



Universidad Nacional Autónoma de México

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA
FAMILIAR SISTEMICA

Reporte de experiencia profesional que
para obtener el grado de:

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

DENISSE MICHEL QUINTERO

DIRECTOR: MTRO. JORGE O. MOLINA AVILÉS
REVISORA: MTRA. CAROLINA DÍAZ – WALLS
ROBLEDO.

Comité:

MTRA. CAROLINA GONZALEZ RODRIGUEZ
MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA
MTRA. Ma ELENA RIVERA HEREDIA
MTRA. LUZ MARIA ROCHA JIMENEZ
MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO

México, D.F. NOVIEMBRE 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.

Dedicatorias

A **Dios** por permitirme sonreír cada día y llegar hasta aquí...

A la persona que fue, ha sido y será la base de mi familia... **abue**... cuando te fuiste al cielo TODO cambió...ahora sé que la vida es una pausa en la eternidad, porque tú eres eterna y sólo el olvido nos sepulta en la tierra o en el cielo... te quiero y te extraño aquí... te dedico este proyecto que inició con tu apoyo y emoción... gracias chiquita...

A mi **Shantie**,(mi mamá) por ser una mujer tan valiente, que ni tú te la crees... gracias mamá por darme las herramientas para crecer y volar...

A mi **padre**, por lo importante que eres sin saber... en donde estés...y por enseñarme a que la cobardía es mi amiga...

A mi **tía**, aunque nuestra forma de ver al mundo nos aleja,
el cariño nos mantiene cerca, te quiero mucho...

A **Gimesiu**, hermanita te adoro y te admiro en el alma, sigue tan lejos y tan alto como nos enseñaron que merecíamos llegar, gracias por ser mi amiga y compañera SIEMPRE...

A **Quike**, cuñadín... te quiero mucho y te agradezco tu apoyo y compañía, gracias por ser parte de mi familia...

A mi bebé, **HOMERO BEBE**... eres una bendición en mi vida, aunque eres un perrito que sólo quiere jugar, te agradezco el que seas mi compañía en mi nueva etapa de vida independiente...

A **Mos**, Pi... te agradezco que creyeras en mí, que me llevaras a estudiar todas las tardes para presentar el examen e ingresar a la maestría, cuando yo no me la creía... Nena, ahora estamos en caminos distintos pero no contrarios, has estado casi la mitad de mi vida y sabes lo que esto significa... gracias por estar AQUÍ Y AHORA... que Dios te bendiga siempre, te quiero mucho mucho... peskadito cristiani...

A mis amistades de antes, de hoy, y de siempre... Marcia, Brendita, Liz, Ruth, Osiris, Ramiro, Gloria, Ariadna, Regino, Renata, Erick, Claus, Alex, Laura Julieta, Sotero, Diego, Víctor Manuel... gracias por iluminar mi vida y hacerme feliz... un beso...

A mi tan querida **Judithcirijilla**, ay niña! Vaya que ha sido todo un reto conocerte!! Te agradezco tu original amistad, tu esmero en el estudio; te quiero mucho y te dedico este trabajo que compartimos en formación. Ambas vivimos cambios radicales y pérdidas irreparables, gracias por compartir el camino. Nena, recuerda "el lenguaje crea realidades"... un abrazo eterno...

A mis maestros desde el Instituto Pedagógico Anglo Español hasta la Facultad de Psicología por todas sus enseñanzas y vivencias... con cariño

A UNITEC, Campus Sur que me permite desarrollar y compartir los conocimientos que he adquirido impartir clase, como tanto me gusta...

A mis alumnos, por ser tan preguntones e interesados que me llevan a seguir devorando conocimientos...

Y por último, a todas las familias, pacientes y personas que han confiado en mi preparación y que me permiten ser testigo de sus cambios...
gracias!

“El pájaro canta, aunque cruja la rama... como sabiendo lo que son sus alas”

ÍNDICE

I. Introducción y Justificación	
1. Análisis de la situación psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar	1
Características del campo psicosocial	2
Principales problemas que presentan las familias	16
La terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	17
Referencias	19
2. Caracterización del escenario clínico donde se realizó el trabajo clínico	21
2.1 Descripción de los escenarios	
<i>Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”</i>	
2.2 Análisis sistémico de los escenarios (personal, redes, sectores implicados, fuentes de referencia, contexto, etc.)	22
<i>Organigrama</i>	24
2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios de trabajo clínico	25
2.4 Experiencia de Prácticas Profesionales en el <i>Hospital Psiquiátrico “Juan N. Navarro”</i> .	26
<i>Reporte de prácticas de posgrado</i>	29
<i>Experiencia personal</i>	32
Referencias	33
II. Marco Teórico	
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico	34
Antecedentes Históricos de la Terapia Familiar (cronología)	
Referencias	64
1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	67
<i>Teoría General de los Sistemas</i>	67
<i>Cibernética</i>	69
<i>Teoría de la Comunicación Humana</i>	72
<i>Posmodernismo</i>	81
<i>Conclusiones</i>	92
Referencias	93
1.2 Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención en Terapia Familiar Sistémica.	96

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Modelo Estructural</i> 	
(Fundamentación, Visión Epistemológica, Premisas, Representantes, Tiempo, Definición de la terapia, Características de la terapia, Posición del terapeuta, Características del terapeuta, Énfasis, problema o síntoma, duración, percepción del individuo o la familia, cambio, objetivo, estructura de la terapia, Descripción del modelo, Intervenciones, Técnicas)	96
Ventajas y desventajas	110
Bibliografía	110
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Modelo Estratégico</i> 	
(Fundamentación, Visión Epistemológica, Premisas, Representantes, Tiempo, Definición de la terapia, Características de la terapia, Posición del terapeuta, Características del terapeuta, Énfasis, problema o síntoma, duración, percepción del individuo o la familia, cambio, objetivo, estructura de la terapia, Descripción del modelo, Intervenciones, Técnicas)	111
Ventajas y desventajas	120
Bibliografía	120
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Terapia Breve (MRI)</i> 	
(Fundamentación, Visión Epistemológica, Premisas, Representantes, Tiempo, Definición de la terapia, Características de la terapia, Posición del terapeuta, Características del terapeuta, Énfasis, problema o síntoma, duración, percepción del individuo o la familia, cambio, objetivo, estructura de la terapia, Descripción del modelo, Intervenciones, Técnicas)	121
Ventajas y desventajas	127
Bibliografía	127
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Modelo de Soluciones</i> 	
(Fundamentación, Visión Epistemológica, Premisas, Representantes, Tiempo, Definición de la terapia, Características de la terapia, Posición del terapeuta, Características del terapeuta, Énfasis, problema o síntoma, duración, percepción del individuo o la familia, cambio, objetivo, estructura de la terapia, Descripción del modelo, Intervenciones, Técnicas)	128
Ventajas y desventajas	136
Bibliografía	137
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Modelo de la Escuela de Milán</i> 	
(Fundamentación, Visión Epistemológica, Premisas, Representantes, Tiempo, Definición de la terapia, Características de la terapia, Posición del terapeuta, Características del terapeuta, Énfasis, problema o síntoma, duración, percepción del	137

individuo o la familia, cambio, objetivo, estructura de la terapia, Descripción del modelo, Intervenciones, Técnicas)	
Ventajas y desventajas	146
Bibliografía	147
• <i>Enfoques Posmodernos: Narrativa</i>	
(Fundamentación, Visión Epistemológica, Premisas, Representantes, Tiempo, Definición de la terapia, Características de la terapia, Posición del terapeuta, Características del terapeuta, Énfasis, problema o síntoma, duración, percepción del individuo o la familia, cambio, objetivo, estructura de la terapia, Descripción del modelo, Intervenciones, Técnicas)	148
Ventajas y desventajas	156
Bibliografía	157
• <i>Enfoques Posmodernos: Colaborativa</i>	
(Fundamentación, Visión Epistemológica, Premisas, Representantes, Tiempo, Definición de la terapia, Características de la terapia, Posición del terapeuta, Características del terapeuta, Énfasis, problema o síntoma, duración, percepción del individuo o la familia, cambio, objetivo, estructura de la terapia, Descripción del modelo, Intervenciones, Técnicas)	158
Ventajas y desventajas	163
Bibliografía	163
<i>Experiencia personal</i>	164
III. Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales	
1. Habilidades clínicas terapéuticas	165
1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia	
* <u>Expediente 1</u>	165
1.2 Análisis y discusión teórico – metodológico de la intervención clínica	203
Conclusiones	204
* <u>Expediente 2</u>	206
1.2 Análisis y discusión teórico – metodológico de la intervención clínica	210
<i>Conclusiones</i>	212
1.3 Análisis de Sistema Terapéutico total basado en las observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes de trabajo clínico	212
2. Habilidades de Investigación	
2.1 Reporte de la investigación	215

* Investigación Cuantitativa	215
Referencias	225
* Investigación Cualitativa	226
Referencias	231
3. Habilidades de Enseñanza y Difusión	
* Material Didáctico	232
<i>“Proceso de Identidad Homosexual Adolescente”</i>	
* Guía de Trabajo Terapéutico	
<i>“Terapia Narrativa en el Proceso de Identidad Homosexual Adolescente”</i>	233
3.2 Programa de Intervención Comunitaria: Talleres para Padres	233
<i>Experiencia Profesional</i>	235
Referencias	235
3.3 Presentación del trabajo clínico y/o de investigación en foros académicos	237
4. Habilidades de Compromiso y Ética profesional	238
4.1 Discusión e integración de las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional	
<i>Experiencia y Caso “Sra. Carmen”</i>	244
Referencias	245
IV. Consideraciones Finales	246
1. Resumen de habilidades y competencias profesionales	246
2. Incidencia en el campo Psicosocial	248
3. Análisis del Sistema Terapéutico total	249
4. Reflexión y análisis de la experiencia	249
5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalismo y en el campo de trabajo	250
Referencias	251
ANEXOS	
a. Propuesta de Instrumento – Entrevista	
b. Material Didáctico	
c. Guía para el trabajo terapéutico	
d. Presentación CONGRESO: <i>“Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente”</i>	
Presentación CONGRESO: <i>“Apoyo Familiar y Representación Social</i>	

del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar”

e. Orden de Presentación del Juzgado 10° de lo Familiar

I. Introducción y Justificación

1. Análisis de la situación y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar

A lo largo de los años, México ha ido experimentando cambios en diferentes aspectos. Cambios que van desde las políticas internacionales y los momentos históricos en relación con los avances de la tecnología hasta los programas de desarrollo elaborados en materia de salud y bienestar para la población. Cada uno de estos programas se han dirigido a implementar medidas de salud propias de acuerdo al género, la edad, la ocupación, el lugar de residencia, el estatus civil, etc.

Los principales problemas se han relacionado con la distribución de los bienes (pobreza y marginación), acceso a los servicios de salud de calidad (prevención, tratamiento y control) y el derecho a la educación (profesional y técnica). Para cada instancia se ha organizado todo un plan de trabajo que tiene como propósito mejorar la disponibilidad de dichos servicios, y esto se logra con el trabajo de diversos profesionales quienes, a su vez, requieren preparación para llevar al cabo su trabajo y aprender a resolver y prestar atención a los problemas inmediatos multidisciplinariamente.

No es extraño encontrar que la Psicología como ciencia, cada vez se hace más presente en los diferentes ámbitos de trabajo y atención para la salud. El énfasis hacia la importancia del *ser humano* es una premisa que está tomando relevancia, pues es claro que la conjunción *mente – cuerpo* deben ir de la mano. Asimismo, la vida familiar está presente en prácticamente todas las sociedades humanas, con costumbres propias de cada contexto. Lévi–Strauss menciona que “lo que diferencia realmente al hombre del animal es que, en la humanidad, una familia no puede existir sin sociedad, es decir, sin una pluralidad de familias dispuestas a reconocer la existencia de otros vínculos al margen de los lazos de la consanguinidad. Y que el proceso natural de la filiación sólo puede proseguir a través del proceso social de la alianza” (Lévi–Strauss, 1949 en Roudinesco, 2003).

Al conjuntarse el estudio del ser humano y la familia, el análisis social y clínico toman otro rumbo; donde el proceso de cada uno y el proceso integrativo es de ninguna manera excluyente para el trabajo de la Terapia Familiar. Al contrario, es fundamental llevar al cabo el pleno entendimiento del origen de las premisas familiares que van significando la vida de las personas para conseguir los cambios individuales y familiares que se desprendan hacia las siguientes generaciones por venir.

El trabajo de la Terapia Familiar reta y pone en tela de juicio los estilos de afrontamiento y resolución de conflictos mediatos y de antaño que caracterizan a cada familia, y que curiosamente le provén de una identidad específica, que se va manteniendo a pesar de que en ocasiones, los costos sean elevados. El objetivo del trabajo terapéutico, es también, la creación de una identidad alternativa que re-signifique paulativamente a la familia y que de forma auténtica le sea útil para enfrentar las dinámicas cotidianas a las que se enfrenta cada día.

1.1 Características del campo psicosocial

El INEGI reportó en *Indicadores Sociodemográficos de México (1930 - 2000)*, los siguientes datos:

Tamaño, Estructura y Crecimiento de la Población

El censo poblacional del año 2000 muestra que el tamaño de la población total es de 97, 014, 867 personas; en donde el porcentaje de hombres era de 48.7% y el de mujeres 51.3%.

Se observa una baja mortalidad y una baja fecundidad, debido al incremento en la esperanza de vida y a los cambios en los roles dentro de la familia; la mujer se ha ido incorporando a la fuerza productiva y remunerada del país, por lo cual su papel como sólo *ama de casa* se ha empezado a transformar.

Se observa que en las localidades rurales la fecundidad es aún más elevada que en las áreas urbanas.

Distribución de la Población

La manera en que se distribuye la población en el territorio está estrechamente vinculada con los factores de carácter económico, social, político, histórico, ambiental y cultural. De estos, destacan el crecimiento económico, la disponibilidad y uso de recursos, y la oferta de infraestructura y servicios, que a su vez determinan las condiciones de vida de la población y su bienestar.

El Distrito Federal es la entidad más densamente poblada del país, le sigue el Estado de México, al contrario de Baja California Sur, que es el estado con menos de 10 habitantes por km².

Se observa que las entidades predominantemente urbanas son el Distrito Federal, Nuevo León, Baja California y Coahuila; al contrario las entidades como Oaxaca, Chiapas, Hidalgo, Zacatecas y Guerrero son predominantemente rurales.

Fecundidad

Ha sido una de las principales causas de cambio en el país. Tiene un efecto directo en el crecimiento y composición por edades de la población. Igualmente, se relaciona con las transformaciones culturales y sociales que afectan a las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años de edad) e, indirectamente, a la organización social de toda la república.

El descenso de la fecundidad ha contribuido a que las mujeres se desarrollen en amplios sectores sociales, impulsando su participación activa en ámbitos de desarrollo de la vida nacional, como: en la producción, los servicios y la actividad, entre otros.

El cambio en las preferencias e ideales reproductivos se manifiestan en el deseo de un menor tamaño de familia, un mayor esparcimiento de los hijos y un incremento en el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos. Esto ha sido posible, gracias a las iniciativas de ley en materia de salud dirigidas a la mujer, a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud reproductiva. Lo cual pone de manifiesto que la mujer ya se encuentra desempeñando un rol más activo dentro de la toma de decisiones en el ámbito personal y profesional.

Planificación Familiar

A partir de los 70's, se ha buscado regular la dinámica demográfica por parte del Estado Mexicano; esto incluyó la oferta y el otorgamiento de servicios de planificación familiar en las diferentes instituciones de salud, lo que repercutió en la disminución de la fecundidad. Bajo esta premisa, la disponibilidad permitió la generalización del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos eficaces para evitar embarazos no planeados. Las parejas podrían decidir acerca de cuándo y cuántos hijos tener. Los datos de INEGI, muestran que más del 95% de la población femenina entre 15 y 49 años de edad conoce algún método anticonceptivo. De las mujeres que viven en pareja, el 68.4% son usuarias de algún método. El conocimiento y uso de estos métodos se ha extendido rápidamente a las zonas rurales.

Mortalidad

Entre 1940 y 1960 el número de defunciones se redujo de 23 a 12 por cada 1 000 habitantes. Los cambios en los niveles de mortalidad se asocian a los avances en materia de urbanización y salubridad alcanzados. La esperanza de vida, que en 1930 era de 35 años para hombres y 33 para mujeres, en el 2000 se reportó en 73.1 para hombres y 77.6 años de vida para mujeres.

Migración

En 1930, 1 de cada 10 personas residía en una entidad diferente a la de su nacimiento, en tanto que en el año 2000, la proporción es de aproximadamente 1 de cada 5. Las entidades con mayores pérdidas de población por efecto de la migración acumulada son el Distrito Federal, Durango y Veracruz; y aquellas con las ganancias relativas más altas son Quintana Roo, Baja California y Baja California Sur.

Nupcialidad

La dinámica del estado civil de la población muestra que desde 1960, la proporción de las personas solteras, unidas y desunidas se ha mantenido casi constante: 4 célibes, 5 unidas y 1 desunida, por cada 10 personas de 12 años y más de edad. El cambio más notable ha sido la disminución relativa de las personas casadas sólo por lo religioso y de las personas en unión libre, y en su lugar se incrementaron las personas casadas sólo civilmente. Las separaciones y los divorcios son más frecuentes en los últimos años y hay más mujeres que hombres en esta situación. Los datos señalan que las mujeres se están divorciando mayoritariamente entre los 25 y 34 años de edad. Asimismo, es visible el aumento de los divorcios en las parejas que tienen una duración promedio de matrimonio de 10 años o más.

Hogares y familias

Los hogares familiares, son la forma predominante en que se agrupa la población; dentro de los cuales los más frecuentes son los nucleares (conformados por el jefe, cónyuge e hijos); y en los no familiares destacan los hogares unipersonales.

Los cambios en la clase de hogar, señalan una disminución moderada de los hogares nucleares, así como un ligero aumento en el porcentaje de hogares unipersonales. El tamaño promedio del hogar ha permanecido relativamente estable durante décadas, pero en años recientes muestra una tendencia a la baja, la cual puede relacionarse con el descenso de la fecundidad y el incremento de la migración.

La composición por sexo, edad y parentesco de la población que reside en hogares permite conocer que en los hogares familiares la presencia de los hijos se ha reducido y en cambio, ha aumentado la de los otros parientes.

El sexo del jefe del hogar, prevalecen las jefaturas masculinas en 8 de cada 10 hogares. Sin embargo, a un nivel más específico, las fuentes muestran altibajos que no permiten establecer una tendencia, por lo que podría suponerse que existe una subestimación en el porcentaje de hogares con niños muestran una tendencia al incremento de la jefatura femenina y a la

reducción de su tamaño medio, mientras que los hogares con ancianos no presentan cambios. La condición de ocupación del jefe y su cónyuge permiten observar que los hogares han experimentado cambios en los últimos años, al reducirse la proporción de aquellos en que sólo el jefe trabaja e incrementarse de manera importante la de los hogares en que el jefe y la cónyuge trabajan. Y finalmente, en relación a la cuestión económica, poco menos de la mitad de los perceptores del hogar son los jefes varones, seguidos por los hijos y las cónyuges con alrededor del 15% en cada caso.

Educación

El porcentaje de la población alfabeto, la asistencia a la escuela y la proporción de población de 15 años y más con educación post secundaria ha crecido en forma constante, y se ha reducido el porcentaje de población de 15 años y más sin instrucción o con primaria incompleta.

Salud

En 1930, la mitad de las defunciones que eran registradas, se debían a enfermedades infecciosas y parasitarias: 47% y a medida que se han intensificado los programas sanitarios y las campañas de vacunación, la presencia de estas enfermedades disminuyó. Se han incrementado las defunciones a causa de las enfermedades crónico – degenerativas, por accidentes y casos de violencia. Estos últimos se han triplicado al representar el 12.3% total de las defunciones.

Discapacidad

El XII Censo General de Población y Vivienda (2000), incluyó 2 variables para conocer el monto de población con discapacidad: el tipo de discapacidad y el origen. Los resultados señalan que 2 de cada 10 mexicanos tiene alguna discapacidad, y son los adultos mayores los que registran las proporciones más altas de discapacidad (13.9%). A nivel nacional se distribuye de la siguiente manera: 44.9% discapacidad motriz; 16.5% discapacidad auditiva; 4.5% discapacidad de lenguaje; 28.6% discapacidad visual; 14.6% discapacidad mental y 0.7% con algún otro tipo de discapacidad. Acerca de la causa que las originó; de cada 100:32 fueron por enfermedad, 23 por vejez, 19 desde el nacimiento, 18 por accidente y 2 por otras causas.

SIDA

En términos de epidemia se han incrementado los casos notificados y diagnosticados de esta enfermedad. El mayor número de casos diagnosticados se registraron entre 1994 y 1995. Se han puesto en marcha programas de información y prevención de las infecciones de transmisión sexual, se van abriendo paso entre la población juvenil principalmente. Esto es de suma importancia ya que se calcula que el 40% de las personas infectadas desconocen que ya adquirieron la enfermedad, poniendo en riesgo a las nuevas parejas sexuales.

La Secretaría de Salud, en el *Registro Nacional de casos de SIDA (2007)*, reporta que el Distrito Federal destaca en 1^{er} lugar en todo el país por el número de personas que viven con VIH, y en las estimaciones de personas infectadas, con 20,623 casos de SIDA acumulados al 31 de marzo de 2007, 18.6% total nacional, y la incidencia acumulada más elevada de todo el país; 233.9% por cada 100 mil habitantes, que representa más del doble de la incidencia nacional

Trabajo

De acuerdo con los indicadores del XII Censo de Población (2000), el volumen de población económicamente activa en las últimas siete décadas aumentó de 5.2 millones a 39.8 millones. La tasa neta de participación económica se elevó de 46.1% a 56%, lo que demuestra un aumento en la población en edad de trabajar que se incorpora al mercado laboral.

El cambio más notable se observa en la fuerza de trabajo femenina que en 1930 era de 240 mil mujeres, para 1999 se estimaba en 13.3 millones de mujeres. Sin embargo, sigue prevaleciendo la tradicional división sexual del trabajo que asigna a los hombres el papel de proveedores de los bienes económicos para el hogar y a las mujeres el de responsables de realizar las tareas domésticas.

Seguridad Social

Entre 1970 y 1999, no se observaron variaciones relevantes en la composición de la población derechohabiente, en relación al número de beneficiarios o familiares, asegurados y pensionados, a pesar de los cambios, que han permitido incorporar a esposos o concubenarios y a los descendientes. Los indicadores por institución muestran que el promedio de familiares afiliados por asegurado, de 1970 a 1999 ha sido mayor en el ISSSTE que en el IMSS. En 1997, el IMSS incorporó cinco rangos de seguro a su reforma: riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y el de guarderías y prestaciones sociales.

Vivienda

Entre 1950 t 1995, la tasa de crecimiento del número de viviendas presentó una tendencia ascendente, hasta experimentar su máximo nivel entre 1990 y 1995, con el 3.3% de crecimiento anual. El tamaño de las viviendas ha tendido a mejorar, logrando cierta estabilidad en el 2000. Se observa una disminución porcentual de las viviendas con un menor número de cuartos por el crecimiento porcentual de las viviendas con tres y cuatro cuartos. El promedio de ocupantes ha disminuido a 1.6 personas, en el Distrito Federal el promedio es de 1.2, mientras que en Chiapas y Guerrero es de 2.4 personas en cada cuarto.

En cuanto a la disponibilidad de los servicios básicos, se ha dado un mayor avance en la electrificación, seguido por el servicio de agua entubada y drenaje.

Seguridad y Orden Público

El desempeño y las escasas oportunidades para contar con remuneraciones adecuadas además de las discrepancias entre las aspiraciones sociales a bienes y satisfactores y las condiciones materiales (reales) de las personas. La inseguridad se ha convertido en una gran preocupación nacional. De 1980 a 1999, el número de presuntos delincuentes y delincuentes sentenciados aumentó en más del doble; en el caso de las mujeres presuntas delincuentes la cifra se triplicó: pasó de más de 6 mil a más de 19 mil en el mismo periodo, de las delincuentes sentenciadas: el número pasó de más de 5 mil a poco más de 13 mil. Las entidades con mayor número de presuntos delincuentes son el Distrito Federal, Estado de México y Veracruz.

