supervisión se encamina en cumplir los conceptos y técnicas propias del modelo; la delimitación de objetivos claros y el uso del lenguaje, la entrevista como intervención, el uso de los recursos, así como la capacidad de encontrar y ampliar las excepciones.

El supervisor y el equipo asumieron una posición flexible con el fin de empoderar a la familia y reconocerle los recursos para promover y consolidar el cambio.

Dentro de éste modelo los principios colaborativos, que se resumen en utilizar un lenguaje que permita a la familia verse como corresponsable del mismo proceso terapéutico.

En el caso del modelo de Milán el trabajo se concreta en descubrir la epistemología del sistema familiar. Elaborar una hipótesis que se contrasta a través de la entrevista circular. El equipo y el proceso de supervisión se encuentran en una metaposición al encontrarse del otro lado del espejo. Esta posición permite al equipo y al terapeuta elaborar una serie de intervenciones que tienen como fin promover un cambio de segundo orden en el sistema familiar.

En el caso de los modelos narrativo, enfoque colaborativo y el equipo reflexivo la supervisión en vivo, como en los otros modelos, significó la posibilidad de enriquecer la experiencia de la entrevista y la intervención con una gran variedad de significados de vida, experiencia, perspectivas y valores.

La supervisión en estos modelos fue polémica, los límites de las posturas directivas y no directivas se dibujan y se desdibujan; el análisis del sistema terapéutico total me lleva a considerar que las terapias exitosas se enriquecen en la capacidad del terapeuta de poder utilizar los principios de la cibernética de primer y segundo orden. De asumir dentro de la terapia posiciones jerárquicas y a la vez de curiosidad, en una suerte de entrar y salir, como lo diría Bateson, y así dar noticia de la diferencia que es lo que promueve el cambio.

Debo concluir mencionando que la supervisión y análisis del sistema terapéutico total no puede ser una labor concluida, siempre es una labor de descubrimiento que debe ejercitarse de manera constante en nuestra labor cotidiana con cada una de las familias que tengamos la oportunidad de entrevistar, en los diferentes contextos de aprendizaje o laborales en donde nos hallemos.

CAPÍTULO V

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

5.1 Habilidades de investigación

Uno de los aspectos esenciales en la formación profesional lo constituye la adquisición de habilidades y competencias de investigación, ya que el contar con elementos teórico-metodológicos para generar conocimientos en cualquier área del saber, nos lleva al desarrollo de estrategias o técnicas para resolver problemas concretos en ámbitos laborales o docentes.

Por ello, parte del programa destinado para la formación profesional en la maestría, estuvo orientado a cubrir materias de tronco común relacionadas con la investigación tanto cualitativa como cuantitativa, donde se realizaron varios proyectos con miras a ejercitar los requerimientos básicos de todo proceso de investigación que implica sistematización y rigor científico. Para que como producto final, pudiésemos desarrollar un proyecto de investigación con base en los principios epistemológicos y metodológicos adquiridos.

Así pues, se presentan a continuación los proyectos desarrollados con dicha finalidad, mostrándose el reporte del proyecto final en el que se integran las habilidades de investigación adquiridas dentro de la modalidad de investigación cualitativa.

En primera instancia se llevó a cabo la elaboración de un instrumento para medir el maltrato psicológico en varones, que fue un proyecto en equipo, donde se partió de abordar una temática poco explorada. De manera general los resultados estadísticos mostraron que nuestros reactivos discriminaban de manera muy alta en las áreas o las dimensiones que utilizamos para definir el maltrato. Además de que éste instrumento puede ser un buen inicio para estudios que arrojen luz sobre cómo vivencian el maltrato psicológico ambos géneros y las implicaciones de todo ello.

Posteriormente se elaboró, también en equipo, un proyecto de investigación de corte observacional titulado: *Interacción social en conductas de alimentación con pacientes psiquiátricos en el Hospital La Salud*, hospital perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). El desarrollo de éste trabajo me permitió el tener un acercamiento con la metodología observacional, donde concordancia y fiabilidad fueron dos procesos que exigieron que ambos observadores realizáramos un esfuerzo por tratar de comprender la lógica de la investigación y unir esfuerzos para concordar en las

observaciones del fenómeno *in situ*. Lo relevante en ésta investigación es que se llevó a cabo en un escenario institucional, situación que permitió vincular los objetivos del posgrado con el quehacer de la institución ya mencionada.

Finalmente se llevó a cabo una investigación de corte cualitativo, también en el Hospital Psiquiátrico la Salud, con el objetivo de determinar las características estructurales y funcionales de las redes sociales primarias de manera detallada en cuatro pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual, y la relación de éstas con el proceso de la enfermedad mental.

A continuación presento dichas investigaciones.

5.1.1 Investigación Cualitativa

REPORTE DE INVESTIGACIÓN:

*POR: PÉREZ VELÁZQUEZ CÉSAR Y
PINEDA GUTIÉRREZ ELIZABETH*

CARACTERÍSTICAS DE LAS REDES SOCIALES PRIMARIAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA RESIDUAL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LA SALUD

Resumen

Esta es una investigación de campo que se realizó en el Hospital Psiquiátrico "La Salud", con cuatro usuarios diagnosticados con esquizofrenia residual. Los objetivos fueron indagar las características estructurales y funcionales de sus redes primarias en función de su proceso de enfermedad, así como las dimensiones de identidad que cobran en su relación con los otros. Se obtuvo que: las relaciones que perciben como relevantes y no sufren modificaciones a través del tiempo se circunscriben a la familia nuclear. Las características estructurales, funcionales y de atributos de los vínculos han sufrido cambios por la integración de nuevos miembros, muerte, proceso de la enfermedad e internamiento. Las funciones de sostén se recargan en pocos miembros, lo que lleva al agotamiento y debilitamiento de los lazos afectivos. La configuración de su red dentro del hospital está en función de los patrones de relación desplegados en su historia de vida. Las políticas institucionales deben incluir activamente redes sociales de apoyo a nivel comunitario para la promoción y cuidado de la salud.

El presente estudio se inscribe dentro de la investigación cualitativa, está situada dentro de un paradigma fenomenológico ya que pretende dar cuenta de la experiencia vital, para conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, bajo este paradigma lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el que las personas definen su mundo y actúan en consecuencia. Del construccionismo social retomamos los planteamientos que nos permiten ubicar la experiencia vital de los sujetos como una "narración", contemplada como una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida, donde la comprensión se desarrolla a partir de los relatos compartidos en un contexto histórico social determinado.

Se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico "La Salud", perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Se aplicó una entrevista a profundidad de carácter

informal², a cuatro pacientes varones seleccionados para el estudio. Dichas entrevistas se grabaron en audio y duraron entre 60 y 80 minutos. De manera previa se elaboró una lista de temas a focalizar durante su desarrollo. Además se obtuvo información pertinente para el estudio mediante la elaboración de notas de campo, registros anecdóticos, documentos como: cárdex y expedientes clínicos.

Como producto de la información obtenida, buscamos delimitar las características estructurales y funcionales de las redes sociales primarias, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual y determinar su relación con el proceso de la enfermedad mental. Al mismo tiempo fue importante el establecer el vínculo existente entre las características de la red y su articulación con los intercambios de apoyo en el plano institucional, del que formaban parte las personas bajo estudio.

Las características de las redes sociales en tanto estructura, funciones, número y tipo de relaciones, fueron situadas desde tres momentos en la historia de vida de las personas: antes de la enfermedad, durante su proceso y a partir de su internamiento.

Durante el proceso de la investigación, surgieron interrogantes acerca de la dimensión de identidad que los sujetos cobran, a la luz de la historia de los intercambios que guardan con los otros, a la que llamamos *otredad*; y responden a: cómo se perciben en el ámbito de las relaciones que establecen con su red social primaria; quiénes son para los otros, y quiénes son los otros para ellos.

Nuestro objetivo fue el acercarnos a la visión personal y subjetiva de los pacientes, en torno a sus relaciones y vínculos significativos, en el marco del proceso personal en que viven la enfermedad mental; para con ello intentar dar voz a las personas que históricamente han sido despojadas de sus derechos, y se ha puesto en entredicho su capacidad para percatarse y participar del mundo que les rodea.

Igualmente buscamos resaltar la importancia de las redes sociales como recurso, para alcanzar las metas que toda institución de salud se propone, entre ellas: el procurar el bienestar físico, psicológico y social de los usuarios de los servicios, y en el caso de los pacientes psiquiátricos, su reinserción a la sociedad en las mejores condiciones posibles. Lo que no es factible, si no se cuenta con una red de apoyo que sirva como nicho social, en el que el individuo una vez que ha sido dado de alta, pueda realizar las actividades para una vida social plena.

² No hubo una secuencia estructurada y fija a seguir para el desarrollo de la entrevista, estaba en función de las temáticas surgidas en el transcurso de la conversación y no se estableció un lugar fijo para su realización.

Lo anterior es imprescindible para proponer líneas a seguir, y acciones concretas que consideren al paciente mismo y las redes sociales de las que forma parte y puedan llegar a ser una pieza clave en los tratamientos para este significativo problema de salud. Acercarse a la forma en que las personas entrevistadas perciben sus redes sociales primarias, y la manera en que el mundo cobra sentido para ellos, nos lleva a esbozar interrogantes respecto a los modelos de atención imperantes en México en las instituciones encargadas de promover la salud mental y la rehabilitación del enfermo mental.

Los aspectos conceptuales en que se ubica el proyecto, parten del paradigma que surge con el desarrollo de la teoría general de los sistemas, llevada al campo de la observación clínica, donde a través del espejo unidireccional los observadores comienzan a cuestionar la visión lineal de los modelos biomédicos e históricos, que se tenían de los sujetos en un marco de tratamiento individual; ya que al observar a dichos sujetos con su familia, se evidenciaron elementos de interacción e información que daban un sentido diferente a la conducta de los individuos.

Gregory Bateson establece una distinción entre el mundo de los objetos y el mundo de las formas vivas. El mundo físico, el mundo de Newton, supone un modelo de bola de billar, en el que la causalidad es lineal y las fuerzas actúan unidireccionalmente sobre las cosas. Bateson objeta diciendo que el mundo de las formas vivas está mal explicado al compararlo con una mesa de billar, en el mundo de las formas vivas no sólo las fuerzas sino también la información y las relaciones son importantes. (Hoffman, 1998, p. 18)

En el contexto de una familia específica, o red de relaciones delimitada, la interacción cotidiana plantea un intercambio de información, donde la respuesta de cada uno de sus miembros no responde a las características físicas del mensaje, sino al vínculo establecido entre ellos; el contexto en el cual se da el mensaje, los niveles de comunicación tanto analógico como digital, la secuencia de interacción.

Así pues, para referirnos a la epistemología sistémica, en la que se enmarca nuestro trabajo, debemos remitirnos a la noción de sistema y cómo ha sido utilizado por los teóricos en el campo de la terapia familiar.

Etimológicamente el término sunistemi "sistema" designa *un conjunto formado de partes, elementos u objetos relacionados entre sí y que es necesario comprender en su recíproca articulación.* (de la Reza, 2001, p. 15)

Bertalanffy señala que los teóricos de sistemas coinciden en que el concepto de sistema no está limitado a entidades materiales sino que puede aplicarse a cualquier todo que consista en componentes que interactúan. Para él *todo organismo es un sistema o*

sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejerce interacción recíproca. (Eguiluz, 2001, p. 111)

Por otro lado, Bateson hace referencia a la noción de sistema y lo asume como "*un espíritu que es un agregado de partes y componentes interactuantes*" (Bateson, 1998, p. 106)

Andolfi (1990), además de otros teóricos en el campo de la terapia familiar, sostiene que es necesario considerar a la familia como *un todo relacional* para acceder al estudio del individuo en su contexto de interacción llámese familia o sistemas más amplios como los barrios, comunidad, una población específica u otros grupos sociales.

En los grupos sociales podemos encontrar sistemas a distintos niveles de amplitud y complejidad. La familia, como ya se mencionó, es vista como una totalidad en sí misma, que es más que la suma de sus componentes interactuantes; pero alrededor de ella confluyen sistemas más amplios que la contienen, con los que intercambia información. La unidad de análisis en el estudio que nos ocupa no se circunscribe a la familia, sino a las redes sociales en las que se mueven y adquieren identidad los seres humanos, donde la familia es sólo uno de los elementos integrantes de la red, que constituye un radio más amplio de influencia a nivel individual o grupal en el marco de las relaciones sociales.

Para ello hemos de remitirnos a los planteamientos de los estudiosos de las redes sociales, a las que se han aproximado desde distintas áreas del conocimiento como la sociología, antropología, psicología social; y la clínica que propone un modelo de intervención basado en dichas redes, donde encontramos autores como: Sluzki, 1984, 1989, 1990, Bronfman, 2000, y Elkaïm, 1989, 1996.

Desde una perspectiva sociológica, el trabajo con las redes destaca su influencia en fenómenos sociales tales como: la marginación, la pobreza, crisis de identidad, la enfermedad.

Para Elina Dabas en 1993, la red social implica *un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo*. En este punto diríamos que *es un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen*. (1998, p. 21)

Vander (1990) define a la red como *una trama de relaciones sociales que parten de un individuo ligándolo en forma directa a otros y, a través de éstos, indirectamente a muchos más*. (en Dabas, 1998, p. 302)

Por otro lado Elkaïm define la red social como:

Un grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia. Es, es síntesis, un capullo alrededor de una unidad familiar que sirve de almohadilla entre esta unidad y la sociedad, es lo que subsiste del aspecto tribal de las sociedades primitivas. Los equivalentes modernos son las reuniones familiares, el parentesco, las bodas y los funerales. (1989, p. 24).

De la totalidad de las redes sociales, nos interesa particularmente la red social primaria del paciente psiquiátrico.

Elkaiim llama a la red social personal, "*red primaria*" y se refiere a ella como *el conjunto de relaciones afectivas que mantiene una persona, y donde agota sus principales recursos psicosociales*. Este conjunto de relaciones interpersonales conforma las primeras mallas del tejido social.

En este sentido, retomamos a Sluzki, quien conceptualiza a *la red social personal como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad*. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona, y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo a su imagen de sí. Constituye una de las claves de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y capacidad de adaptación a una crisis. (1990, p. 42)

A su vez, la red social personal puede ser registrada en forma de mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada. El mapa puede ser sistematizado en cuatro cuadrantes, a saber:

- Familia.
- Amistades.
- Relaciones laborales.
- Relaciones comunitarias.

Las características estructurales de tal red son:

- *Tamaño: número de personas en la red. Las redes de tamaño mediano son más efectivas que las pequeñas o las muy numerosas.*
- *Densidad: la conexión entre miembros, independientemente del informante.*
- *Composición- distribución: es la proporción del total de miembros de la red, que esta localizada en cada cuadrante y cada círculo.*
- *Dispersión: es la distancia geográfica entre los miembros.*

- *Homogeneidad o heterogeneidad demográfica*: agrupación según la edad, sexo cultura y nivel socioeconómico, con ventajas e inconvenientes en términos de identidad, reconocimiento de señales de estrés, activación y utilización. (Sluzki, 1989)

Además de sus características, las redes sociales cumplen diversas funciones que pueden agruparse en: compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios y acceso a nuevos contactos.

Es importante considerar que las redes sociales no son estáticas, responden a circunstancias de parentesco, cercanía espacial, necesidades afectivas, incluso los mitos o sistemas de creencias, fines consumistas o comerciales, situaciones de emergencia. Las redes pueden ser rotas por diversas circunstancias, ser relativamente estables o temporales. Igualmente, las peculiaridades de la red social que cualquier individuo establece responden a las estructuras sociales en el marco espacial y temporal del contexto donde se vive. En el México actual, los fenómenos migratorios, polarización social, hogares rotos, padres ausentes, madres trabajadoras, industrialización, libre comercio, urbanización, enfermedades como la locura o "enfermedad mental"; inciden determinadamente en la naturaleza y características de las redes sociales que los individuos y las familias establezcan.

Dentro de los estudios que se han efectuado respecto a enfermedad y red social encontramos el trabajo con multifamilias y su quehacer autogestivo en el ámbito hospitalario en Argentina, por Elina Dabas (1998) y su equipo.

Igualmente Klefbeck (1995) comienza a trabajar con niños donde los padres no podían responder a sus necesidades, en el servicio de Bienestar Social, en 1978 en Bortkyrka, Estocolmo Junto con un equipo de trabajo, inician una investigación sobre el trabajo en red en 1984, que concluye en 1987 destacando las perspectivas del "trabajo en red con familias multiproblemas". En 1989 fundan el centro de atención en situaciones de crisis con niños, con la perspectiva de red, y en 1992 crean la institución: "Proyectos Nórdicos de Red".

Define a la perspectiva de red como la posibilidad de considerar y tener un conocimiento de la totalidad del contexto de un individuo cuando trabajamos con él, es decir, las relaciones que la persona puede tener en su comunidad y que influyen en su bienestar, en la enfermedad, el despliegue de recursos y su adaptación general en diferentes ámbitos sociales. Señala que los métodos de abordaje en red se utilizan en escenarios comunitarios, escolares, hospitalarios, para intervenir en los más variados

problemas sociales, y son: a) *Movilización de la red*: utilizado para activar a las personas significativas que conforman la red de una persona en situación de crisis, para lo que se mapean los recursos de la red y la responsabilidad se divide entre los que conocen mejor a la persona y se le puede vislumbrar como rastreo, trascendencia de límites y apertura de relaciones establecidas; b) *Diseño del mapa de la red*: representación de las relaciones de la persona en cuatro campos: familia, parientes, compañeros de estudio y/o trabajo, amigos y personas con alguna autoridad.

Mario Bronfman (2000) desarrolla su trabajo en la ciudad de México, donde estudia la relación entre la muerte infantil, familias y redes sociales. Concluye que la experiencia de mortalidad se relaciona con las características de las familias y su capacidad para conformar redes sociales. Entre las condiciones y formas de vida que encontraron como factores de riesgo para la muerte infantil, están: la pobreza y marginación; estrés, ignorancia y la cotidianidad del riesgo, que se refieren a que hay conductas, actitudes, creencias y valores en la madre que le impiden tomar decisiones adecuadas frente al peligro de enfermedades y otras circunstancias de la vida cotidiana. Su escolaridad y nivel de conocimientos adquiridos, aunados a la dinámica familiar, definida como los modos en que funcionan e interactúan sus miembros.

En el fenómeno de la muerte infantil dentro de las familias entonces, se condensan un conjunto de situaciones y actores estrechamente relacionados entre sí y la presencia o ausencia de las redes solidarias familiares y no familiares, además de su funcionamiento, y la capacidad o disposición de los miembros de las familias para hacer uso de ellas, en caso necesario, tienen importancia crucial.

En el contexto psiquiátrico, en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, en Bogotá, Colombia; Hernández y Contreras, llevaron a cabo una investigación sobre la red social del paciente con diagnóstico de episodio psicótico agudo como factor de rehabilitación y prevención de recaídas, enmarcada dentro del enfoque cualitativo, con diseño multidimensional eco-sistémico-constructivista; y los resultados a los que llegaron es que el sistema de creencias alrededor de la enfermedad mental y el estigma social de “loco” incide en la existencia y calidad de las redes sociales de los pacientes, y delimitan la necesidad de potenciarlas de manera tal que coadyuven a la rehabilitación del paciente psiquiátrico y evitar las recaídas.

En nuestra investigación, la enfermedad mental se retomó, no a partir de las nosologías psiquiátricas, psicológicas, neurológicas, sino de su historia en función de su existencia en el seno de las relaciones sociales, que se establecen en diferentes

contextos históricos, sociales, culturales, temporales; asumiendo que la relación crea identidades, sostiene estructuras, delimita formas de funcionamiento de sistemas cada vez más complejos en las sociedades.

Los principios básicos pertinentes para nuestro estudio, derivados del construccionismo social, son los siguientes:

- La *autoconcepción* no es una estructura cognitiva privada y personal sino que es un discurso acerca del yo: la representación de los lenguajes disponibles en la esfera pública. El yo es una narración inteligible en el seno de las relaciones vigentes, por consiguiente, es un relato acerca de los relatos. La narración o sentido del yo, no sólo surge por medio del discurso con otros, sino que es nuestro discurso con otros.
- El punto de vista *narrativo* sostiene que el proceso de desarrollo de una historia acerca de la propia vida, es lo que se convierte en base de toda identidad y cuestiona, por lo tanto, todo concepto del yo como unificado y estable. Se puede definir la narración como una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida. (Gergen, 1996)
- El lenguaje, el significado y la comprensión que se desarrollan entre las personas, se circunscribe al diálogo. A través de la comprensión local, es decir, ceñida a un contexto específico, uno explica íntimamente los recuerdos, las percepciones y los relatos. Por medio de este proceso se mantiene abierto el espacio para la continuidad de una narración nueva con nuevos relatos; y con ello, para el nuevo futuro. (Anderson y Goolishian, en Mac Namee, y Gergen, 1996)
- El *lenguaje* es visto como un sistema abierto y contextualizado de discursos que se organizan en la dimensión narrativa de significados, creados en situaciones de relación.

Así pues, si se parte de las premisas construccionistas de que lo racional no es un producto de las mentes individuales, sino el resultado de la participación en rutinas locales de intercambio, los conceptos como enfermedad mental y/o patología; no pueden ser tomados como criterios de verdad en su generalidad, sino que nos llevan a regresar al individuo, para comprenderlos de manera más cabal, en el contexto histórico social en que se generen. Por ello nos remitimos a Michael Foucault quien hace un interesante estudio de la historia de la locura.

El personaje del "loco" ha sido una constante a través de la historia de la civilización, asimismo ha estado inmerso como uno de los protagonistas de los discursos de poder en diferentes órdenes histórico sociales. Es contemplado como "lo otro" que se encuentra en el límite de las estructuras del orden social imperante; al mismo tiempo forma parte de ellas y tiene el papel fundamental de delimitarlas, de darles forma, de verse a través de lo que se niega, de sus límites, lo que no está ni dentro ni fuera; es aquello que permite a lo homogéneo diferenciarse, distinguirse de los otros.

El loco es el otro por relación a los demás; el otro en el sentido de la "excepción" entre los otros en el sentido de lo universal. Toda forma de la interioridad queda conjurada ahora: el loco es evidente, pero su perfil se destaca sobre el espacio exterior; y la relación que lo define, lo ofrece entero por el juego de las comparaciones objetivas a la mirada del sujeto razonable. Entre el loco y el sujeto que pronuncia "aquel es un loco" se ha abierto una distancia que ya no es el vacío cartesiano del "yo no soy aquel", sino que se encuentra ocupada por la plenitud de un doble sistema de otredad: distancia ahora ocupada por señales, por consiguiente medible y variable; el loco es más o menos diferente en el grupo de los otros que, a su vez, es más o menos universal. (Foucault, 1998a, p. 285)

Las sociedades a través de los tiempos han mirado a lo diferente y dentro de ello "lo loco" de variadas formas, fue contemplada hasta el siglo XVI como una forma de la razón. Locura y razón forman parte de un continuo, donde la locura es una forma exacerbada de la razón. En la sociedad el loco es reconocido como parte integrante de la misma y al parecer cumple una función importante dentro de ella, ya que aparece como una conciencia crítica, que en el siglo XVI señala la estupidez de la razón y esto se muestra en algunos pensadores de la época como Erasmo de Róterdam, Pascal, etc. "*La verdad de la locura es ser interior a la razón, ser una figura suya, una fuerza, necesidad para asegurarse mejor de sí misma*". (Foucault, 1998a, p. 62)

En el siglo XVII asistimos a la ruptura de ese continuo armónico entre lo homogéneo y lo diferente, donde se intenta poner límites a la razón y la sinrazón. Es el siglo del racionalismo y el advenimiento de la burguesía al poder, con todas las implicaciones económicas, sociales, científicas, éticas y morales que conlleva.

En la estructura jurídica que se empieza a conformar, la miseria es concebida como desorden. Los estados nación que se establecen, se dan a la tarea de ocupar las edificaciones que habían quedado desocupadas por los leprosos, además de crearse nuevas y funcionan como casas de corrección donde son internados de manera general, el indigente, los ancianos, los criminales, los deficientes, los que sufren de algún tipo de enfermedad venérea, y todo aquel que bajo la mirada de la mayoría se percibiera como

diferente o trastocara el orden social que se pretendía alcanzar. La ociosidad se convierte en la madre de todos los vicios y el internamiento pretende borrar todo efecto social visible del desempleo y la miseria, fungiendo como un medio de control social. En palabras de Foucault *"trabajo y ociosidad trazan una línea divisoria en el mundo clásico que ha sustituido a la gran exclusión de la lepra"*.

En este nuevo orden moral la comunidad rechaza la caridad. La asistencia al pobre, al necesitado, al enfermo corresponde al orden jurídico, que pretende ocultar y más tarde corregir. Foucault menciona que el internamiento y todo el régimen policiaco que lo rodea, sirven para controlar cierto orden de la estructura familiar, que vale a la vez de regla social y de norma de la razón. La familia con sus exigencias, se convierte en uno de los criterios esenciales de la razón; y es ella, antes que nada, la que exige y obtiene el internamiento. (1998a, 1998b)

En resumen, el trato que se le da al loco, se debe a que ha franqueado las fronteras del orden burgués, para enajenarse más allá de los límites sagrados de la ética aceptada. El loco forma parte de esa masa anónima de alienados y no logra aún distinguirse entre ellos, así pues, no se piensa siquiera en su cura, sino en la corrección. Los alienados son todos aquellos que se han apartado del surco, del camino, que la ética burguesa ha trazado en su fin de modernidad y progreso.

El loco se convierte en la frontera de lo humano y, excluido en los grandes internamientos junto con los demás alienados, forma parte de lo que Foucault llama el *"jardín de las especies"* por ser un terreno fértil para la clasificación.

La clínica debe su nacimiento a la necesidad de poner orden a esta masa homogénea de personas recluidas (habría que recordar que ocho de diez ciudadanos franceses en algún momento sufrieron la reclusión y la población de los internamientos llegaba a rebasar toda proporción aceptable para la nación), y para lograrlo, se vale de un procedimiento inductivo. Retomando a Aristóteles, tratan de agrupar en función de similitudes y diferencias la gran variedad de síntomas y conductas que se observaban en las personas recluidas. El advenimiento de la botánica y el esfuerzo de los naturalistas franceses de clasificar a la naturaleza concebida como una repartición de cualidades, provoca a inicios del siglo XVIII un gran afán clasificador, donde se busca pasar del orden o clasificación natural, a ubicar en familias, géneros, clases y especies; a toda manifestación de desorden social.

La mirada, es el vehículo para aprehender la esencia de las enfermedades desde antes del siglo XVIII, sentido que hace un escrutinio para crear series de signos y síntomas emparentados por cercanía o sucesión en el tiempo. Lo observado entra a formar partes de categorías diferenciadas, donde cambian elementos de un contexto histórico- social a otro, pero la esencia del discurso que sustenta ese trabajo es

exactamente el mismo. La medicina moderna surge con la gran sistematización de la enfermedad, en un discurso coherente que se dice "científico" y por ende "verdadero", y se instauro como un conocimiento al que sólo pueden acceder los iniciados y delimitado a la percepción de espacios y formas en el cuerpo.

Foucault (1996) hace un análisis detallado de la mirada, como la aprehensión por los sentidos de las características físicas de los objetos, a su vez, para que exista el objeto, se han de delimitar aspectos cuantitativos como peso, dimensión, tamaño, volumen, forma. El cuerpo humano es el espacio euclidiano donde converge la mirada. Cumpliéndose así el principio aristotélico al hacerlo objeto del discurso en un nivel descriptivo, con las taxonomías clasificatorias. Entra el individuo en el lenguaje de la racionalidad que se instauro como criterio de la verdad científica y en ese mismo camino el lenguaje se convierte en algo ajeno a la subjetividad humana. Fenomenológicamente hablando hay un vuelco, el sujeto se ha vuelto objeto, el ser humano es objeto de estudio de otro ser humano y es observado a través de una lente particular que sólo está encaminada a verificar en cada caso clínico, los criterios nosológicos que sustentan el saber médico. Se observa al hombre como puede hacerse a las estrellas o a la flor y en esa línea al agruparlo en una categoría, se le aparta de sí mismo, se le diferencia y se le excluye.

La mirada del otro es la muerte, porque el sujeto es desprovisto de toda su experiencia fenomenológica, al pasar por alto su vivir y sentir cotidiano del mundo, el cuerpo y el sufrimiento del otro son sólo espacios de poder donde se recrean las nosologías o criterios diagnósticos.

En este sentido, Foucault afirma que: el objeto del discurso puede bien ser así un sujeto, sin que las figuras de la objetividad, sean, por ello mismo modificadas. Esta reorganización formal y de profundidad, más que el abandono de teorías y de los viejos sistemas, es la que ha abierto la posibilidad de una experiencia clínica; ha retirado el viejo entredicho aristotélico: se podrá al fin hacer sobre el individuo un discurso de estructura científica. (1996, p. 8)

A continuación se presenta la metodología que guió el estudio, además de los resultados, el análisis de los mismos por sujeto, entre sujetos; la discusión, conclusiones y sugerencias para el mismo.

MÉTODO

a) Tipo de investigación

Investigación cualitativa, ubicada bajo un paradigma fenomenológico ya que se pretende dar cuenta de la experiencia vital para conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, bajo este paradigma, lo importante es asimilar el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia.

La fenomenología intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando. (Rodríguez, Gil y García, 1996, p. 42)

b) Escenario

Ubicación



La investigación tuvo lugar en el Hospital Granja “La Salud, Tlazolteotl”, perteneciente al instituto de Salud del Estado de México; inaugurado en 1962. Está ubicado en la localidad de Zoquiapan, Estado de México, en el kilómetro 33.5 de la carretera federal libre México- Puebla, perteneciente al municipio de Ixtapaluca.

Hospital Granja “La Salud, Tlazolteotl”, contexto institucional

En 1910 se inaugura el Asilo General de La Castañeda ubicado al sur de la ciudad de México en la exhacienda de la Castañeda, lugar donde ahora se encuentran las torres de Mixcoac y Lomas de Plateros, por el gobierno porfirista como parte de la conmemoración de las fiestas del centenario de la independencia. Fue construido al estilo de la Salpêtré de Paris, como un palacio de grandes dimensiones.

Recibió a los enfermos de *San Hipólito*, fundado por Fray Bernardino Álvarez en 1576 para socorrer a los locos, ancianos, convalecientes desprovistos “inocentes” y “orates”; construido al lado de la iglesia de San Hipólito y que funcionó hasta que se suprime la Orden de los Hermanos de la Caridad en 1821 y la alcaldía toma las riendas del hospital. Y a las mujeres internadas que residían en el *Hospital la Canoa*, fundado por José Sayago.

Con los miembros de San Hipólito y la Canoa se reunieron 800 pacientes y de 1910 a 1967, año en que se da la conocida "operación Castañeda", llegó a tener cerca de 3 mil. Con dicha operación, es demolido el nosocomio y los internos son trasladados a diferentes hospitales psiquiátricos. La política de descentralización creó varias unidades de atención en el Valle de México y áreas suburbanas para hacer frente al problema de hacinamiento que se vivía en el manicomio general, además de proponer un nuevo modelo de atención.

El departamento de *Neurología, Rehabilitación y Salud Mental*, a cargo del Dr. Manuel Velasco Suárez, responsable de los programas de salud mental en México en los años sesenta, fundó siete nuevos hospitales cada uno con la capacidad de 100 a 650 camas. Eran hospitales de puertas abiertas y comunidades terapéuticas que atendían desórdenes mentales desde agudos a crónicos.

El *Hospital Granja "La Salud Tlazolteotl"* fue diseñado como un centro para proporcionar un tratamiento intensivo de mediana a larga estancia, en un ambiente de puertas abiertas, es decir, donde los pacientes tienen la libertad de permanecer de manera voluntaria durante el tiempo que dura su tratamiento.

Descripción del hospital

El *hospital psiquiátrico La Salud*, es uno de los nosocomios conocidos como hospitales "granja", debido a que en sus inicios el proceso de rehabilitación de los pacientes se privilegiaban las actividades ocupacionales que eran de tipo agrícola y ganadera.

Atiende a pacientes varones adultos con trastornos psiquiátricos crónicos. Funciona los 365 días del año. Su misión es la rehabilitación del enfermo mental y nervioso, con la terapia medicamentosa y las actividades de los departamentos de rehabilitación y psicología clínica. Atiende a un total de 180 pacientes de hospitalización continua aproximadamente, y tiene una capacidad de 336 camas. (Ver apéndice 1)

c) Trabajo de campo

Inicio del contacto

El tipo de contacto a establecer con la institución para llevar a cabo la investigación es formal, es decir, se procedió a solicitar un permiso al jefe de enseñanza, quien tiene a su cargo las funciones administrativas de capacitación, extensión y difusión del hospital, proporcionó un formato de registro de investigación en el *Centro de Investigación del*

Instituto de Salud del Estado de México (CINARIS). El investigador y trabajador de la misma institución fungió como portero³.

Estrategias para lograr la colaboración de los implicados en la obtención de información

La manera de conseguir y mantener la colaboración de las autoridades fue mostrando interés en los pacientes y su proceso de rehabilitación, resaltando la importancia que tienen las familias y redes de apoyo, para lograr la misión por la que surge y se ha mantenido la institución. Se enfatizó el compromiso de que los resultados de la investigación serían dados a conocer a las autoridades con el fin de poder optimizar los resultados para brindar una atención de mayor calidad a los pacientes.

La colaboración de los informantes se obtuvo al darles a conocer los propósitos de la investigación y pedirles de manera expresa su participación voluntaria. Esto se realizó bajo el presupuesto fenomenológico de que cualquier persona independientemente de sus condiciones económicas, sociales o de salud, pueden informar acerca de los significados de su experiencia de vida en un contexto social determinado.

El contacto y colaboración del personal médico y paramédico, administrativo, servicios generales y mantenimiento; se dio al involucrarlos activamente en el proceso de la investigación.

d) Definición de los roles en el campo

El rol asumido fue de *participante observador*.

e) Selección de informantes

La selección de informantes clave fue de carácter deliberado, se hizo en función de una serie de atributos definidos por los investigadores a partir de los propósitos de la investigación. Tal selección constituye un proceso dinámico, en donde los atributos típicos- ideales se van redondeando en el transcurso del proceso mismo, no obstante delimitamos criterios iniciales que fueron:

- Ser pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual.
- No encontrarse en un episodio psicótico.

³ Un portero es la figura que forma parte de la institución y reconoce el papel de las personas que autorizan el acceso del investigador al campo. Es alguien que habla a favor del investigador ante las autoridades, funge como mediador que explica quién es el observador y lo recomienda.

- Tener un año como mínimo de internamiento en el hospital.
- Voluntad de participar y proporcionar información para el estudio.
- Estar capacitado para entablar un diálogo con los entrevistadores.
- Contar con tiempo suficiente para proporcionar la información.

f) Estrategias para la selección de informantes

1.-*Revisión general de cárdex para ubicar pacientes idóneos para el estudio, junto con la información proporcionada por el investigador que formaba parte del personal del hospital.*

2.- Búsqueda y análisis de expedientes y determinación de tiempo de internamiento, de evolución de la enfermedad, si contaban con responsable legal, escolaridad.

3.- Charla informal con los pacientes identificados para conocer su disposición a participar y si en ese momento contaban con las habilidades necesarias para proporcionar información

4.- Delimitación del caso típico- ideal.

g) Fuentes de recolección de la información

Notas de campo, registros anecdóticos, documentos como: cárdex, expedientes clínicos; mapas y diagramas de la distribución espacial del campo. Con los informantes clave se aplicó una entrevista a profundidad de carácter informal, que se grabó en audio y duró aproximadamente de 60 a 80 minutos.

La entrevista a profundidad permitió recabar información, a partir de la elaboración de una lista de temas a focalizar, sin necesidad de sujetarse a una estructura formalizada de antemano. Lo que se persiguió es acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros.

Rodríguez, Gil y García, (1996) señalan que también le llama "entrevista informal", porque se realiza en diversas situaciones, no se adapta a un rol de entrevistador inflexible, y se le puede concebir como una serie de conversaciones libres en las que el investigador introduce elementos que ayudan al informante a comportarse como tal. (p. 169). Tales elementos se delimitaron a partir de una revisión bibliográfica y el establecimiento de tópicos a tratar, en función de los objetivos de la investigación. Se demarcaron categorías en las preguntas temáticas, con relación a: tiempo, espacio, y características de la red social. El formato constituyó solo una guía general para conducir la entrevista. (Ver apéndice 2)

h) Descripción del lugar donde se realizaron las entrevistas

Elegimos sitios de reunión común para los pacientes, como es una terraza, abierta los fines de semana, de las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m. (ver apéndice 3). Además de los que seleccionaran los informantes.

En general se buscó que los pacientes contaran con un lugar que les pareciera más cómodo o más agradable para la conversación; además de considerar los espacios donde se contara con mayor privacidad y el número menor posible de interferencias o distractores.

MÉTODO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

El análisis de la información en la investigación cualitativa es un proceso dinámico que no tiene un momento fijo o específico sino que comienza desde que el investigador delimita el objeto de estudio y selecciona los medios pertinentes para obtener la información; parte de su inserción al campo, toma de notas, recreación de ambientes, interacción con los informantes clave.

Adicionalmente a lo anterior, los procedimientos seguidos para registrar y procesar la información obtenida a partir de la entrevista a profundidad; desde su transcripción, al arribo de conclusiones para el estudio, se ubicaron en varias fases. La primera consistió en un análisis sobre el texto, en el que se identificaron y se señalaron con una clave las siguientes categorías:

Características estructurales (CE): Se refieren a los criterios de inclusión que el sujeto identifica para definir a todas aquellas personas que son significativas en su vida, tales criterios permiten determinar la forma que adquiere la red en torno al sujeto en función de tiempos y contextos histórico sociales concretos. Los indicadores de dichos criterios son:

Tamaño (t)

Distribución (d)

Densidad (de)

Tipo de función (tf)

Homogeneidad (ho)- heterogeneidad (he)

Dispersión geográfica (dg)

Funciones de la red (FR): Son los tipos de intercambio interpersonal que se dan entre los miembros de la red señalados por el sujeto. Éstos son:

Compañía social (cs)

- Apoyo emocional (ae)*
- Guía cognitiva y consejos (gc)*
- Regulación social (rs)*
- Ayuda material y de servicios (am)*

Atributos de los vínculos (AV): Se refieren al valor subjetivo que se da a cada uno de los intercambios interpersonales. Entre los atributos encontramos:

- Multidimensionalidad (mu)
- Reciprocidad (rc)
- Intensidad de compromiso (ic)
- Frecuencia de intercambios (fi)
- Historia (hi)

Otredad (O): definida como los elementos de identidad que cobra el sujeto al verse a sí mismo en el otro y reconocerse, a partir de la diferencia. Entre los elementos del discurso que nos pueden dar cuenta de la otredad están:

- Como me percibo (cp)
- Quién soy yo para los otros (qo)
- Quiénes son los otros para mí (qm)

A continuación damos un ejemplo del análisis y categorización del texto:

Pregunta: ¿Cómo cuántos amigos tenías ?