Las cifras en cuanto a los menores infractores reportan que más de 10 mil adolescentes y casi 4 mil padres de familia reciben atención para prevenir conductas infractoras.

En cuanto a los intentos suicidas y los suicidios, en 1999 poco más de la mitad de la población que intentó suicidarse eran mujeres, en cambio el 85% de los suicidios consumados fueron de hombres. La entidad federativa en la que sucede la mayor parte de los intentos de suicidio es Yucatán, y en Jalisco se presenta el mayor número de suicidios. Los suicidios ocurren con menor frecuencia en Tlaxcala y Baja California Sur.

Los datos demuestran que la principal causa de los intentos de suicidio y suicidios es el *disgusto familiar*, seguido por cuestiones amorosas. El medio más utilizado en los intentos de suicidio es la intoxicación y para suicidarse el estrangulamiento; y la casa habitación es el sitio más común en ambos casos.

En otras fuentes consultadas, los datos más relevantes para tener una visión integral de la situación psicosocial son los siguientes:

La *Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (2002)*, brinda evidencias empíricas sobre la magnitud del trabajo doméstico no remunerado, cuya realización ha recaído fundamentalmente en las mujeres, debido a los patrones de género vigentes. Es importante saber que los objetivos particulares de esta encuesta son:

- Identificar y cuantificar las diferencias y desigualdades de género en la utilización del tiempo a nivel familiar y social,
- Brindar insumos para contribuir a la valoración del trabajo doméstico no remunerado realizado por los hombres y las mujeres de 12 años y más,
- Hacer visible el trabajo de la mujer en el hogar y contribuir a medir el tiempo que utiliza en la producción de bienes y servicios domésticos destinados al consumo de los miembros del hogar.

Adicciones

En México mueren diariamente 147 personas por enfermedades asociadas al consumo de tabaco. Se estima que 3.5 millones de personas de entre 12 y 65 años de edad han usado alguna droga ilícita al menos una vez en la vida, y se estima que casi 570 mil personas las consumen en forma regular. El *Programa Nacional de Prevención de Adicciones*, en medios de comunicación, incluye la capacitación a nivel nacional de comunicadores y televisoras para que den a conocer información veraz y preventiva sobre el problema del consumo de drogas.

Cabe mencionar, que se abordarán con mayor extensión los temas de Violencia Familiar y Diversidad Sexual, ya que los casos clínicos que se analizan más adelante se encuentran relacionados a ellos.

Violencia Familiar

La Violencia Familiar es un problema social de grandes dimensiones cuyas consecuencias ponen en riesgo la salud, e incluso la vida de los grupos de población que son más vulnerables en función de su sexo, edad, condiciones físicas: mujeres, niñas, niños, ancianos y personas con discapacidad.

A nivel mundial, las estimaciones más precisas sobre violencia de Género muestran que al menos:

- Una de cada cuatro mujeres sufre Violencia doméstica,
- 25% sufre una violación o intento de violación,

- 25% de las niñas es objeto de algún tipo de intromisión en su intimidad durante la niñez,
- 25% de las mujeres es acosada sexualmente en el trabajo o en espacios públicos
- La gran mayoría de los actos violentos, particularmente de agresiones sexuales, son perpetrados por hombres.
- Según 48 encuestas realizadas en todo el mundo, entre 10 y 69% de las mujeres indicó haber sido objeto de agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas (OMS, 2005).

En México, se realizó en el año 2003, la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*, para conocer que 1 de cada 5 mujeres sufre maltrato por parte de su pareja, con importantes consecuencias tanto para su salud física como emocional, ya que puede provocar trastornos, tales como: depresión y baja autoestima.

Un ejemplo de esto, es que la *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (2003)*, aplicada a mayores de 15 años, usuarias de los servicios de salud, obtuvo como datos que el 30% de las entrevistadas manifestó violencia psicológica, a través de celos, desvalorización de la estima, amenazas e intimidación. En tanto, que es 8% señaló sufrir maltrato sexual que se produce cuando se les obliga a mantener relaciones sexuales forzadas o condicionadas, circunstancias que hieren profundamente la autoestima de las mujeres.

A nivel nacional, se encontraron los siguientes resultados:

- De las mujeres que viven con su pareja en el mismo hogar, el 44% reportó algún incidente de violencia emocional, física o sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta,
- De este 44% más de la mitad padece al menos dos tipos de violencia distintos, uno de los cuales es la violencia psicológica,
- El 35.4% de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia emocional,
- El 27.3% de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia económica
- El 9.3% de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia física,
- El 7.8% de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia sexual.

La *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2003*, En la zona metropolitana, las cifras indican:

- Solamente se buscó ayuda en 14.4% de los hogares del área metropolitana de la Ciudad de México, en donde se sufrió algún tipo de violencia familiar,
- De acuerdo con los datos que proporciona la *Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF)* de 1999, de los 4.3 millones de hogares del área metropolitana, 1 de cada 3 hogares - que involucra a 5.8 millones de habitantes – sufre algún tipo de violencia intrafamiliar,
- La *ENVIF* identificó que los miembros de la familia más agresivos son el jefe de la familia (45.5%) y la cónyuge (44.1%), mientras que las víctimas más frecuentes en todos los tipos de maltrato fueron las hijas e hijos (44.9%) y la cónyuge (38.9%),
- La *ENVIF* reveló que los hogares con jefe hombre, 32.5% reportó algún tipo de violencia; porcentaje mayor al que fue reportado en los hogares, en los que el jefe de familia son mujeres (22%),
- En los hogares donde se detectó maltrato emocional, sus expresiones más frecuentes fueron los gritos (86%), el enojo fuerte (41%) y los insultos (26%). En los 215 mil hogares donde se detectaron intimidaciones, éstas se expresaron en actos como empujones (46%), jaloneos (41%) y amenazas verbales (38%). Asimismo, en aquellos hogares en donde se identificó violencia física (147mil), las formas que asumió este tipo de violencia fueron golpes con el puño (42%), bofetadas (40%), golpes con objetos (23%) y patadas (21%). Cabe señalar que los tipos de violencia no son excluyentes,
- En los más de 14 mil hogares donde se registró abuso sexual, éste se tradujo en presión verbal para forzar relaciones sexuales (84%), uso de la fuerza para tener relaciones sexuales (54%) y obligar a tener relaciones sexuales cuando otros ven y oyen (6%),
- Los resultados revelan que sólo solicitaron ayuda 14 de cada 100 hogares (14.4%) en donde se registran actos de violencia. Los tipos de apoyo más requeridos fueron el psicológico y el de la iglesia,
- Por cada 100 receptores de violencia, 96 son mujeres y 4 hombres. De los generadores de violencia: 9 de cada 100 son mujeres y 91 son hombres,
- El DIF reportó 28 mil 559 menores maltratados atendidos en el año 2000. El tipo de maltrato más frecuente es el físico (31.2%), seguido de la omisión de cuidados (27.7%),
- De cada 100 llamadas a la *Línea Mujer*, 59 solicitaron apoyo psicológico y/o legal por maltrato intrafamiliar, de cada 100 llamadas relacionadas con situaciones de violencia, 77 corresponden a llamadas de mujeres. Las 23 restantes corresponden a hombres,

- De acuerdo con la Secretaría de Salud, en el año 2001 se atendieron 855 mil casos por lesiones; de éstos: 1.7% corresponde a lesiones por violencia intrafamiliar. El 60% de las atenciones por violencia intrafamiliar correspondió a mujeres.

En resumen, se calcula que, en la Ciudad de México, la violencia doméstica ocupa el 3^{er} lugar en pérdida de años de vida saludable, después de los problemas de parto y la Diabetes Mellitus.

Con base a estos datos y a las investigaciones que en materia de salud se han realizado, las acciones que se han emprendido en la lucha por prevenir y erradicar la Violencia Intrafamiliar son:

- *El Programa Nacional Por una Vida Sin Violencia*, programas más importantes del *Inmujeres* en materia de violencia, se conjunta las actividades y programas propios de diversas secretarías de la Administración Pública Federal, para el combate de la violencia familiar y contra la mujer. Se pretende abordar, de forma integral, el problema de la violencia familiar y de género. Que van desde prevención, de atención, de detección, de comunicación y enlace institucional, de normatividad, de coordinación y enlace con la sociedad civil, de información y evaluación. El Programa Nacional “*Por una vida sin Violencia*”, fue presentado públicamente el 25 de noviembre del 2005, en el marco del Día Internacional de la NO – violencia hacia las mujeres y las niñas.
- El sistema de orientación y canalización telefónica a mujeres y niñas en situación de violencia. “*Vida sin violencia*” 01 800 911 25 11, cuyo objetivo es instrumentar y operar, en apoyo a las políticas del Instituto Nacional de la Mujer, un servicio telefónico nacional y gratuito de orientación, información y canalización, dirigido a mujeres y niñas en situación de violencia, proporcionando las 24 horas, los 365 días del año, apoyo emocional, intervención en crisis y asesoría legal. Este proyecto se encuentra en fase de prueba.
- *Propuestas para una convivencia democrática en la familia*, es un proyecto realizado de manera conjunta por *Inmujeres*, el Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el cual pretende contribuir a la transición democrática de México, a través de la incorporación de una cultura de equidad de género y democratización de la familia en los programas de Gobierno que trabajan con políticas sociales. Este programa pretende aprovechar los proyectos comunitarios, económicos, sociales y productivos de las entidades federativas (Baja California Sur, Distrito Federal, Guanajuato, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Veracruz y Yucatán) que tienen algún

avance en la legislación para prevenir y sancionar la violencia intrafamiliar que han desarrollado programas para la prevención y atención de la violencia familiar.

- En materia jurídica se elaboró la investigación *Legislar con Perspectiva de Género, Evaluación legislativa en materia de derechos humanos de mujeres, niñas y niños*. Esta investigación consiste en el análisis de las normas federales y locales a la luz de la perspectiva de género y de las convenciones internacionales de protección de los derechos humanos de las mujeres. El tema de violencia contra las mujeres es medular en este documento, ya que uno de los instrumentos internacionales es la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como *Convención de Belém do Pará*.

Finalmente, con base a estos datos, a partir de 2006, la atención médica psicológica de la violencia intrafamiliar y sexual se incluye en el *Catálogo de Servicios Esenciales del Seguro Popular*.

Género y Equidad

Uno de los objetivos del *Programa de Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres* que desarrolló *Inmujeres*, establece como objetivo principal eliminar las desigualdades que impiden a las mujeres alcanzar una salud integral, para contribuir al logro de este objetivo es importante reconocer que la salud de las mujeres es dinámica, lo que se debe en gran medida a que es el punto focal en el cual convergen los aspectos biológicos y sociales. Existen diversos factores determinantes en la salud deben ser estudiados y abordados desde todos los ángulos, y de manera especial desde la perspectiva de género, ya que salta a la vista que entre mujeres y hombres difieren significativamente las necesidades y los riesgos, así como el acceso a los servicios. Por esta razón, *Inmujeres* abrió un espacio cibernético con la finalidad de promover, informar y difundir información sobre temas de equidad de género y enfoque intercultural en salud para que personas que, de alguna manera u otra su trabajo profesional o personal está relacionado con la población rural e indígena y especial con las mujeres.

Actualmente, el *Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres (Proequidad)*, refleja el compromiso del gobierno federal con las mujeres de México, a partir de los tres postulados fundamentales definidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2000 – 2006: *Humanismo, Equidad y Cambio*.

En este contexto, *Proequidad* es un proceso que refleja la voluntad política del gobierno federal por introducir, de manera transversal, un enfoque de género en el diseño, ejecución y evaluación de sus políticas públicas, de ahí que no sea un fin en sí mismo, sino un punto de partida desde el cual se articulan objetivos, estrategias y acciones cuya ejecución es responsabilidad de toda la administración pública federal, cada sector en sus áreas de competencia, todos unidos en un objetivo común: la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de las mujeres.

Diversidad

En el marco internacional de los derechos humanos, no hay definiciones acerca de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI), ya que los instrumentos internacionales como tales no mencionan directamente la *orientación sexual*, se hace referencia a las *preferencias sexuales y/o identidad de género*. El *Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas* en el caso “Toonen v. Australia” señaló que la referencia al sexo en los artículos 2 párrafo 1 y 26 del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* incluye la *inclinación sexual*. Esto es, los Estados no pueden limitar el disfrute de los derechos humanos en función de la orientación sexual de las personas.

The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation To Sexual Orientation and Gender Identity (2007) definen la *orientación sexual*, como la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente o del mismo género que el suyo, o de más de ambos géneros. La *identidad de género*, se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

Con base a estas ideas, la Ley para prevenir la discriminación en el Distrito Federal, define la *orientación sexual*, como la capacidad de una persona para sentirse atraída por las de su mismo sexo, por las del sexo opuesto o ambas; y la identidad de género como referida: a la manifestación personal de pertenencia a un género determinado, a la aceptación o rechazo entre el género biológico y el género psicológico.

Los datos estadísticos del *II Censo de Población y Vivienda (2005)*, para la Ciudad de México, estiman que entre gays y lesbianas son el 5 – 6% y 10% de la población; esto es 208,548 – 250,301 como mínimo y 872,092 personas máximo. En referente a estas cifras, la *Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación en el Distrito Federal* contempla en su definición de discriminación, la orientación sexual y la identidad de género como categorías protegidas. En el Distrito Federal se aprobó y reconoció la unión de parejas del mismo sexo que contempla protección patrimonial y jurídica a esta población, a través de las Sociedades de Convivencia. Esta ley entró en vigor en marzo del 2007; permitió el registro –en 6 meses- de 194 uniones de parejas, en un 96% de los casos parejas del mismo sexo y de las que 6 de cada 10 son entre hombres, principalmente concentradas en las demarcaciones políticas Cuauhtémoc: 31 uniones; Iztapalapa: 28 uniones; Benito Juárez: 23 uniones y Coyoacán: 23 uniones.

A nivel federal la Cámara de Diputados aprobó un punto de acuerdo para establecer el 17 de mayo como el *Día nacional contra la Homofobia*, mientras que en el Distrito Federal se expidió un acuerdo, con el mismo propósito de instaurar el día de lucha contra la homofobia, haciendo responsable de las acciones a la Secretaría de Desarrollo Social.

La lucha por la Igualdad y la Intolerancia emerge de los espacios universitarios y poco a poco ha sido tomada en cuenta para el reconocimiento jurídico. El 29 de septiembre de 2006, se llevó al cabo el *Encuentro laico sobre la Diversidad, Sexualidad y Familias*, en donde se recordó que aún no se consiguen los avances en los temas de los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes, de la diversidad sexual o planificación familiar y el reconocimiento jurídico entre personas del mismo sexo.

En la Agenda Legislativa del grupo parlamentario del PRD de la LX Legislatura, en el punto II. Equidad y derechos humanos, específicamente en el tema de Diversidad Sexual propuso:

- Fortalecer el pleno ejercicio de los derechos humanos en el marco del respeto a la diversidad sexual
- Impulsar la aprobación de la Ley de Identidad sexo – genérica
- Crear el Instituto Nacional de Educación en la Sexualidad
- Penalizar los crímenes de odio
- Legislar en materia civil, respecto de la legislación del matrimonio entre personas del mismo sexo
- Impulsar la aprobación para que el servicio médico público sea extendido a las parejas del mismo sexo

Además de estas propuestas se presentaron y aprobaron otras en relación a temas de interés común, como:

- Llevar al cabo las acciones legislativas pertinentes de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual, así como para promover el respeto a la diversidad, a la educación sexual de adolescentes y a sus derechos sexuales y reproductivos
- Definir las reformas legislativas necesarias para impulsar y extender los programas y cursos de orientación e información sobre adicciones, nutrición, derechos sexuales y salud reproductiva, medio ambiente, servicios culturales juveniles, género y equidad, apoyo a jóvenes en situación de exclusión, derechos humanos, incorporación laboral, autoempleo, vivienda y en general todas aquellas actividades que mejoren el nivel de vida de las y los jóvenes, así como sus expectativas sociales, económicas y culturales
- Impulsar reformas a la Ley General de Salud en reproducción asistida e investigación médica con el objeto de permitir el desarrollo científico y el cumplimiento pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Reformas legislativas para prevenir, sancionar y atender los delitos de abuso y explotación sexual en contra de niñas, niños y adolescentes.
- Lograr en todos los niveles y grados de educación básica una educación en sexualidad y afectividad integral, objetiva, científica gradual y formativa
- Aprobar las reformas necesarias para lograr que ningún estudiante sea objeto de discriminación, sanción o expulsión, motivada por su origen étnico, género, condición social, religión, discapacidades, afecciones físicas o mentales, condiciones de salud, orientación sexual o cualquier otra que atenten contra la dignidad humana. Es decir, la ampliación de los derechos civiles y sociales de las y los mexicanos.

Finalmente, es necesario acotar que cada uno de los temas mencionados se encuentran circundando y permeando la vida personal y familiar de todos los mexicanos. Cada circunstancia que provoque alguna desestabilización será motivo y campo de acción de la Terapia Familiar Sistémica. Por tal, es preciso conocer la dinámica multicultural y social para generar estrategias de solución y planes de prevención.

1.2 Principales problemas que presentan las familias

<i>Niños</i>	<i>Adolescentes</i>	<i>Adultos</i>	<i>Pareja</i>	<i>Familia</i>
Problemas de conducta	Ansiedad	Ansiedad	Problemas de comunicación	Problemas de comunicación
Agresión y violencia	Depresión y soledad	Depresión y soledad	Depresión y soledad	Depresión y soledad
Desobediencia	Agresiones y violencia	Agresiones y violencia	Agresiones y violencia	Agresiones y violencia
Bajo desempeño escolar	Rendimiento escolar	Conflicto en el desempeño sexual	Conflicto en el desempeño sexual	Intentos de suicidio
Hiperactividad o TDAH	Intentos de suicidio	Intentos de suicidio	Adicciones y/o alcoholismo	Embarazos no deseados
Conflicto de lealtades	Conflicto de lealtades	Separación y/o divorcio	Separación y/o divorcio	Separación y/o divorcio
Abuso sexual	Conflictos con la autoridad de los padres	Infidelidad, pérdida de confianza	Infidelidad, pérdida de confianza	Repercusiones de la infidelidad en el sistema total
	Adicciones y/o alcoholismo	Adicciones y/o alcoholismo	Re – encuentro de la pareja con hijos adultos	Adicciones y/o alcoholismo
	Conductas de riesgo en el área sexual y huidas de casa	Problemas en el establecimiento de límites con los hijos	Problemas en el establecimiento de límites con los hijos y acuerdos entre los padres	Problemas en el establecimiento de límites con los hijos
			Problemas en el establecimiento de límites con los ex – esposos en la crianza de los hijos	Familias restituidas: problemas en el establecimiento de los límites con los ex – esposos en la crianza de los hijos.

La tabla es un concentrado de las problemática atendidas en el curso de la Residencia en Terapia Familiar, en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” en el periodo comprendido 2003 – 2006.

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

La Posmodernidad surgió al contrario a las creencias de la tradición científica identificada con la Modernidad, que afirma que el lenguaje refleja el contenido de la mente y ésta refleja la realidad. La tendencia Socioconstruccionista o Construccionismo Social, afirman que la mente no *refleja* el mundo, que las palabras no reflejan al mundo o a la realidad.

Autores como Kenneth Gergen, Tomás Ibáñez, John Searle, Rom Harré y John Shotter, son considerados dentro de esta corriente.

Fue resultado de los movimientos ideológicos y sociales el consolidar un pensamiento Posmoderno, para provocar cambios en la homeostasis de los sistemas; la retroalimentación negativa es el cambio. Dentro de las principales aportaciones del Posmodernismo, que lo fundamentan como alternativa para abordar y resolver las problemáticas, son:

- *La Teoría de la Acción*, y la preocupación por el tema de la intersubjetividad y por la naturaleza social de los significados; una teoría que concibe al ser humano como un *agente* propositivo, capaz de autodirigir su conducta, pleno de racionalidad práctica e implicado en actividades de construcción y desciframiento de significados.
- *La Teoría de la estructuración*, de Anthony Giddens, en donde resalta la naturaleza hermenéutica de los significados, así como los niveles de conocimiento “discursivos” y “prácticos” de los actores sociales.
- *El Contextualismo*, de Ralph Rosnow, quien explica que el carácter organizado de la totalidad contextual en el que transcurren los acontecimientos humanos, resaltando que el contexto sólo existe a través de los actos que constituye, y que los actos existen en relación al contexto que los constituye.
- *El Modelo Transformacional de la Actividad social*, de Roy Bhaskar que destaca el carácter abierto de los sistemas sociales, sobre todo en la medida que aportan elementos para que las personas perciban las fuentes de determinación que actúan sobre ellas y, al mismo, para que se liberen de las falsas concepciones.
- *La Teoría Crítica*, de Jurgen Habermas que marcaba una distinción entre el interés por el control y la predicción, y el interés por la comprensión y por la emancipación que subyacen en tres tipos de conocimientos distintos: el analítico, el hermenéutico y el crítico (incluyendo la preocupación por generar “*saberes emancipatorios*”).

- *La Orientación Hermenéutica*, de Dilthey, Heidegger, Wittgenstein, Gadamer, Habermas, Ricoeur y Taylor; donde se afirma que el “saber” descansa sobre presupuestos hermenéuticos y sobre las preinterpretaciones inherentes al lenguaje. Esta orientación considera que toda interpretación es relativa a sus condiciones socio – históricas de producción y a los anclajes culturales y lingüísticos del sistema de significados que la articulan.
- *El Deconstruccionismo*, de Jacques Derrida, en el que se considera que la realidad son convenciones culturales históricamente situadas y medidas a través del lenguaje; que el significado de las palabras no se deriva de los procesos que supuestamente representa, sino como menciona Wittgenstein, de su posición en las secuencias de la acción o “juegos de lenguaje”. Así, el lenguaje es metafórico, pues no deriva sus características de la realidad, sino de otro lenguaje en donde el significado último de las palabras suele llegar a perderse entre los complejos enredos de las historias narradas.

Limón (2005), menciona que una historia particular no puede ser falsa ni verdadera, sino una construcción social como otras tantas que, relativiza las concepciones previas acerca de “la verdad”, y al mismo tiempo le da sentido y coherencia al planteamiento de Jean-François Lyotard y Paul Feyerabend, que plantea el “todo se vale”.

En relación a estas aportaciones, se deja a un lado la Cibernética para ubicarse en la Hermenéutica: los terapeutas familiares abandonan la curva de la retroalimentación de los sistemas cibernéticos para entrar en la intersubjetividad del diálogo. Lo que se ha vuelto herramienta, medio, contexto y metáfora central: la conversación.

Anderson y Goolishian, 1992 en Limón (2005), mencionaron que el ser humano se vislumbró como generador de significados, destacando que los significados sólo existen dentro del discurso, el lenguaje y la conversación. De esta manera, las personas viven y entienden su vida a través de las realidades narrativas construidas socialmente, incorporadas en lo particular, pragmatizadas en la vida y organizadas por la experiencia.

Se puede apreciar al *sistema terapéutico* como un sistema lingüístico para generar estos significados alternativos. En este sistema de organización y disolución del problema, el terapeuta es un observador – participante y un facilitador – participante que va abriendo una nueva “realidad” al formular preguntas desde una posición de “ignorancia” o “no saber”, para

generar un giro en el pensamiento cotidiano del otro. El poder central del cambio, se basa en la capacidad del sistema terapéutico para ir girando alrededor de diferentes relatos, o para girar en una nueva relación de los hechos conocidos en un contexto nuevo y distinto, que lleve al sistema a través del diálogo a desenvolverse. El resultado es la creación de una nueva narración: la narración de “las historias no contadas”.

En conclusión, al realizar este bosquejo de lo que ofrece el Posmodernismo, la postura es aceptar y generar la viabilidad de los múltiples relatos, renunciando a la idea de una narrativa privilegiada y única. No existe el compromiso con una sola y exclusiva verdad, creencia, postulado, prejuicio o discurso. Se deja el camino despejado para la construcción de realidades alternativas en el trabajo psicoterapéutico.

Referencias:

2000: INEGI *XII Censo de Población y Vivienda 2000. tabuladores de l muestra censal. Cuestionario ampliado*, México, 2000.

2001: INEGI *Indicadores sociodemográficos de México (1930 – 2000*, México, 2000.

American Psychological Association (APA), *Answers to Your Questions about Sexual Orientation and Homosexuality*. Washington. Oficina de Comunicaciones, 2006.

American Psychological Association (APA), *The Yogyakarta Principles. Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation To Sexual Orientation and Gender Identity*, Génova, Marzo, 2007.

García, B. *Los determinantes de la oferta de mano de obra en México*. Cuadernos de Trabajo Núm 6. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. México, 1994.

Gobierno del Distrito Federal, *Ley para prevenir y erradicar la discriminación en el Distrito Federal*, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 19 de Julio de 2006, artículo 4, fracciones VIII y XIII.

Comité de Derechos Humanos: *Toonen v. Australia*, Comunicación no. 488/1992, 31 de marzo de 1994.

Jusidman, C. y Eternod, M. *La participación de la población en la actividad económica en México*. (Monografías Censales de México). INEGI – IISUNAM. México, 1994.

Limón, A. G. (2005). *El giro interpretativo en Psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción Social*. México: Pax.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. *Guía de acciones estratégicas Para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género*. Derechos Humanos, Salud y VIH, México, junio de 2007.

Salud, Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de Salud: *Violencia contra las mujeres: grave riesgo para la salud*. Num. 41, Dic: 2005.

Salud, Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de Salud: *Medios de Comunicación y prevención de adicciones*. Num. 41, Dic: 2005.

Secretaría de Salud, *Registro Nacional de casos de SIDA*, datos al 31 de marzo de 2007.

[http://www.Anodis:Agencia_de_noticias_sobre_la_Diversidad_Sexual/Encuentro_laico_sobre Diversidad_Sexualidad_y_Familias](http://www.Anodis:Agencia_de_noticias_sobre_la_Diversidad_Sexual/Encuentro_laico_sobre_Diversidad_Sexualidad_y_Familias)

<http://www.inmujeres.gob.mx/pprincipal/index.html>

<http://www.itcilo.it/actrav/english/common/oms/C111.html>

<http://sicedaw.inmujeres.gob.mx>

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

2.1 Descripción de los escenarios

El proyecto original del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” surgió como un plan piloto dirigido a la población estudiantil de la Facultad de Psicología y a su familia nuclear, con el propósito de ampliarlo más adelante a toda la población universitaria y a la comunidad general.

Fue fundado en 28 de noviembre de 1983. Y se encuentra ubicado en el sótano del edificio D, de posgrado, en la Facultad de Psicología de la UNAM, con dirección en Av. Universidad 3004.

Cuenta con 12 cubículos para atención individual, 4 cámaras de Gesell, 1 cubículo para terapeutas, 1 cubículo para residentes de Medicina Conductual, 2 oficinas para asuntos administrativos (coordinación del centro y canalización de casos), área de recepción, sala de espera, cocina-desayunador, cuarto de intendencia y sanitarios.

El espacio con mayor frecuencia de uso para la atención de las familias fue el de las cámaras de Gesell. Éstas cuentan con circuito de televisión cerrado, de audio y vídeo, sillones, sillas y mesas que pueden adaptarse de acuerdo a las necesidades del tipo de terapia (individual, de pareja y/o familiar). La cámara está dividida por un espejo unidireccional; las dimensiones de las cámaras de Gesell varían, en promedio el área para observación (del equipo) tiene una capacidad para 20 personas y el área de consulta (para terapeuta y pacientes) tiene un espacio para 7 personas, aproximadamente.

Los objetivos del Centro son:

- Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada a nivel de estudios superiores
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica directa y supervisada, con el fin de superar la antigua escisión entre la teoría y la práctica.
- Desarrollar programas de investigación
- Ofrecer servicio psicológico a la comunidad

Estos objetivos se han ido cubriendo a lo largo del tiempo, gracias a la intervención del Dr. Lichtszajn, ya que el Centro tuvo un gran auge para el entrenamiento y supervisión a estudiantes avanzados de posgrado, en trabajos de investigación en coordinación con el programa de la maestría y el doctorado de Psicología Clínica y para la docencia en materias teórico – prácticas de la licenciatura en Psicología.

El horario de atención del centro es de 8:30 a 19:00 hrs. Las actividades que realizan los residentes en Terapia Familiar se dividieron en dos turnos: matutino y vespertino; con una mayor demanda para la atención en horario matutino.

Los servicios que se ofrecen en el centro son:

- Tratamiento psicológico de alteraciones fisiológicas.
- Modificación de hábitos alimenticios
- Terapia individual
- Terapia infantil
- Terapia para adolescentes
- Terapia racional emotiva
- Atención psicológica para enfermedades crónico-degenerativas
- Terapia Familiar y de Pareja
- Práctica supervisada para licenciatura, servicio social y práctica profesionales.
- Pre-consultas y canalizaciones externas
- Impartición de talleres como: Autoestima, manejo de estrés y taller para padres.

2.2 Análisis sistémico de los escenarios (personal, redes, roles, organigrama, sectores implicados, fuentes de referencia, contexto, etc.)

La Residencia de Medicina Conductual y Terapia Familiar Sistémica, tienen dentro de sus funciones la realización de pre – consultas con el fin de canalizar a los diferentes programas de atención o instituciones externas.

Redes

El Centro cuenta con un directorio de instituciones a las cuales se les puede canalizar algún caso excepcional o que quede fuera del alcance de atención del Centro. Estas instituciones, en su mayoría cuentan con atención de alta calidad y costo accesible.

- Las instituciones a las que se remiten o canalizan a los pacientes son:
- Centros comunitarios dependientes de la UNAM;
- Clínicas especializadas;
- Instituciones gubernamentales y privadas;
- Asociaciones civiles; y
- Consulta privada.

Personal y Roles

Los profesores y supervisores adscritos, llevan a cabo tareas de observación de los procesos terapéuticos, de la atención psicológica que brindan los residentes de los diferentes programas de maestría. Se encargan de guiar el entrenamiento clínico, así como de respaldar las decisiones de los terapeutas en supervisión.

La coordinadora del centro está a cargo de la organización, coordinación y asignación de espacios y horarios del centro. La encargada de “canalizaciones” es quien distribuye las solicitudes a los diferentes programas y servicios del centro para su atención. Y en algunas ocasiones, realiza atención psicológica emergente para personas que acuden en crisis al centro.

Los recepcionistas tienen bajo su responsabilidad atención y orientación de los solicitantes, de forma personal o telefónica; la distribución y canalización de las solicitudes para el servicio de pre – consulta; la recepción de llamadas telefónicas y recibos de pago, la elaboración de documentos administrativos, el cuidado y manejo del equipo de vídeo de las cámaras de Gesell y el acceso a éstas.

Además, de que al ser el primer contacto con la población que demanda el servicio se encargan de proporcionar toda la información referente a las funciones y alcances del Centro. Se hace énfasis en que la información vertida en los espacios terapéuticos y los expedientes será estrictamente confidencial y con fines didácticos y/o de investigación.

Las solicitudes son registradas en un base de datos del centro de servicios psicológicos y canalizadas a las diferentes áreas de atención.

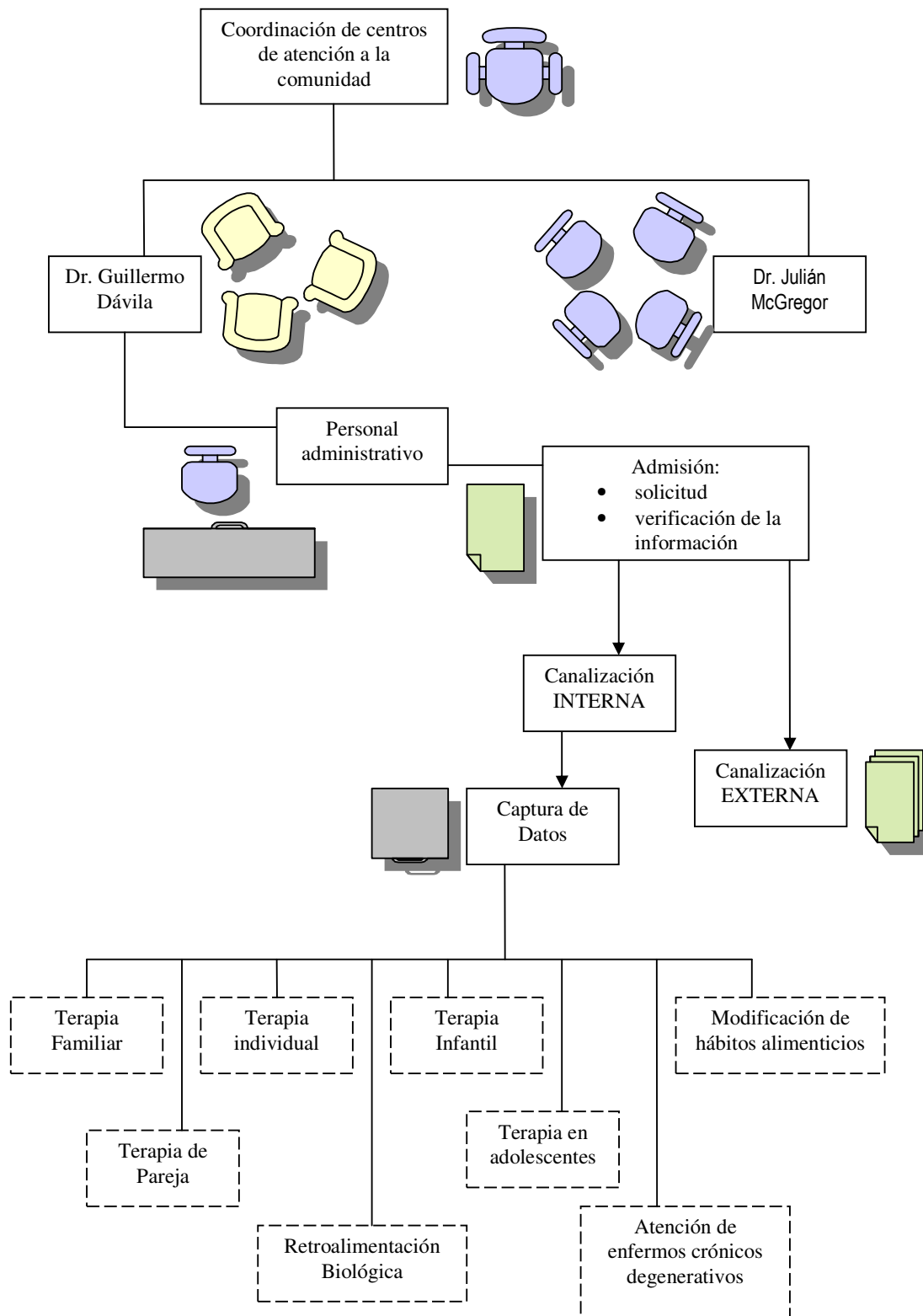
En el caso de la Residencia en Terapia Familiar, los estudiantes contactan directamente a la persona que solicita el servicio. Se hace lo posible por que la 1ª vez la familia asista con todos los miembros que viven en casa o que consideren significativos para la problemática que plantean en el motivo de consulta.

La modalidad de trabajo fue en su mayoría con un terapeuta al frente con la familia y 9 observadores y un supervisor detrás del espejo (*Supervisión Directa*).

A partir del tercer semestre el grupo se organizó en tres equipos quienes atendieron casos fuera del horario de clase en las mismas instalaciones, en la modalidad de *Supervisión Narrada*, la cual consistía en hacer un relato del caso frente al grupo y supervisor.

Los modelos de tratamiento utilizados fueron: Estructural, Estratégico, Milán, Terapia Breve, Soluciones, Narrativa, Colaborativa y Equipo de Reflexivo.

Organigrama



Sectores implicados

Al inicio de la maestría fuimos asignados al Centro de Servicios Psicológicos para actividades de supervisión directa o narrada y práctica clínica, atendiendo solicitudes de servicio de terapia familiar, tratamiento de pareja y tratamiento individual.

El procedimiento iniciaba con la entrega de solicitudes 8:30 a 9:30 AM de lunes a viernes, la primera entrevista es una preconsulta que tiene el objetivo de canalizar al paciente en el mismo día que se recibe la solicitud

Posteriormente, la solicitud era canalizada externa o internamente de acuerdo al tipo de servicio requerido, al espacio físico disponible y a los horarios de supervisión directa.

Fuentes de referencia

La procedencia de la población atendida comprende en un 50.4% público en general; el 6.1% son trabajadores administrativos de la UNAM y el 43.5% son estudiantes de la UNAM (de diversas licenciaturas).

La población que se atiende es público en general canalizados por las siguientes instituciones: CENDIS, estudiantes, trabajadores de la UNAM, DIF, hospitales psiquiátricos, medios de comunicación T.V., radio e Internet.

2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios de trabajo clínico**Población atendida**

Los 10 terapeutas familiares en formación atendieron un total de 47 familias.

Durante el 1er semestre de la Residencia, se tuvo la oportunidad de observar el desempeño de la Mtra. Jacqueline Fortes. Además de ser parte de equipos de reflexión y dramatizaciones para aclarar las diferentes formas de intervención de los Modelos Estructural, Integrativo y Estratégico.

En el 2º semestre, se iniciaron las supervisiones directas. En el Modelo de Terapia Breve del MRI de Palo Alto California, se volvió más cotidiano analizar el lenguaje analógico y digital para examinar con mayor cuidado los aspectos de contenido y proceso en la evolución de los motivos de consulta. Inicié mi entrenamiento a cargo de 2 familias en supervisión directa y una pareja en supervisión narrada, con equipo de coterapeuta y observador. Además,

de que la tarea de observación de los procesos de mis compañeros me llevaban a participar proactivamente en el análisis que se realizaban en las materias prácticas.

Para el 3er semestre, el trabajo era puramente bajo supervisión directa y narrada, en este periodo la responsabilidad por ir cumpliendo los objetivos planteados con las familias era mayor, puesto que ya se encontraban convencidos de asistir al proceso terapéutico, ya habían proporcionado información y era el *timing* para empezar a ver la destreza de nosotros los terapeutas y los equipos de observación. También, se dio un mayor esfuerzo por comprender y diferenciar los nombres de las técnicas de intervención utilizadas con objetivos por sesión, sin olvidar el objetivo general.

Por último, para el 4º semestre, se incorporó la materia de Intervención Comunitaria. La cual tenía como propósito realizar funciones de difusión y prevención de temas dependiendo de las poblaciones a incidir. Este trabajo se llevaba al cabo a la par de la atención de las familias como terapeutas responsables de caso, como co – terapeutas y como equipo de observación.

El trabajo clínico se mantuvo constante a lo largo del entrenamiento, en mi caso particular, cabe mencionar que el trabajo con 2 familias que atendía durante el periodo del entrenamiento, se alargó casi 8 meses posteriores al término formal del tiempo de la maestría. La supervisión continuó con la Mtra. Carolina Díaz – Walls, dada la complejidad de uno de los casos. Se respetó el compromiso pactado con las familias para brindarles la atención pertinente, sin importar que el tiempo ya no fuera de “clase”. El cierre de ambos casos fue exitoso y duradero.

2.4 Experiencia de Prácticas Profesionales en el Hospital Psiquiátrico “Juan N. Navarro”

El servicio que se brinda en el área de Terapia Familiar se dirige al trabajo con un solo miembro de la familia, a la pareja y/o a la familia completa, dependiendo de la línea de trabajo que se planea a partir de cada caso particular. También se proporciona terapia de grupo a los parientes o padres de los niños que se encuentran en otros servicios del hospital.

Descripción

Perteneciendo a la Secretaría de Salud, el Hospital se encuentra ubicado en la zona de hospitales al sur del Distrito Federal, en San Fernando. Cuenta con un inmueble amplio para atender una población infantil con padecimientos psiquiátricos o alteraciones conductuales, labor que han realizado desde hace 40 años. La edad de atención oscila entre los primeros meses de vida hasta los 17 años 11 meses. Las instalaciones se encuentran diseñadas para

atender 5 áreas. Se utilizan cubículos a manera de consultorios para la valoración y tratamiento de primer contacto. De igual forma se tienen espacios para la Hospitalización (tanto masculina como femenina, y área de Cuidados Prolongados), rehabilitación física, áreas de terapia de juego y Socialización.

Además, se cuenta con el servicio de comedor para el personal del hospital, servicio de lavandería, áreas de invernadero, canchas deportivas, servicio de fotocopiado y oficinas administrativas y archivo general.

Población Atendida, Personal y Roles

Esta institución atiende problemas de salud mental en niños y adolescentes desde un punto de vista multidisciplinario (Paidopsiquiatra, Psicólogo encargado del diagnóstico y tratamiento, Trabajadora Social y Enfermera) tomando en cuenta el padecimiento, edad y sexo del menor, a través de 5 áreas fundamentales:

- *Asistencial*: con los servicios de hospitalización continua, parcial y clínicas de consulta externa
- *Atención integral*: que comprende la atención psiquiátrica, psicológica, social y de apoyo a la salud mental
- *Psiquiátrica comunitaria*: ofrece educación para la salud, medidas preventivas y de intervención temprana fuera del hospital
- *Enseñanza*: brinda la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas: incluyéndose servicio social y prácticas profesionales,
- *Investigación*: fomenta la generación de proyectos que apoyen al mejoramiento del trabajo clínico multidisciplinario en beneficio de la población

Sectores implicados

El Hospital brinda los siguientes servicios a través de las siguientes Áreas y Clínicas:

- *Neuropediatría*.- este servicio se brinda como interconsulta para todas las clínicas, dada la edad de atención de la población. Se encarga de realizar evaluaciones por caso particular.
- *Clínica de desarrollo*.- se atienden a niños de 0 a 6 años que padezcan de algún retraso en el desarrollo (física, sensorial o intelectual), o bien que padezcan de algún daño orgánico con retraso mental.

- *Clínica de emociones.*- se atienden a niños de 6 a 12 años con alteraciones en el estado de ánimo por problemas de ansiedad, depresión, fobias, ideación suicida, terrores nocturnos y miedo a la escuela.
- *Clínica de conducta.*- se atienden a niños de 6 a 12 años con alteraciones en la conducta como el Trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad, problemas de Socialización, Retraimiento, agresión.
- *Clínica de adolescencia.*- se atienden adolescentes de 12 a 17 años que se encuentren con problemas relacionados a la etapa de desarrollo, con alteraciones del estado de ánimo o problemas conductuales.
- *Clínica de Autismo .*- brinda los servicios de terapia ambiental, terapia física, rehabilitación física y psicomotricidad a niños y adolescentes que padecen autismo
- *Unidad de adolescentes mujeres.*- ofrecen hospitalización a niñas y adolescentes de 12 a 17 años con brotes psicóticos, adicciones, ideación suicida.
- *Unidad de adolescentes varones.*- ofrecen hospitalización a niños y adolescentes de 12 a 17 años con brotes psicóticos, ideación suicida.
- *Urgencias.*- se realiza parte de la admisión al hospital. Se reciben niños y adolescentes de 0 a 17 años con 11 meses de edad; se realiza la preconsulta para ver si son candidatos a recibir algún servicio o bien ser canalizados a otra institución (centros comunitarios, centros de salud, institutos del sector salud). La referencia a alguna de las clínicas se realizará considerando la edad, los síntomas y el diagnóstico.
- *PAINAVAS.*- atienden niñas y adolescentes de 3 a 17 años que hayan sido víctimas de abuso sexual.
- *PAIDEIA.*- Brinda servicio de consulta externa y admisión hospitalaria a adolescentes de 12 a 17 años 11 meses con problemas de adicciones aplicando un programa de la Comunidad Europea.
- *Unidad de cuidados prolongados.*- Brinda servicios de hospitalización a niños y adolescentes que han sido abandonados y padecen daño orgánico severo y retraso mental profundo. Al cumplir 18 años son trasladados a las granjas para mantenerlos bajo resguardo.

Servicios de apoyo

- Diagnóstico y tratamiento
- Psicodiagnóstico: Psicometría, Evaluación del Desarrollo

- Psicoterapia: Análisis Conductual, Cognitivo – Conductual, Terapia Familiar, Individual y de Pareja.
- Psicopedagogía: para edad preescolar y edad escolar.

Fuentes de referencia

La población que asiste en su mayoría es escasos recursos y es canalizada por los centros de Salud, para obtener una valoración especializada en Paidopsiquiatría. Igualmente pueden ser remitidos por los CENDIS o Guarderías y escuelas públicas, donde se les haya detectado algún problema de aprendizaje o socialización.

Redes

Los pacientes que por sus características médicas no pueden ser atendidos en este Hospital son canalizados a Centros Comunitarios que tengan el servicio de Salud Mental o bien a otros Hospitales pertenecientes al Sector Salud como el Instituto Nacional de Psiquiatría, al Centro Nacional de Rehabilitación y/o al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, en caso de que durante la atención médica se rebase en los 17 años 11 meses y aun requiera atención.

Reporte de prácticas de posgrado

Periodo: septiembre 2005 - febrero 2006.

Área: servicio de Terapia Familiar.

Supervisora: Dra. Silvia Becerril Cervantes.

Población y problemas frecuentes

Los solicitantes del servicio de eran remitidos por las clínicas de Emociones, Conducta, Desarrollo, Adolescencia, PAIDEIA.

Acerca de las características de los pacientes, en su mayoría el paciente identificado es varón y quien acude a pedir el servicio, así como a apoyarlos en los estudios de gabinete que se tienen que realizar, es la madre. Asimismo se ha observado que la mayoría de las madres se sienten culpables y deprimidas por el trastorno que padecen sus hijos. Gran parte del trabajo en Terapia de Grupo se centra a minimizar estos sentimientos para abrir un panorama mucho más amplio de lo que consideran “*el deber ser*”, empiecen a darse valor como mujeres, madres, abuelas, esposas, personas productivas, etc., dejando de volcarse en demasía en la vida de sus hijos identificados como pacientes.

Los diagnósticos más comunes son: Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, Episodios Depresivos, Terrors Nocturnos o fobias, Trastornos de Ansiedad, Oposicionismo, agresividad y problemas en la escuela.

Como servicio hospitalario, el niño era evaluado por los Paidopsiquiatras, se le realizaban estudios de gabinete y de valoración neurológica. Cada caso era analizado, con el fin de proporcionar ayuda al paciente y a sus familiares. En el caso de Terapia Familiar la atención se proporcionaba al grupo de padres, mientras sus niños estaban en terapias de Socialización, ellos acudían a terapia de grupo. En situaciones extraordinarias, y dependiendo de las recomendaciones de las otras áreas, algunos padres de familia debían de recibir atención individual o de pareja. Por ejemplo, cuando era reciente el conocer el diagnóstico de un niño como autista.

Atención Terapéutica

- **Terapia Familiar**

Dependiendo de la problemática presentada, de las personas que convivan con el niño y de las en algún momento puedan asistir regularmente al servicio se inicia el tratamiento. En la mayoría de las ocasiones, la primera sesión se cita a la familia completa y cabe mencionar que en ciertas familias se cuenta hasta con la presencia de los abuelos. La información que proporcionan los niños pequeños es de gran ayuda, pues generalmente sale del control de los adultos y apoyan el trabajo clínico para conocer la dinámica familiar. En el transcurso del tratamiento se va citando a los padres únicamente o a la familia de nuevo, hasta que se van observando cambios en la estructura y dinámica familiar que los llevan a considerarlos para el alta del servicio.

Se organizaba en dos aspectos, la Dra. Becerril con base a su experiencia y conocimientos en Psicoanálisis, integraba técnicas de intervención con el objetivo de desestabilizar al sistema o crear cambios en la homeostasis de las parejas. Como practicante, aplicaba técnicas particulares a cada caso y diferenciándolas de cada modelo, dependiendo de la observación que hacía de los casos. En los expedientes, explicaba los nombres de las técnicas y el objetivo de utilizarlas. Considero que para los pacientes el tener ambos puntos de vista fue enriquecedor, esto lo corroboré al hacer algunos cierres de caso recibiendo retroalimentación de los mismos familiares.

- **Terapia de Grupo**

Igualmente se proporciona terapia de grupo a los padres o familiares de los niños y niñas acuden a terapias en otras áreas del hospital.

El apoyo que se brinda en las terapias de grupo se encuentra dirigido a trabajar cuestiones emocionales de las dinámicas familiares, se consigue un trabajo de grupo que va desde el apoyo hasta el buscar un cambio profundo en los demás miembros de la familia, así como el paciente se encuentra bajo tratamiento los familiares logran detectar como no mantener a la familia centrada en el problema del niño.