Como cuatro o cinco, vivíamos en Peralvillo, usted no conoce _____ CE t
 Santiago, a un lado de Peralvillo, había como un parque en la _____
 glorieta de Peralvillo y se acostumbraba que, como a las _____ CE ho
 cinco de la mañana, iba uno a correr, a hacer ejercicio. Luego _____
 nos íbamos a la iglesia donde nos daban por veinte centavos, _____ FR cs
 plátanos, tres panes de dulce y chocolate. _____

Posteriormente se elaboró un cuadro para cada sujeto, en que se ubicó la información pertinente a las categorías, conformado por dos ejes X y Y. En el eje de las X se ubicaron las características de la red en términos estructurales, de funciones, atributos, además de la otredad y en el de las Y, lo temporal en función de la evolución del proceso de la enfermedad: antes de su aparición, durante la enfermedad y finalmente el internamiento.

Adicionalmente se adaptó el mapa de la red utilizado por Sluzki, para representar de manera gráfica los cambios estructurales y funcionales de la red, elaborándose uno por persona.

Cada mapa incluye a todos los individuos que aparecen en el relato de los entrevistados y la interacción que entablan, pueden ser familiares, amistades, relaciones laborales o escolares, con la comunidad, de servicios o credo. El círculo central simboliza al sujeto, al que nos referimos con un seudónimo para salvaguardar su identidad y promover así la confidencialidad.

De ahí hacia afuera se delimitan tres áreas, que plasman el movimiento de mayor a menor intimidad: a) un círculo interior que configura las relaciones entrañables, contactos cotidianos y amistades cercanas afectivamente. La posición de las personas que interaccionan con el sujeto en dicha área, indican mayor o menor cercanía e intimidad, según se ubiquen más cerca o más lejos del círculo que lo representa; b) Círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso, constituyen lazos sociales con contacto pero sin intimidad o cercanía afectiva; c) Círculo externo de contactos o relaciones ocasionales, donde el compromiso se diluye o es inexistente.

A su vez dividimos el mapa en tres cuadrantes que registran el movimiento en los vínculos que establecen las personas, en función de tres tiempos, donde no hay un corte o delimitación estricta, sino una relación dinámica, pero que señalan la disposición de la red personal en: 1) relaciones establecidas antes de que se presentara la enfermedad mental; 2) durante su proceso; y 3) durante el internamiento, hasta el momento de la entrevista.

A partir de los resultados obtenidos, se llevaron a cabo otras etapas en el análisis con una mayor profundidad, en las que se trató de enlazar los resultados obtenidos en cada uno de los sujetos, con los ejes teóricos de los que pertinentes para la investigación en tanto configuración de las redes sociales y las dimensiones de identidad con base en los trabajos de Foucault.

Más tarde se hizo un análisis cruzado entre sujetos, destacando similitudes, enlaces y diferencias entre ellos; como una manera de contribuir a los conocimientos existentes en el área de conocimiento en que se incidió, además de sus implicaciones prácticas, limitaciones y perspectivas para posteriores estudios. A continuación presentamos la información obtenida para su ulterior análisis.

RESULTADOS

Características estructurales y funcionales de la red

Persona 1 (To)	Características Estructurales (CE)	Funciones de la red (FR)	Atributos de los vínculos (AV)
<i>Antes de la enfermedad</i>	Familia reconstruida por la muerte del padre (11 hermanos). Cumple funciones instrumentales. Red homogénea. Casado con tres hijos; un amigo significativo y un hermano	Familia extensa: apartados. Familia nuclear: con relación distante, poca comunicación. Compañía social: con amigos. Servicios de salud: cercanos. No percibe funciones en su red de guía cognitiva, consejos o regulación social	No hay reciprocidad. Se lleva mal con madre y padrastro. No interacciona con la gente, se aparta. Familia funciona en situaciones de emergencia. Relaciones unidimensional. Problemas familiares por alcoholismo.
<i>Durante el proceso de la enfermedad</i>	Vínculos con la familia extensa permanecen igual, con la familia nuclear pierde contacto. Con amigos se agudiza el distanciamiento. Hay dispersión en la familia nuclear: mujer e hijos lo abandonan.	La ayuda material y de servicios se circunscribe al internamiento (por parte de la familia extensa). No hay apoyo emocional, la guía cognitiva y consejos desaparecen de las funciones de la red.	Funciones prevalecientes solo en caso de emergencia. Unidimensionalidad. Sin reciprocidad en la red. El compromiso de la familia extensa se limita al internamiento. No hubo apoyo de los amigos, ni contacto posterior con ellos.
<i>Durante el internamiento</i>	Composición de la red: 3 personas; 2 empleados y un paciente. Funciones: compañía social, guía cognitiva, consejos, aceptación, apoyo emocional y control de la desviación. Su red es homogénea, sin dispersión geográfica.	Familia extensa lo apoya en el internamiento, después hay distanciamiento. No se cree significativo para la familia. Funciones de la red: guía cognitiva, apoyo emocional y ayuda material.	Unidimensionalidad de las funciones sin reciprocidad. Ha visto a su familia solo una vez desde el internamiento. Al paciente que aprecia lo ve diario, y al personal en la jornada laboral. Percibe a hermano como apoyo.

Persona 2 (Ma)	Características Estructurales(CE)	Funciones de la red (FR)	Atributos de los vínculos (AV)
<i>Antes de la enfermedad</i>	Familia nuclear: 6 integrantes. Extensa: de origen rural. Red social: incluye a vecinos y parientes en la comunidad. Red homogénea. Se percibe más cercano a su padre, hermano mayor y un amigo. No hay dispersión geográfica.	Familia cumple funciones de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva, ayuda material y de servicios. Asistencia médica privada cercana y de buen servicio. Con amigos las funciones son de compañía social. Regulación social estricta por parte de los maestros.	Hay multidimensionalidad, reciprocidad de funciones en la familia y con los amigos. Percibe más intensidad y compromiso en la relación que guarda con el padre. A la madre la percibe dura y castigadora. Convive diario con los amigos y con el tío, con el que trabaja en labores del campo.
<i>Durante el proceso de la enfermedad</i>	El tamaño y composición de la red se modifica por la migración. Hay dispersión demográfica. Percibe cercano al padre y al tío. El amigo no aparece como significativo en el relato.	Las funciones de la red se intensifican por parte de la familia. La red primaria se concentra en la familia. No hay amigos significativos que cumplan funciones de apoyo.	En la familia las funciones son multidimensionales. Lo apoyan, pero él se vive como culpable por no responder al esfuerzo. Se modifica la frecuencia con la que convive con los familiares debido a su estancia en el ejército.
<i>Durante el internamiento</i>	A partir del internamiento se modifican las características estructurales de la red. Sigue percibiendo a su familia como cercana. Red primaria en el hospital: 3 pacientes y 5 trabajadores.	Sus amigos del hospital cumplen funciones: de apoyo emocional, compañía social y apoyo material. De su familia sigue recibiendo apoyo material y de servicios. Recibe consejos y guía de un primo. Percibe a su padre muerto, aún como apoyo.	La intensidad del compromiso de la familia disminuye. El control y regulación social se da por parte del hospital. Percibe cercano a su hermano.

Persona 3 (Fe)	Características Estructurales (CE)	Funciones de la red (FR)	Atributos de los Vínculos (AV)
<i>Antes de la enfermedad</i>	Familiar nuclear: de 8 integrantes. Percibe más cercana a su madre y a un hermano. El padre parece ausente. Red primaria: 5 amigos. Red heterogénea en función de los contextos donde trabaja. No hay dispersión geográfica.	Funciones de la red familiar y primaria: apoyo emocional, guía cognitiva, consejos, regulación social, ayuda material y de servicios. Servicios de salud: cerca y de calidad, atención privada. Selecciona a sus amigos en función de ideas afines.	El padre está ausente afectivamente. El paciente cumplía una función parental, por ser el hermano mayor y su aporte económico. Existe regularidad en los contactos con sus amigos. Trabaja desde los seis años
<i>Durante el proceso de la enfermedad</i>	Las características estructurales de la familia empiezan a modificarse, por ciclo vital. Padre y madre: sufren enfermedades propias de la edad. Viven en diferentes lugares de la ciudad de México.	Mientras vive la madre, la familia se organiza sin su ayuda. A raíz de la enfermedad de la madre, surgen dificultades de relación con los hermanos. La madre durante el proceso de enfermedad lo ayuda. Un amigo le da guía cognitiva	Si bien para él su familia sigue siendo importante; el sentir ya no es recíproco. El distanciamiento afectivo con sus hermanos, se hace evidente. El vínculo entre él y su madre prevalecen, aún en la enfermedad.
<i>Durante el internamiento</i>	A partir de su segundo internamiento en 1991, la estructura y funciones de la red familiar cambian radicalmente. Su red primaria son pacientes y trabajadores del hospital.	Las funciones de la red familiar: desaparecen. Los amigos no lo visitan. La red del hospital cumple funciones: de apoyo material y emocional.	Hay reciprocidad en la red social del hospital. Con un paciente existe intensidad de vínculo. Distanciamiento afectivo con los hermanos. No los ve como significativos en su vida. Hay más frecuencia de contactos con compañeros del hospital.

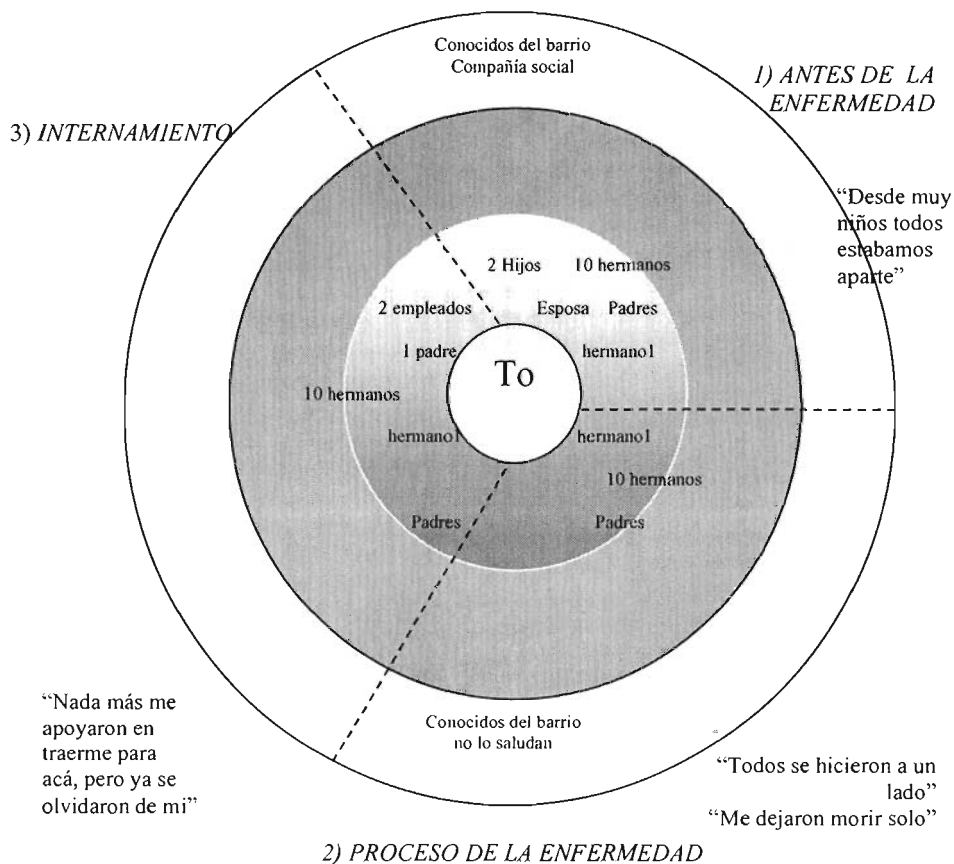
Persona 4 (Te)	Características Estructurales (CE)	Funciones de la red (FR)	Atributos de los vínculos (AV)
<i>Antes de la enfermedad</i>	Familiar nuclear: 9 miembros. Convive con familia extensa. Su red primaria es homogénea, sobresalen tres amigos. Le es significativo un maestro y la madre de un compañero.	Familia y amigos cumplen funciones: de compañía social, guía cognitiva y consejos. Regulación social: la ejerce la madre, a quien vive como exigente con él. Red familiar e instituciones: proporcionan ayuda material y de servicios. Servicio médico: cercano.	Se siente cercano afectivamente a su familia. Sobresale el vínculo con el padre. Su grupo principal de convivencia es la familia nuclear y extensa. En su infancia: los niños lo golpeaban y trataban mal. Los maestros significativos le daban consejos.
<i>Durante el proceso de la enfermedad</i>	Estructura familiar: se modifica por muerte de padres. Una hermana se hace cargo de él. Red homogénea. En la familia nuclear: hay dispersión por casamiento de hermanos. Frecuenta a sus amigos.	Las funciones de su red a cargo de su hermana, son: apoyo emocional, material y de servicios; guía cognitiva. Después de un año se agudizan conflictos de relación con hermanos. En 1991 es internado por su hermana.	La intensidad, compromiso y reciprocidad se ven comprometidos por las dificultades de relación con la familia de la hermana. Las funciones prevalentes son de cuidado. La frecuencia de contactos con su red en el hospital: se relacionan con actividades de la vida diaria.
<i>Durante el internamiento</i>	La familia mantiene el mismo patrón. Se siente más cercano a 2 hermanos. Hay enojo con la hermana que lo internó. Del hospital reconoce a 3 pacientes y 4 trabajadores como más cercanos a él. Su red es homogénea.	Red del hospital: cumple funciones de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva, consejos, regulación social, ayuda materia y de servicios. Un hermano: lo visita y proporciona consejos y ayuda material. Desde 1993 no sale de permiso en días festivos.	No hay multidimensionalidad en la relación con los hermanos. Con sus amigos del hospital hay reciprocidad. El compromiso de los hermanos esta en función de la responsabilidad legal del internamiento, visitas y pago de hospitalización.

Otredad

PERSONA	COMO ME PERCIBO (cp)	QUIEN SOY YO PARA LOS OTROS (qo)	QUIENES SON LOS OTROS PARA MI (qm)
To	<p>Se reconoce sin capacidad para trabajar y dialogar: 'Yo veo todo igual sin apreciar las cosas, soy diferente, lo que diga o haga no tiene sentido'.</p> <p>No me puedo defender y por lo tanto los demás abusan de mí.</p> <p>No tengo derechos y obligaciones.</p> <p>'Que sí he estado bien. No me hacen esto'.</p>	<p>Soy un desdichado por estar enfermo. Los otros nos perciben con desagrado, como que es algo que no les gusta.</p> <p>Estar loco es que ya les falla la azotea, desvariar en las ideas, hablar cosas incoherentes; pero cada quien tiene su forma de ser. Si hay diferencias es porque cada quien tiene su por qué: 'sí uno habla incoherencias se debe a algo que le pasó en su vida', 'no nada más habla así, por hablar'.</p> <p>En el hospital deberíamos tener un trato más justo, digno, como seres humanos; tener ropa mejor. Porque el hecho de que uno esté así 'safado', con harapos se ve peor. 'Yo quisiera que me traten como gente normal'. Que a los pacientes los tapen del frío.</p>	<p>Los buenos: son los que te reconocen, te saludan; los malos son los que te tratan mal, no te reconocen, se manchan.</p> <p>La familia: sirve para llevársela tranquila y ayudarse los unos a los otros.</p> <p>Los amigos: sirven para echarle la mano cuando estás en problemas.</p> <p>Los trabajadores en el hospital: me apoyan material y emocionalmente.</p> <p>Hay personas muy buenas dentro del hospital. Hay muchos que llegan y saludan a los pacientes, 'se siente uno bien y dices: 'por lo menos valgo algo'.</p>
Ma	<p>Yo era normal como cualquiera, después me enferme: me falló la cabeza.</p> <p>'Me enfermé por hacer cosas malas'.</p> <p>'Me enfermé por no hacer caso a mis padres'.</p>	<p>Yo era para los otros como cualquiera; después me dijeron que estaba sugestionado, 'era yo un poco menso'.</p> <p>Los trabajadores y la demás gente: creen que no pensamos bien.</p> <p>La familia: me ve bien así.</p> <p>Los soldados: eran muy cabrones conmigo. 'me maltrataban porque no me podía defender', me hacían muchas cosas, me pegaban. 'Que sí he estado bien no me hacen nada'.</p> <p>'Uno está enfermo porque Dios lo quiere así'.</p>	<p>La familia: es para toda la vida, es un don.</p> <p>Un amigo: es para ayudarte sin problemas.</p> <p>'No puedo decir que mi familia me quiera, hasta verlo'. Desde que estoy en el hospital, 'no me dicen que me quieren'.</p> <p>Mi familia me da buenos consejos. 'Yo me porto mal' y mi familia es buena.</p>
Fe	<p>De joven, 'antes de enfermarme', era alegre pero distinto. Uno se enferma por problemas que no puede resolver. Aunque nadie sabe en realidad por qué se enferma uno.</p> <p>Yo entiendo cuando me tratan 'como una persona normal', 'como un ser humano'.</p> <p>'Antes no era yo tan pendejo, porque me gustaba trabajar'.</p>	<p>La sociedad: piensa mal del enfermo mental porque no lo conoce.</p> <p>Un enfermo o discapacitado: puede ayudar en algo sencillo, 'puede trabajar'.</p> <p>Mi mamá vio mi enfermedad como 'una desgracia'.</p> <p>S me dijo que no me dejara de ningún hijo de la chingada, 'porque todos somos iguales'.</p> <p>Antes 'nadie te daba un consejo', porque todos 'te denigraban por ser paciente psiquiátrico'.</p> <p>El ser humano: tiene miedo a la enfermedad mental, 'porque se pierde uno de la realidad', 'de lo que es la vida', no puede uno 'razonar'.</p>	<p>La familia: es la base de la sociedad y sirve para no sentirse solo.</p> <p>Un amigo: es el que está contigo en la buenas y en la malas.</p> <p>'Es mejor que mi cuñada me insulte y me de un tacho a que alguien lo haga y no me de nada'.</p> <p>Mi padre me decía que fuera a rentar un cuarto, pero yo pienso que estaba mal, la base de la sociedad es la familia, 'qué voy a hacer yo viviendo solo'.</p>
Te	<p>De niño estaba 'peor que ahora, era como una estatua'; me decían: 'quédate ahí' y ahí me quedaba. 'Yo ya estaba así de mi cabeza'; pero todos me reconocían y me estimaban, cuando trabajaba.</p> <p>Estudiaba porque quería ser normal.</p> <p>Era el más inteligente y trabajador.</p> <p>'Antes era muy cobarde y ahora sólo tengo que luchar'.</p>	<p>La gente: piensa que somos seres humanos y que nos gustan las viejas, 'aunque estemos enfermos'.</p> <p>Mi familia: 'no me quiere por que hice cosas malas'.</p>	<p>La familia: sirve para reunirse, para estar en la sociedad y ser decente.</p> <p>Un amigo: nos ayuda comprendiéndonos; pláticas con él, para no estar aislado', para 'estar con alguien', y 'que te enseñe cosas'.</p> <p>En el hospital: podrían ayudarnos en lo moral 'dándonos ánimo', o sea, 'algo que nos motive para seguir viviendo'.</p> <p>'Me siento en el hospital como en mi casa', 'ya me acostumbre'.</p>

Mapa de la estructura de la red

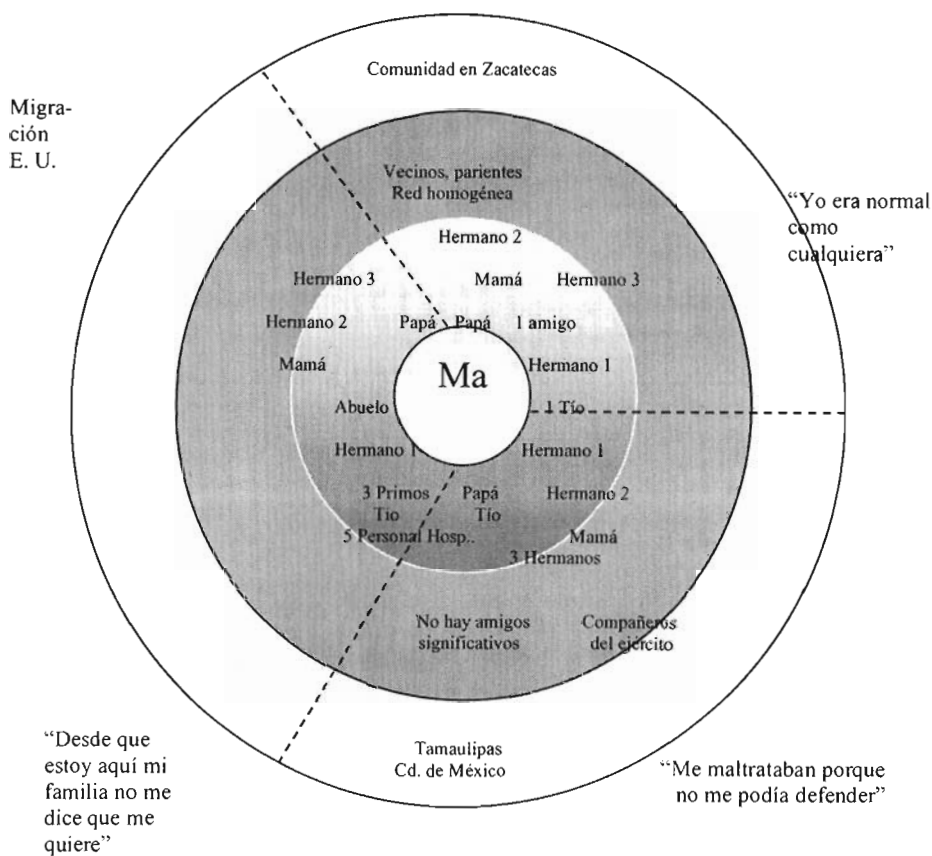
1° To “La familia no existe o está en otra parte”



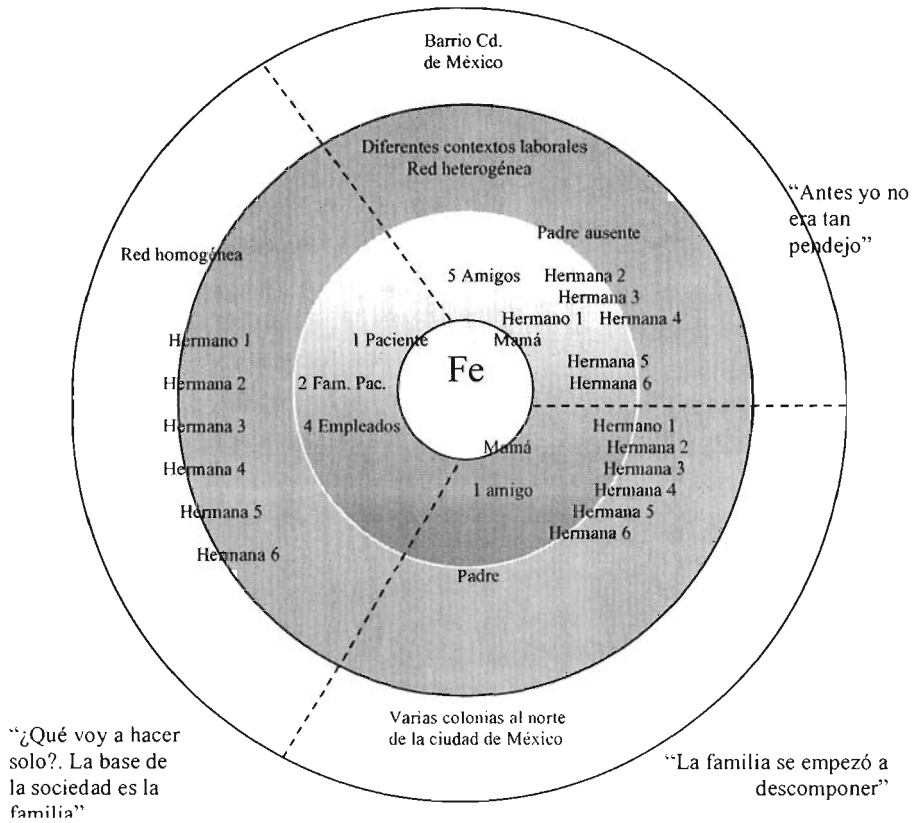
Notas. Cuadrantes = Tiempo: 1) Antes enfermedad, 2) Su proceso, 3) Internamiento.

Áreas: ■ = Relaciones íntimas, ■ = Relaciones sociales, □ = Relaciones ocasionales.

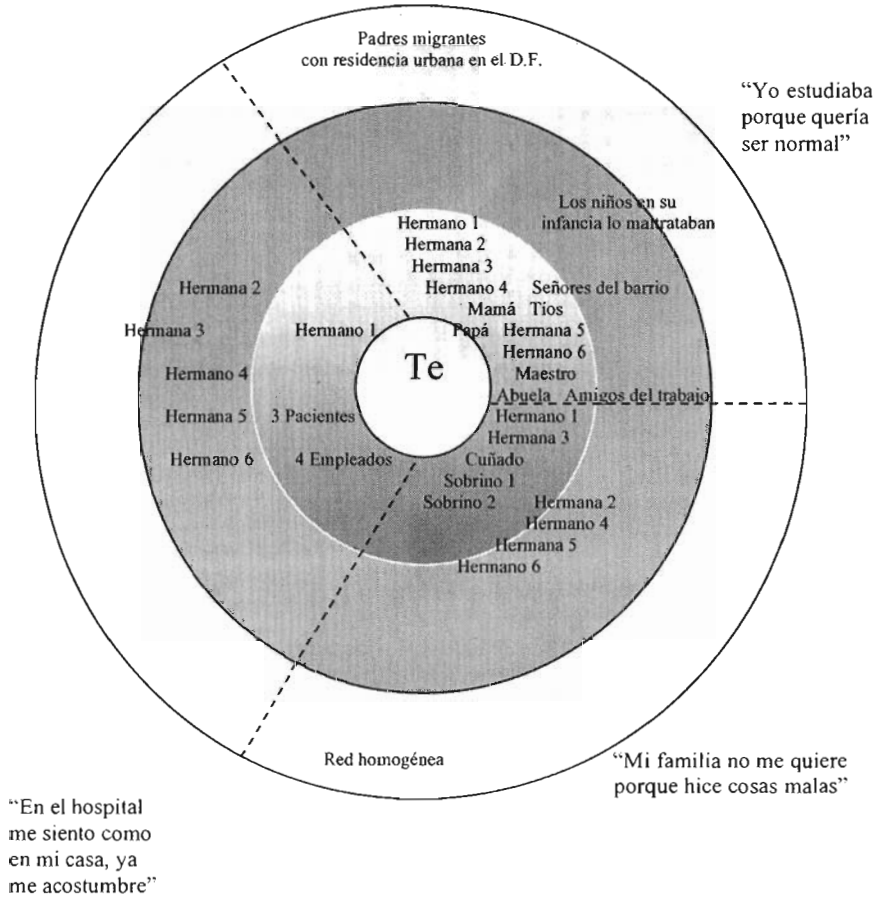
2º Ma "La familia es para toda la vida"



3° Fe "La familia se descompuso"



4° Te "La familia es para estar en la sociedad y ser decente"



Estructura y función de la red primaria entre sujetos

Persona	T	CE			FR					AV		
		Ho	he	dg	cs	ae	gc	rs	as	mu	re	ic
<i>To</i>	1	■										
	2				■							
	3	■					■	■	■			
<i>Ma</i>	1	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2		■	■		■	■	■	■		■	■
	3	■		■	■	■	■	■	■			
<i>Fe</i>	1		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2			■	■	■	■	■	■		■	■
	3				■	■		■			■	■
<i>Te</i>	1	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2				■	■	■	■	■			
	3			■	■	■	■	■	■			

Nota. Las abreviaturas de las filas se refieren a: CE= Características Estructurales de la red social primaria: ho= Homogeneidad, he= heterogeneidad, y dg= dispersión geográfica. FR= Funciones de la Red: cs= compañía social, ae= apoyo emocional, gc= guía cognitiva, rs= regulación social, as= ayuda material y de servicios. AV= Atributos de los Vínculos: mu= multidimensionalidad, re= reciprocidad, ic= intensidad del compromiso. La que corresponde a la cabeza de tronco T= tiempo, definido como (tronco): 1= antes de la enfermedad, 2= durante el proceso de la misma, y 3= durante el internamiento. ■ = está presente la característica.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el siguiente apartado se presenta el análisis de resultados por sujeto, entre sujetos y las consideraciones pertinentes para el estudio.

Persona 1° To

Para la persona a la que llamamos To, encontramos durante su infancia, el proceso de la enfermedad y el internamiento, una constante de relaciones distantes con los miembros de su red primaria; que en su caso estaba conformada por: a) su familia extensa de 9 hermanos, madre y padrastro, b) su familia nuclear integrada por su esposa e hijos, c) y un amigo con el que los intercambios eran de compañía social, quien es el

único que nombra y señala como significativo de esa masa anónima y homogénea de contactos que estableció en su vida antes de que enfermara.

To es el único de los sujetos estudiados que estableció una relación conyugal. La distancia afectiva con los miembros de su red primaria, se intensificó por el alcoholismo presente desde que tenía la edad de 25 años. Los cambios más drásticos en la configuración de su red se dieron con las manifestaciones de la enfermedad mental, ya que desaparece todo intercambio con su familia nuclear. La familia extensa se mantiene igual, más su función tiende únicamente al apoyo instrumental de algunos miembros (hermano, padrastro, sobrinos) para internarlo.

Una vez internado, la familia extensa es la única que responde, en atención a los requisitos legales del internamiento, pero solamente de manera unidimensional, debido a que prestan su apoyo instrumental, sin establecer contacto afectivo, apoyo emocional, etc. Las relaciones con otras personas fuera del hospital desaparecen, no sabe nada de su familia nuclear y en el hospital mantiene pocos contactos sociales en número y forma.

Identifica únicamente a un paciente como cercano a él afectivamente, aunque no se pueden comunicar verbalmente, porque dicho paciente tiene problemas para estructurar el lenguaje oral. Con el personal del hospital tiene relaciones unidimensionales como las tenía desde antes de su internamiento.

El construccionismo social parte del hecho de que el yo se estructura a partir de los intercambios que se establecen con los otros, en ese sentido, se evidencia en el sujeto una pobre estructuración del yo producto de una red social primaria carente de intercambios solidarios, instrumentales y de afecto.

En algunas de las escuelas de psicoterapia conocidas como postmodernas, se pone especial énfasis en la narración dominante en el discurso del sujeto, en el caso de To, tal narración, se caracteriza por la percepción de una carencia de sentido ante los eventos de la vida diaria y de las relaciones que establece con los otros. Señala que no dialogaba con la gente, se aislaba; en general sus escasas relaciones están ausentes de compromiso, intensidad y reciprocidad, por lo que se vive excluido de su red y de todo lazo familiar, hasta el punto de decir: "la familia no existe y si existe está en otra parte".

Según Foucault la otredad, como elemento de la identidad, se establece a partir de reconocerse en los otros y en que los otros son diferentes de sí mismo.

La exclusión que vivencia el sujeto catalogado como "loco", haya su argumento en la "sin razón", que a partir del siglo XVII con René Descartes, es puesta en la frontera de lo humano. El discurso del loco es considerado cercano al sueño; a la luz de la época del

raciocinio, carece de sentido y se le inviste de todo aquello que la sociedad oculta, niega, teme y por ende, el encierro y la denominación de "loco", de "diferente", "ajeno totalmente a lo coherente" y "lógico", se vuelve parte de la vivencia íntima del protagonista, al margen siempre de la historia y de la relación con los otros. To se percibe como "diferente", dando por hecho que lo que diga o haga "no tiene sentido", que "no tiene capacidad", derechos, ni obligaciones por "no estar bien"; piensa que los otros lo ven como "desdichado por estar enfermo". Es interesante que de manera clara distingue conscientemente que los otros al contemplar en él lo peor de sí mismos, lo perciben con desagrado y "como que algo no les gusta" indica.

La gente lo trata como anormal y la exclusión no sólo radica en el encierro, sino en la imagen corporal que tiene de sí, a partir de la mirada del otro, que se refleja en la vestimenta que él define como "harapos".

La exclusión también despoja al sujeto de su experiencia fenomenológica cuando no es reconocido como persona, que vive, siente, sufre, padece, se relaciona con los demás, como cualquiera y al denotar la clínica al sujeto en la categoría de "enfermo mental" le niega la posibilidad de llegar a ser, de pensar lógicamente. To en su discurso, de manera coherente, y lógica sostiene que "cada quien tiene su forma de ser, si hay diferencias, ellas tienen su por qué y cuando uno habla incoherencias, siempre se deben a algo, por ejemplo "algo que le paso a uno en la vida" y pide para los que están en la frontera: "que los tapen del frío". Es decir, con esa demanda, está pidiendo que se tiendan lazos y haya un intercambio recíproco, que lo "diferente" tenga cobijo en una sociedad que es excluyente, como ya lo había delimitado Foucault.

En su historia To no logra diferenciarse ni reconocerse del conglomerado familiar; desde el seno de su familia se vive excluido y diferente. Repite el patrón de relaciones en su familia extensa, que él define como "carente de afecto" y lo lleva al plano de su familia nuclear y a todas las relaciones que permean su vida social. Reconoce que la familia sirve para ayudarse unos a otros, para "llevársela tranquila" y los amigos para "echarse la mano cuando se está en problemas", sin embargo, en el plano funcional y estructural de su red, esto no se da. Cabe destacar que para él es importante ser reconocido y desde su punto de vista, ello puede lograrse tan sólo con un saludo, un trato amable.

Podemos concluir que para To, la vivencia de exclusión, abandono, no reconocimiento; es la constante en sus experiencias a lo largo de su vida y que culmina con la certeza de que ya es imposible ubicarse en otro nivel de relación con los otros, de

compartir, de crear, de sentirse productivo y prefiere mantenerse en la frontera de la razón, donde no existe la familia. Hay siempre otro lugar al que nunca tendrá acceso.

Persona 2ª Ma

Ma proviene de una familia de origen rural, que a lo largo de su ciclo vital, pasa por una serie de eventos significativos, que determinan su estructura y funciones; entre los que destacan: a) la migración del estado de Tamaulipas a Zacatecas, de Zacatecas al Distrito Federal y de ahí el traslado de algunos miembros a Los Ángeles California, E.U.A; b) la muerte del padre, de oficio maestro, y quien tenía un profundo lazo afectivo con Ma; c) y la enfermedad de algunos miembros.

Inicialmente la familia nuclear estaba compuesta por ambos padres, dos hermanos y una hermana; su red primaria de origen rural, se conformaba básicamente por su familia extensa y unas pocas personas de la comunidad. Señala a una sola persona como “muy cercana” afectivamente y con la que compartía los juegos de la infancia. A su padre, hermano mayor y a un tío con el que trabajaba, los ve como más cercanos afectivamente; por ende su red es homogénea, sin dispersión geográfica.

Respecto a las funciones que cumplía su red están: las de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva, ayuda material y de servicios; existía reciprocidad con relación a los atributos de los vínculos y multidimensionalidad.

La percepción que tiene Ma acerca de su madre es que desempeña preponderantemente la función de regulación social de una manera estricta. Cabe mencionar también el papel de los maestros, quienes siguen conservando en ámbitos rurales, un rol importante como guía cognitiva y control de la desviación al interior de las familias. La imagen del maestro se acerca a las funciones parentales, con gran influencia en las decisiones que se toman respecto a la educación de los miembros de la familia.

Históricamente en el proceso de la masificación de la educación, entre las políticas educativas en México, se destacaba la investidura del maestro como el personaje que iba a concretar los ideales del progreso y en consecuencia, se convierte en el trasmisor de valores, de principios, conocimientos, conciencia cívica; pero también en una de las principales fuentes represoras del sistema social, regulando la conducta de los educandos casi exclusivamente a base de medios punitivos. En el discurso de Ma, es claro este papel de los maestros, ya que narra situaciones en que el maestro los castigaba de diversas maneras.

Un aspecto que resalta en su historia de vida, está asociado directamente con el "control" y "regulación de la conducta" que los otros ejercían sobre él desde muy pequeño, y que polariza posteriormente a su persona entre lo "bueno" y lo "malo". Desde que se enferma, se vive como malo por hacer cosas no permitidas y por no corresponder a lo que hace su familia por él, e incluso señala que se su padecimiento se debe a haber tenido experiencias homosexuales.

Su subjetividad, la reflexión de sí mismo; se va perfilando a través los códigos de comportamiento, que se le prescriben en el contexto social donde se desenvuelve, a partir de sus acciones, pensamientos y sentimientos, con sus restricciones, infracciones y sanciones; que lo constituyen como sujeto "moral", y lo hacen someterse a un control estricto de la experiencia moral, que desencadena sentimientos de culpa.

Durante el proceso de la enfermedad hay eventos que son importantes de analizar bajo el marco de la teoría de las redes sociales: por una parte está el fenómeno de la migración que repercute de manera fundamental en la estructura de la red familiar de Ma y sus funciones. La familia nuclear, a excepción de su hermana, se traslada de Zacatecas a Tamaulipas por motivos de trabajo del padre.

Es importante resaltar que los miembros de la familia que cambian de residencia intensifican sus vínculos entre sí, proceso casi inevitable cuando las implicaciones de la reubicación geográfica conlleva al abandono de varios sectores de la red social personal y existe la prerrogativa de adaptarse a nuevos contextos sociales que pueden vivirse como poco accesibles, hostiles o extraños.

Sluzki (1990) menciona que después de la migración, durante un lapso considerable, la nueva red es de menor tamaño, menor densidad, tiene un repertorio más estrecho de funciones, menor multidimensionalidad recíproca, más intensa, y se tienden a sobrecargar las funciones al interior de la propia familia. Un mayor número de expectativas están centradas en menos relaciones, lo que lleva a tensiones, conflictos o incluso la emergencia de algún tipo de trastorno como un brote psicótico.

En este sentido, la red primaria compuesta por amigos desaparece del discurso de Ma, intensificándose los vínculos con el padre. La relación que establece con su familia es unidireccional, donde los demás le contienen, le proveen lo necesario para su subsistencia, lo cuidan, etc. Incluso la familia se muda a la ciudad de México, con la finalidad de proporcionarle lo necesario para su tratamiento.