El trabajo que brinda el servicio de Terapia Familiar dentro del hospital forma parte del trabajo multidisciplinario y los logros que se consiguen repercuten para el avance en la mejoría de los pacientes.

Los enfoques teóricos utilizados fueron:

- Modelo Estructural
- Modelo Estratégico
- Modelo de Soluciones
- Teoría de la Comunicación Humana
- Modelo de Milán

A partir de la discusión y análisis que se hacía por caso, incluyendo: etapa de ciclo vital de la familia, motivo de consulta, dinámica y estructura familiar.

Actividades realizadas durante todo el periodo

- Desempeño como terapeuta y/o coterapeuta en sesiones de grupo, individuales y de pareja. Y en las discusiones por caso con la coterapeuta y la Dra. Becerril.
- Entrevistas de 1ª vez, análisis de casos, planteamientos de objetivos, evolución del motivo de consulta, seguimiento de las intervenciones realizadas en sesión, asignación de tareas para el cumplimiento de la meta terapéutica. Registro de las sesiones en expedientes (interno y general). Apertura de expedientes y control interno.
- Control y captura de datos estadísticos diario, mensual y anual, relacionados con el seguimiento de la población atendida. Captura de datos de pacientes de primera vez durante el año 2005 y revisión de cada expediente.
- Actualización de los expedientes internos, consistente en: la captura de datos y organización por año lectivo (2003-2006).

Experiencia personal

La oportunidad que aproveché para realizar prácticas profesionales en este nivel fue invaluable. Me sentí satisfecha de mi labor y de mi desempeño profesional. Me aprecié segura y confiada de la supervisión que recibí en el entrenamiento clínico, esto me permitió reafirmar las premisas de la Terapia Familiar y de lo propuesto por Bateson y Watzlawick al considerar a la familia como generadora de las patologías y a creer firmemente lo que la Escuela de Milán sostiene al decir que la “autonomía de los sistemas” es un orden aplicable para alcanzar la salud mental. Pero que no es considerado en nuestra cultura mexicana como una alternativa viable. Igualmente, tuve muy claro que el trato personalizado y cordial sin dejar de ser firme y determinante para avanzar a una recuperación es otra herramienta a utilizar como terapeuta familiar.

Las bases de la Terapia Familiar me permitieron ayudar en la práctica, a las conflictivas de pareja (padres) en circunstancias como: la no aceptación del trastorno del niño, conductas violentas, problemas de comunicación, la falta de límites claros y acuerdos explícitos, la falla en la negociación y la rigidez en la adecuación de los cambios propios del ciclo de vida de la familia; mantienen una dinámica conflictiva en la familia, frenando el desarrollo pleno de sus miembros.

Considero que la labor que se lleva al cabo en el servicio de Terapia Familiar es fundamental para la población a la que está dirigido este hospital. He observado que falta tiempo para actualizar los expedientes al día, ya que la mayor cantidad del tiempo se consume en la atención a las familias y los grupos. El trabajo que pude experimentar es muy interesante, profundo, arduo e importante; no sólo el apoyo farmacológico logra cambios en el niño, sino la Terapia Familiar o de Grupo promueve el cambio paulatino en la dinámica familiar que permite dejar de *etiquetar* a un solo miembro de la familia y entonces toda la familia aprende nuevas formas de interacción. El trabajo en Terapia de Grupo me dejó un gran aprendizaje, ya que no había tenido la oportunidad de trabajar de esa manera. Pude afinar mis habilidades de observación, escucha y empatía; así como a medir muy bien el *timing* de los pacientes y de los grupos.

Me sentí muy apoyada profesionalmente bajo la supervisión de la Dra. Silvia Becerril, a quien considero una persona muy bien preparada que es empática y firme con la población que atiende. Al estar compartiendo este servicio a su lado pude continuar consolidando la formación que me dio la maestría en un contexto clínico muy distinto. Sus conocimientos y experiencia me enriquecieron enormemente como terapeuta y como persona.

Puedo asegurar que el Hospital psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” ofrece una excelente oportunidad para continuar fortaleciendo la práctica de la Terapia Familiar, dentro del contexto clínico, con la facilidad de contar con un apoyo multidisciplinario para la atención integral de los pacientes. Me quedo plenamente satisfecha del trabajo que realice en este tiempo y de la experiencia de vida y profesional que adquirí.

Desafortunadamente, la demanda de atención excede las capacidades del hospital y el presupuesto. Antes de terminar el periodo de prácticas, ya se rumoraba el cierre del hospital y de la desaparición de un lugar que se dedica a atender a esta población. A dos años de esta experiencia, veo que es casi un hecho de que desaparezca, por tal motivo invitaría a que se promuevan más escenarios de práctica antes de que sean contados.

Referencias para el desempeño en el Centro de Servicios Psicológicos

- Cf: Varios autores, *una década de la Facultad de Psicología; 1973 – 1983*. Facultad de Psicología: UNAM.
- Lorentzen Gordillo, I.J. (1986). *Descripción evaluatoria del trabajo realizado en el CSP de la Facultad de Psicología de la UNAM durante el primer año de servicio (periodo comprendido del 1º de agosto de 1981 al 1º de agosto de 1982)*. Tesis de Maestría: Facultad de Psicología, UNAM.
- Secretaría de Salud, *Folleto informativo de los Servicios que ofrece el Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro"*. Enero, 2006.

Referencias para el desempeño en el Hospital Psiquiátrico:

- Ochoa, D. A. I. (1995). *Enfoques en Terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder. Biblioteca de Psicología: Textos universitarios.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2002). *Terapia Familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Navarro, G. J. (1992). *Técnicas y programas en Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- O’Hanlon, H. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P. Beavin, y Jackson. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona. Paidós.
- Watzlawick, P, Weakland, J. y Fish, R.(1999). *Cambio*. México: Herder.

II. Marco Teórico

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

Antecedentes Históricos de la **Terapia Familiar**

El contexto histórico, cultural y social en el que surge, se desarrolla, evoluciona y se consolida la Terapia Familiar es muy amplio y se encuentra enriquecido por conocimientos e influencias que derivan de diversas ciencias, como la Medicina, la Cibernética, la Psicología y la Comunicación Humana, entre otras.

Minuchin (1996) refiere que los conceptos psicodinámicos de “transferencia” y “contratransferencia” implicaban a sobremanera a la figura del terapeuta.

Igualmente Hoffman (1987), explica que la atención a la familia como entidad clínica inició en los 30’s. Conforme la teoría psicoanalítica continuaba hacia lo intrapsíquico y funciones estructurales, la cuestión de “la diferencia” empezaba a resonar fuertemente. La diferencia era el contexto: primero, que el contexto tenía un efecto (lineal); después, que el contexto *era* el efecto.

La psicoterapia familiar es una ciencia clínica. La prueba para ver si sus teorías son buenas consiste en ver si generan acciones tendentes al cambio en una dirección considerada como deseable.

Haley (1999) explica que la Terapia Familiar ha descubierto la importancia del impacto de la adolescencia en la dinámica familiar, ya que se conjuntan la autonomía de los hijos, su enfrentamiento con los padres, que los padres comiencen a quedarse solos y retomen su relación de pareja y la necesidad de empezar a cuidar de los abuelos.

A continuación se esquematiza de forma cronológica los eventos históricos más relevantes de la Terapia Familiar.

1930’s		Las teorías que alimentaron el enfoque familiar: la cibernética, de la teoría de los sistemas y de las investigaciones sobre la comunicación, la elaboración de la noción de «rol» -concepto que se aplicará principalmente al estudio de los grupos y a la formación de la identidad- así como las teorías del «yo». La Teoría General de Sistemas y la Cibernética, principalmente, se fueron integrando progresivamente para dar resultado a la “sistémica”.
		La atención a la familia como entidad clínica inició en los 30’s.

		Conforme la teoría psicoanalítica continuaba hacia lo intrapsíquico y funciones estructurales, la cuestión de “la diferencia” empezaba a resonar fuertemente. La diferencia era el contexto: primero, que el contexto tenía un efecto (lineal); después, que el contexto <i>era</i> el efecto.
		Los primeros cambios: se empieza a considerar que sería útil estudiar los efectos negativos de la madre sobre el desarrollo del hijo. Esta preocupación se manifiesta en las clínicas de orientación infantil, en donde se recibe a los padres de los niños seguidos individualmente. Paralelamente, se observa la aparición de técnicas terapéuticas nuevas, psicoterapia de grupo, psicodrama, etc., que contribuirán mucho a disminuir el miedo frente a los problemas de transferencia y contra transferencia.
	Estados Unidos	Popenoe abre la clínica del <i>Instituto de Relaciones Familiares</i> en los Ángeles, California.
1929 – 1932		La Terapia familiar inicia en Alemania, con Hirschfeld y sus estudios de la familia
1932		La Dra. Emily Mudd, estableció la práctica de la Terapia Familiar en Filadelfia. Ella se dedicó a la investigación.
1934		Ludwing von Bertalanffy, propone la Teoría General de los Sistemas; una teoría general de la organización aplicable en cuanto a principios a cualquier tipo de sistema, independientemente de los materiales constitutivos que tenga. Para él, se puede describir formalmente cualquier sistema: el sistema es un todo que se comporta de forma diferente a la de la simple suma de sus partes; es una totalidad ordenada, y el modo como se ordena tiene consecuencias significativas sobre su forma de comportarse.
1935		Gregory Bateson (Antropólogo)se casa con Margaret Mead (antropóloga). Y se fueron a Balí para realizar un trabajo de campo. Hicieron una película “Trance and dance in Balí”.

1936		<p>Gregory Bateson inicia el estudio de las interacciones que refleja en su primera obra importante <i>Naven</i>; obra que describe una sola ceremonia de los iatmul. Ritual de disfraz (los hombres se visten de mujeres y viceversa, se celebra cuando un niño o un adolescente realiza, por primera vez, un acto de adulto cuya importancia puede ser muy variable (desde una proeza de caza o en la pesca hasta la muerte de un extranjero). Describe, lo más neutra posible, los datos de la cultura iatmul. Los relaciona de varios modos: emocional, cognoscitivo, etc. Por ejemplo para explicar la organización cultural de los instintos y de las emociones del individuo, crea el término “<i>el ethos</i>” de la cultura, o sea el espíritu característico, la totalidad general de un pueblo o una comunidad, entre otras. Bateson desarrolló un concepto para explicar la dinámica del equilibrio social en los iatmul: <i>La cismogénesis</i>.</p> <p>Comenzó el análisis interaccional del comportamiento. El método de <i>abducción</i>, fue el rasgo característico del pensamiento de Bateson. Es una forma de razonamiento por analogía: después de haber puesto en evidencia una cierta estructura relacional que explica la evolución de un fenómeno, se buscan otros fenómenos que revelen el mismo tipo de estructura. Esto permite establecer relaciones entre hechos a veces muy alejados y finalmente, deducir de ellos unas características de la propia manera de explicar las cosas, de la visión del mundo, Bateson lo llama <i>epistemología</i> con “e” minúscula. Cismogénesis, como procesos de diferenciación. Para comprender el comportamiento de un individuo, hay que tomar en cuenta los lazos entre dicha persona y los individuos con los que se relaciona; <i>la conducta de un ser humano está igualmente determinada por la respuesta del otro</i>. La explicación del comportamiento humano es la <i>interacción</i></p> <p><i>Cismogénesis Complementaria</i>.- el comportamiento de un individuo o grupo de, es el complemento del otro; como en las</p>
------	--	---

		<p>parejas autoridad-sumisión, debilidad-asistencia, exhibicionismo-voyeurismo, etc.</p> <p><i>Cismogénesis Simétrica.</i>- el comportamiento del individuo o del grupo de individuos es el reflejo en un espejo del otro. Se encuentra en relaciones de agresión-agresión, competencia-competencia, etc.</p>
1937	<p>Nueva York</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p style="text-align: center;">Periodo inicial Las raíces psicoanalíticas siguen presentes en algunas de las intervenciones hacia las familias, inicia el tratamiento hacia las familias completas</p> </div>	<p>Nathan Ackerman escribe <i>La familia como unidad social y afectiva</i>, en él señala la importancia de los roles familiares y la manera como estos pueden perturbar las interacciones de los miembros de la familia.</p> <p>Además, fue uno de los primeros en analizar familias como unidad de tratamiento en la clínica durante los años 50's.</p> <p>Explicó que existe una continua interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del cual interactúa y que el conflicto interpersonal precede al conflicto intrapsíquico, que no es sino el resultado de conflictos interpersonales interiorizados. Afirmó que la patología familiar se debe a la falta de adaptación a nuevos roles establecidos por el desarrollo de las familias.</p>
1938		<p>En Inglaterra, David y Vera Mace, buscaban hallar una respuesta constructiva para los problemas derivados de la 2ª Guerra Mundial.</p>
1939		<p>La Dra. Emily Mudd desarrolló un programa de evaluación familiar.</p>
1940 - 1949		<p>Theodore Lidz, con formación psicoanalítica después de ejercer como psiquiatra se especializó en el trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos, descubrió que estos tienen una familia de origen que tiende a ser, en la mayoría de los casos muy inestable. Al aplicar sus conocimientos psicoanalíticos descubrió la falta de capacidad que tienen las familias para desarrollar sus propias estructuras internas, así como para definir los roles. Fue el primero en explorar el rol de los padres en el proceso de esquizofrenia y una de sus mayores</p>

		<p>contribuciones fue el descubrir las relaciones destructivas entre los padres e hijos.</p>
		<p>En los 40's se multiplicaron los estudios sobre la "sobrepotección materna" y David Levy fue un precursor de las investigaciones sobre la relación "entre los rasgos patógenos de la madre y el comportamiento perturbado del hijo". Muestran que la actitud sobreprotectora de las madres está ligada a sus propias frustraciones afectivas infantiles</p>
		<p>La teoría de los Sistemas Generales desarrollada inicialmente por Von Bertalanffy en la década de los 40's se empezaba a aplicar al estudio de los seres humanos. Se da el origen a una nueva visión que reconoce la importancia de las interacciones, al considerar a los seres vivos como sistemas abiertos en constante intercambio con su medio ambiente. Postula un paradigma científico nuevo centrado en la circularidad de las interacciones y dejando de lado la búsqueda de las causas últimas de los fenómenos observables.</p> <p>Los modelos sistémicos parten de la concepción de la familia en términos de sistema con cuatro propiedades fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad.- el funcionamiento del sistema es algo más que la suma de los funcionamientos parciales de sus elementos • Morfofostasis.- es la tendencia al equilibrio • Morfogénesis.- es la tendencia a adaptarse a los cambios internos o externos • Causalidad circular.- una conducta <i>a</i> causa, o controla, a <i>b</i> y es causada o controlada, por <i>b</i>. <p>Entre los elementos del sistema se observa una conducta interactiva conceptualizada en términos de <i>secuencia</i> o una variante de ella, que se rige por las cuatro propiedades fundamentales.</p> <p>Comprender el síntoma desde el concepto de unidad supone entenderlo dentro del marco ecológico de conductas en que se</p>

		<p>encuentra inmerso. El síntoma aparece como una necesidad del sistema, no de los individuos.</p> <p>La visión sistémica estructural permite la exploración de las interacciones de las personas con relación a los distintos contextos de los que forman parte.</p>
1942		<p>Bateson y Mead publican una obra titulada “Balinese character: a photographic analysis”. Un método para describir la relación intangible entre tipos diferentes de comportamiento culturalmente estandarizado. Las diversas interacciones culturalmente estructuradas permiten a los autores explicar el “carácter” o la personalidad de balineses. El aprendizaje relacional define un cierto tipo de personalidad y propia de los miembros de la cultura. Mead y Bateson estaban seguros de que el carácter de los individuos está formado por la cultura y principalmente por las interacciones acumulativas entre la madre y el hijo.</p>
1943	<p>Atlanta</p> <div data-bbox="358 1066 544 1717" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Se da el estudio de la familia se concentró en la propiedades de los “sistema” esto es una entidad cuyas partes covarían entre sí y que mantenían equilibrio en una forma activada por errores. La función desempeñada por los comportamientos sintomáticos, al ayudar a equilibrar o desequilibrar al sistema</p> </div>	<p>Carl Whitaker era sentencioso y de cierta forma espontáneo, abogaba por la “locura”: lo irracional, la experimentación y el funcionamiento creativo, como algo integral al proceso de la terapia. Whitaker creó la técnica de la comunicación espontánea de sus propios sentimientos a los pacientes, compartiendo sus emociones, fantasías y propias historias. Así, fue conocido como el más irreverendo de todos los fundadores de la Terapia Familiar, desarrolló técnicas del absurdo. En esta terapia y frente a la familia, él representaba una actitud de mayor enojo que ellos, con esto realizó cambios más violentos respecto al psicoanálisis tradicional.</p> <p>Las afirmaciones de Whitaker estaban enraizadas en ideas universales, cuestiones que trascendían a los individuos, familias y culturas.</p> <p>Él veía la teoría como un obstáculo para el trabajo clínico, ya que pensaba que los terapeutas que basan su trabajo en la teoría tienden a sustituir la calidez por la tecnología. Pensaba que <i>el</i></p>

		<p><i>hacer terapia no puede enseñarse</i>, sus estudiantes eran sus coterapeutas, el suyo era un entrenamiento de participación y no de instrucción.</p> <p>Junto con John Warketin, incluyó en la terapia al cónyuge y ocasionalmente a los hijos, enfatizó su práctica con esquizofrénicos, y encontró que involucrar a la familia daba resultados positivos en el tratamiento.</p>
1948		<p>Después de la separación de M.Mead, Gregory Bateson acepta la proposición de Jurgen Ruesch (psiquiatra) para estudiar la comunicación en psicoterapia.</p> <p>Como descubrimiento Bateson consideró la reflexividad de la tarea del terapeuta, para él era necesario que la psiquiatría incluyese al observador y al teórico en el sistema estudiado. Para el terapeuta estático, el descubrimiento de todo error que puede cometer será una amenaza; para el que es dinámico, el descubrimiento del error es portador de la promesa de nuevos progresos.</p>
		<p>El concepto de <i>madre esquizofrénogena</i> fue utilizado por primera vez por Frieda Fromm-Reichmann para designar a una persona agresiva, dominante, falta de seguridad y rechazadora. En cuanto al padre, se lo describe como alguien inadecuado, pasivo y bastante indiferente. Algunas investigaciones mostraron que la mayor parte de los pacientes psicóticos proceden de familias muy perturbadas; Ellison y Hamilton comprueban que el 30% de los pacientes han vivido recientemente defunciones, divorcios o separaciones en la familia.</p>
		<p>Publicación del libro “Control y comunicación en el animal y en la máquina”, por el matemático e ingeniero Norbert Wiener, con la Teoría Cibernética.</p>
1949		<p>Otros trabajos del <i>Instituto de Relaciones Familiares</i> fueron realizados por Abraham y Hannah Stone.</p>
1950		<p>David y Vera Mace intercambiaban correspondencia; se</p>

- 1959		comunicaban sus inquietudes y estudios respecto de la Terapia Familiar
	<div data-bbox="358 1045 539 1717" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Al entenderse como resultado del funcionamiento general del sistema, el trastorno pasa a ser el producto de una interacción y no la condición de un individuo. Efectos: <i>desculpabilización de quien tiene el síntoma y el terapeuta gana neutralidad con respecto a la familia: se dejan a un lado: los términos de víctima y victimario.</i></p> </div>	<p>Para el tratamiento de la patología familiar en los 50's se produce una multiplicación de las investigaciones acerca de la relación estrecha entre la familia como unidad social y la enfermedad mental. Aunque el enfoque terapéutico siga siendo psicoanalítico, el paciente es considerado como portador del síntoma de la patología de los miembros de la familia. Esto conduce a algunos terapeutas a tratar a todos los miembros de la familia juntos, ya que el aislamiento del paciente no puede llevar al éxito del tratamiento. Se considera la familia como una unidad biosocial y la psicoterapia debe permitir a todos los miembros de la familia encontrar un modo de funcionamiento satisfactorio. Aparecen nociones interaccionales, como la del lazo simbiótico, que hacen hincapié sobre las relaciones en el seno de la familia más que sobre las propias personas.</p> <p>Las técnicas experimentan una evolución en los 40's y 50's, se experimenta la terapia de grupo con pacientes y sus padres. Los esfuerzos desplegados por una parte para comprender mejor la esquizofrenia y por otra parte para reforzar los métodos de tratamiento, conducen progresivamente a los terapeutas a volverse hacia otras personas importantes de la familia; a la madre, pero también al padre. Y aunque estas iniciativas son tímidas, no dejan de golpear el tabú de los contactos entre el terapeuta y el entorno del paciente.</p>
		<p>Gregory Bateson, inicio del estudio de la comunicación humana. Decide aplicar los principios de la cibernética a la comunicación humana y de preparar así el terreno, para una nueva "ciencia de comunicación", se apoya en: la biología, la antropología y la psiquiatría. Insistió en una definición de términos como "información", "redundancia", "codificación", muy próximos al sentido que les atribuyen los fundadores de la cibernética y de la teoría matemática de la comunicación.</p>

		Desde <i>Naven</i> y la cismogénesis, se enfocó al proceso evolutivo de las interacciones humanas en una perspectiva sistémica sincrónica, y construyó una teoría del aprendizaje en relación con los nuevos conceptos epistemológicos, concentrando su enfoque sobre la relación interpersonal, sobre el intercambio de informaciones entre los individuos. Tomó como punto de partida la codificación.
		Otro descubrimiento de Bateson: la reflexividad de la tarea del terapeuta, era necesario que la psiquiatría incluyese al observador y al teórico en el sistema estudiado. Para el terapeuta estático, el descubrimiento de todo error que puede cometer será una amenaza; para el que es dinámico, el descubrimiento del error es portador de la promesa de nuevos progresos.
		Jackson acuñó el término “homeostasis familiar”, describió la interacción familiar como un “sistema de información cerrado em que las variaciones del producto o el comportamiento son alimentadas para corregir la respuesta del sistema”
1951		Aparece el libro “La comunicación: matriz social de la psiquiatría” de Bateson y Ruesch. Abarca tres dimensiones principales: <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicitar los fundamentos epistemológicos del trabajo de los psiquiatras, y sus consecuencias sobre el modo de enfocar el tratamiento. 2. Preparar el terreno para un enfoque interaccional del comportamiento, para una teoría de la comunicación. 3. Someter a prueba la pertinencia de la teoría de los tipos lógicos para el estudio de las relaciones interpersonales.
1952		Christian F. Mildelfort presentó un tipo de estrategia para el trabajo psiquiátrico, en el que enfatizó los factores religiosos y éticos de los procesos de salud mental. Para él los valores de la familia se basaban en sus propias tradiciones y raíces.
	Bethesda	Lyman C. Winne, atendió a pacientes con problemas

		<p>psicóticos y con colitis ulcerada, durante su práctica descubrió con su equipo de trabajo que las causas por lo general eran los problemas familiares. Con estos hallazgos confirmó sus teorías respecto de la estructura familiar, su contexto social, la destrucción de la familia, etc. Finalmente retomó las técnicas de Parsons respecto de la estructura de los sistemas familiares y después aplicó sus conocimientos a las familias con pacientes esquizofrénicos.</p> <p>Igualmente estudió los efectos de la comunicación y roles familiares, centrandó su atención en la forma en que el pensamiento patológico se transmite en familias con esquizofrénicos. Los términos de “pseudomutualidad” y “pseudohostilidad” los introdujo para referirse a las emociones encontradas que suceden en las familias, y “cerca de caucho” respecto a los límites en torno de la misma, siendo el primero en explicar que la familia parece ser flexible desde dentro, pero en realidad rígida para los que están afuera.</p>
1952 - 1962		Bateson y cols. Inician la introducción de algunos de los conceptos de la <i>Principia Matemática</i> de Withehead y Russell.
1952		Inicia el proyecto Bateson, investigación que duró diez años (1953-1962) que le proporcionó un armazón a la escuela Palo Alto. Uniéndose los trabajos de la cibernética, la TGS, las investigaciones sobre la “nueva comunicación”, la teoría del aprendizaje y los comienzos de la terapia familiar.
1953		John Bell, realizó su primer reporte a un grupo de colegas indicándoles el uso de nuevas técnicas de terapia con todo el grupo familiar. Se le conoce como “el padre de la terapia familiar moderna”.
		Como antropólogo Bateson estaba preocupado profundamente por los peligros de imponer los valores culturales propios sobre otra persona, sabía que en su campo es imposible predecir la dirección del cambio, refirió que el introducir cualquier alteración en una cultura, por pequeño y bienintencionado que