El padre cumple la función de apoyo emocional, guía cognitiva y trata de integrar a Ma a otros ambientes para que cree nexos con otras personas, ejemplo de esto es el

reclutamiento de Ma al ejército a instancias de su padre, lo que ocasiona a una ruptura temporal con su red familiar primaria, en la que él se reconocía y cobraba identidad. Es rechazado por el nuevo contexto en el que se trata de insertar, ya que desde el inicio es contemplado como diferente y él no puede participar de las reglas y valores por los que se rige el ámbito militar. Él mismo señala que un doctor le dijo que no tenía aptitudes para la vida militar y tiene una experiencia traumática, donde se vive en desventaja y la constante de las relaciones que establece es de abuso, y violencia.

La muerte del padre involucra una nueva modificación estructural y funcional de su red, además, la familia pasa por su ciclo evolutivo y los hermanos se casan. Entonces el cuidado de Ma recae exclusivamente en su madre, quien continúa las funciones de contención y búsqueda de tratamiento, lo que la lleva a internarlo de manera temporal en el hospital psiquiátrico, pero sin romper sus vínculos con él. Posteriormente es nuevamente internado, debido a que la madre tiene que cuidar a su hijo menor en E.U.A, quien se accidenta y requiere apoyo aproximadamente por un año; tiempo durante el que no se rompen los nexos de Ma con su red primaria e incluso sus tíos, primos y abuelo lo visitan de manera regular cada tres meses, destacando su función de guía cognitiva, ya que le dicen "*pórtate bien, toma tu medicamento para que regreses pronto a casa, etc*".

Ya internado el vínculo afectivo es el que se ve afectado por la frecuencia en los contactos con su red, ya que cuando se le pregunta si es significativo para su familia, contesta "*pues hasta ver*", refiriéndose a que se siente excluido afectivamente de su familia, por la prolongación de su internamiento, y porque desde que está en el hospital nadie le dice "*te quiero*".

En el hospital aprecia como cercanos afectivamente a tres pacientes y cinco trabajadores. Los vínculos que establece con ellos siguen los patrones de su historia de vida, debido a que las personas que considera significativas son aquellas que le pueden proveer instrumental y afectivamente en una relación unidireccional y unidimensional: los otros le dan cosas, lo defienden, lo cuidan. Expresa que su padre lo sigue cuidando aunque ya murió, lo que muestra que la carga afectiva destinada a los miembros de la red está presente, aún sin la frecuencia de contactos o presencia física, ya sea por la distancia o la muerte.

En el aspecto de la otredad, el discurso de Ma respecto a cómo se percibe cambia, como es de esperarse, en función de los tiempos y los contextos. En un inicio se vive como "*normal*", producto de un entorno que lo protege y lo reconoce. Para los otros es

"como cualquiera", y la familia le da seguridad en función de sus interacciones y una sensación de permanencia, continuidad, pertenencia.

A partir de los 15 años, que él identifica como la edad "*en que se enferma*", y coincide con cambios importantes de la adolescencia, se empieza a percibir como diferente, "el que se aparta de la senda", "del camino correcto", de los "buenos"; y se percibe como "*malo*" por tener deseos y sensaciones que cataloga como nocivas, que lo apartan del amor "incondicional" que le suministran sus familiares. Sostiene haberse enfermado "*por hacer cosas malas. Por no hacer caso a mis padres. Me decían que no hiciera eso y lo hacía*". El sentimiento de culpabilidad permea a la postre la mayoría de sus relaciones; los soldados abusan de él porque lo veían como "*menso*", por haberse juntado con "*aquel chico*", dice que su padre es "*bueno y todos lo quieren, porque no se masturba como los otros*".

Para él los seres que lo quieren buscan su bien, pero se sabe malo, a pesar de los esfuerzos de los demás por orientarlo, por dirigirlo a partir del castigo y el consejo; más allá de la frontera de la "locura" y "sin razón".

Dice que los enfermos mentales "*no piensan bien*" y se enferman "*porque Dios así lo quiere*". La exclusión en su experiencia subjetiva, gira en torno del control, la "desviación" y el "castigo".

Se vive desprovisto de habilidades para relacionarse con los demás. Define su existencia, su personalidad y razón de ser a partir de los vínculos con su familia. En su discurso señala "*la familia es para siempre*", porque su identidad está en función del cuidado de los demás, de la estructura externa que se le provea. El futuro de Ma es incierto, ya que cuando desaparezca la función contenedora de la familia en relación a la madre, se puede pensar que su internamiento será permanente.

Persona 3ª Fe.

Fe cuenta con una red heterogénea producto de los diferentes escenarios laborales en los que se desenvuelve desde su infancia (seis años). Su familia estaba conformada por sus padres y cinco hermanos: cuatro mujeres y un hombre. En el plano estructural y funcional de su red, cumplía el rol de hijo parental por ser el mayor y aportar, desde temprana edad, para el mantenimiento de la familia. En su discurso el padre no aparece y con la madre tiene una relación muy estrecha hasta el momento de su muerte. De los cinco hermanos siente más cercano a su hermano varón; además identifica cinco amigos con los que convive en su barrio y el trabajo.

Con ellos mantiene funciones de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, de manera recíproca. Hay multidimensionalidad en las funciones, intensidad en los vínculos. Aunque entabla relaciones sociales fácilmente en cualquier ámbito en que se ubique, su red primaria es pequeña en cantidad, ya que las personas que él define como significativas, las elige en función de compartir "*ideas afines*".

Durante el proceso de la enfermedad, las características de la red comienzan a modificarse en función del ciclo vital de la familia: los padres sufren enfermedades propias de la edad, los hermanos salen a trabajar y comienzan a entablar relaciones estables con otras personas, hasta el punto de dejar la casa para formar sus propias familias. Llega un momento en el que solamente conviven en el mismo espacio él, su madre y la hermana menor, quienes se organizan sin su ayuda material.

Aunque hay conflictos con los hermanos, son contenidos por la madre. A raíz de que ésta enferma, se va a vivir con una de sus hijas, siendo la primera vez que Fe se separa de ella. Desde entonces las pugnas con los hermanos se incrementan, en gran medida debido a que limitan los contactos de Fe con su madre.

Sí bien él sigue percibiendo a su familia como significativa, ya no hay reciprocidad con los hermanos. Los vínculos afectivos con la madre se mantienen, y el distanciamiento y relaciones conflictivas con los hermanos, se hacen patentes. En esas circunstancias se da su primer internamiento en 1990.

Es internado nuevamente en 1991 y la madre muere. Momento en el que las funciones de la red desaparecen completamente, la estructura cambia radicalmente. Los hermanos sólo aparecen para asegurarse de que siga internado, y de la red conformada por los amigos, sólo hay uno que le provee guía cognitiva.

En el ámbito institucional su red primaria son pacientes y trabajadores del hospital, y cumplen las siguientes funciones: apoyo emocional y material; existe reciprocidad en relación a los vínculos. Reconoce como más cercano a un paciente al que provee de guía cognitiva, consejos y regulación social. La frecuencia de contactos con su red ocurre en el contexto de las actividades de la vida diaria del nosocomio. Desde su último internamiento, sólo ha recibido una visita familiar, debido a que Fe pidió a una trabajadora social que llamara a su familia y les avisara que estaba enfermo.

Es importante mencionar que Fe ha sido dado de alta en varias ocasiones por mejoría, pero no ha podido dejar el hospital, por no contar con una red que le permita transitar del internamiento a la comunidad.

Con respecto a las características de los vínculos, se repiten los patrones que adquirió en su historia de vida: sigue siendo una persona que entabla relaciones sociales con facilidad, pero con las personas que distingue como significativas, interacciona preponderantemente en un plan parental, es decir, gusta de ayudar y apoyar dando guía cognitiva y consejos. Dialoga con miembros del personal, que laboran en la institución y él considera que le pueden aportar algo, o tienen conversaciones interesantes.

En lo concerniente a los aspectos de otredad, se destaca la visión que tiene de familia que define como: *“la base de la sociedad, y que sirve para no sentirse sólo”*, en este sentido cuando señala cómo se percibe, lo hace solamente en función de su familia, a la que ansia como permanente en funciones y estructura, sin aceptar los cambios naturales por los que ha pasado.

En su discurso domina la ilusión y el anhelo de mantener a la familia como era antes de que la madre muriera y los hermanos se casaran, y su expectativa actual es integrarse con su hermano mayor, con un rol similar al que tenía antes de la enfermedad incluso dice *“es mejor que mi cuñada me insulte y me de un taco, a que alguien más lo haga y no me de nada”*. Ante la posibilidad de vivir de manera independiente a sus padres y hermanos, expresa: *“mi padre decía que me fuera a rentar un cuarto, pero yo pienso que estaba mal, la base de la sociedad es la familia, entonces, que voy a hacer viviendo solo”*.

En lo referente a como es percibido por los otros comenta: *“la sociedad en general piensa mal del enfermo mental, por que desconoce como tratarlo; no sabe quien es en realidad”*. Este elemento del discurso del paciente se inscribe claramente en los aspectos teóricos que Foucault analiza en *El nacimiento de la clínica*: la mirada del médico despoja al sujeto de toda su experiencia trascendental; para los otros el loco y sus actos no tienen razón de ser. Fe considera que el trato que se les proporciona se debe al desconocimiento de las condiciones en las que han vivido, lo que sienten y lo que piensan, que después de todo es tan humano como lo que hacen y piensan los demás: los “sanos”, los que no están “locos”, *“todos somos iguales”* comenta.

Él se contempla a así mismo como “igual” a los otros: *“yo entiendo cuando me hablan como la gente normal”*. Percibe en él recursos, pues destaca que antes le gustaba trabajar, y que le gusta ayudar a la gente. Alude al hecho de que cualquier persona, incluso con alguna discapacidad, puede apoyar a los demás realizando actividades sencillas. Aquí es importante recalcar que Fe sostiene que “los otros”, ven diferente y no aceptan a los enfermos mentales, por que *no son útiles y productivos*; pero tal atribución dista de la realidad para él, ya que *hasta una persona con significativas carencias físicas*

e intelectuales puede ayudar en pequeñas tareas y en consecuencia ser útil como la sociedad, refiere.

En el análisis que hace Foucault de la locura en la época clásica, destaca la transición de una sociedad feudal, al incipiente surgimiento de un nuevo orden social y productivo encabezado por la burguesía en Europa; quien para legitimar su discurso de poder, instaura una ideología basada en el progreso. Lo que lleva a una visión distinta del sujeto y del orden social, donde la caridad y la mendicidad no tienen cabida, porque desde la visión racionalista son opuestos al orden y al progreso.

El hombre pasa de ser un ente trascendental, es decir, "de Dios"; a formar parte de un engranaje social en función de su "fuerza de trabajo productiva", por lo que se crean una serie de instituciones destinadas a vigilar y castigar a los que no cumplan los imperativos de esta nueva doctrina. Basta recordar, según Foucault, la aparición de grandes edificios de confinamiento, donde se reclusa a todos aquellos que son vistos como desviados, y en Francia llegó un momento en que 8 de cada diez ciudadanos, fueron víctimas de algún tipo de encierro, por ser los desheredados, desposeídos; por constituir parte de la masa anónima, que no tenía cabida en el nuevo orden y estructura social.

Por lo que es esa época en la que a la "locura", a la "enfermedad"; se les cataloga en el mismo rubro que a la "mendicidad", la "inutilidad", "la holgazanería". Y ocultar, algo así como echar la "basura", o debajo de la alfombra; es la función de las grandes correccionales, que cederán más tarde su paso a los hospitales psiquiátricos, y demás centros de rehabilitación conocidos en la actualidad.

Dado que la investigación se apunta en un marco fenomenológico, en el que resalta la experiencia de vida del sujeto en los diferentes contextos donde se ha desenvuelto. Es indispensable señalar que el discurso que tiene Fe acerca de la familia, es el resultado de los roles, las funciones, el poder que experimentó en el seno de su relaciones interpersonales. Esta estructura al modificarse repercutió en la visión que tiene de sí. Es entonces que se percibe en Fe la necesidad de mantener la estructura familiar que le parece segura, para preservar los elementos conforme a los que se fue estructurando su personalidad, y repite pautas de interacción pasadas e inoperantes en sus relaciones actuales.

Fe habla de las "razones" de su "sin razón" Al verse como paciente psiquiátrico ubica que la locura es la "*sin razón*", "*incoherencia*"; pero el discurso del loco también se traza en los límites de la razón, y paradójicamente, sólo podemos hablar de él, desde las reglas imperantes de la lógica, del lenguaje, de la "cordura" con sus significantes y significados,

construidos en determinadas estructuras de poder; ya que no es posible ir más allá del lenguaje, y en consecuencia de las fronteras que hemos construido en torno a la racionalidad. Para Fe estar en la "frontera" significa: "*ser denigrado*", encontrarse "aislado" de la relación con los demás, por el miedo de los otros a "*perderse de la realidad*".

Persona 4ª Te.

Te es el quinto de 10 hermanos de los que muere uno al nacer. Desde muy pequeño se caracterizó por ser un niño enfermizo y con problemas de aprendizaje, por lo que tuvo que ir a escuelas de educación especial. Él mismo señala: "*estaba enfermo cuando era niño, era como una estatua, me decían quédate ahí y ahí estaba*", "*estaba peor que ahora. Me dio temperatura y sarampión, y me afectó el cerebro. A los 8 años me pasó todo; por eso yo ya estaba así de la cabeza*". Por tal situación, la familia estuvo en contacto continuo con personal que les prestaba un servicio de salud, y ambientes institucionales para niños con problemas de diversa índole. Los servicios de salud eran accesibles y los percibe Te como de calidad.

De su familia, quien de manera constante en su niñez lo apoya, obtiene guía cognitiva y consejos, compañía social. Destaca la relación más significativa con su padre, que lo defiende, lo apoya, le proporciona "felicidad", le daba consejos, además de dinero. Le gustaba acercarse a los adultos, como su abuela, para escuchar historias y sugerencias. También destacan como parte de su red significativa, los profesores que le proveían de guía cognitiva y consejos. Recuerda especialmente a una maestra de cuarto año, que lo invitó a integrarse a una escuela normal en función de sus avances. A su madre la ubica como menos cercana en su infancia, y destaca que le suministraba regulación social, es decir, era la que castigaba y prescribía lo que debía hacer.

Su grupo principal de convivencia está en función de los contextos donde se desenvuelve: su familia e instituciones educativas y de salud; por ende podemos decir que su red es homogénea. Generalmente se sitúa en una situación de desventaja fuera de esos entornos. Al preguntarle si tenía amigos o personas, que considerara muy significativas en su vida, además de su familia, le cuesta trabajo ubicar a alguna y destaca en primera instancia, que los niños "normales" con los que se relacionaba, abusaban de él, es decir le pegaban y le hacían maldades, por no poder defenderse y no estar en igualdad de condiciones para competir con ellos.

Durante el proceso de la enfermedad, la estructura de su red se modifica en relación al ciclo vital por el que pasa la familia y sus integrantes: se da la muerte del padre que él

resiente de manera importante y dice que "*murió por trabajar mucho*". La relación con su madre se hace más estrecha, y la percibe como más cercana, incluso dice que ella se "*arrepintió por pegarle mucho de niño*". Es así que las funciones de la red siguen siendo cubiertas predominantemente por la familia y su red primaria. Desde niño se va insertando en ambientes laborales, realizando tareas sencillas e incluso llega a aportar recursos a la economía familiar. Dentro de sus trabajos se encuentran: el elaborar piñatas, trabajar de cerillo en una tienda de autoservicio, y realizar labores de intendencia en la unidad habitacional donde moraba.

En 1990 muere la madre y ello conlleva cambios radicales en la estructura y función de su red. De los hermanos que lo apoyaban mientras viven sus padres, destaca una hermana quién se hace cargo de él, llevándolo a vivir a su casa y por un año sus relaciones son armónicas, indica: "*en un principio mi cuñado se portaba bien padre conmigo, me festejaba mi cumpleaños*". No obstante, posteriormente se presentan conflictos entre él, su cuñado, sobrinos y la hermana misma; quién decide internarlo en 1991. Entonces, la intensidad, compromiso y reciprocidad en las relaciones con su red se ven comprometidas por los roces constantes que rigen su convivencia. Las funciones que predominan son casi exclusivamente de cuidado.

Te menciona que fue una desgracia haberse ido a vivir con su hermana, ya que debido a ello lo internaron, declara: "*si no me hubieran llevado, andaría en la calle. Hubiera conseguido trabajo por ese rumbo de la casa de mi hermana. Yo ya había conseguido un empleo*". Por todo lo anterior, él manifiesta que guarda rencor a su hermana, que no la quiere ni ver porque a ella se debe su estancia en el hospital; y señala que la relación con sus amigos y conocidos se perdió por su confinamiento, ya que no les pudo avisar a donde lo llevaban, y su hermana sólo les dijo "*que lo tenían guardado*".

Esta parte del discurso de Te haya gran similitud con lo que Foucault (1998a) menciona del encierro, que se convierte en una manera de ocultar a los ojos de los habitantes de las ciudades en crecimiento: al diferente, al loco, al mendigo, al enfermo, al leproso, al que ha sufrido una mutilación física, al que se distingue de la masa homogénea; con la finalidad de mostrar una sociedad armónica, sin notas discordantes. La familia se convierte en el primer guardián del "orden social", que se pretendía preservar. Hay que recordar que en la época clásica un individuo solamente podía ser internado, por solicitud explícita de la familia ante el rey o las autoridades.

Por ende, la familia se instituye como un reducto clave en un engranaje de varios sistemas, donde el discurso de poder se va articulando a varios niveles; con la finalidad

de preservar la estructura social. En el caso de Te, sus hermanos se instituyen como medios para preservar la "homogeneidad" en sus integrantes, y al fallar los mecanismos de "control" en el hogar, la única forma de mantenerse iguales a los otros, es excluyendo al diferente, ocultándolo a los ojos de los demás con el internamiento.

Durante el proceso del internamiento, la red primaria de Te son principalmente trabajadores y usuarios del hospital. Si bien la estructura de su familia de origen se mantiene igual desde la muerte de la madre, los vínculos afectivos entre Te y su hermanos se han modificado: se siente más cercano a dos hermanos que lo visitan esporádicamente en el hospital (cada tres o cuatro meses). En las visitas que los hermanos realizan se identifican las siguientes funciones de la red: ayuda material, y de servicios, en algunas ocasiones guía cognitiva y consejos. Desde 1993 no sale del hospital de permiso para pasar las festividades con su familia.

La red primaria en el hospital es homogénea, o sea, está circunscrita al espacio del internamiento. Del hospital reconoce a tres pacientes y cuatro trabajadores como más cercanos y significativos para él. Las funciones de la red que se identifican son las siguientes: de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios. Hay multidimensionalidad en los atributos y reciprocidad en los vínculos que guarda con su red en el interior del hospital.

Con relación a la otredad, Te señala que se enfermó desde los 8 años. Se distingue como un niño peor de enfermo que ahora y en desventaja para aprender y relacionarse con los demás. Dadas sus limitaciones, se percata de sí mismo como "*anormal*", "*diferente*" a los otros, y se esfuerza desde niño por entrar en los cánones de la "*normalidad*", a partir del estudio y el trabajo. Señala: "*yo estudiaba porque quería ser normal. Era más inteligente que mis compañeros, el más trabajador*", "*todos me reconocían y me estimaban cuando trabajaba, era muy trabajador*"; "*uno de mis amigos me dijo: no se te nota la enfermedad, me entiendes; me dijo que era inteligente, no tenía así la cara como la tengo*". En la actualidad se ve mejor que en su infancia: es más sociable, no es *tan cobarde*, como indica que lo fue antes, y refiere: "*ahora sólo tengo que luchar*", y de manera espontánea entona una canción.

Para él, los demás perciben al enfermo mental como ser humano, "*y que sentimos y aunque estemos enfermos también nos gustan las viejas*". En su discurso destaca el tema de la sexualidad que vive de manera ambivalente: como algo siempre presente e incluso de manera desbordante, pero al mismo tiempo, sus manifestaciones le generan profundos sentimientos de culpa por las connotaciones sociales negativas que se les confiere a las

"pasiones" humanas; ya que son vistas como algo "sucio", "bajo", que "escapa al control" a la "razón" y por ende tienen que ocultarse, inhibirse, negarse y al mismo tiempo, formar parte del discurso de poder que tiende a desnudarlas, a proveerles de mecanismos de "normalización", "regulación", "saber", "sentido"; a instaurarlas en un mecanismo de poder que pretende controlar y administrar lo cotidiano de la sexualidad.

Su "*sin razón*" la asocia Te al "*haber hecho cosas malas*", a la vista de la sociedad, es decir, al desahogo de sus deseos sexuales. Él expresa "*me fui con una puta, ese fue mi error*", "*no me interesan las novelas y películas donde se desnudan, no las puedo ver porque eso es morbosidad, eso es morbo, ¿verdad? y yo tengo mucha decencia*".

El discurso de la razón pone en la frontera a la "sexualidad", de manera similar a la "locura", pero lo hace a partir de incluirla en el habla cotidiana, en el discurso de poder objetivándola, es decir tornándola un "objeto" arrancado del hombre, de su esencia y con ello frenándola, cercándola, instaurando un "saber científico" y "aceptado" en torno a ella.

Para que lo anterior se pueda dar, se instauran mecanismos de control y regulación que parten de la misma familia; donde aprendemos a "hablar de la sexualidad sin hacerlo", según Foucault, a "vivir la sexualidad sin vivirla"; a experimentar lo que sentimos con culpa; a callar y ocultar.

En el discurso de Te, cuando se le pide explicar el papel o función de la familia, expresa que: "*la familia sirve para estar en sociedad, para ser decentes*", y la decencia desde esta perspectiva, es prescribir las expresiones de la sexualidad, para asumir un dominio sobre aquellas que puedan comprometer el "orden", que integren más que "escindan" la experiencia y el sentir humanos.

Si bien Te delimita su subjetividad por las relaciones que guarda con su familia nuclear, no la considera indispensable. Planea en un futuro, cuando sea dado de alta, formar una nueva familia. A la pregunta expresa de que va a hacer cuando salga comenta "*Yo me casaré y me iré con mi esposa*".

Es importante destacar en este sentido, que la imposibilidad para relacionarse es una construcción social, es decir, el sujeto no se vive a sí mismo como discapacitado, es la sociedad quien así lo ubica, y opera a través de las instituciones con esta concepción.

Por otro lado, Te comenta que la forma en que los trabajadores pueden ayudar a los enfermos, es dándoles ánimo para seguir adelante. Te piensa que el hospital no es un lugar para él, en su discurso la idea recurrente es irse, luchar, trabajar, tener su propia familia y reintegrarse a la sociedad como cualquier otro. Sin embargo esto no es posible en una sociedad donde lo diferente es excluido, alejado, borrado.

Análisis de resultados entre sujetos

Encontramos que la existencia de los cambios estructurales y funcionales en la red primaria están en función de las transformaciones propias del ciclo vital por el que pasa la familia; donde de manera paralela se manifiesta la enfermedad y la búsqueda de independencia de los diferentes subsistemas fraternos.

Según los datos epidemiológicos, la esquizofrenia tiene sus primeras manifestaciones en la adolescencia y vida adulta, en un rango de los 17 a los 30 años; observándose en las personas bajo estudio, que la contención del sistema familiar recae principalmente en el subsistema parental, en el que se recargan funciones de cuidado, guía cognitiva y consejos, regulación, apoyo emocional; y cuando los padres mueren, no siempre hay alguien quien supla todas las funciones que ellos cubrían. En dos de las personas entrevistadas los hermanos inicialmente intentaron apoyarlas, pero sólo por poco tiempo, ya que a los conflictos se sucedió el internamiento, con contactos nulos o muy esporádicos.

Por otra parte, si bien la entrevista estuvo encaminada a tratar de hacer una descripción detallada de la estructura y funciones de la red de las personas entrevistadas, a través del análisis de la información surge lo siguiente: no sólo la enfermedad disminuye los contactos, los vínculos, las funciones de la red de la persona enferma, al parecer el sistema familiar también se ve disminuido en número y calidad de los contactos que puede tener con otros sistemas sociales como los vecinos, los centros de salud, parentela, etc.

El estigma social de la "enfermedad mental" no sólo toca a la persona que la padece, sino también al subsistema al que pertenece. En esta situación la familia tiene dos caminos a seguir: ocultar a su paciente en el ambiente hogareño, o alejarlo de casa con la institucionalización, tratando de tener el menor número de contactos o vínculos con él. Este aspecto nos recuerda la función que tenían los grandes centros de internamiento en la Europa del siglo XVII, donde el encierro no cumplía una finalidad de rehabilitación, sino una función estética, ya que todos aquellos seres que se consideraban fuera de los cánones impuestos para la armonía social y el ideal de progreso, eran "eliminados" de manera simbólica, es decir, se les quitaba de las calles y lugares de reunión pública; y puestos en un lugar apartado de las miradas de las masas, se creía resuelto el problema de la heterogeneidad, en una sociedad que pugnaba por la homogeneidad como criterio de armonía, estética y progreso.

Además cuando un miembro de la red primaria intenta cubrir todos los requerimientos de tener un miembro de la familia enfermo, la sobrecarga es tal, que la relación en poco tiempo se deteriora, limitando toda posibilidad de ayuda efectiva.

También encontramos que los patrones de relación que las personas mantienen en el seno de su red primaria, se repiten como estrategias de relación en el plano institucional. Otra constante es que los patrones adquiridos en etapas tempranas del ciclo vital de la familia, operan sin adaptación o cambios en momentos posteriores, cuando se requieren otras estructuras de relación.

Es decir, cada uno de nosotros construimos un relato acerca del mundo, de nuestra identidad y relaciones, que opera en el ámbito de nuestras vinculaciones de manera armónica, y tal narración se instaure como el discurso dominante a partir del cual discriminamos los hechos y sucesos de la realidad, dicho relato a su vez va más allá de todo criterio de verdad o falsedad. Si bien es cierto que se instaure dadas ciertas coordenadas espacio temporales, llega un momento en que el relato dominante es vivido como atemporal, sin delimitaciones espaciales y operable en todo momento y circunstancia.

En las personas entrevistadas el relato dominante respecto a su historia de vida subsume la posibilidad de relatos alternativos. En ese sentido, ellos se mueven en el ambiente institucional con un "ideal" de familia, alrededor del que conceptualizan el pasado, viven el presente y proyectan el futuro. Tal ideal se observa en su discurso, al hacer referencia a su expectativa de retornar al hogar, en la posición estructural y funcional a la que pertenecían antes de que tuvieran lugar las manifestaciones agudas de la enfermedad; lo que constituye una visión estática de sus relaciones familiares.

Esta situación se contempla claramente en tres de las personas entrevistadas, donde expresan que la familia y la red de relaciones que se dieron en sus primeros años de vida, constituyó el nicho básico de su red social; que les permitió cobrar identidad y un sentido de pertenencia, que trascendió a las relaciones posteriores a lo largo de su vida; y los impulsa a buscar constantemente esa estructura, que necesariamente ha cambiado por el ciclo de vida de la propia familia y sus subsistemas, pero ellos la viven como estructural y funcionalmente estática.

En To al parecer sus condiciones de vida no permitieron configurar una historia dominante, donde se percibiera como parte de un núcleo de relaciones afectivas recíprocas; y por consiguiente como parte significativa en el seno de su familia. Se vivió desde temprana edad como excluido de las relaciones cargadas afectivamente.

En la totalidad de las personas entrevistadas el número e intensidad de los contactos con su red primaria después del internamiento ha disminuido significativamente, sin embargo las funciones no han desaparecido ya que se mantienen en el plano institucional y son proporcionadas, por el personal que labora, o los propios internos con los que se asocian de manera más estrecha.

Respecto a lo anterior podemos observar que función y estructura están íntimamente relacionados, ya que los pacientes han sido insertados en una estructura institucional, y se acomodan a ella en función de su historia dominante, en tanto función y estructura de su red primaria de origen; lo extraño y familiar se encuentran para dar origen a un sistema de soporte y apoyo que les permite subsistir en una gran diversidad de condiciones.

En torno a los atributos de los vínculos encontramos que se ven disminuidos a partir de la enfermedad y son activados en situaciones de emergencia, sin embargo cuando tales situaciones se prolongan en el tiempo por el carácter crónico de la enfermedad; comienzan a desaparecer de manera unívoca por parte del que provee el cuidado. En el caso de los entrevistados los lazos permanecen con igual o mayor intensidad hacia los miembros de su red primaria significativos.

En tres de los cuatro pacientes predominan las relaciones unidimensionales, donde se está en la posición de recibir apoyo. Sólo en uno, la reciprocidad caracteriza sus intercambios: la persona se percibe en la situación de dar apoyo, proporcionar satisfactores a los demás, y de recibirlos tanto en la familia como en el plano institucional.

En tanto al análisis respecto a la otredad, en todos los entrevistados hay un elemento a resaltar: si bien se perciben diferentes en función del relato de los otros, no lo hacen así en su autorrelato. Es decir, la diferencia no se encuentra en sus actos, sino en su ser, que cobra sentido a partir de sus actos, que son catalogados como carentes de sentido para los otros; el sin sentido para ellos no es tal, sus comportamientos tienen una razón, un propósito, en un contexto que ellos identifican en sus relatos personales. La opinión de los otros, el miedo, la discriminación esta en función del desconocimiento de dichos relatos.

Acercarse al otro, escucharlo, tratar de entender la forma en que significan el mundo, es una labor que la clínica ha dejado de lado. La mirada del experto, del médico, del psicólogo, del "cuerdo", se posa en "el otro" y trata de hallar, en ese cuerpo delimitado espacial y temporalmente, las causas de la diferencia. El "loco" es despojado de su experiencia fenomenológica no importa quién es él, sino encontrar la causa, algo que ver, que tocar o clasificar, que confirme esa diferencia y en consecuencia justifique la exclusión.

En voz del otro el paciente se reconoce sin capacidad para trabajar y razonar. La locura en el siglo XVII ya no forma parte de la razón, ha sido ubicada en una categoría diferente, similar al sueño, según Foucault. Cuando se hace esta distinción se rompe la armonía entre razón- sinrazón, ya no forman parte del mismo continuo, y el diálogo no es posible porque no se reconocen similitudes, sino opuestos irreconciliables.

En el caso de To hay un Yo que se define como carente de sentido, a causa de su enfermedad, que es como un estar “mal”, sin capacidad para trabajar y dialogar. Se ubica al margen de los demás, sin recursos para interactuar con los otros y formar parte de la sociedad; que gira en torno de la “productividad” como uno de sus valores máximos, que le dan soporte y garantizan su membresía a un grupo social determinado.

La sociedad tiene sus reglas de juego, basadas en el discurso de poder imperante en un momento histórico- social determinado, y lo que no coincide en dicho discurso es expulsado, es puesto en el límite de lo humano, es despojado de un nombre, de una historia, de un grupo de pertenencia; y To es sensible a esto al señalar que él está al margen de los imperativos sociales al no tener ni derechos ni obligaciones, y en consecuencia es objeto de abusos.

De manera similar Ma se define como anormal y carente de sentido desde que se enfermó. La familia es uno de los principales aparatos ideológicos del estado a partir del que se configuran las relaciones de poder, que rigen todo entorno social. Es parte del engranaje total de la sociedad, que es reconocida y delimitada a partir de la emergencia de la sociedad burguesa, destinada a establecer y vigilar las reglas y normas sociales que mantienen sus ideales y el “orden social indispensable para el progreso”. Foucault asume que la familia, está destinada a vigilar y castigar a sus miembros que se desvíen de la línea trazada por la sociedad, para mantener ciertas relaciones de poder.

En esa línea, el sentimiento de culpa emerge en los miembros de la familia que son conscientes de la diferencia y no la pueden hacer confluir con la homogeneidad y estructura jerárquica de la familia en su decurso histórico. Ma sabe que para pertenecer a la familia, debe negar aquello que pueda sensibilizar las estructuras imperantes e incluso conformar nuevas. Hay sensaciones, emociones, deseos que no se “debe” permitir, y que él pone como causa de la emergencia de la misma enfermedad. Su vivencia en torno a la sexualidad lo ubica en la frontera de los imperativos familiares, y desencadena según su distinción, el proceso de la enfermedad; cargada de pasiones y deseos que no puede sentir y por lo que ha de ser castigado y excluido de todo grupo social.

Esto indica que el "loco" se sabe "transgresor" de límites que lo aíslan; que han de ser penalizados, y mantienen además las pautas imperantes en su estructura familiar y en consecuencia en la estructura social. Las coordenadas del deseo, la culpa, y el castigo se entretajan de manera cada vez más compleja en las historias de los despojados de lo humano.

Respecto a la percepción de sí mismo por parte de Fe encontramos similitudes respecto a To y Ma. También se ve a sí mismo como "distinto", "anormal", como algo opuesto a lo humano y defiende su pertenencia a la humanidad, que va más allá de un diagnóstico y clasificación.

En el caso de Te, la enfermedad ha sido una invariable en su vida, es decir desde temprana edad se vivió con capacidades diferentes respecto a los demás y con limitaciones claras para interactuar con sus pares en condiciones de igualdad.

En lo tocante a cómo se percibe en función de la mirada de los otros, concuerda en el hecho de que los demás niegan cualquier elemento que lo acerque a los demás hombres. Los "normales" al posar su mirada en el otro, "el loco", como si fuera un espejo, refleja todo lo que es desagradable, repulsivo en sí mismos; y tienen que negarlo para poder afirmarse, han de repelerlo para poder aceptarse y configurar su sí mismo; deben separar de sí aquello que resulte incontrolable, no útil y productivo a su "naturaleza humana". Pero no lo eliminan, sino que palpita y sufre en la frontera como una sombra permanente que es necesaria para conjurar el miedo a lo desconocido, a lo familiar, que puede estremecer las conciencias y cuestionar los valores y preceptos que rigen la sociedad actual.

Los "otros", para el "loco" le son necesarios para subsistir, para reconocerse; pero descubren su miedo a acercarse a él, por temor a perderse de la realidad y lo evidente es lo imperioso de trazar límites. Mientras el despojado de su persona, de su nombre y de su historia, espera que tan sólo los otros *lo tapen del frío*, es decir, sean sensibles a su presencia y lo invistan de la realidad fenomenológica de que ha sido despojado a través de la historia.

DISCUSIÓN

Del análisis por sujeto y entre sujetos podemos apuntar, que la suma de todas las relaciones que cada individuo percibe como personalmente relevante y que han contribuido a su propio reconocimiento, es la familia nuclear conformada por padres y hermanos. Dicha red familiar en los sujetos, ha sufrido modificaciones estructurales, funcionales y respecto a los atributos de los vínculos durante el curso de su historia. En el

momento del estudio las familias habían pasado por la mayoría de sus etapas de desarrollo, junto con la muerte de alguno o ambos padres y la constitución de nuevas familias por parte de los hermanos.

En general los sujetos siempre se mantuvieron en el seno de su familia de origen hasta el momento de su internamiento. Su edad promedio fue de 46 años y el promedio de internamiento a su vez de 6.2 años.

En las características estructurales en sus redes sociales primarias se encontraron modificaciones en el tamaño, debido a que en el proceso natural de independencia del subsistema fraterno, se han conformado nuevos núcleos familiares, que significan la integración de nuevos miembros a la familia extensa. Otra variable que ha influido en el tamaño de la red es la muerte de miembros del subsistema parental.

Existen cambios significativos en torno a la distribución y densidad de la red, gracias a cómo se configuraba la misma antes de la enfermedad, en el momento que se desencadena y se le hace frente, y a partir del internamiento. Hallamos que en cada uno de los sujetos el mapa de su red tiene básicamente la misma configuración antes de la enfermedad y durante su proceso. El cambio más evidente en la distribución y densidad ocurre durante el proceso de internamiento. Los miembros significativos de la red familiar se alejan de los cuadrantes que significan mayor cercanía, y la red primaria conformada por amigos, vecinos, compañeros de trabajo, miembros de la comunidad, etc. desaparecen del discurso de los sujetos y por ende de los cuadrantes señalados para esquematizarlos.

Los factores que pueden explicar esta reconfiguración son los siguientes: los vínculos que mantenemos con los demás requieren de un encuadre, es decir, de ciertas constantes espacio temporales que permitan mantener los lazos que entablamos con los demás y en el caso de las personas estudiadas, la coordenada espacio- temporal se modifica de manera radical durante el internamiento. Los contactos con las personas significativas se reducen drásticamente, lo que conlleva al debilitamiento de los vínculos.

Otro elemento que explica dichos cambios lo podemos encontrar al contemplar a la locura en su devenir histórico. Antes del siglo XVII locura y razón formaban parte de un continuo, eran las dos caras de una misma moneda, que en el discurso de la sociedad estaban presentes; ejemplos de esto se pueden encontrar en textos como el elogio de la locura de Erasmo de Róterdam, del Quijote de la Mancha de Cervantes, entre otras manifestaciones estéticas del hombre.

La ruptura de dicho continuo, Foucault la ubica hacia fines del siglo XVII, enmarcada en el siguiente contexto histórico: el desarrollo preponderante de la burguesía, que sí bien es cierto aparece hacia fines de la Edad Media, es hasta dicho siglo cuando adquiere un papel determinante en el devenir histórico de las naciones en Europa. El cambio de la concepción moral en relación a la caridad y la función del hombre en el proceso de producción capitalista, lleva a que aquellos hombres que no cumplen los cánones del ideal de progreso; son vistos como fuera del orden establecido, los alienados que deberían ser puestos en la frontera, en los límites de las ciudades, con el fin de preservar la homogeneidad que se pretendía construir para la sociedad.

Al mismo tiempo, los espacios ocupados por los leprosarios dejan las condiciones estructurales para encerrar a los diferentes: los indigentes, los que sufren de algún tipo de enfermedad venérea, aquellos que por su apariencia física parecieran diferentes, los que iban contra el orden establecido, los locos, en fin todos aquellos que no podían integrarse de manera armónica en ese gran engranaje discursivo de orden y progreso.

El siglo XVII redondea estas condiciones y aparece René Descartes, que formaliza el discurso de la razón; locura y razón son separadas. Son evidentes los opuestos irreconciliables como razón- sin razón, orden- desorden, lo eterno- mortal, lo sublime- grotesco, la materia- el espíritu. A la locura entonces se le ubica fuera de la razón y cercana a lo grotesco, e incontrolable y por ende no humano. Esta concepción del racionalismo sigue vigente.

El nacimiento de la clínica se encuentra también contextualizado por todos estos elementos. Un claro ejemplo es el esfuerzo de naturalistas como Lineo quien trata de descubrir el orden en la naturaleza; la clasificación de las especies vegetales sienta las bases para la clasificación del gran zoo lógico. Ahora sobre las personas hay un discurso científico basado en principios aristotélicos de clasificación según semejanzas y diferencias. Los grandes centros de encierro son los lugares donde el ojo experto escrutina cumpliendo el principio de científicidad sobre el cuerpo humano, según Foucault.

Cuando la mirada se posa en el cuerpo humano, se incide en él como objeto, no en su subjetividad. La clínica despoja al sujeto de toda su experiencia vital, esto se observa de manera clara en lo correspondiente a la enfermedad mental, ya que el loco no tiene voz y sus actos están despojados de sentido para la mirada del otro.