		<p>sea, el resultado es imprevisible.</p> <p>Explica como cibernético que cuando la cibernética persigue la explicación de un evento, no investiga las explicaciones positivas del mismo. Más bien, considera toda la gama de eventos que podrían haber sucedido y después se pregunta <i>¿Por qué no han ocurrido?</i></p> <p>Cuando las preocupaciones intelectuales y estéticas de Bateson se extrapolaron a la tarea de ayudar a las familias, el resultado fue una preocupación por parte de Bateson cerca de la introducción de cualquier cambio que produjera un desequilibrio familiar imprevisto. Así, Bateson introdujo un estilo en el área de la terapia familiar, el ser un entrevistador cauteloso y reservado, que con el tiempo llegó a centrarse más en qué no hacer en la terapia: <i>no equivocarse</i>; que en lo debería de hacerse: <i>estar en lo correcto</i>.</p>
		<p>Bateson afirmó: <i>La diferencia que crea la diferencia</i>; esto es que si existe una infinidad de diferencias potenciales en el entorno, solamente se convertirán en informaciones para las que tengan un efecto sobre el organismo, teniendo en cuenta los límites de nuestros los sensoriales. No basta que exista una diferencia entre las cosas o en el tiempo, es necesario también que esta diferencia provoque una bandada de estímulos (diferencia que debe crear una diferencia para los órganos sensoriales). Es una relación entre las cosas, y esta relación es una abstracción Es difícil detectar un cambio gradual porque la sensibilidad al cambio rápido va a acompañada del fenómeno de acostumbramiento. El número de diferencias potenciales es infinito. Pero pocas de ellas se convertirán en diferencias efectivas (elementos de información) en el proceso mental de una unidad más extensa (entorno más individuo). La información consiste en unas diferencias que crean una diferencia. La diferencia percibida no es la que la ha provocado, se trata de una transformación de ésta, una versión codificada</p>

		<p>de la diferencia original. Bateson se preguntó si el organismo humano disponía también de maneras diferentes de codificar los acontecimientos exteriores.</p> <p>La codificación analógica se apoya en la cantidad y en la medida: una cierta cantidad de una cierta x se utilizará para predecir una cierta cantidad de una cierta y. En principio, la variación podrá pues ser continua. Si se conocen las reglas de transformación, los datos recogidos a partir del modelo permitirán obtener enseñanzas sobre el acontecimiento.</p> <p>En la comunicación humana, este tipo de codificación no se limita a los comportamientos no verbales.</p> <p>Se recurre a la analogía en la comunicación verbal, principalmente el uso de metáforas y de analogías lingüísticas, éstas últimas consideradas como relaciones, similitudes. El grado de precisión de este tipo de codificación depende del grado de exactitud de la construcción del modelo. Para muchos gestos o mímicas, hay un grado más o menos importante de conversiones culturales, por tanto son posibles (y frecuentes) muchos errores de descodificación.</p>
1954	<div data-bbox="354 1226 539 1661" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>La contribución de Bateson dejó a un lado al psicoanálisis para definir la locura y otros síntomas psiquiátricos como conductas comunicativas entre las personas y no como procesos intrapsíquicos.</p> </div>	<p>Jackson es invitado a una conferencia por Frieda Fromm-Reichmann en Palo Alto, en donde tiene su base el equipo de Bateson. Presenta el artículo “<i>la cuestión de la homeostasis familiar</i>”. Bateson se interesa por este artículo, pues estudiaba el tema con Haley, Weakland y Fry, pero como este último había dejado el equipo para irse a Nagy, le pide que se una a ellos.</p>
		<p>El grupo de Bateson llegó a concebir la idea de la familia como entidad destinada a mantener el equilibrio. Una pregunta importante era saber si podía decirse que una familia se comportaba como “<i>sistema</i>”: si todas las familias tenían mayor puntuación en sus comunicaciones de lo que se habría podido esperar si estas comunicaciones eran por el azar. En algunos experimentos observaron una rigidez de las pautas de</p>

		comunicación en familias en que alguien tenía un síntoma, y mayor rigidez en las que nadie lo tenía.
		Jackson acuñó el término de “escapada” mientras trabajaba con familias cuando cualquier proceso amplificador de retroalimentación que se intensificara rápidamente, conduciendo a una descomposición, a una amplificación o a algún resultado violento.
1955	Topeka, Kansas y Washington, D.C.	<p>Murray Bowen inició su relación en la Terapia Familiar durante su práctica en la Clínica Menninger, en compañía de Mildelfort. Bowen era cerebral, deliberado y teórico. Él concebía los síntomas como un producto de la reactividad emocional dentro de la familia, ya fuera aguda o crónica. Para él, el principal problema familiar era la fusión emocional y la meta terapéutica: la diferenciación. Para crear las condiciones de mayor autonomía y crecimiento individual, consideraba necesario reabrir las relaciones familiares interrumpidas y destriangularlas. Creía que el cambio sólo podía darse cuando la ansiedad era mínima y que el entendimiento, y no la emoción, llevarían al cambio.</p> <p>Inició un proyecto de investigación en el Instituto Nacional de Salud Mental de Washington, para investigar la “hipótesis simbiótica”, que consideraba la enfermedad mental del hijo como resultado de un trastorno menos severo de la madre. Como consecuencia de esta observación define a la familia como un sistema que incorpora una combinación de variables emocionales y relacionales, sostiene que las primeras son fuerzas que subyacen al funcionamiento del sistema y que las segundas determinan el modo en que se expresan las emociones.</p> <p>Bowen al estudiar acerca de la relación simbiótica madre – hijo, se interesó en la Simbiosis vs. Diferenciación como autonomía respecto a los otros e independencia de pensamientos y sentimientos; además introdujo el concepto de triangulación,</p>

		<p>ubicando a la familia como unidad de tratamiento.</p> <p>Él pensaba que los padres y especialmente la madre, deberían ser hospitalizados junto con el paciente esquizofrénico. Igualmente, estableció que la esquizofrenia es un proceso que requiere tres generaciones para desarrollarse.</p> <p>Bowen afirmó que si el terapeuta puede resistir la presión de convertirse en un tercer vértice del conflicto familiar, la tensión de la familia se reducirá y la fusión entre sus miembros se resolverá.</p> <p>La meta de la supervisión es incrementar la habilidad del terapeuta para permanecer reflexivo y no reactivo frente al proceso emocional de la familia. La desventaja de la teoría de Bowen es que centra el nivel de diferenciación de las personas en las experiencias infantiles de la familia de origen. No permite la posibilidad de cambio o diferenciación basados en experiencias vitales más tardías en la nueva familia. Y como ventaja, ofrece una conceptualización exhaustiva de la relación entre los individuos y sus familias, pues esta comprensión es muy útil para el terapeuta.</p>
1956	California	<p>El Grupo de Palo Alto publica "<i>Hacia una teoría de la esquizofrenia</i>" (acerca del doble vínculo). Dan las 6 condiciones necesarias para que aparezca en el contexto familiar, efectos e implicaciones terapéuticas de la hipótesis. La situación familiar está analizada de manera interaccional, pero contiene también muchas descripciones de estados internos de las diferentes personas, sobre todo de la madre y enuncia hipótesis individuales sobre la causa de esto. Basándose en la teoría de los Tipos lógicos de Russell. → doble vínculo. Jackson y Weakland, sólo estaban interesados en observar como el paciente esquizofrénico se comunicaba, invitaron a los padres de uno de los pacientes a discutir con ellos, para estudiar la relación y las técnicas terapéuticas. A finales de este periodo Bateson fue sustituido por Jackson y los otros miembros del MRI.</p>

		Se propone la Terapia Breve, del grupo del MRI; Watzlawick enseñó que los intentos de solución son precisamente los que crean problemas humanos de primer momento, por lo tanto la terapia debería ser breve y mínimamente intervencionista.
1957		Nathan Akerman llegó a esta especialidad a través de la Psiquiatría Infantil por su comprensión del papel de la dinámica familiar en la patología del paciente, él indicó esta perspectiva de ver a la familia como una unidad de tratamiento y diagnóstico. Trabajó en el estudio de problemas mentales causados por la depresión económica de los años treinta. En un pueblo minero de Pensilvania estudió a 25 familias con el padre como único proveedor material e identificó la dinámica de sus relaciones y observó los cambios en la configuración de la familia a causa de la incapacidad del hombre para cumplir su rol de proveedor familiar. Escribió uno de los artículos fundamentales en la terapia familiar <i>Family Diagnosis and Approach to the Preschool Child</i> . Fundó el <i>Family Mental Health Clinic of Jewish Family Services</i> en Nueva York. Durante 1960, instituyó el <i>Family Institute</i> y publicó el libro <i>The Psychodynamics of Family Life</i> .
	Filadelfia	Ivan Boszormenyi – Nagy desarrolló su trabajo enfatizando los aspectos multigeneracionales junto con James Framo, David Rubenstein, Gerardine Spark y Gerald Zuk, en el <i>Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute</i> .
		Las hipótesis de trabajo de los terapeutas reflejan una visión homeostática del sistema familiar, Hill consideró que los lazos entre la madre y el hijo esquizofrénico se oponían a toda mejoría del paciente. Midelfort tuvo una visión sociocultural de la enfermedad mental; él consideró la terapia familiar como un tipo especial de terapia de grupo que debe permitir satisfacer las necesidades sociales de las personas.
1958	Londres	Los pensadores fenomenológicos ingleses dirigen su atención a la dinámica familiar, que consideran un reflejo de la dinámica

		<p>familiar. Como R.D. Laing quien comienza a trabajar con familias de esquizofrénicos en la <i>Tavistock Clinic</i> de Londres, bajo la premisa de que la sociedad debe centrarse en sus componentes más débiles.</p>
1959	Palo Alto, California	<p>Creación del MRI, por Jackson en marzo 1959. Con Jules Riskin, Virginia Satir y Janet Beavin.</p> <p>Jules Riskin, psiquiatra, recién salido de su internado en el hospital general de Cincinnati, Ohio</p> <p>La orientación del MRI se centra en las interacciones entre los miembros del sistema familiar e incorpora principios de la cibernética y de la Teoría General de los Sistemas. Sus integrantes asumen que los problemas psiquiátricos derivan de los modos en que las personas interactúan dentro de la organización familiar. La dirección de la terapia opera en las interacciones, con las conductas observables que se producen entre los individuos que viven dentro de contextos organizados como la familia, la escuela, el trabajo, etc. Defienden que el funcionamiento familiar se organiza en torno a reglas, que son los principios reguladores de la vida de cada familia y que la disfunción surge cuando las reglas se hacen ambiguas, provocando la desorganización del grupo.</p> <p>Jackson, Watzlawick y Haley, a pesar de sus diferencias, coinciden en centrarse en el contenido manifiesto, utilizan los principios de la cibernética y juzgan irrelevante conocer la historia familiar e intentan facilitar el cambio a través de intervenciones terapéuticas cuidadosamente planificadas. Al contrario, Virginia Satir aunque fundamenta su terapia en la Teoría de la Comunicación, retoma la Psicología del Yo y los principios de la Gestalt, empleando un enfoque educativo basado en el insight.</p>
		<p>Virginia Satir, hija mayor de una familia germano-americana. Cursó estudios de maestra antes de hacerse asistente social. Trabajaba en una institución del Mid-West, antes de ser</p>

		<p>contratada en Chicago. Es tanto todo una clínica que ha elaborado una técnica de trabajo muy personal a partir de su experiencia con las familias (tenía 6 años de experiencia y cerca de 500 familias atendidas). Buscó a Jackson interesada por el artículo <i>Hacia una teoría de la esquizofrenia</i>, el cual describía lo que ella había observado desde hacia 4 años con familias esquizofrenicas. Jackson la invitó a poner en marcha lo que se convirtió en el MRI; proyecto que consistía en observar el lazo existente entre la interacción familiar y el desarrollo de la salud (o enfermedad) en los miembros de la familia.</p> <p>Había dos sectores de actividad: la investigación (Bateson), una parte teórica, y la formación.</p>
		<p>Fry utilizó el modelo de doble coacción para explicar un incidente violento en la sala de un hospital; el sugiere que el motín es el resultado de una doble coacción, en la que el personal había dirigido a los pacientes unos mensajes de diferentes niveles lógicos conflictivos. Basándose en Stanton, Schwartz y Weakland comprueba principalmente que, cuando surge un desacuerdo entre los responsables de un paciente y estos no hablan de dicho desacuerdo, parece que el paciente: se encuentra frente a mensajes inconsistentes, que lo son tanto más porque los emisores de los mensajes intentan hacerlos pasar por mensajes coherentes, que recibe mensajes de parte de personas que tienen autoridad sobre él y de las que dependen mientras permanezcan institucionalizado, que debe de encontrar una solución que tenga en cuenta su posición respecto a estas personas, experimenta una gran dificultad en hacer confirmar su percepción por los otros; por una parte, porque el equipo mismo no suscita el problema (los colegas se unen a la negación y el disimulo), por otra parte, por el hecho de que el hospital o la institución es “benévola” con respecto al enfermo y, en tercer lugar, porque su enfermedad implica unos problemas de percepción que invalidan su opinión. Weakland</p>

		comprueba que la simple revelación del conflicto parental encubierto va acompañada de una mejoría del paciente, incluso antes de que se resuelvan estos conflictos.
1960	Wiltwyck, Nueva York	A principio del decenio 1960 – 1969, Salvador Minuchin, médico psiquiatra argentino; trabajaba como psiquiatra en la correccional para niños de Wiltwyck, Nueva York. Perteneía a un grupo de terapeutas dedicados a la investigación, que pretendían hacer cambios a las técnicas ya existentes en esa institución. En este equipo se encontraba Braulio Montalvo. Ambos observaron que los jóvenes una vez rehabilitados y dados de alta, reincidían, debido a problema familiares.
	Ipswich, Inglaterra	John Howells, pensador fenomenológico inglés, publicó los resultados de sus trabajos con familias en Ipswich, Inglaterra; corroborando el trabajo que paralelamente se estaba llevando a cabo en Estados Unidos.
		A comienzos de 60's, y paralelamente a los trabajos del MRI, aparecieron los primeros terapeutas familiares: Bowen, Wynne, Boszormenyi-Nagy, Lidz, Ackerman y Whitaker. Todos mantuvieron contactos constantes entre sí y con el equipo del MRI.
		Don Deavila Jackson, en general deplora su orientación individual, que hace perder de vista la complejidad de los determinismos interpersonales, y su insistencia sobre las explicaciones genéticas de la enfermedad mental. Mencionó que se debía pasar del estudio del individuo in vitro al del grupo, pequeño o grande, en cuyo interior todo comportamiento individual específico era adaptativo, de la evaluación individual al examen del contexto, o, más precisamente, de los sistemas, de los que es inseparable el comportamiento individual, para pasar de esta visión individual a un enfoque interaccional, habría que <i>inventar</i> un nuevo lenguaje para evitar quedar preso en las etiquetas tradicionales o hacer de él una simple traducción sistémica aproximativa que dejaría el problema

intacto, así pues, se necesitaba de un lenguaje que permitiera, pensar en términos de interacción. El concepto de reglas familiares constituye uno de estos instrumentos. Acerca de las “reglas familiares”, Jackson consideraba que el concepto de “rol” reforzaba los estereotipos, que representaba unas abstracciones culturales y era un concepto individual. Propuso substituirlo por el de *regla*, como base del nuevo enfoque interaccional. Insistió sobre la importancia de las reglas de intercambio que se instauran en las relaciones interpersonales. Una regla relacional es, la explicación de la redundancia que restringe la diversidad de los comportamientos de los diferentes interlocutores: *la familia es un sistema regido por unas reglas: sus miembros se comportan de una manera repetitiva y organizada, y este tipo de estructuración de los comportamientos puede ser aislado como un principio director de la vida familiar*. Todo sistema familiar evoluciona; sus normas, sus valores deben mantenerse si son adaptados, eventualmente deben reforzarse, pero también deben poder modificarse. Toda familia debe pues disponer de otras reglas que rijan el conjunto de estos mecanismos, unas reglas de *calibrado*: las *metarreglas* de un sistema familiar. Según Jackson, las familias que presentan una disfunción (que presentan síntomas patológicos o problemas familiares) son aquellas a las que les faltan unas reglas que permitan gobernar los cambios, que no disponen de metarreglas adecuadas. La función central del terapeuta consistirá en facilitar y desarrollar unas reglas de cambio de las reglas.

Propuso abandonar este camino sin salida que, no tenía en cuenta el aspecto cultural de esta clasificación y que encerraba a las familias bajo unas etiquetas que refuerzan la tendencia a crear unas profecías que se autorrealizan. Estuvo en la línea de los movimientos antipsiquiátricos de los 60's. Jackson defendió un mayor respeto de las diferencias individuales, el reconocimiento de la unicidad de los hombres y una tolerancia

	<p style="text-align: center;">Periodo 1960 – 1970</p> <p style="text-align: center;">La familia se define como un grupo natural. El núcleo de tratamiento ya no es el individuo ni un “sistema” general, sino la organización del pequeño grupo de trabajo y la familia nuclear y extensa.</p>	<p>ante la diversidad tan necesaria para la evolución de las sociedades. Fue el primero en defender el tratamiento de los enfermos mentales y apoyó los primeros esfuerzos de psicoterapia comunitaria.</p> <p>La orientación terapéutica para Jackson: actos más que palabras, no es posible contentarse con especulaciones sobre la estructura profunda de la personalidad, el sistema familiar debe ser observado de manera concreta, en las acciones y reacciones de cada miembro de la familia con respecto a otros, “se pasa de una descripción de la <i>naturaleza de</i> alguien a una descripción de las <i>relaciones entre</i> una persona y otra”. Esto exige que se parta del comportamiento observable como fuente de los datos, más que de las «propiedades» invisibles del individuo. Los datos son una sucesión de “acciones” observables, que se repiten, entre los miembros de la familia; con este paso a un nuevo tipo de datos, aparece una manera de nueva de conceptualizar el problema. Jackson fue más lejos de la idea según la cual los comportamientos de los miembros de la familia pretenden perpetuar la estabilidad del sistema y que así es como hay que comprender, <i>la función» del síntoma manifiesto por uno de sus miembros. De hecho no sólo reconoció la importancia del feed-back positivo como motor de cambio, sino que demuestra también un gran sentido de la implicación del terapeuta en el proceso del tratamiento de las familias.</i> Jackson opinaba que toda creencia compartida por los miembros de una familia constituye <i>su</i> realidad y que el terapeuta ha de saber utilizarla para llevar a cabo su trabajo.</p>
		<p>Durante las décadas de 1960 y 1970, aumenta la conciencia de que en la organización social del individuo podía hallarse una nueva explicación de la motivación humana. Por primera vez, comienzan a delinearse las estructuras de las familias como: las coaliciones intergeneracionales. Se enfatiza el hecho de que toda organización es jerárquica.</p>

1961		Haley editó la revista de terapia familiar <i>Family Process</i>
		Paul Watzlawick se incorporó al MRI
1962		Ackerman y Don Jackson crean la revista <i>Family Process</i> , lo que contribuye a consolidar la Terapia Familiar.
1963		Mientras Haley realizaba investigación destinada a establecer una tipología familia (criterios permiten diferenciar una familia que incluye un esquizofrénico de una familia en la que uno de sus miembros es delincuente, y que las distingue de una familia llamada normal) Intenta hallar unos criterios que permitan evaluar los cambios relacionados con la intervención terapéutica, publicó <i>Strategies of Pshychoterapy</i> , en donde destaca la naturaleza paradójica de toda terapia además demostraba la influencia de Milton Erickson en su pensamiento y sienta las bases del enfoque estratégico en psicoterapia.
		William Fry publica <i>Sweet Madness</i> donde sintetiza las investigaciones sobre el humor realizadas dentro del marco del proyecto Bateson. Donde expone una teoría del humor fundada en la mezcla de los niveles lógicos y las paradojas que de ella resultan.
1964		Virginia Satir publicó el libro <i>Conjoint Family Therapy</i> , acerca de su trabajo en Palo Alto
1965	Nueva York	Ivan Boszormenyi – Nagy junto con James Framo escribió el libro <i>Terapia Familiar intensiva</i> .
		Nathan Ackerman y Paul Franklin escribieron el artículo <i>Family Dynamics and the Reversibility of Delussional Formation</i> , en donde exponen el análisis de un caso de tratamiento de una familia con una paciente psicótica.
		Carlos Sluzki, psiquiatra argentino que recibió una beca para pasar tres meses en el MRI, invitado por Jackson; participó en el programa de formación de Satir, escribió su primer artículo con Janet Beavin “ <i>Simetría y complementariedad</i> ”. A comienzos de los 80's fue director del MRI durante 3 años. Los

		trabajos del MRI, tuvieron grandes orientaciones: la formación; las investigaciones sobre la familia y la enfermedad mental; la terapia familiar; las investigaciones sobre la teoría de la comunicación y las investigaciones sobre el proceso de cambio.
		<p>La meta terapéutica de Satir era el crecimiento, la mayor autoestima para los individuos y un incremento de la coherencia para la unidad familiar. Para ella, el concepto de <i>fabricar personas</i> era idéntico en la supervisión y en la terapia. Así, creaba para los estudiantes el mismo tipo de experiencias con el objetivo de mejorar la expresión emocional y lograr <i>insight</i>.</p> <p>Satir pensaba que era básico que los terapeutas se conocieran a sí mismos como integrantes de sus propias familias, era necesario que trabajaran a partir de las cuestiones no resueltas en sus propias relaciones familiares.</p> <p>Muchas de las técnicas que desarrolló se siguen aplicando; la reestructuración, el uso del árbol familiar (que precedió al genograma), y la escultura familiar.</p>
1966	<p>Nueva York</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>Periodo 1967 – 1975 Grupo de Milán: La intervención se mantendría en los patrones de conducta que conservara la homeostasis familiar – <i>tenemos este miembro (problemático) que debe cambiar... pero como familia estamos bien... (un intento para permanecer sin cambio)</i></p> </div>	Ackerman publicó <i>Treating the Troubled Family</i> , en donde expone una de sus entrevistas más irreverentes. Se ubica en el aquí y ahora; sin hacer caso del motivo de consulta, para seguir las secuencias de relación conectadas con el síntoma. Su táctica consiste en bloquear los comportamientos y secuencias mediante una broma, un movimiento rápido de la mano o cambio de postura, o una interpretación de claves no verbales → a lo que Minuchin llamó “pasos restructurantes”.
1967		Watzlawick, Beavin, Jackson; Publicación del libro <i>Teoría de la comunicación Humana</i> , abordan los modos en que cada persona influye en los otros mediante el carácter el mensaje de su propio comportamiento (confirmación o descalificación a otro en relación con él).
		Haley publicó el trabajo titulado <i>Toward a Theory of Phatological Systems</i> , trataba la influencia de las coaliciones