El loco no sólo es despojado históricamente del discurso de la razón, y en consecuencia de su identidad colectiva; sino del seno familiar, es decir, a través del

internamiento, se le priva de verse en la mirada de aquellos que le dieron un sentido de pertenencia en un momento determinado, incluyendo los amigos, el barrio, la escuela, el trabajo, etc.

Ahora bien el ambiente institucional, el encierro provee al enfermo mental de una estructura que cumple los requerimientos de suministrarle ayuda en un plano instrumental y de servicios para su supervivencia, soporte, y reintegración social. Ese marco a su vez determina un sistema de relaciones que se va configurando a través de la cotidianidad dentro del plano institucional donde convergen diversos actores: personal de salud, área médica, paramédica, administrativa, sin olvidar el papel preponderante de la convivencia diaria de los pacientes entre sí. Las personas que ellos definen como significativas en ese contexto son usuarios del mismo nosocomio y personal que en él labora. Los vínculos en algunos casos son muy estrechos y se dan de manera recíproca.

En este aspecto es importante mencionar que los aspectos que determinan la configuración de la red primaria dentro de la institución no se dan al azar, sino que están en función de los patrones de relaciones previas que el sujeto ha desplegado en su historia de vida.

Cuando subsiste la red familiar como estructura de apoyo y sostén la ayuda se presenta con relación al internamiento. En los casos donde el vínculo con la familia se mantiene, es posible que la red familiar nuclear o extensa los acoja nuevamente fuera del hospital. Ejemplo de lo anterior lo constituye el hecho de que unos días después de terminadas las entrevistas dos de los sujetos bajo estudio regresaron con algún miembro de su familia: madre y hermano.

Los vínculos son una forma de reconocerse y ser reconocido por los otros, que se manifiestan a través de acciones, actitudes, formas características de relacionarse y comunicarse. El estar con los otros, parte de procesos de identificación que ocurren desde la infancia y que proveen de un sentido de pertenencia y de individualidad. Una vez que se instala la enfermedad, los cambios en la forma de relacionarse con los demás, de intercambio, de conducta, y el significado de que todo ello está investido, hace que las otras personas significativas tomen distancia.

Los lazos pueden ser mantenidos al inicio del padecimiento con la esperanza de que la persona enferma se cure, sane; pero como eso no ocurre en los trastornos crónicos, al empeño por hacer algo por enfrentar la enfermedad, sigue la sobrecarga en las funciones que generalmente recae en pocos miembros de la familia. Dicha sobrecarga adquiere la forma de cansancio o agotamiento, que trae como consecuencia el debilitamiento de los

lazos afectivos con la persona enferma. En nuestra sociedad las funciones de sostén se recargan en uno o ambos padres. Y cuando éstos faltan en ocasiones se torna prácticamente imposible que se revitalicen las redes familiares de apoyo para que el enfermo se reintegre a su familia y comunidad de pertenencia.

Se supone que el hospital tiene como misión la rehabilitación del enfermo para que sea posible su reinserción a un núcleo familiar y social específico, más durante el tiempo de internamiento, los programas de salud no contemplan las formas en que se pueden construir y mantener intercambios que revitalicen los lazos entre la institución, los pacientes y los otros significativos; para que el enfermo mental puede retornar al entorno familiar del que se le alejó una vez que fue internado.

Es así que los hospitales fungen como un mecanismo más de aislamiento, de ubicar en la frontera a la diferencia que la sociedad no quiere ni puede ver en el otro por lo que pueda ver en él de sí misma.

En esta línea encontramos que para las personas bajo estudio es importante su familia como principal fuente de reconocimiento y apoyo, aunque no mantengan ningún tipo de intercambio ni contacto con ellos desde el internamiento.

Destaca en su discurso, como el personal de salud como instancia de control social, las familias, y todos los núcleos sociales que son a partir de tener un papel aceptado en el engranaje de la sociedad; han despojado al "loco" de su experiencia fenomenológica, incluso de la posibilidad de tener un nombre, una adscripción temporal y espacial como sujeto social y se le ubica en el límite de lo permitido, de todo aquello a partir de lo que a los sujetos les es dable construir su yo en relación con los demás.

El sujeto así se convierte en un ente que sólo cobra presencia a partir de una nosología que pretende ser científica al ubicar su "mal", su "desorden", en una parte delimitada de su cuerpo, donde se recrea la mirada del clínico para confirmar sus categorías preestablecidas.

El "loco" no se ve diferente, dicha diferencia es algo que se ha depositado en él y le permite a la sociedad reconocerse como "homogénea", más allá de lo que teme o no puede entender de sí misma y de esa manera pueda preservar los ideales en que basa su unidad y los principios que le dan forma.

A su vez, el "loco" inviste de significatividad a las personas que los reconocen con un saludo, que los nombra. Y piden que se les pregunte su opinión en las actividades de la vida cotidiana y se les tome en cuenta en la toma de decisiones.

Lo anterior nos lleva a rescatar lo sostenido por autores que se ubican en la posmodernidad dentro del movimiento de la terapia familiar como: Gergen, Mc Name, Andersen, Tomm, White, etc., en relación a que el yo no es una entidad prisionera bajo la piel, sino que se configura a partir de las relaciones con los otros, mediatizada por el lenguaje. La narración que cada persona hace de sí misma es la apropiación de la narración de los otros, en ese sentido el "loco" hace propia cualquier comunicación que lo invista a sí mismo de relevancia en la mirada de los demás, es decir, que lo reconozcan en su subjetividad.

Más allá de cualquier discurso elaborado sobre el "loco" y sus derechos, la significatividad se da en el contacto, en los intercambios solidarios; en las actividades de la vida diaria, donde un gesto, una palabra, son elementos suficientes para poder reconocerse a sí mismo en la mirada de los demás y con ello se puede contribuir a la construcción de una realidad para el "loco" con los otros.

La rehabilitación en esta línea ha de enmarcarse en promover los intercambios de los pacientes con los diferentes sectores que constituyen la sociedad y ante todo mantener sus redes sociales primarias e involucrarlas de manera activa en los procesos de atención a la salud ya sea ambulatorios o de internamiento. Y al mismo tiempo incidir de manera directa en la creación y mantenimiento de nuevas redes de apoyo a nivel comunitario y que el binomio médico-paciente o institución- familia no sea excluyente de la multiplicidad de relaciones que sean viables para la promoción y cuidado de la salud en todos los niveles de atención.

CONCLUSIONES

Generalmente se soslaya en ambientes institucionales el papel preponderante que tienen las redes sociales como recurso para arribar a los fines que toda organismo de salud se plantea, entre ellos el procurar el bienestar físico, psicológico y social de los usuarios de los servicios, y en el caso de los pacientes psiquiátricos su reinserción a la sociedad en las mejores condiciones posibles, lo que no es factible si no se cuenta con una red de apoyo que sirva como nicho social en el que el individuo pueda realizar las actividades para una vida social plena, una vez que ha sido dado de alta.

Por ende las políticas institucionales no deben ser circunscritas sólo a la institución y la red que conforma, sino incluir de manera activa redes cada vez más amplias, sin olvidar, por supuesto, al paciente mismo.

No olvidarlo significa no sólo *hacer para*, es decir, generar recursos para atender sus necesidades en función de su enfermedad; sino *hacer con*, que implica incluirlo de manera directa en las políticas a él destinadas.

Por otra parte no hay que olvidar el espíritu con el que fueron creados los hospitales-granja; lugares que se denominaron de "puertas abiertas" con la finalidad de erradicar la incuria y el encierro predominantes en los modelos psiquiátricos de inicios del siglo XX. Tal designación de "puertas abiertas" no sólo implicaba el que los pacientes pudieran salir y entrar de los nosocomios a partir de su libre albedrío, sino el que la sociedad se permitiera acercarse a un mundo del que se excluyó en el mismo momento que ubicó que había una frontera donde lo otro no cabía. Al mismo tiempo que el loco es puesto en el límite de lo "humano", la humanidad también se niega a sí misma, se excluye.

Cuando las sociedades puedan ser incluyentes y la diferencia no ponga en peligro el discurso de poder que las mantiene, podremos no pretender curar sino participar de la "sin razón" que no es más que la misma cara de nuestra propia razón; del "sin sentido" que no es más que la misma cara del "sentido" por el que pugnamos.

Uno de los principales alcances del estudio fue que pudimos acercarnos a la realidad única e insoslayable del paciente psiquiátrico, en particular de las cuatro personas que nos apoyaron con la investigación al permitirnos participar de su narrativa y a través de ella, permitirnos hacer una lectura de la misma enlazándola con la nuestra y conocer cómo significan el mundo en función de su historia de vida con la "enfermedad mental" como una constante importante.

SUGERENCIAS

Acercarse a la forma en que las personas entrevistadas dan cuenta de sus redes sociales primarias y la manera en que el mundo cobra sentido para ellos nos lleva a plantear interrogantes respecto a los modelos de atención imperantes en México en las instituciones encargadas de promover la salud mental y la rehabilitación del enfermo.

Cabría preguntarse por qué la rehabilitación incluye la reintegración exitosa a la sociedad, si acarreamos en el devenir histórico, con siglos de un proceso de exclusión de enfermo mental cada vez más perfeccionado, ya que se sustenta en el discurso imperante de lo científico, de la "verdad", y el "deber ser"; y la misión de las instituciones psiquiátricas ha sido la puesta en marcha de la exclusión, del control social.

Es imprescindible tener presente el contexto en el que sobreviven los enfermos mentales y las modalidades de intervención imperantes en los nosocomios; para con ello

proponer líneas a seguir, acciones concretas que consideren al paciente y las redes sociales de las que forma parte y puedan llegar a ser una pieza clave en los tratamientos para este importante problema de salud en nuestra sociedad.

A continuación proponemos una serie de elementos que podrían formar parte de las estrategias en la atención del enfermo mental:

- Integrar a la red primaria al proceso de rehabilitación de los pacientes en el momento mismo que se proceda a algún tipo de tratamiento ambulatorio o internamiento.
- Diseñar estrategias para mantener los vínculos existentes del paciente con su red primaria, antes del internamiento y que no se limitan al núcleo familiar, sino que incluyen a las personas cercanas afectivamente en otros ámbitos.
- Intervenir si es necesario, para que la responsabilidad del "enfermo" no recaiga en un solo familiar con exclusión de posibilidades más vastas de apoyo.
- Poder integrar al proceso de rehabilitación los diferentes subsistemas: la institución con su red laboral, los pacientes, la familia y el enfermo; en un plano no solo instrumental sino también de los vínculos a partir de los intercambios solidarios, de aceptación, apoyo, guía cognitiva, reconocimiento, respeto, etc.; destacando y usando recursos propios de cada protagonista para dar cuenta del proceso de la enfermedad y su manejo.

REFERENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN

- Austin, J. L. (1996). *Cómo hacer cosas con palabras*. Buenos Aires: Paidós.
- Andolfi, Maurizio. (1990). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Buenos Aires: Paidós.
- Bateson, Gregory. (1984). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, Gregory.(1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre. Argentina: Lohlé-Lumen.
- Bertalanffy, Ludwig. (1998). *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. México: FCE.
- Bronfman, Mario. (2000). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Cuernavaca, Morelos: Centro Regional de Investigación Multidisciplinaria, UNAM:
- Dabas, Elina Dora y Najmanovich, Denise (comps.). (1995). *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Barcelona, Paidós.
- Dabas, Elina Nora. (1998a). *Red de redes: Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Dabas, Elina Nora. (1998b). *Redes sociales, familias y escuela*. Argentina: Paidós.
- De la Reza, Germán. (2001). *Teoría de sistemas: reconstrucción de un paradigma*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Eguiluz Romo, Luz de Lourdes. (2001). *La teoría sistémica*. México: UNAM/Universidad de Tlaxcala/Iztacala.
- Elkaïm, Mony. (1989). *Las prácticas de la terapia de red*. Barcelona: Gedisa.
- Elkaïm, Mony. (1996). *Constructivismo, construccionismo social y narraciones: ¿Están en el límite de lo sistémico?* Psicoterapia y familia, 9, (2), 4-12.
- Foucault, Michel. (1996) *El nacimiento de la Clínica: Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, Michel. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. (Vols. 1 y 2), México: FCE.

- Foucault, Michel. (1998b). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- Foucault, Michael. (2002). *Historia de la sexualidad*. 1-la voluntad de saber. México: Siglo XXI.
- Gergen, Kenneth J. (2002). *Realidades y relaciones: Aproximaciones de la construcción social*. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández, Gloria P. y Contreras, Adriana M. (2002). *La red social del paciente con diagnóstico de episodio psicótico agudo como factor de rehabilitación y prevención de recaídas*. Disponible en <http://www.psycologia.com/articulos/argloh01.htm>, 25/06/2002 y <http://www.psycologia.com/articulos/argloh02.htm> 13/02/2003.
- Hoffman, Lynn. (1998). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistema*. México: FCE.
- Klefbeck, Johan. (1995). *Los conceptos de perspectiva de red y los métodos de abordaje en red*. En Elina Dora Dabas y Dense Najmanovich (comps.). *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil* (pp. 345-355), Barcelona: Paidós.
- Mac Namee, Sheila y Gergen, Kenneth J. (1996) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Rodríguez Gómez, Gregorio, Gil Flores, Javier y García Jiménez Eduardo. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Maracena, Granada: Aljibe.
- Sluzki, Carlos. (1985). *Familia. Redes y otras formas extrañas*. (Presentación plenaria ante el Congreso Anual de la American Family Therapy Association in New York, 1984). *News Letters*, 19, (1), 5-15.
- Sluzki, Carlos. (1989). *El proceso de migración: un experimento natural en disrupción y reconstrucción de la red social*. *Boletín Journal of Berkshire Medical Center*, 2 (3), 4-12.
- Sluzki, Carlos. (1990). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, Paul. (1998). *Teoría de la comunicación humana: intervención, patología y paradoja*. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo.
- Watzlawick, Paul; Weakland, John y Fish, Richard. (1998). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

5.1.2 Investigación Cuantitativa

Instituto de Salud del Estado de México.

VII Foro Interinstitucional de investigación en salud

Hacia la Integración y desarrollo de las Políticas de Investigación en el Sector Salud Estatal

Título:

“Interacción Social en Conductas de Alimentación con Usuarios Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico La Salud”

Autor ():

César Pérez Velázquez

Unidad Sede:

Hospital Psiquiátrico La Salud.

Dirección y teléfono:

Carretera Federal México - Puebla. Km 33.5 Col. Zoquiapan . Ixtapaluca, Estado de México.

Tel. 59720028, 59721640.

Introducción:

El siguiente trabajo es una investigación cuantitativa, que se realizó en el Hospital Psiquiátrico La Salud perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), con el fin de determinar las características en las conductas de alimentación e interacción social en dos grupos, cada uno, de tres usuarios con diagnóstico de esquizofrenia y retraso mental.

Objetivos:

- Aplicar los conceptos básicos de la metodología observacional en un espacio natural de interacción.
- Describir de manera detallada las conductas de alimentación e interacción social en usuarios diagnosticados con esquizofrenia versus usuarios diagnosticados con retraso mental.
- Describir de manera detallada número y características de las conductas de alimentación e interacción social en ambos grupos.
- Analizar de qué manera la enfermedad de estos usuarios influye en Las conductas de alimentación e interacción social.

Material y método:

Tipo de investigación: Este estudio se inscribe dentro de la investigación cuantitativa, con la modalidad de trabajo observacional en un espacio natural de interacción. Los principios de observación en los que se basa la investigación han sido tomados de los trabajos de R. Bakeman y J.M. Gottman.

La metodología y técnicas utilizadas en investigación observacional tienen una característica común: sólo se observa y registra una muestra del comportamiento de los individuos. Así, el error muestral surge como resultado de observar tan sólo una fracción de todas las ocasiones posibles. Ello forma parte de la estimación de la precisión de los

datos registrados mediante la observación sistemática. El muestreo que tiene lugar, usualmente en diferentes etapas (observadores, sesiones, días, momentos, técnicas, etc.), requiere la estimación de los componentes de variancia, que pueden ser combinados entre sí para producir una o más estimaciones de coeficientes de precisión.

Método de recolección de la información:

La información que se recolecto para esta investigación ha sido a través de notas de campo, revisión de cardex y expedientes, además del diseño de observación en un ambiente natural, se elaboró un sistema de categorías observacionales basados en los trabajos de C. Santoyo y M.C. Espinosa 1987.

El sistema de observación exhaustivo es pertinente a escenarios de interacción y permite la identificación confiable de la dirección de los intercambios sociales.

Las sesiones de observación fueron 12 de tiempo variable, según el periodo en que los sujetos consumían sus alimentos. Se eligieron de manera propositiva 6 sujetos focales y dos sesiones de observación por sujeto. El nivel de observación fue no participante. El registro se realizó a través de secuencias totales de 5 segundos, anotándose al final de cada intervalo la categoría observada, se anotó el orden de los eventos no su duración mediante el registro secuencial del evento.

La fiabilidad se realizó a través de la concordancia de los datos entre observadores 1 y 2.

En el caso de las investigaciones de tipo observacional la confiabilidad de los datos se mide en función de la definición operacional de las categorías y la concordancia para discriminar en tiempo, secuencia y forma la conducta elegida. A continuación enumero las categorías que fueron estudiadas en ambos grupos de sujetos: Actividad de alimentación (A), Interacción (I), Actividad alimenticia y social (As), Emisión (E), Recepción (Rc), Instrucción (Ins), No respuesta (Nor) y Desplazamiento(D)

El análisis de los datos fue de tipo secuencial.

Resultados y discusión:

En el caso de la categoría A (Alimentación), que fue nuestra conducta base, observamos que fue la que se presento en mayor proporción en los dos grupos de sujetos. En el análisis secuencial A seguía a A o Antecedió a A en una proporción del 90% o más, en la mayoría de los casos; esto nos indica que la actividad alimenticia prevalece sobre las demás categorías y que en el caso de los sujetos focales observados la conducta de alimentación no necesariamente va asociada a la interacción social, incluso, los pacientes no respondían cuando el personal de salud o sus compañeros se dirigían a ellos.

Otra de las cosas que se observó es que hay una diferencia significativa en el tiempo de ingesta de alimentos en los dos grupos, en el caso de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia utilizan menos de la mitad del tiempo que el otro grupo (retraso mental) para la ingesta de sus alimentos.

En la categoría As (Alimenticia y social), sólo fue discriminada por uno de los observadores un par de ocasiones con el sujeto 1, posteriormente tal conducta no se presento en ninguna de las situaciones siguientes. Concluimos que esta categoría que implica la ingesta de alimentos asociada con el mantenimiento de un contacto social, no es significativa en ninguno de los grupos bajo estudio, por lo que en observaciones posteriores, podría omitirse, redefinirse o compararse con otro grupo focal.

La categoría de Emisión (Em), pudo discriminarse en el contexto sin embargo su probabilidad incondicional fue muy baja, al igual que su probabilidad condicionada, 01 % para alguno de los casos.

Hay ocasiones en que se presenta alguna emisión por parte del sujeto, más no lo sigue una respuesta por parte de sus compañeros o personal de salud, esto nos lleva a pensar que dichas conductas no se presentan pues tienden a extinguirse al no reforzarlas.

En el caso de las categorías de Recepción (Rc) e Interacción (I), sus porcentajes fueron muy bajos menores a un .016% incluso hubo sesiones en las que no se observaron. En el caso de la categoría de interacción concluimos que no puede servir como criterio para diferenciar ambos grupos, debido a que de manera general la interacción no es un elemento común en el contacto entre pacientes con un diagnóstico u otro.