		<p>transgeneracionales (el triángulo perverso) en el desarrollo de la patología.</p> <p>Se observó una fuerte influencia del trabajo desarrollado por Haley en la <i>Philadelphia Guidance Clinic</i> y el <i>Family Therapy Institute</i> de Washigton, al lado de Minuchin y de Braulio Montalvo.</p>
		<p>Haley introduce la técnica del abandono del cambio, que reaparece en la noción de “paradoja” y “contraparadoja” de la escuela de Milán.</p>
		<p>Minuchin inicia su trabajo como director de la <i>Philadelphia Guidance Clinic</i>, que fue el centro de la terapia familiar y de entrenamiento para terapeutas durante un largo periodo.</p>
		<p>Se observa una fuerte influencia del trabajo desarrollado por Haley en la <i>Philadelphia Guidance Clinic</i> y el <i>Family Therapy Institute</i> de Washigton, al lado de Minuchin y de Braulio Montalvo.</p>
		<p>Mara Selvini Palazzoli, terapeuta individual con preparación en psicoanálisis infantil y especialista en pacientes con anorexia nerviosa. Organizó el Instituto de Estudios de la familia en Milán.</p>
1969		<p>Minuchin junto con Haley, Montalvo y Rosman, desarrolló programas de entrenamiento para terapeutas con supervisión en vivo: trabajo sobre la experiencia directa y el uso de videograbaciones para aprender y aplicar las técnicas del modelo estructural.</p>
	<div data-bbox="337 1423 565 1711" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1970's Los terapeutas familiares se revelaron al secretismo que caracterizaba al psicoanálisis. Las sesiones se observaban y se video grababan a través del cristal unidireccional.</p> </div>	<p>Minuchin y Jorge Colapinto elaboraron proyectos de prevención y atención a familias marginadas y a familias “de acogida” (<i>foster families</i>)</p>
1970		<p>Técnica de la escultura de Virginia Satir que fue retomada de la técnica de la coreografía de Peggy Papp. Y el genograma, desarrollado por Bowen y Satir, se convirtió en un medio común para los terapeutas familiares para representar a las</p>

		familias.
		La Clínica de Filadelfia para la Orientación Infantil patrocinó varios talleres en los cuales dos terapeutas entrevistaban por separado a la misma familia durante días sucesivos, las sesiones se observaban a través del cristal unidireccional y se video grababan, esto con la finalidad de que cada intervención del terapeuta estaría guiada por sus premisas teóricas, los asistentes podrían percatarse de la forma en que estos conceptos sobre la naturaleza familiar y el proceso del cambio tomaban forma en el estilo del terapeuta.
1971	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>Periodo 1971 - 1975 Selvini propuso adoptar el Modelo Palo Alto del MRI. Atención fue identificar el presente, aquí y ahora, patrones de interacción que fueron repetitivos y redundantes.</p> </div>	Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata empezaron a trabajar juntos en Milán (psicoanalistas): Grupo de Milán
1972		<p>Minuchin se especializó en el estudio de la estructura familiar y la definió como “una serie de demandas funcionales que se organizan en la manera en que sus miembros interactúan”. Para él, la estructura denota la configuración de la familia, ésta se produce cuando los miembros de la familia adoptan una cierta aproximación o distancia entre unos y otros. Igualmente, respecto de las actividades de la familia, su estructura cambia de acuerdo a su evolución.</p> <p>Aparece la primera publicación del Modelo de Minuchin <i>Structural family therapy</i>, donde presentaba realidades en lugar de historias, delimitando la estructura familiar.</p>
		Watzlawick, viajó a Milán en 1972 para ayudar al equipo a trabajar con las familias como “sistemas”. Trabajo con familias con pacientes afectados de anorexia nerviosa. Influencia de los escritos de Haley, Watzlawick, Beavin y Jackson.
		Bateson explica que las interacciones de los miembros de la familia sostienen el funcionamiento familiar, la visión que tienen de sí mismos y del otro. Su pensamiento en términos de sistemas y ecología es moral, ya que implica responsabilidad mutua, compromiso con el todo, lealtad y protección entre sí:

		pertenencia. Con esta premisa el clínico y el científico social se ven obligados a centrarse en las relaciones entre el individuo, la familia y el contexto.
		Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata; Iniciaron un proyecto de investigación exploratoria con una variedad de familias. Investigación para un patrón homeostático “patológico” que se consideró como punto nodal, el cual si cambiara, incapacitaría a la familia para transformarse (ahí se dirige la intervención). Desde una perspectiva de sistemas, es imposible para una mayor parte cambiar sin un cambio complementario en el <i>todo</i> ; se logra introduciendo algo que es en contra o que se opuesto la paradoja familiar, una contraparadoja designada para anular el doble vínculo patógeno.
		Para controlar la intrusividad del terapeuta, el grupo de la escuela de Milán creó un “equipo terapéutico” de observadores situados detrás del espejo unidireccional ante el cual el terapeuta de la sesión era responsable. Cambiaron el <i>yo</i> del terapeuta por el <i>nosotros</i> del equipo y trabajaron para activar un proceso de cambio en los miembros de la familia para cuando estuvieran fuera de la sesión y de la influencia del terapeuta. Así, los terapeutas se veían a sí mismos como mediadores objetivos en la distancia.
1973		Whitaker presentó el artículo <i>Power Politics of Family Psychotherapy</i> , en la Conferencia de la American Group Psychotherapy Association. Explicó que su táctica era una especie de broma, de farsa, un caos inducido, llamado una retroalimentación positiva, o sea que se aumenta la patología hasta que los síntomas se destruyan por sí solos.
		Boszormenyi – Nagy y Geraldine Spark; publicaron el libro: <i>Invisible Loyalties</i> , en donde explican que la lealtad: se da cuando los padres depositan en los hijos herencias más o menos pesadas y más o menos constructivas, pero los hijos están

		obligados, por lealtad, a guiar sus vidas con las premisas de sus padres. Marcando que una de las tareas de la terapia es recuperar el carácter positivo de las experiencias de los hijos teniendo en cuenta el vínculo de lealtad que les une con sus padres. El concepto “lealtad invisible” hace referencia a la presencia de vínculos aparentemente inexplicables entre las generaciones.
1974		Con las colaboraciones de Haley y Montalvo; Minuchin publicó <i>Families and family therapy</i> .
		Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata ; como Grupo de Milán: Publicación de un artículo <i>The Treatment of Children Through the Brief Therapy of Their Parents</i> , aporta los principales lineamientos de este modelo, como: la importancia de lo que refiere el paciente, el uso del equipo terapéutico durante la terapia, las connotaciones positivas y los rituales, temas que fueron desarrollados en publicaciones posteriores.
	Estados Unidos	Mara Selvini Palazzoli: Publicación del primer libro <i>Self-Starvation. From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa</i> . Donde documenta su trayectoria terapéutica. Sólo en la última parte describe un cambio del modelo analítico al circular, la epistemología cibernética del grupo de Bateson, y el trabajo con familias.
1975	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Periodo 1975 – 1979 Influencia de las ideas de Bateson (<i>Pasos hacia una ecología de la mente</i>). Concepción de sistemas cambiantes más que homeostáticos. Diferenciaron el nivel de significado del de acción, pues el significado es derivado del contexto.</p> </div>	Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin empezaron sus actividades de entrenamiento, encontraron que los estudiantes estaban más interesados en entender su comportamiento como terapeutas que a la familia como sistema, comenzaron a observarse <i>observando</i> a la familia; desarrollando una perspectiva cibernética de segundo orden del proceso terapéutico. Eventualmente, diferenciaron tres principios: Hipotetizando, circularidad y neutralidad.
1976		Haley refiere que en el Modelo Estratégico el terapeuta se inscribe directamente en el interior del interior del juego de

		poder familiar y busca deliberadamente reorganizarlo de un modo más funcional.
1977		Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata: Publicación de <i>La prima seduta di una terapia familiare sistemica</i> , la primera sesión de terapia publicada en la revista <i>Terapia familiare</i> .
1978	Estados Unidos	El Grupo de Milán: Publicación del libro <i>Paradox and Counterparadox</i> , descripción más completa de su labor y sus métodos. Exponen trabajos completos con pacientes y familias con problemas de anorexia y psicosis. Publicación del artículo: <i>A Ritualized Prescription in Family Therapy: Odd days and Even Days</i> . Donde se clarifican la diferenciación entre un ritual y una prescripción ritualizada; ambos forman aspectos específicos de la prescripción, pero se diferencian en su contenido. El <i>ritual</i> es una prescripción específica para cada familia y no se podrá repetir en ninguna otra, la <i>prescripción ritualizada</i> contiene una estructura formal que puede utilizarse con cualquier otra familia, en diferentes circunstancias.
1980	Chile	Durante la década de los 80's, las ideas de Bateson se complementaron con las propuestas de los científicos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela. Sus investigaciones habían demostrado que la percepción del mundo externo por parte de un organismo está ampliamente determinada por su estructura interna (biológica).
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> Periodo 1980 - 1988 (¿?) Separación del equipo de cuatro, Boscolo y Cecchin continúan desarrollando sus métodos de entrenamiento y Selvini y Prata continuaron sus investigaciones (prescripción invariable). </div>	Jeffrey Zeig organizó el primer encuentro internacional de hipnosis ericksoniana
		Mueren Bateson y Erickson
		Inicia la perspectiva del Constructivismo que sustenta como premisa fundamental: la <i>realidad objetiva no se puede conocer</i> . Sustenta que si cada organismo responde primariamente a su propia estructura interna, entonces ninguno puede provocar

		directamente un estado determinado en lugar de otro.
	Roma	Luigi Onnis, miembro del <i>Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale</i> y del <i>Centro Studi di Roma</i> , trabaja con las esculturas familiares para el tratamiento de trastornos psicósomáticos, como la anorexia.
	Noruega	Tom Anderson, idea el equipo reflexivo ante una familia.
		Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata: Publicación del artículo <i>Hypothesizing-Circularity- Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session</i> , en donde se presentan los principios básicos de este modelo. Publicación del artículo <i>The Problem of the Referring Person</i> , última aportación del Grupo de Milán
1987		Gianfranco Cecchin; Publicación del artículo <i>Hypothesizing Circularity and Neutrality Revised and Invitation to Curiosity</i> . Donde se enfatizan las ideas mayormente asociadas con el trabajo sistémico del equipo de Cecchin y Boscolo.
1988		Harry Goolishian y Harlene Anderson, publican <i>Human systems as linguistic systems</i> , en donde se desarrollan los puntos centrales del Modelo colaborativo. Afirmando que sólo es posible explicar los sistemas existentes por medio del lenguaje y de los actos comunicativos.
1990		En la década de los 90's, aparece la perspectiva del Constructivismo Social con Gergen y el Posmodernismo de Michael Foucault.
		Se centra en el individuo como víctima del lenguaje restrictivo que implica el discurso invisible cultural, la reacción ante esto es de desafío cultural a través del cuestionamiento de los valores y significados aceptados.
		El Constructivismo Social enfatiza el hecho de que el conocimiento no es una representación de la realidad externa, sino un consenso construido por individuos que hablan un

Familia - "sistema de lenguaje" como unidad social
 Terapeutas Constructivistas.- en su práctica, la patología es empujada fuera de la familia para situarla en la cultura que la rodea.

		mismo lenguaje.
		<p>Gergen explica que el lenguaje no “versa sobre el mundo”, no es un simulacro de la realidad, un espejo o un plano. Opera según una lógica interna que le es inherente, acorde a sus propias convenciones. Por lo tanto, es falaz que todas las disciplinas sostengan que sus respectivos lenguajes son el vehículo de la verdad: los lenguajes no son fundamentalmente vehículo de nada más que no sean ellos mismos.</p>
		<p>Jacques Derrida refirió que el “sesgo logocéntrico”, o sea la presunción de que las palabras reflejan el funcionamiento de la mente, que convierte el caos circundante en un orden lógico. Derrida se opone a la idea de que las palabras sean el reflejo de las esencias en el individuo, y propone en cambio que el lenguaje es un sistema en sí, de cuyas propiedades extraen las palabras la capacidad de crear un mundo aparente de esencias. Este sistema del lenguaje (o de la elaboración del sentido) preexiste al individuo y está “siempre listo” para su uso social. Así, cualquier cosa que se diga sobre el mundo o el yo tiene que ser entrecomillas. Si es sensata, ya fue dicha. El significado de un término depende en primer lugar de una <i>diferencia</i> entre ese y otros términos del sistema lingüístico. Al mismo tiempo, la comprensión de un término exige un proceso constante de <i>referencia</i> con otros términos del sistema.</p> <p>Según Derrida, “no hay nada fuera del texto”.</p> <p>Desde esta perspectiva, las palabras pierden su facultad de describir las cosas como son o de capturar las esencias. Con esta premisa, se alienta al intento de desmoronamiento o <i>desconstrucción</i> de los textos. Al desconstruir un texto, se muestra que las proposiciones fundamentales sobre la naturaleza de las cosas dependen de una aceptación implícita del significado suplementario que el texto niega.</p>

		El lenguaje cambia de “modo como son las cosas” → “el mundo tal como es representado”, así las técnicas retóricas de la representación, o de la construcción del mundo ejercen un efecto decisivo y a menudo involuntario, sobre la vida social, las comprensiones quedan sujetas a las maniobras de la metáfora, la forma narrativa, el lenguaje llano, la ironía, etc.
		El Posmodernismo de Foucault introduce la observación de que la conversación está gobernada por amplios discursos socioculturales y prevalecen ciertas perspectivas mientras que se obvian y marginan otras. Bajo la influencia de estas ideas el terapeuta empieza a centrarse más en el lenguaje y la narrativa. El terapeuta realiza preguntas que brinda la oportunidad de reconsiderar ciertos significados y valores que hasta la oportunidad de reconsiderar ciertos significados y valores que se consideraban “definitivos” y “normativos”. En este sentido, el terapeuta crea un contexto dentro del cual se invita a los clientes a recapitular sus vidas deshaciéndose, en el proceso, de la opresión de los discursos culturales constrictivos.
		Aparece Alfredo Canevaro, que en sus intervenciones al inicio de la terapia, considera la posibilidad de que estén presentes los abuelos – suegros de la familia que se encuentra en terapia. Esto, con el fin de buscar y analizar las creencias o estilos relacionales de las dos familias de origen involucradas. Además, le permite al terapeuta detectar problemas adicionales que busca resolver antes de iniciar la terapia con la familia consultante.
		Modelo Elemental Pragmático de Piero Giáomo
1992		Anderson y Goolishian publican: <i>The Client is the expert: A not – knowing approach to the therapy.</i>
		Luigi Cancrini, con sus aportaciones para el trabajo sobre familias multiproblemáticas y en comunidades con altos índices de drogadicción.

1993		Mauritzio Coletti, con su propuesta del Trabajo comunitario
1996		Juan Luis Linares, ha llevado al cabo trabajos acerca de la Depresión y sobre la Identidad, que llevaron a diseñar una perspectiva relacional para la terapia familiar
	Italia	Publicación del libro “ <i>La famiglia del tossicodipendente</i> ”, por el nuevo equipo de la Escuela de Milán: Stefano Cirillo, Roberto Berrini, Gianni Cambiaso y Roberto Mazza. En el cual se postulan los periodos y recorridos que se observan en las familias con un miembro toxicodependiente desde un análisis trigeneracional incorporando una revisión de la Teoría del Apego de Bowlby.
1998	Italia	Publicación del libro “ <i>Ragazze anoressiche e bulimiche</i> ”, por el nuevo equipo de la Escuela de Milán; Mara Selvini Palazzoli, Stefano Cirillo, Mateo Selvini y Ana María Sorrentino. En donde se describe la investigación y seguimiento acerca de los casos con muchachas anoréxicas y bulímicas. Se propone el trabajo en paralelo con los padres y sus familias de origen, trabajo en la relación de pareja y con las hermanas y hermanos de las pacientes anoréxicas.
2008		Muerte de Michael White
		Muerte de Tom Anderson

Referencias

- Cade, B. (1995). *Guía Breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Cecchin, G. (1988). Hypothesizing Circularity and Neutrality Revised and Invitation to Curiosity. *Family Process*. Vol. 27. 405-413 pp.
- Fish, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. México: Herder.
- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve: premisas terapéuticas, pensamiento sistémico: Marco de referencia subyacente a la Terapia Breve. *Psicoterapia y familia*. Vol. 2 (1) 30-39 pp.
- Haley, J. (2002). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Haley, J. (1999). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (2004). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: FCE.
- Mackinnon, L. (1983). Contrasting Strategic and Milan Therapies. *Family Process*. Vol.22 December. 425-438 pp.
- Madanés, C. (2001). *Terapia Familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S., Lee, W.Y y Simon, G.M. (1998). *El arte de la Terapia familiar*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Montiel, C.M. (1997). *Pautas de funcionamiento en familias reconstituidas y en familias intactas*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología. UNAM.
- Navarro, G. J. (1992). *Técnicas y programas en Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Nardone, G y Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Ochoa, D. A. I. (1995). *Enfoques en Terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder. Biblioteca de Psicología: Textos universitarios.
- O'Hanlon, H.W. y Weiner-Davis, M. (2002). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Papp, P. (1994). *El proceso de cambio*. Barcelona: Paidós Terapia familiar.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2002). *Terapia Familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini- Palazzoli*. México: Paidós.
- Selvini- Palazzoli, M., Boscoso, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). Hypothesizing-Circularity- Neutrality; Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family Process*. Vol.19 (1). 3-12 pp.
- Selvini- Palazzoli, M., Boscoso, L., Cecchin, G., Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja*. México: Paidós
- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach: Part 2. Description of session format, interviewing style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 10 (3). 253-271 pp.
- Watzlawick, P. Beavin, y Jackson. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona. Paidós.

- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2001). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Watzlawick, P, Weakland, J. y Fish, R.(1999). *Cambio*. México: Herder
- Wittezaele, J.J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Textos Universitarios: Herder.

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

Los fundamentos epistemológicos que apoyan y dan sustento a la Terapia Familiar se derivan de la Teoría General de Sistemas, la Cibernética, la Teoría de la Comunicación Humana y el Posmodernismo.

A continuación se dará una breve explicación de las teorías antes mencionadas.

Teoría General de los Sistemas

- Desarrollada por Ludwing Von Bertalanffy, donde postula que a un conjunto de objetos y sus relaciones, y las relaciones entre los objetos y sus atributos, se les conoce como *sistema*. De esta idea, se especifica que, se entiende como objeto a las partes del sistema; que son entidades físicas (átomos, personas, comunidades, etc.) u objetos abstractos (reglas, procesos, etc.) mientras que los atributos se refieren a las propiedades o características que poseen dichos objetos.
- La finalidad de la TGS, es buscar relacionar totalidades, a través de las interacciones internas y externas que tiene un ente o sistema con su medio → se buscaba descubrir las similitudes o isomorfismos en las construcciones teóricas de las diferentes disciplinas cuando éstas existen, y desarrollar modelos teóricos que tengan aplicación al menos en dos campos diferentes de estudio. Además de la creación de un lenguaje común que sirviera como punto de intersección entre las diferentes disciplinas, lo que permitiría el intercambio de información entre ellas.
- Bertalanffy creó conceptos asociados a los sistemas y que se refieren a las características de los sistemas como *abiertos* y *cerrados*.
- *Sistemas abiertos*.- es aquél que intercambia energía o información con su medio, los organismos vivos son considerados como sistemas abiertos debido a que mantienen un constante intercambio de información o energía con el medio en el que se desenvuelven.
- *Sistemas cerrados*.- es aquél que se encuentra aislado del medio, ya que no comparten energía o información con el medio que los rodea. La física y química se ocupan de sistemas que se consideran aislados.
- Se argumentó la existencia del *sistema relacional*, se entiende como al conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; éste va seguido

de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente (Parsons y Bales en Eguiluz, 2004)

- La familia es vista como un *sistema relacional*, pues el cambio de estado de un miembro familiar sigue al cambio de los demás miembros, que a su vez producen un cambio reiterativo en el sistema familiar total y en el sistema con su medio.
- Esta teoría posee una serie de conceptos básicos: organización, control, energía y las dimensiones de espacio y tiempo, como:
 1. Organización.- todo sistema está compuesto de elementos que están coordinados por la naturaleza consistente de la relación entre los elementos. Como:
 - *Totalidad*.- este concepto propone que ningún sistema puede ser adecuadamente comprendido o totalmente explicado una vez que ha sido descompuesto en sus partes componentes.
 - *Límites*.- si los sistemas son los elementos consistentes que se relacionan de manera consistente, entonces también elementos limitados por la naturaleza de la relación entre ellos.
 - *Jerarquías*.- los sistemas están por sí mismo organizados uno a otro, de acuerdo a una serie de niveles jerarquizados. Cada sistema es considerado como compuesto de un supra sistema mayor.
 2. Control.- permite el desarrollo de modelos interaccionales altamente complejos que aumentan las opciones en lugar de disminuirlas. Sugiere una imagen de elementos en constante interacción dinámica capaces de relacionarse significativamente uno con otro, debido a una intrincada y delicada serie de mecanismos disponibles que primero, los mantienen dentro de un conjunto aceptable de límites y, segundo permite que ocurra la adaptación.
 - *Homeostasis*.- se refiere al mantenimiento de un balance comportamental aceptable dentro de la familia. La idea es que las familias tienden a establecer un balance comportamental o estabilidad a resistirse a cualquier cambio en ese estado o nivel. Eventos que causen un desbalance pueden ocurrir en relación a comportamientos generados ya sea dentro o fuera de la familia.
 - *Retroalimentación*.- sobre los mecanismos que contribuyen al proceso de autorregulación dentro del matrimonio o de la familia se encuentran dos conceptos extraídos de la cibernética particularmente con la noción de “servomecanismo” en cuestiones sobre el sistema marital se hace referencia a termostatos, medidas de presión

y otros semejantes. En el circuito de retroalimentación: en lugar de asumir que dos eventos se pueden relacionar únicamente de manera *causa* → *efecto*, dos eventos pueden, en ciertas circunstancias relacionarse de manera circular, por medio de un circuito de retroalimentación positivo o negativo.

- *En el circuito de retroalimentación positivo – un aumento en cualquiera de las partes componentes podrá a su vez, aumentar el próximo evento en una secuencia circular, llamada situación de desviación amplificada y es ante todo un mecanismo autodestructivo, debido a que desencadena una situación fuera de control que eventualmente lleva al sistema más allá de los límites dentro de los cuales puede funcionar.*
- *En el circuito de retroalimentación negativa – establece un balance entre las desviaciones de los diferentes de los diferentes eventos dentro del circuito.*
- Cualquier modelo que tenga que ver con organismos vivos tiene que tener en cuenta algún concepto de energía.
- Dimensiones de espacio y tiempo.- cada una de las áreas descritas constituyen los bloques de construcción principal de la teoría de los sistemas, estas toman diferentes cualidades cuando se discuten desde el punto de vista espacial contra la dimensión temporal, Ej. la organización o establecimiento de patrones observados a través de la dimensión espacial es llamada *estructura*. El establecimiento de patrones a través de la dimensión temporal se refiere al *proceso* o *función*.

Cibernética

- Del gr. *Kybernetiké*: que significa arte de dirigir.
- En 1879, el fisiólogo Claude Bernard planteó la idea del *milieu interne* del organismo para referirse a las condiciones que se mantienen constantes en todo organismo vivo, independientemente de las variaciones del entorno. Fue impulsada principalmente por Norbert Weiner.
- Se estableció un principio general de operación de sistemas automáticos consistente en la retroalimentación o feedback. El concepto de *Homeostasis*, se refiere a la capacidad que poseen los sistemas vivos para auto modificarse cuando se producen cambios significativos en su medio ambiente. Se facilitan dos procesos: *retroalimentación negativa*: cuando se concibe como elemento regulador, ya que la desviación que produce información y que hace que el organismo intente contrarrestarla, y la *retroalimentación positiva*: implica que el cambio se da, debido a que la información

que regresa al sistema aumenta la desviación del mismo. Para Weiner, la homeostasis se logra mediante la acción continua y automática de los circuitos de retroalimentación.

- La cibernética forma parte de una ciencia general de la pauta y la organización. Y es un proceso formal para examinar procesos y métodos de cambio
- Bateson, explica como cibernético que cuando la cibernética persigue la explicación de un evento, no investiga las explicaciones positivas del mismo. Más bien, considera toda la gama de eventos que podrían haber sucedido y después se pregunta *¿Por qué no han ocurrido?*
- En el lenguaje cibernético, se dice que el curso de los acontecimientos está sujeto a restricciones y se asume que (aparte de tales restricciones), los caminos del cambio están gobernados sólo por la igualdad de probabilidad
- Para la cibernética: *todo cambio se entiende como el empeño por mantener una cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio.*
- Todas las familias corporizan procesos de retroalimentación que permiten la estabilidad de la organización familiar en su conjunto. La familia puede mantenerse unida gracias al control de los fragmentos intensificados de conducta, los temas de interacción y las pautas complejas de la coreografía: un sistema familiar que perdura es “autocorrectivo”.
- El método cibernético de la explicación negativa sugiere esta pregunta: *¿Existe alguna diferencia entre “estar en lo cierto” y “no estar equivocado”?*
- Una de las características de la Cibernética es que dirige la atención a ver los problemas “dentro” de un sistema o inclusive, como elementos constitutivos o “equilibradores” del mismo.
- El trabajo terapéutico se enfoca a ver a la persona, al sistema y a ver los problemas no como un producto individual o “interno”, sino como elementos afines al sistema, o sea al estilo relacional y a la idea de “mapas conceptuales compartidos” por el sistema: familia.

1ª Cibernética = Cibernética de los sistemas observados

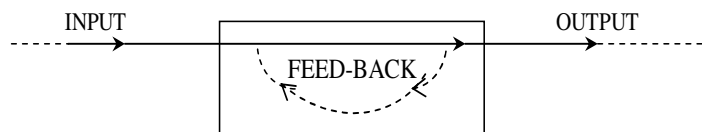
- Concibe a los terapeutas sólo como observadores, al margen del sistema.
- Terapeutas en posición privilegiada y experta para incidir en las “danzas relacionales” de la familia
- Existe una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales, regulada por el retorno de información para formar un “lazo” de control cerrado, que es lo que sucede

en los organismos y máquinas como sistemas homeostáticos que buscan mantenerse en equilibrio. La manera de lograrlo se daba cuando ocurría un cambio que desestabilizaba al sistema, entonces sus suscitaba otro cambio autorregulatorio del sistema para retornar al equilibrio.

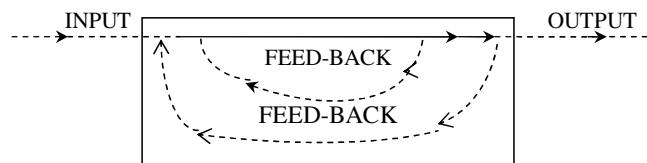
- Bateson (1972) explica que los procesos cibernéticos no escogen un estado estático, menciona que la acción correctiva es puesta en movimiento por la *diferencia*, o sea que el sistema está activado por el error, la diferencia entre el estado “preferido” activa la respuesta correctiva.
- En la familia, se dan cambios tendientes a restablecer la situación que existía antes de que se presentara el síntoma → cambio para no cambio.

*2ª Cibernética = Cibernética de los sistemas observantes =
Cibernética de la Cibernética*

- Se incluyen unidades de interacción más complejas, dado que la presencia del terapeuta es vista como un participante más dentro del sistema.
- Es la manera de señalar la inclusión y participación de los observadores en los sistemas observados
- Se considera la posibilidad de buscar un cambio que lleve a cambiar al sistema y así sucesivamente (recursividad).
- Bateson (1943, en Wittezaele, 1994) mencionó que la articulación con las ciencias sociales se dio lentamente y que más bien los cibernéticos se volvieron hacia la informática: input-output (entrada-salida). Como Wiener se ejemplifica así:



- El diagrama que integró la visión de Wiener, Bateson y Mead consideraba importantes los acontecimientos del circuito mayor de que se forma parte (ecosistema).



- La interacción del hombre con su entorno se efectúa a través de la *comunicación*, del intercambio de informaciones a múltiples niveles. Estos intercambios se estructuran y

se instauran unas reglas relacionales, de tal manera que se recibe la influencia de las personas del entorno se influye sobre ellas. Por tal, la *cibernética* representó un impulso para el estudio de los sistemas vivos complejos, en particular mediante la utilización de los isomorfismos.

- Según Wiener, la cibernética ofrecía un modelo para el estudio de la patología y de la “normalidad” en el comportamiento humano.
- Desde la cibernética, entonces se debe abordar la noción de información, que es la *partícula elemental* a partir de la cual se podrá elaborar todo el razonamiento, todo el proceso explicativo del comportamiento.

Teoría de la Comunicación Humana

- Conceptos esenciales sobre los que el grupo de Palo Alto fundamentaron su *enfoque interaccional* fueron:
- **Fenómenos de causalidad circular:** La cibernética y la TGS planteaban que un análisis de cada elemento de un sistema no permitía captar las características del conjunto, ya que éste posee unas propiedades que no son reductibles a las de los elementos tomados separadamente, o sea que los fenómenos complejos los sistemas y las variables son tan dinámicos y están tan interconectados que el cambio de un factor produce automáticamente la alteración de uno o de varios factores distintos. Para comprender el sentido del comportamiento de uno de sus elementos era necesario situarlo en el *contexto* del conjunto del que forma parte, porque está controlado por el conjunto. Por lo tanto, cuando diferentes elementos estaban en interacción en cualquier punto del sistema, el comportamiento de un elemento era una causa para el elemento que lo sigue en el circuito de interacción, la *causalidad era entonces circular*.
- **La teoría de los tipos lógicos:** si se estudian los sistemas de elementos en interacción es necesario distinguir los niveles de análisis que conciernen a los diferentes elementos del circuito. Si se desea modificar normas de funcionamiento del sistema entero, se debe recurrir a un tipo de información diferente de la que transmiten los *feed.back*. Éstos permiten una regulación del sistema respecto a dichas normas, pero no pueden modificar la norma misma, para hacerlo es necesario *recalibrar* el sistema entero. (calibración, término utilizado por Bateson para designar una modificación de la norma). Russell y Whitehead, (*Principia Matemática, 1910-1913*) hicieron una distinción en el procedimiento de abstracción, o sea cuando se trata de unos elementos particulares que son miembros de un conjunto de elementos es fundamental distinguir

el discurso que concierne a los elementos individuales del que concierne el conjunto, porque, si se los confunde, el razonamiento llevará a conclusiones paradójicas. El lenguaje verbal, la diferencia entre los niveles lógicos no aparece, por lo que no se tiene distinción de sintaxis cuando pasamos de un nivel a otro. La repercusión de esto, es que si se considera que el individuo ha de tratar, clasificar y generalizar las informaciones que recibe del mundo, es muy posible que puedan introducirse algunos errores en este tratamiento de las informaciones, y que algunas sean atribuidas a un cierto nivel lógico mientras que son de un tipo diferente.

- **La información:** abarca un campo semántico enorme, para comprenderla es necesario retomar las leyes de la termodinámica (Clausius, 1885 en Wittezaele, 1994).

Termodinámica e Información;

1ª *Conservación de la energía*, la energía del mundo es constante, puede transformarse, permaneciendo global y cuantitativamente la misma.

2ª *Cualidad de la energía*, introduce la noción de *entropía* y afirma que; la entropía del mundo tiende hacia un máximo. Se encuentra la idea de que sólo las diferencias pueden producir efectos, Prigogine y Sterngers, explican “las diferencias productoras de efectos no cesan de disminuir en el seno de la naturaleza; el mundo, de conversión en conversión, agota sus sugerencias y se dirige hacia el estado final ..., el estado de equilibrio térmico en el que ya no subsiste ninguna diferencia que pueda producir un efecto”.

Bolzmann afirmó “la entropía es de hecho una propiedad de un enorme número de partículas y que, si el conjunto de las partículas tiende hacia un desorden cada vez mayor, esta tendencia solamente es probable, pero que la probabilidad es tan grande que, para todos los fines útiles, se la puede considerar como cierta”. Así, la tendencia a la entropía, se trata de la tendencia al caos, en el sentido de ausencia de cualquier orden.

- Principio de Boltzmann: *El estudio del mundo exterior se transforma insensiblemente en un estudio de la interacción entre este mundo exterior y el observador que lo estudia.*
- Del 2º principio explica que: se da importancia a la noción de orden, a los procesos irreversibles (el tiempo), el enfoque relacional de la ciencia y el énfasis a la probabilidad. El objeto de comprensión *somos nosotros mismos*. Por esto se ha dicho que la segunda ley es *antropomórfica*, pues dice más sobre los límites que la naturaleza impone al hombre en su conocimiento de ella que sobre esta naturaleza misma.
- Información y energía; todos los sistemas vivos poseen la característica de estar compuestos de elementos en interacción, de ser unas entidades complejas y

organizadas. Cuando se trata de elementos en interacción regulada, el comportamiento de un elemento no está solamente vinculado a una cantidad de energía transmitida sino a otros factores de terminantes y controladores que definen la organización, el orden, las coacciones del sistema. La explicación *cibernética* es una explicación de tipo negativo, pues considera el conjunto de los acontecimientos que habrían podido producirse, y muestra por que es este caso particular el que se realiza, en función de las restricciones a las que está sometido. Es importante saber en qué medida el sistema está sometido a factores determinantes y controladores. En todos los fenómenos de interacción de organismos vivos, el factor que determina las reacciones, es el comportamiento, y no puede ser reducido a un paso de energía: el paso de informaciones así como todos los procesos que están implicados en su tratamiento (la codificación, la clasificación, el modo de organización) son los que deberán servir de base a la explicación. Es necesaria una fuente de energía, pero ésta sólo permitirá explicar aspectos más previsibles de la reacción. Para los sistemistas, la analogía con la teoría de la energía no permite explicar las características específicas de los organismos vivos, principalmente de los procesos recursivos. Así pues, tomar esta analogía es usar un instrumento inadecuado.

- Bateson en 1948, después de su separación de Mead, acepta la proposición de Jurgen Ruesch (psiquiatra) para estudiar la comunicación en psicoterapia. De esta colaboración se desprendió un libro llamado “La comunicación: matriz social de la psiquiatría” (1951). Tres dimensiones principales:
 1. Explicitar los fundamentos epistemológicos del trabajo de los psiquiatras, y sus consecuencias sobre el modo de enfocar el tratamiento.
 2. Preparar el terreno para un enfoque interaccional del comportamiento, para una teoría de la comunicación.
 3. Someter a prueba la pertinencia de la teoría de los tipos lógicos para el estudio de las relaciones interpersonales.
 - Bateson intentó poner en evidencia las premisas de sus intervenciones terapéuticas: su definición de la realidad y de la normalidad, su idea de casualidad y las consecuencias de tales premisas sobre los tratamientos que aplican: “*el hombre vive en función de proposiciones cuya validez depende de su creencia en estas proposiciones*”
 - Otro descubrimiento de Bateson fue la reflexividad de la tarea del terapeuta, era necesario que la psiquiatría incluyese al observador y al teórico en el sistema estudiado. Para el terapeuta estático, el descubrimiento de todo error que puede cometer será una

amenaza; para el que es dinámico, el descubrimiento del error es portador de la promesa de nuevos progresos.

- El razonamiento de Whitehead y Russell, acerca de los Tipos Lógicos, llamaron la atención de Bateson, quien sospechaba también que los seres humanos llegan a reconocer las señales que intercambian como exactamente unas señales. Su reflexión fue que “las matemáticas contienen unos niveles de abstracción diferentes; hay que pasar pues a un nivel de discurso más abstracto”. La comunicación entre los seres parece implicar una jerarquía del mismo tipo la medida en que éstos pueden reconocer una señal por lo que es. En el transcurso de los intercambios entre individuos, ellos (los individuos) pueden fiarse o no de estas señales, negarlas o no, amplificarlas, corregirlas, etc. las personas son capaces de hablar de los signos mismos. *La comunicación humana* contiene una jerarquía de niveles de abstracción. La comunicación verbal puede operar en varios niveles opuestos que se sitúan siguiendo dos direcciones, a partir del nivel denotativo. Una primera serie de estos niveles más abstractos incluye los mensajes explícitos o implícitos en que el objeto del discurso es el lenguaje, a estos niveles los llamó *metalingüísticos*. El objeto del discurso es la relación entre los locutores. Así, la presencia simultánea produce confusiones de niveles en el intercambio, por tanto paradojas de tipo russelliano.
- Teoría internacional de la comunicación; trata de aplicar los principios de la cibernética a la comunicación humana y de preparar así el terreno, para una nueva “ciencia de comunicación”, se apoya en: la biología, la antropología y la psiquiatría. Insistió en una definición de términos como “información”, “redundancia”, “codificación”, muy próximos al sentido que les atribuyen los fundadores de la cibernética y de la teoría matemática de la comunicación.
- Desde su análisis; *Naven* y la cismogénesis, Bateson se enfocó al proceso evolutivo de las interacciones humanas en una perspectiva sistémica sincrónica, y construyó una teoría del aprendizaje en relación con los nuevos conceptos epistemológicos, concentrando su enfoque sobre la relación interpersonal, sobre el intercambio de informaciones entre los individuos. Tomó como punto de partida la codificación.
- *La diferencia que crea la diferencia*; esto es que si existe una infinidad de diferencias potenciales en el entorno, solamente se convertirán en informaciones para las que tengan un efecto sobre el organismo, teniendo en cuenta los límites sensoriales. No basta que exista una diferencia entre las cosas o en el tiempo, es necesario también que esta diferencia provoque una bandada de estímulos (diferencia que debe crear una

diferencia para los órganos sensoriales). Es una relación entre las cosas, y esta relación es una abstracción. Es difícil detectar un cambio gradual porque la sensibilidad al cambio rápido va acompañada del fenómeno de acostumbramiento. El número de diferencias potenciales es infinito. Pero pocas de ellas se convertirán en diferencias efectivas (elementos de información) en el proceso mental de una unidad más extensa (entorno más individuo). La información consiste en unas diferencias que crean una diferencia.

- La diferencia percibida no es la que la ha provocado, se trata de una transformación de ésta, una versión codificada de la diferencia original. Bateson se preguntó si el organismo humano disponía también de maneras diferentes de codificar los acontecimientos exteriores.
- Codificación de la información; inspirado por la teoría de Shannon y Weaver. En el poder definir el modo como los acontecimientos del mundo exterior son transformados en informaciones simbólicas transmisibles: como son codificados. El principio básico es que para obtener un mensaje codificado adecuado, es necesario que la codificación preserve las relaciones formales existentes entre los diversos elementos de los acontecimientos transmitidos. El o los modos de codificación utilizados por el ser humano pueden revelar algunos errores que implican dificultades para su adaptación al entorno. Todo mensaje que viaja en un circuito sufre transformaciones, a este proceso de transformaciones lo llamaremos codificación. La codificación es una *transformación* de un cierto tipo entre los datos del input y los del output de un circuito. El tipo de codificación es pues el tipo de redundancia que se establece entre dos conjuntos, es lo que distingue y relaciona: el mapa y el territorio. Muchas características de un sistema dependen, del tipo de codificación utilizado.
- Bateson se centró en las codificaciones digital y analógica, en la cuestión de la transformación, así como en las consecuencias que los diversos tipos de codificación pueden traer al individuo.
- La codificación analógica; Se apoya en la cantidad y en la medida: una cierta cantidad de una cierta x se utilizará para predecir una cierta cantidad de una cierta y . En principio, la variación podrá pues ser continua. Si se conocen las reglas de transformación, los datos recogidos a partir del modelo permitirán obtener enseñanzas sobre el acontecimiento modelizado.

En la comunicación humana, este tipo de codificación no se limita a los comportamientos no verbales. Se recurre a la analogía en la comunicación verbal, principalmente el uso de metáforas y de analogías lingüísticas, éstas últimas consideradas como relaciones, similitudes.

Simetría y complementariedad. Bateson había intentado definir la evolución de patrones relacionales, (cismogénesis), es decir la posibilidad de rupturas relacionales por la acumulación de una diferenciación basada en el principio del feed-back positivo. Tanto si las relaciones se fundaban sobre la diferencia (cismogénesis complementaria) como si lo hacían en la igualdad (cismogénesis simétrica), las relaciones parecían conducir inevitablemente al estallido del sistema. Con el concepto de feed-back negativo, Bateson se dio cuenta de que algunos comportamientos podían evitar la aceleración y mantener una homeostasis. Watzlawick, Beavin y Jackson hablan simplemente de relaciones simétricas y complementarias.

El grado de precisión de este tipo de codificación depende del grado de exactitud de la construcción del modelo. Para muchos gestos o mímicas, hay un grado más o menos importante de conversiones culturales, por tanto son posibles (y frecuentes) muchos errores de descodificación.

- La codificación digital (numérica); Se apoya sobre la acción de contar es sinónimo de codificación numérica. La información es transformada en magnitudes discretas. Con la aparición del sistema binario, estas unidades se resumen en la elección entre 0 y 1. La diferencia será percibida o no lo será. La exactitud depende de la precisión de las distinciones.

En las conferencias Macy se discutió el tipo de codificación del sistema nervioso, pues las neuronas, al responder con una reacción del tipo “todo o nada” dejaban suponer que se trataba de una codificación digital, pero la modificación posible de los umbrales de reacción, unida al aumento o disminución de ciertas sustancias en el organismo, así como la enorme multiplicación del número de las neuronas estimuladas al mismo tiempo conferían al resultado el aspecto de una reacción continua. A Bateson le parecía un poco reductor limitar los tipos de codificación del hombre a estos dos aspectos solamente.

- La puntuación, de un fenómeno consiste en dividir las secuencias interaccionales, la mayor de las veces para “descubrir” (decidir) los efectos y las causas de un fenómeno cualquiera.
- Niveles de un mensaje, todo mensaje incluye dos aspectos: a la vez informe y orden, tiene un aspecto informativo y es también un estímulo para la relación. Esto coincide con el primer axioma enunciado por Watzlawick: “No es posible no comunicarse” o también con la fórmula de McCulloch: “Nunca sucede que nada suceda”. Todo mensaje

contribuye a la definición de la relación entre los dos interlocutores: designa el modo como debe entenderse el mensaje y por tanto la relación entre los dos miembros es también metacomunicativo. Según el contexto del intercambio, un mensaje podrá ser más o menos importante para la relación, pero los dos aspectos siempre están presentes.

- La *metacomunicación*, el lenguaje posee una estructura jerárquica. Un comentario sobre un conjunto de enunciados, indicará un metalenguaje o una metacomunicación, es decir, una comunicación sobre una comunicación. También pueden hacerse comentarios sobre la metacomunicación, y así interrumpidamente. Ésta concierne a un conjunto de mensajes y los clasifica: precisa en qué categoría deben ser clasificados los mensajes que han sido emitidos. Metacomunicar implica distanciarse con respecto al discurso; el contenido de la metacomunicación es interaccional: se habla de la relación entre uno mismo y el otro. En el nivel lógico superior tocando el campo de las reglas relacionales. El interlocutor puede no permitir que el otro ejerza un “control” sobre la relación. Entonces se reúnen todas las condiciones para una escalada, hasta que se hayan renegociado las reglas.
- Las paradojas; desde que unos enunciados pueden ser metacomunicativos, y que no es fácil distinguirlos en el discurso, Bateson (1951) señaló que la psicología y el estudio de la comunicación humana nunca pueden pretender construir un sistema autónomo y coherente que no sea autocontradictorio. En la práctica, esto significa que se debe esperar encontrar en los grandes campos creativos de la comunicación humana (el juego, el arte, la religión, la epistemología y la teoría psiquiátrica) paradojas generales y se tiene que aceptar.
- La creación del MRI, por Jackson en marzo 1959, con Jules Riskin, Virginia Satir y Janet Beavin. Jules Riskin, psiquiatra, recién salido de su internado en el hospital general de Cincinnati, Ohio. Se interesa por la esquizofrenia, en 1957, por su interés en el artículo *Hacia una teoría de la esquizofrenia*; se contacta con Don Jackson, quien lo invita a asistir a una de las reuniones del proyecto de Bateson. Jackson trabajaba con familias desde 1952.

Virginia Satir, quien trabajaba en una institución del Mid-West con familias buscó a Jackson interesada por el artículo *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, el cual describía lo que ella había observado desde hacía 4 años con familias esquizofrenicas. Jackson la invitó a poner en marcha lo que se convirtió en el MRI; proyecto que consistía en observar el lazo existente entre la interacción familiar y el desarrollo de la salud (o enfermedad) en los miembros de la familia. Había dos sectores de actividad: la investigación (Bateson), una parte teórica, y la formación.

La formación, utilizando grabaciones, cámara unidireccional; mostrando como se hacía el trabajo con familias (Satir); la pragmática de la comunicación, Watzlawick con investigaciones sobre la comunicación, en 1964 publicó una antología de la comunicación, las bases de la pragmática y sus efectos sobre el comportamiento. Bateson en 1966, recibió una primera versión de Teoría de la comunicación humana, la criticó fuertemente. Para Bateson la codificación de la información quedó en dos tipos: analógica y digital, aspectos del mensaje en contenido y relación (Wittezaele, 1994).

En 1954 Bateson conoce a Don Jackson, psiquiatra y psicoanalista, quien dirigía el departamento de Psiquiatría de la Clínica Médica de Palo Alto, quien tenía la formulación sobre homeostasis familiar, concepción que a criterio de Bateson estaba relacionado con los objetivos del proyecto que dirigía con Haley, Weakland y Fry. Esto permitió que Jackson pasara a ser consultor del proyecto y así el grupo se inclinara por la clínica y por la terapia. Cuando llega a Palo Alto Jackson tiene ya delineada una embrionaria Teoría Sistémica propia: los síntomas esquizofrénicos serían un epifenómeno de mecanismos subterráneos homeostáticos familiares.

- A través de observaciones centradas exclusivamente en los individuos, el grupo reconstruye un hipotético escenario familiar para el futuro esquizofrénico, caracterizado por comunicaciones definidas como “*doble vínculo*”. Quien crece en un contexto donde recibe mensajes intrínsecamente contradictorios termina siendo castigado, tanto por lo que hace como por lo que no hace, y se verá obligado a encontrar un modo de sobreponerse a esa situación. En 1956 el grupo presenta la hipótesis del *doble vínculo* en el artículo “*Hacia una teoría de la esquizofrenia*” considerado el punto de origen de la concepción sistémica de la esquizofrenia y también de la familia.

Sin embargo, a la larga grupo Bateson perdió cohesión, los trabajos de Jackson y Weakland se centraron cada vez más en la familia, mientras que Haley se interesó por la manera en que asumen las terapias, y quién tiene el poder y su manejo en las familias.

- Se inició, una disputa que escindió en los años siguientes a la escuela sistémica. Si Bateson concibe cada familia como un conjunto unitario pero en el que confluyen procesos de comunicación, Haley y Jackson la conciben como una organización jerárquica en la que los individuos luchan por establecer quién definirá las relaciones. Esta “*metáfora que corrompe*” (el poder en palabras de Bateson) consuma la separación definitiva del grupo, cuando concluía el plazo de su última subvención en 1962. El trabajo del grupo continuará en años posteriores pero bajo otra forma: Bateson

abandona definitivamente la psiquiatría por la etología, mientras que Jackson, Haley y Weakland terminan en el Mental Research Institute. Los encuentros entre Haley, Weakland y Milton Erickson tuvieron un impacto determinante en el grupo de Palo Alto. Las técnicas de intervención de Erickson se prestaban bien a un enfoque interaccional, aunque Erickson no se preocupaba de conceptos tales como la homeostasis, función o desplazamiento del síntoma; para él lo importante era descubrir “de qué modo, como terapeuta podía inducir un cambio en la persona que estaba ante él”; esto los llevó al estudio del modo en qué se producía el cambio. Esta labor la continuó Jay Haley, precursor de lo que se llamaría más tarde “Modelo Estratégico”, enfoque que fue la base de la “terapia breve” que elaboró el equipo de Palo Alto años más tarde como un enfoque de “resolución de problemas” culminado con el comienzo del Proyecto del Centro de Terapia Breve (CTB) (Bertrando y Toffanetti, 2004).

- Los axiomas de la Comunicación propuestos en por el equipo de Watzlawick, Beavin y Jackson, en su libro de *Teoría de la Comunicación Humana, 1959* con base al trabajo del MRI, son:

Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es por ende, una metacomunicación.

Según las reglas descritas por Bateson, también la comunicación está definida por el contexto (en consecuencia, es la relación la que actúa como fondo). En toda comunicación hay una relación al haber un emisor y un receptor, el contenido del mensaje se refiere a la información transmitida y el aspecto relacional se centra en la relación entre comunicantes. La metacomunicación se refiere al análisis comunicacional cuando se *comunica* algo sobre la *comunicación*.

La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes

La puntuación organiza los hechos de la conducta por lo que resulta vital para las interacciones en marcha, se definen roles en base a la disposición de los organismos a aceptar un sistema de puntuación uno de ellos puede tomar la iniciativa y otro la dependencia.

Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente

El lenguaje digital (verbal) tiene una sintaxis perfecta, pero una débil semántica relacional; el lenguaje analógico tienen semántica, pero no tiene una sintaxis que permita definir la relación de modo no ambiguo.

Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o la diferencia

El intercambio simétrico tiene lugar en la producción de mensajes de la misma naturaleza que, justamente por ello, puede provocar un mutuo crecimiento paradójal, mientras que el intercambio complementario produce un incremento paradójal de las diferencias entre los mensajes.