La categoría de Instrucción (Ins) sigue los mismos patrones de las conductas anteriores. Algo que nos llama la atención es que el personal de salud sólo se dirige hacia los pacientes para emitir una instrucción y en la mayoría de los casos no existe la intención de acercarse o entablar una comunicación con los pacientes.

La categoría Nor respuesta (Nor) fue una conducta difícil de discriminar como observadores. A su vez esta conducta se manifiesta también en probabilidades pequeñas con respecto a la alimentación.

La categoría de Desplazamiento (D), no siendo de interacción, fue visto que se sigue así misma preponderantemente y que sigue al fin de la conducta de alimentación.

Conclusiones:

La hipótesis inicial giraba principalmente en tratar de distinguir diferencias significativas en las conductas de alimentación e interacción social entre pacientes psiquiátricos con diagnóstico de retraso mental y esquizofrenia. Sin embargo de acuerdo a los resultados obtenidos en las categorías de interacción social podemos concluir que no hay diferencias significativas entre grupos que nos permita distinguir el uno del otro en relación a las secuencias de interacción social.

En las gráficas de interacción por sujeto de ambos grupos no es posible distinguir diferencias significativas, por lo que concluimos que la pobreza de porcentajes de interacción social se debe a la naturaleza misma de la enfermedad mental sin distinción de etiología.

Sugerencias:

- Diseñar un proyecto de investigación observacional para indagar patrones de interacción entre usuarios psiquiátricos y usuarios de otras instituciones.
- Promover dentro del comedor del hospital la interacción social con el fin de propiciar un ambiente más sano cordial y de respeto.
- Crear un espacio para el diseño, planeación y operación de investigación institucional que nos permita conocer las características de la enfermedad mental y sus patrones de interacción social.

Referencias:

BAKEMAN R, y Gottman J.M. *Observación de la interacción: Introducción al análisis secuencial*. Madrid, España: Morata. (1990)

GOLDMAN Howard H. *Psiquiatría General*. México: Manual Moderno. (1994)

JARNE, Adolfo. *Psicopatología clínica*. Barcelona: Promociones y publicaciones universitarias, Vol. I. (1996)

PATIÑO, J Luis. *Psiquiatría Clínica*. México: Salvat, (1990)

PHILIP, Salomon , Patch. *Manual de Psiquiatría*. México: Manual Moderno. (1997)

SANTOYO V. C. y Espinosa A. M. *Interacción social en escenarios preescolares: Aspectos metodológicos y conceptuales*. México: Revista mexicana de psicología, 7, 1-2, 25-36. (1990)

SARASON, Irwing G. *Psicología anormal*. México: Trillas, (1978)

VALLEJO, J. *Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, España: Masson, (1998)

5.2 Actividades de difusión

Como parte del proceso de formación desarrolle una serie de actividades encaminadas a difundir los conocimientos adquiridos a lo largo de la formación en la maestría, que se realizaron en diferentes foros y encuentros académicos, que se señalan a continuación:

- Asistencia a las jornadas conmemorativas de Villa Ocaranza. Llevadas a cabo en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, del área académica de medicina. Celebradas del 17 al 19 de noviembre del 2003.
- Participación como ponente dentro de las actividades del VII Foro Interinstitucional de Investigación en Salud; con el tema "*Redes sociales primarias en pacientes con esquizofrenia residual del Hospital Psiquiátrico la Salud*"; llevado a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, el día 12 de noviembre de 2004.
- Participación como ponente con el tema "*Redes sociales primarias en pacientes con esquizofrenia residual del Hospital Psiquiátrico la Salud*"; presentado en el "1er Foro: Perspectivas Actuales de la Psicología de Zaragoza", el 9 de septiembre de 2003 en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Participación como ponente en el 1er Foro de Psicología: alternativas de intervención ante la enfermedad mental, con el tema "*Redes sociales primarias en pacientes con esquizofrenia residual del Hospital Psiquiátrico la Salud*"; llevado a cabo el 8 de septiembre de 2003, en el Centro federal de Rehabilitación Psicosocial; en Cuernavaca, Morelos.
- Obtención del primer lugar con el trabajo de investigación: "*Redes sociales primarias en pacientes con esquizofrenia residual del Hospital Psiquiátrico la Salud*"; llevado a cabo el 8 de septiembre de 2003, en el Centro federal de Rehabilitación Psicosocial; en Cuernavaca, Morelos.

5.3 Actividades extracurriculares

Dentro de las actividades extracurriculares llevadas a cabo durante mi estancia en la residencia se encuentran:

- Participación en el taller: metodología cualitativa, los días 28, 30 y 31 de octubre de 2002 y 15, 16 y 17 de enero de 2003; en la Facultad de Psicología, de la UNAM. Organizado por la Coordinación de Psicología Clínica de la División de Estudios Profesionales de la Facultad de Psicología y que estuvo a cargo del Dr. Fernando Luis González Rey.

- Asistencia al ciclo de conferencias: *Terapia Familiar Integrativa: perspectivas transgeneracionales en el siglo XXI*; organizadas por el Instituto de la Familia A.C. y The Family Institute Northwestern University, del 15 al 18 de mayo de 2002.

- Asistencia al taller homenaje “Salvador Minuchin el arte de la terapia familiar durante 50 años” los días 21 y 22 de febrero de 2003. Impartido por Salvador Minuchin. ILEF, México DF. Con una duración de 14 hrs.

5.4 Habilidades y competencias profesionales adquiridas

La psicoterapia es un proceso profesional y científico que debe estar abierto a los ojos de todos. Abierto a los avances científicos y tecnológicos, así como a las evoluciones socioculturales que se gestan al paso del tiempo.

La labor de la psicoterapia es ampliar los recursos, habilidades y capacidades de quien demanda la atención.

La psicoterapia es un espacio; encuentro de relación interpersonal, que tiene como fin eliminar o disminuir el sufrimiento humano que se gesta en tres esferas; en las relaciones interdependientes que guardamos con los otros, con el mundo y con nosotros mismos.

El terapeuta familiar es un especialista en abordar problemáticas relacionales que se dan en la vida diaria al interior de las familias.

Sin embargo la formación en la maestría también contempla la posibilidad de abordar problemáticas individuales en contextos diversos como: familiar, institucional, comunitario, laboral, escolar, etc.

Además se cuenta con habilidades de manejo de diferentes escuelas terapéuticas y técnicas específicas, según las características de las personas y sus problemáticas presentadas.

Los abordajes teóricos son diversos, lo mismo que las técnicas que van de los modelos directivos, como el estratégico o el estructural, a los modelos no directivos como el de soluciones, el colaborativo, el narrativo o el equipo reflexivo, por mencionar.

A grandes rasgos puedo señalar que en la experiencia formativa en la residencia adquirí las siguientes competencias profesionales:

- Habilidades ejecutivas. Estas se refieren a los conocimientos tanto teóricos como prácticos que permiten al terapeuta tomar decisiones para dirigir las entrevistas que son indagatoria e intervención a la vez. En éste sentido adquirí habilidades para ser flexible y elegir modalidades y estrategias según la persona y la problemática presentada. De manera particular creo que aprendí que los modelos tanto directivos y no directivos no son excluyentes sino que son útiles según el contexto y los tiempos que se dan al interior del proceso terapéutico.

- Habilidades relacionales. Estas se refieren a la capacidad que tiene el terapeuta de escuchar y hacer sentir al otro ser escuchado. De hablar el lenguaje del otro en una relación interpersonal de entendimiento. El fin entender la problemática y hacer acuse de recibo para plantear estrategias que permitan, en colaboración, plantear objetivos y estrategias concretas que promuevan el cambio en los diferentes subsistemas que se presenten.
- Habilidades teórico conceptuales. Estas habilidades se refiere al manejo del conocimiento, de tal forma que pueda ser aplicado en diferentes contextos, laborales, escolares, clínicos, privados o de servicio público. Con el fin de resolver problemáticas concretas, realizar investigación o proponer alternativas viables de trabajo que repercutan en los servicios que se brindan a los que solicitan el servicio, procurando la calidad sin perder el sentido de solidaridad y calidad humana.
- Habilidades de conciencia personal. Esto es en función de la mirada de los otros, el reconocimiento personal es ésta habilidad de poder entender lo que nos es común y diferente con los otros. De manera particular el quehacer clínico del terapeuta familiar con formación sistémica se adentra a estas otras voces que nos dan sentido en los diferentes contextos en que nos desenvolvemos, ya sea como hijos, padres, estudiantes, profesionales, educados o educadores etc. Estas miradas sirven para dar sentido a nuestro quehacer clínico pues nos lleva a reconocer, percibir, interpretar hechos y situaciones de una manera particular, lo que finalmente da un sentido personal a nuestro trabajo con las familias. Los aspectos éticos comprenden trabajar con respeto, confidencialidad y compromiso, ser respetuoso a las políticas de trabajo en grupo, escuchar y tratar de comprender la postura del otro, ya sea de manera intelectual o de matices afectivos. Por otra parte también adquirí habilidades de reconocimiento personal, es decir de mis cualidades así como de mis deficiencias, pero sobre todo un compromiso de seguir trabajando y de aprender a aprender como lo menciona Bateson.

Conclusiones

La redacción de mi reporte de experiencia profesional no me ha sido fácil, he tenido que hacer una revisión a fondo de mis conocimientos adquiridos a lo largo de los dos años de la maestría.

Una de las principales actividades realizadas durante los primeros semestres de mi formación fue la revisión detallada de materiales escritos y videos que me permitieron acercarme al contexto histórico y epistemológico de la terapia familiar.

En estos primeros semestres disfrute mucho las discusiones en la modalidad de seminario. Los maestros a mi parecer adoptaron una posición de interés en nosotros. Las participaciones de los compañeros y la guía e instrucción de los profesores se dieron en un ambiente de libertad y análisis crítico que me permitió ir asimilando contenidos y habilidades.

La evaluación familiar es la capacidad que tiene el terapeuta de explorar de manera critica los contextos relacionales y de contenido que se dan en los diferentes sistemas o subsistemas familiares. Dentro de las actividades de evaluación realizadas recuerdo de manera grata las escenificaciones con los compañeros de grupo, estas escenificaciones me proporcionaron experiencias vivenciales y teóricas bastante enriquecedoras.

En un inicio mi participación en los espacios clínicos de la residencia fue solo de observador. Mi posición detrás del espejo de doble vista me permitió observar y entender las modalidades de evaluación e intervención que realizaban los profesores. Debo mencionar que las instalaciones del centro de servicios Dr. Guillermo Dávila son excelentes para la observación de los casos clínicos; las cámaras de Gessell y los circuitos cerrados son elementos tecnológicos indispensables en la investigación clínica. Sin embargo me parece necesario ampliar las sedes de las prácticas con el fin de conocer otros contextos y a su vez conocer de qué manera es abordado el fenómeno de la enfermedad mental por otros profesionistas, como por ejemplo los médicos, los psiquiatras o trabajadores sociales por mencionar.

En lo referente a los métodos de investigación aplicada realicé con mi compañera Elizabeth dos investigaciones, una de corte cuantitativo y otra de corte cualitativo. El objetivo planteado por los profesores fue que nos acercáramos de manera personal y

heurística a los métodos de investigación. Las investigaciones que lleve a cabo se dieron en un contexto institucional, lo cual me permitió vincular los conocimientos adquiridos en mi formación en un espacio concreto.

Aquí debo mencionar que estoy profundamente agradecido con los usuarios del Hospital Psiquiátrico la Salud, agradecido por que me permitieron formar parte de su relato de vida.

En las prácticas realizadas en la materia de evaluación y medición elaboré en conjunto con mis compañeros de sección un instrumento para evaluar el maltrato psicológico en varones. La elaboración de dicho instrumento fue una labor ardua, pasábamos jornadas enteras de discusión y planeación; comíamos juntos y llegamos a pasar noches redactando y descansando esporádicamente en un sillón.

Dentro del quehacer clínico como terapeuta fue una experiencia única y de descubrimiento personal. La supervisión clínica de los casos se hizo en la modalidad directa, es decir con los profesores y compañeros detrás del espejo lo que me permitía tener otras descripciones de mi trabajo como terapeuta y por ende enriquecer mi quehacer y la descripción personal.

Aprendí a través de la convivencia diaria a escuchar y respetar, situación que no es fácil, como seguramente lo han constatado los alumnos que han recibido la formación en las generaciones subsiguientes.

En la parte final de mi formación, la redacción de mi reporte, como lo mencione anteriormente, no ha sido fácil, deje pasar tiempo y cuando inicié a escribirlo me di cuenta que estaba fuera de forma, recomiendo a los estudiantes en formación que inicien la redacción de su reporte inmediatamente utilizando de manera propositiva la inercia que llevan dentro de la formación académica.

En este sentido debo dar gracias a mi tutora y revisora de mi reporte por la paciencia y la guía constante que encontré en ellas.

A manera de conclusión: debo decir que me siento muy afortunado porque de forma diaria pongo en práctica los conocimientos y habilidades que adquiriré en mi formación en la maestría en terapia familiar.

Cotidianamente están presentes en mí las enseñanzas, los días de convivencia, los esfuerzos, los sacrificios, pero también los momentos de compañerismo y de felicidad que pasamos juntos aquella primera generación de la maestría en terapia familiar.

Mis sugerencias son:

- Ampliar las sedes de la residencia con el fin de enriquecer la formación profesional.
- Ampliar vínculos con otras instituciones para conocer los abordajes que realizan otros profesionistas en el ámbito de la salud mental.
- Buscar vías interinstitucionales que permitan vincular a los egresados con espacios que les permitan emplear los conocimientos adquiridos.
- Contar con una materia de titulación que permita a los alumnos realizar avances en su reporte en los dos últimos semestres de formación.
- Simplificar los procesos de titulación.

Ixtapaluca Edo. De México a 2 noviembre de 2006

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, Liliana. "Reprueban a México en equidad de género", *El Universal*, miércoles 24 de enero de 2007, www.eluniversal.com.mx/nacion; 22/08/07.
- Álvarez, Rosa María. (2007) "La violencia familiar en México. Panorama legislativo". www.insp.mx; 24/05/07.
- Ávila, Rosalinda. "*Mujeres, trabajo y familias*" en Suplemento LetraS, Sexualidad y Sida, Periódico La Jornada, Abril de 2005, www.lajornada.com.mx; 22/08/07.
- Andersen, Tom. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, Tom. (1995). *El lenguaje no es inocente*. Psicoterapia y Familia, vol. 8, No. 1
- Andolfi, Mauricio. (2001). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. España: Paidós.
- Bateson, Gregory. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentina: Lohlé-Lumen.
- Bateson, Gregory. (1997). *Espíritu y naturaleza* (1ra reimpresión) Argentina: Amorrouto Editores.
- Beetalanffy, Ludwing Von. (2002). *Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: FCE.
- Boscolo, Luigi, Cecchin, Gianfranco, Hoffman, Lynn, y Peggy, Penn. (1998). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Argentina: Amorrouto Editores.
- Carretero, M. (2004). *Nociones básicas sobre el constructivismo*. Disponible en <http://www.educa.rcanaria.com/constructivismo.htm>.
- De Shazer, Esteve. (1995). *Claves para la solución en terapias breves*. Barcelona: Paidós.
- Díaz, Barriga, F. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. México: Trillas.
- Elkaïm, Mony. (1996). *Constructivismo y construcción social. ¿Están en el límite de lo sistémico?* Psicoterapia y familia, 9, (2),4-12.
- El Universal. "*Los 10 puntos clave de la ley de convivencia*" El Universal, 30 de octubre de 2007. www.eluniversal.com.mx; 10/10/07

- Fisch, R., Weakland, J.H y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Foucault, Michel. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. (vols, 1 y 2). México: Siglo XXI.
- Foesters, Heiz Von. (1996). *Las semillas de la cibernética: obras escogidas*. (Marcelo Pakman, ed.). Barcelona: Gedisa.
- Fried, D. (1992). *Familias: Sistemas multidimensionales en psicoterapia y familia*. 1992 vol.5 No 2.
- Gadamer, George. (2000). *Verdad y método I*. España: Salamanca editores sígueme.
- Goytia, Rocío. (2005). *Reporte de la experiencia profesional*. UNAM.
- Guerin, Philip J. edit. (1976). *Family therapy: Therapy and practice*. New York: Garden Press, American Orthopsichiatric Association.
- Haley, Jay (1996). *Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia eficaz*. Argentina: Amorroto editores.
- Hoffman, Lynn. (1998). *Fundamentos de la terapia familiar*. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. (4ta reimpresión), México: FCE.
- Hubble, Mark A., Duncan Barry, L. y Miller Escott D., (2001). *The heart & soul of change: what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hudson O'Halon, W; Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Kenney, Bradford. (2000). *Estética del cambio*. España: Paidós.
- Mcnamee, Sheyla y Kenneth J. Gergen. (2001). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, Salvador. (1999). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, Salvador y Fischman, Charles H. (1999). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Neimeyer, Robert a. Y Mahoney, Machael J, (comps.). (1998). *El Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Numeralia, (2006). *Matrimonios y divorcios en México*. Disponible en: www.generosaludreproductiva.gob.mx; 18/10/07
- Ochoa de Alda, Inmaculada. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

- Pakman, Marcelo. (1996). *Comentario introductorio de las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Papp, Peggy. (1998). *El Proceso del cambio*. Argentina: Paidós.
- Pineda, Gutiérrez, Elizabeth. (2004). *Reporte de experiencia profesional*. UNAM. Reforma. "Ganan mujeres terreno en universidades", Reforma, jueves 4 de noviembre de 2004. www.universiamexico.com.mx; 20/08/07.
- Rivera, Marissa. "Grave el problema de adicciones en México", Noticias televisa, agosto 26 de 2007, www.noticierostelevisa.com.mx; 22/08/07
- Sánchez, Cinthya. "¿Por qué beben los jóvenes?". *El Universal*, martes 26 de julio de 2006.
- Sánchez y Gutiérrez, Daniel. (2000). *Terapia Familia: Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini Palazzoli, M; Boscolo, L.; Cecchin, G.; Prata, G. (1998). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la familia de transición esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Sluzky, C.E. (1985). A minimal map of cybernetics. The family therapy networker, 9 (1:26), 3-12
- Simon, Stierlin. Wynne.(2000) *Vocabulario de terapia familiar*. México: Gedisa.
- Strauss, Lévi. (1998). *Antropología estructural*. México: Editorial siglo XXI.
- Tarragona, Margarita. (1999). "Hacia una paradigma narrativo en psicoterapia". México: *Revista psicoterapia y familia*; Vol. 3, No 1.
- Tarragona, M; Fernández, E. y London, S. (2003). *Voces y más voces: el equipo reflexivo en México*. México: Alinde.
- Todd. Thomas C., Storm. Cerril L. (1997). *The complete systemic superviso. Context, philosophy and pragmatic*. USA: Alliy & Bacon.
- Tuirán, Rodolfo. (2001). "Estructura familiar y trayectoria de vida en México". En Cristina Gómez (comp.) *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas e las investigaciones sobre la vida doméstica*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Watzlawick, Paul, Bavelas, Beavin y Jackson, D.D. (1997). *Teoría de la comunicación humana. Interacción, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

- Watzlawick, Paul, Weakland, John, H., Fisch, Richard. (1999). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, Paul. , Weakland, John. , H., Fisch, Richard. (1999) *¿Es real la realidad?*
Barcelona: Herder.
- Watzlawick, Paul y Krieg, Peter. (Comps.), (1995). *El ojo del observador*. España: Gedisa.
- White, Michael. (1994) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, Michel y Epston, David. (2002). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*.
Barcelona: Paidós.