Posmodernismo

- Las perspectivas posmodernas rebasan las ciencias sociales y las humanidades y su denominador común incluye el reconocimiento de realidades divergentes, constituidas socialmente y situadas históricamente, que se oponen a una comprensión adecuada en términos objetivistas. Desde este punto de vista, el lenguaje constituye realmente la estructura de la realidad social, requiriendo el cultivo de nuevos enfoques (hermenéutico, narrativo, deconstruccionista, retórico y discursivo) apropiados para analizar el “texto” de la experiencia humana en su contexto social (Mahoney, 1998).
- Desde el posmodernismo, no se trata de ver los problemas de las personas como categorías universales o “ahistóricas”, sino como *Construcciones Sociales* características de un momento histórico y de una particular forma de pensar, tanto en los pacientes como de los terapeutas.
- Se plantea un cambio epistemológico para ambas partes: paciente y terapeuta

Para que explicar ambas corrientes, decidí esquematizarlas de la siguiente manera.

<i>Modernidad</i>	<i>Posmodernidad</i>
Diferencias	
Individualismo (ganar dinero... el hombre vale por lo que tiene)	Hiperindividualismo (yo mi beneficio a costa de lo que sea)
Fe en el progreso (la ciencia irá acumulando conocimientos y resolviendo los problemas humanos)	No se cree en el progreso
Racionalismo	Desconfianza de la razón
Cosmovisiones y metarrelatos (científicos, sociológicos, filosóficos, religiosos, etc.)	No cree en las cosmovisiones ni en los metarrelatos.

Optimismo	Pesimismo
Creencia en la verdad (científica y moral)	Escepticismo. No hay verdades.
Identidad (local, nacional, de género laboral, etc.)	Crisis del sentido de pertenencia e identidad
Correspondencia clara entre conceptos y referentes.	El concepto no es unívoco, se emplea con diversos significados y no hay un acuerdo preciso acerca de qué se refiere
Reduccionista, localista, analítico	Holista, globalista, interconexión
Absolutismo	Relativismo
Religión como fundamento cultural identificador	Religión individual New age – esoterismo
Búsqueda de la esencia	Implica un rechazo de los valores, creencias, métodos y teorías del Modernismo
Adopción del método científico	Rechazo al Método científico
Realidad absoluta	“Realidad”
Se legitima el conocimiento mediante el experimento y la derivación lógica	La realidad no es una y uniforme sino múltiple y requiere ser construida e interpretada socialmente.
	Importancia del saber se basa en el lenguaje
	Las teorías científicas son creaciones, narraciones que le permiten a la persona funcionar en el mundo
	Cuestionamiento de la autoridad

- Se derivaron dos corrientes de pensamiento, el *Constructivismo* y el *Construccionismo Social*.

El primero:

- El *Constructivismo* es una perspectiva epistemológica basada en la afirmación de que los seres humanos crean activamente las realidades a las que responden.

El pensamiento constructivista contemporáneo tiene sus raíces en la tradición filosófica y psicológica que presta atención al papel activo de la mente humana a la hora de organizar y

crear significado (inventar, en sentido literal, más que descubrir la realidad). Los orígenes filosóficos del Constructivismo incluyen la nueva ciencia y el concepto de “universales imaginativos” de Vico, el análisis de los límites del conocimiento derivado de Kant y la filosofía neokantiana del “como si” de Vaihinger, mientras que las primeras aportaciones al pensamiento constructivista en psicología incluyen la epistemología genética de Jean Piaget, el análisis constructivista de la memoria humana de Bartlett, el tratado sobre la naturaleza constructiva del sistema nervioso humano de Hayek, la psicología de los constructos personales de Kelly y la metateoría motriz de la mente de Weimer (Mahoney, 1998).

- Lyddon, (1998) explica que el pensamiento constructivista ha surgido como perspectiva destacada en diversos campos psicológicos como la psicología cognitiva, la psicología evolutiva, la psicopatología evolutiva, la psicología educativa, la psicología ambiental, la psicología de la emoción, la terapia familiar, la psicología feminista y los estudios de género, la psicología narrativa y del discurso, la percepción y la memoria, la personalidad, la psicoterapia y el asesoramiento psicológico, la psicología personal y la psicología social

Este autor, plantea que se pueden diferenciar 4 formas de Constructivismo Psicológico:

1ª.- *Las Teorías del Constructivismo Material*: se basan en la idea de la causalidad material y en la noción de que el conocimiento es exclusivamente una función de las estructuras o materiales básicos de la persona que tiene ese conocimiento. Ontológicamente, la realidad está determinada por la estructura y es comprensible sólo mediante el carácter organizacional cerrado del sistema cognitivo humano. Posteriormente el se deriva en el Constructivismo Radical.

2ª.- *Las Teorías Constructivas Eficientes*: existen independientemente del conocedor en forma de información ambiental, y esta información que actúa sobre el conocedor. De acuerdo con estas teorías, la información tiende a fluir del ambiente a la persona de manera causal, lineal y eficiente, se “procesa” (reconstruye) activamente, y se convierte en útil y adaptativa si se desarrollan representaciones cognitivas válidas o precisas. Posteriormente se derivan Modelos de Procesamiento de Información y la Teoría del Aprendizaje Social.

3ª.- *Las Teorías Formales del Conocimiento Construido*: que se basan en los supuestos causales formales y en la identificación de patrones significativos en el flujo continuando momento a momento de la experiencia dentro del contexto. Esto es, que las realidades personales están limitadas por los roles, valores y *narrativas* constituidos social e históricamente que componen los contextos cambiantes de la vida de la gente. Posteriormente

de estas teorías se derivan el Construccionismo Social y la Psicología Narrativa, que a partir de finales de los 90's ha tenido gran auge.

- 4ª.- *Las Teorías Constructivistas Finales*: se basan en el concepto de causa final y en la visión de que el mundo es fundamentalmente teológico, y existe como previsión de alguna estructura más amplia. Tiene como idea fundamental que surgen nuevas y más inclusivas formas de conocimiento de la síntesis de las inevitables discrepancias, contradicciones y tensiones que surgen de las interacciones persona – ambiente. De estas teorías se derivan la Teorías Evolutiva y Dialéctica, Perspectiva de Sistemas y Psicología Transpersonal.
- Se enfatizan 3 principios interaccionados de la experiencia humana:
 - Los humanos son participantes proactivos (y no reactivos y pasivos) en su propia experiencia, es decir, en toda la percepción, memoria y conocimiento
 - La mayoría de los procesos de ordenamiento que organizan las vidas humanas operan a un nivel de conciencia tácito (*inconsciente* o *subconsciente*)
- La experiencia humana y el desarrollo psicológico personal reflejan la operación continua de autoorganización individualizada que tiende a favorecer el mantenimiento de los patrones experienciales.

El segundo;

- El *Construccionismo*, emerge en el ámbito de la psicología social, con la Teoría de la Construcción Social desarrollada por Kenneth Gergen (1985) en Hoffman, 1992; se opone a la idea modernista de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. Los teóricos construccionistas consideran que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Así, todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del “mundo común y corriente”.
- Para el construccionista social español Tomás Ibáñez (1990) el *Construccionismo* es el heredero intelectual del racionalismo y de su vertiente teórica contemporánea; la orientación construccionista podría ser considerada como una aproximación ecléctica, sobre todo por sus fuentes de inspiración. Se trata de una característica que, además de configurar una nueva tendencia o perspectiva, al mismo tiempo retoma otras analogías o puntos de vista, particularmente aquellos que han ido nutriendo a esta interesante orientación. Es el caso de Wittgenstein, Foucault, Gadamer, Ricoeur, Rorty, Georgoudi,

Rosnow, Giddens, Bhashkar, Habermas o Derrida, Jean-François Lyotard o Paul Feyerabend (Limón, 2005).

Las principales orientaciones y aportaciones que dieron origen al Construccinismo Social fueron:

- *La teoría de la acción* y su preocupación por el tema de la intersubjetividad y por la naturaleza social de los significados; una teoría que concibe al ser humano como un agente propositivo, capaz de autodirigir su conducta, dotado de racionalidad práctica e implicado en actividades de construcción y desciframiento de significados.
- *La corriente etogenética* de Rom Harré, corriente que mantiene un estrecho vínculo con las dimensiones wittgenstenianas de la teoría de la acción y con elementos provenientes del interaccionismo simbólico.
- *Teoría de la atribución* que tiene sus raíces en la fenomenología de Heider y profundiza sus trabajos en el análisis de las formaciones y prácticas discursivas; una teoría sensible, a la influencia de la propuesta derridiana de la deconstrucción.
- *La Orientación dialéctica-marxista y post-marxista* en donde destacan los trabajos de Marianthi Georgoudi que enfatiza la naturaleza histórica y relacional de los objetos, así como su carácter procesal y evolutivo.
- *El contextualismo* de Ralph Rosnow orientación inspirada por el pragmatismo norteamericano y por la dialéctica hegeliana, pone el énfasis en el carácter organizado de la totalidad contextual en el que transcurren los acontecimientos humanos, resaltando con ello que el contexto sólo existe a través de los actos que constituye, y que los actos sólo existen en relación con el contexto que los constituye.
- *La teoría de la estructuración* de Anthony Giddens, que resalta la naturaleza prioritariamente hermenéutica de los significados, así como los niveles de conocimiento “discursivos” y “prácticos” de los actores sociales.
- *El modelo transformacional de la actividad social* de Roy Bhaskar, que destaca el carácter abierto de los sistemas sociales tanto como su dimensión crítica, así como los posibles efectos emancipatorios de las ciencias sociales, sobre todo, en la medida que aportan elementos para que las personas perciban las fuentes de determinación que actúan sobre ellas y, al mismo tiempo, para que se liberen de las falsas concepciones.
- *La teoría crítica* de Jurgen Habermas en su distinción entre el interés por el control y la predicción, y el interés por la comprensión y por la emancipación, mismos que subyacen, según el propio Habermas, en tres tipos de conocimientos distintos: el

analítico, el hermenéutico y el crítico, incluido, en este último, su preocupación por articular “saberes emancipatorios”.

- *La orientación hermenéutica* en el que resaltan nombres como Dilthey, Heidegger, Wittgenstein, Gadamer, Habermas, Ricoeur o Taylor, orientación que destaca que el saber descansa sobre presupuestos hermenéuticos y sobre las preinterpretaciones inherentes al lenguaje. Esta orientación que toda interpretación es relativa a sus condiciones socio-históricas de producción y a los anclajes culturales y lingüísticos del sistema de significados que la articulan, pero una interpretación, por cierto, que siempre estará condicionada por nuestra posición dentro de una tradición histórica y cultural.
- La terapia debe generar múltiples y diferentes conversaciones, capaces de llevar a la revisión de las narraciones dominantes sobre las que se apoya la identidad de los clientes.

Semejanzas y diferencias entre la Constructivismo y Construccionismo Social

<i>Constructivismo</i>	<i>Construccionismo Social</i>
Semejanzas	
El Construccionismo favorece el tipo de futuras nuevas formas de comprensión. Junto	reflexión crítica que podría abrir una vía a con el constructivismo y la fenomenología, el al
Construccionismo constituye un desafío crítico concepción tradicional del terapeuta-	dualismo sujeto-objeto sobre el que se basa la científico.
Se ocupa más de las redes de relación que la superioridad trascendente reclamada por tradicional.	individuos, y cuestiona la posición de aquellos que actúan según el modo científico
Importancia al	Diálogo
El Construccionismo social, comparte con el el observador participa en la construcción de	Constructivismo radical la aceptación de que lo observado
Diferencias	
Enfoque moderno	Enfoque posmoderno
Escuela del pensamiento que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad	Parte del supuesto de que las ideas, los conceptos, los recuerdos surgen del

dentro de una perspectiva evolutiva	intercambio social y son mediatizados por el lenguaje.
Postula que un organismo no es nunca capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, y que sólo puede construir un modelo que se ajuste a ella.	El yo se desarrolla a través del intercambio verbal; esto es una narración acerca de sí mismo, así mismo desarrolla un discurso sobre lo que es el mundo.
Este modelo se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente y obedece a principios evolutivos de selección. Le pone acento en lo biológico, lingüístico y cultural que le confieren significado.	El conocimiento evoluciona en los espacios interpersonales, el ámbito del mundo compartido La terapia construccionista busca la sustitución de algunas ideas consolidadas en el discurso social, esto apoyado por la idea de que no hay verdades sociales incontrovertibles, sino sólo relatos acerca del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y contamos a los demás.
Señala que toda afirmación sobre la realidad es fundamentalmente una afirmación sobre el observador.	Permite sentirse a los individuos partícipes en la construcción de su historia, y ser activos en la construcción del mundo en el que desean vivir con las implicaciones y responsabilidades que esto conlleva.
El observador es responsable de trazar distinciones y determinar los límites de la realidad observada, él mismo se convierte en copartícipe en la <i>coconstrucción</i> del sistema en el que él también está incluido.	Considera que el conocimiento se da en el intercambio social y se expresa en el lenguaje y el diálogo
Existen diversos factores que influyen en la manera en que se construyen las representaciones del mundo.	El lenguaje construye el mundo, no lo representa, pues no es posible representarlo tal como es.
Se actúa de acuerdo a la idea o representación que se ha formado de él.	Se reconceptualiza no sólo la psicoterapia sino la patología.
Se centra en <i>crear una realidad realizable</i>	Lenguaje, como herramienta para construir la realidad.

<p>El observador toma una postura activa.</p> <p>El científico nunca es independiente del mundo que observa.</p>	<p>La terapia debe generar múltiples y diferentes conversaciones, capaces de llevar a la revisión de las narraciones dominantes sobre las que se apoya la identidad de los clientes.</p> <p>El terapeuta es cada vez menos protagonista.</p>
<p>Wittgenstein (1889-1951) consideró todo saber como un conjunto de aseveraciones relacionadas entre sí por operaciones lógicas.</p>	<p>Este enfoque se orienta hacia la <i>interpretación textual</i> → “<i>el giro interpretativo</i>”, teniendo el terapeuta como tarea la creación ilimitada de nuevo sentido (de nuevas historias) manteniendo abierta la conversación con el paciente.</p>
<p>En psicoterapia, permite al terapeuta entender cómo una persona o familia clasificó, construyó una conducta determinada, pensamiento o sentimiento como inadecuado, indeseable, etc. Y juntos, familia y terapeuta construir una meta durante el tratamiento.</p>	<p>El terapeuta no cambia las ideas y representaciones que la gente tiene del mundo, por tal el Construcciónismo social y la reconstrucción como parte de él, son importantes en la terapia, se han desarrollado modelos para realizar entrevistas; las preguntas del terapeuta ayudan al concebir y construir alternativas “realidades diferentes”</p>
<p>Los constructivistas cuestionan la tradicional separación y lo conocido, y argumentan que, en gran medida, son los procesos inherentes al organismo los que determinan qué se considerará “real”</p>	<p>El significado sólo se genera en el diálogo.</p> <p>Se postula al “saber” como socialmente construido, no se pueden postular significados preexistentes que el terapeuta pudiera descubrir: <i>la narrativa surgirá de la conversación sin que el terapeuta sea el autor.</i></p>
<p><i>Constructivismo conceptual.</i>- considera que los conceptos son necesarios para categorizar el mundo, esto es un proceso fundamental ya que no se podría sobrevivir sin hacerlo, ya que cada objeto, cada hecho sería completamente nuevo.</p>	<p>Expresan que los recuerdos, los conceptos, los prejuicios surgen en el intercambio social, todo conocimiento se da en la interacción con los otros</p>
<p><i>Constructivismo radical.</i>- no niega la existencia</p>	<p>Se aleja de las metáforas biológico-</p>

<p>de una realidad física, ontológica, lo que cuestiona es la capacidad humana de representarse fielmente esa realidad. Conocimiento... para ellos son solo imágenes que construimos, modelos, mapas de un territorio.</p> <p>Busca la verdad, niega la posibilidad de un conocimiento verdadero. Consideran que el mundo que se experimenta se construye automáticamente.</p> <p>El realista busca conocimientos que correspondan con la realidad, es radical porque rompe con las convenciones y su epistemología se refiere al ordenamiento y organización de un mundo que se ha construido.</p>	<p>cibernéticas, que comparan a una familia con un organismo o una máquina.</p> <p>Las orientaciones metodológicas de la psicoterapia socioconstruccionista se identifican como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la introducción de diferencias • la propuesta de diferentes descripciones de cierto acontecimiento • las nuevas maneras de vincular comportamientos y acontecimientos • la introducción de la reciprocidad
<p>Los terapeutas constructivistas no buscan la verdadera causa de un problema, parten del supuesto de que existen varias posibles maneras de representarse y explicar una determinada forma de actuar, sin que además exista manera de demostrar cual es más verdadera que otra.</p>	<p>Considera que todo lo que se pueda decir acerca del mundo, incluyendo al yo y a los otros, está determinado por las convenciones del discurso.</p>
<p>Los problemas (lo que una persona o una familia construyó como problema) y las soluciones (las metas del tratamiento)</p>	<p>Se establece un diálogo para comprender de que manera las distintas personas crearon su YO, sus descripciones y sus explicaciones acerca de ellos mismos y de los demás.</p>
<p>Empleo de términos como homeostasis, circularidad, autopoiesis, objetividad</p>	<p>Empleo de términos como diálogo, conversación, construcción, resignificación, reconstrucción, significados, intersubjetividad</p>
	<p>Se tiene la premisa que la <i>mente</i> no refleja el mundo, que las palabras no reflejan el contenido de la mente y, por tanto, que las palabras no reflejan al mundo o a la realidad, provocando que ésta sea una convención cultural históricamente situada y medida a través del lenguaje; el significado de las</p>

	<p>palabras no se deriva de los procesos que supuestamente representa, sino, como lo menciona Wittgenstein, de su posición en las secuencias de la acción o “juegos de lenguaje”; el lenguaje es metafórico por naturaleza propia, como lo afirma el deconstruccionismo de Jacques Derrida, y éste, no deriva sus características de la realidad sino de otro lenguaje en donde el significado último de las palabras suele llegar a perderse entre los complejos laberintos de la historia.</p>
--	--

Semejanzas y diferencias entre el Esencialismo y Construccinismo Social

<i>Esencialismo</i>	<i>Construccionismo</i>
<p>Semejanzas</p> <p style="text-align: center;">Ambos emplean el lenguaje, aunque de diferente forma</p>	
<p>Diferencias</p> <p>Esencia -es algo real en sentido absoluto, que existe en ausencia de toda interpretación cultural.</p> <p>Se existe por que la persona se ha llegado a pensar de esa manera.</p>	
<p>En la concepción modernista ocupa un lugar central la premisa de que existían las <i>cosas-en-sí</i>.</p>	<p><i>Una casa no es menos real por el hecho de haber sido construida; si se necesita abrigo, y construir una casa es una buena manera de proporcionarlo; cuanto más tiempo se vive en ella y cuanto más cómodo se siente en ella, más difícil resulta imaginar un tiempo en el que la casa no existía</i></p>
<p>El mundo compuesto de diversas esencias o “especies naturales”.</p>	<p>La realidad no es una y uniforme sino múltiple y requiere ser construida e interpretada socialmente.</p>
<p>Se habla de “descubrir” la esencia de las</p>	<p>El Yo es considerado una creación social.</p>

cosas, no de construir	
Descubrimiento a nivel personal	Construcción social de la realidad

Semejanzas y diferencias entre la Mente y el Discurso

<i>Mente</i>	<i>Discurso</i>
<p>Semejanzas</p> <p>El lenguaje permite compartir los pensamientos con los demás, el lenguaje no es una posesión de la mente, las palabras no son reflejo de la mente, las fuentes de ellas son las relaciones sociales</p>	<p>El lenguaje no es un reflejo de la mente, la fuente de las palabras son las relaciones sociales</p>
<p>El discurso expresa, representa, o y al mismo tiempo la <i>mente</i></p>	<p>Construye el significado de lo que es la mente elabora el discurso</p>
<p>Diferencias</p> <p>Los intentos para estudiarse a sí misma plantean el problema de la autorreferencialidad o auto referencialidad.</p>	<p>El significado atribuido a un conjunto de circunstancias dentro de determinado marco de presupuestos, ideologías o convicciones, construye una realidad en sí misma y la revela como “verdad”.</p>
<p>Schödinger, 1958 en Watzlawick y Nardone, 2001; afirma que “la visión del mundo de cada uno es y sigue siendo siempre un constructo de su mente y no se puede demostrar que tenga ninguna otra existencia”</p>	<p>El lenguaje tiene una apariencia denotativa acerca de lo que está “ahí afuera”. Es connativo en su función dialógica, convocando y creando escenarios en el otro y con el otro, coordinando acciones entre las personas que dialogan.</p>
	<p>Hay una creación conjunta de la palabra/diálogo que se acompaña de una comprensión activa y una toma de posición recíproca.</p>
	<p>Todo lo dicho está ubicado no sólo en los hablantes sino que está impregnado de una multiplicidad de comunidades discursivas de las que los interlocutores forman parte.</p>

	La palabra no pertenece, es un hecho que tiene muchos matices, la determina igualmente quien la dice. Como quien la recibe y ambos forman parte de una red social.
	La narrativa es central en la forma en que las personas construyen sentido.
La mente es una construcción o representación que toma forma dependiendo de la corriente epistemológica desde la que se aborde.	El discurso es la expresión de la narrativa, es el diálogo que se establece. Toma centralidad en algunas corrientes posmodernas, como la narrativa.

Conclusiones

- El paradigma de la terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos se encuentran íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia. Por tal motivo, se precisa tener en cuenta el funcionamiento familiar de conjunto y no sólo el del paciente identificado, al que se considera “portador” de un síntoma, que únicamente se entiende dentro de su contexto. La terapia familiar sistémica realiza una labor preventiva para que, una vez despojado el paciente de su síntoma, no haya otro miembro de la familia que lo “sustituya” generando a su vez otra conducta sintomática.
- Para Gregory Bateson, el concebir el “problema” dentro de un sistema lo que derivó en un nuevo y congruente mecanismo de intervención, que derivó en la realización del trabajo terapéutico con el sistema en donde estaba inmersa la persona identificada como paciente = “el paciente identificado”
- El origen de la sintomatología suele situarse en las dificultades y crisis a las que se ven sometidos los grupos familiares en su devenir vital.
- Además, que en el pensamiento de sistemas no hay términos absolutos ni certidumbres; la realidad y la verdad son *circulares*. La verdad pragmática es la verdad que resulta más útil, pues es la que conecta ciertos hechos y conductas de manera tal haciendo posible que la familia efectúe cambios constructivos
- Las familias acuden a terapia cuando se ven impotentes, en parte porque perciben su problema como irresoluble a pesar de sus esfuerzos para solucionarlo.

- El terapeuta familiar se convierte en una persona que asiste a la familia en momentos de crisis, razón por la cual es sumamente importante que observe las partes fuertes y los recursos que poseen sus miembros para generar una expectativa de lugar de control interno del cambio, de forma que por sí mismos puedan resolver los problemas que les aquejan.
- No se debe contemplar a la familia como un agente nocivo para la persona que porta el síntoma, sino más bien como un grupo humano con capacidades y recursos para ayudar a sus componentes a superar los problemas e incluso salir renovados de la crisis.
- El terapeuta sistémico debe transmitir claramente a la familia que necesita su cooperación y ayuda para poder obtener buenos resultados en el trabajo que van a realizar conjuntamente.
- La Terapia Familiar colocó al paciente dentro del sistema en donde su problemática tomaba sentido: en la familia. Se desdibuja al “paciente” para empezar a hablar de comunicación y de relaciones familiares.
- La principal aportación de la Terapia Familiar Sistémica es la visión del análisis relacional o estilo comunicacional desde una epistemología cibernética al “sistema familiar”. Como una diferente orientación para abordar problemas individuales y familiares vistos desde la óptica de una nueva orientación: la perspectiva cibernética, relacional o sistémica.
- Estos fundamentos me han permitido tener una visión holística del marco que sustenta al pensamiento de finales de los 50’s y que lo único que ha sucedido, es su esperada transformación y cercanía con los terapeutas que buscamos ser agentes de cambio; dejando a las familias empoderadas de su *propio* proceso de metamorfosis.
- Finalmente, el bagaje estudiado me permite una amplia certeza de que el trabajo que desempeño va creciendo sistémicamente y marcando otra “narración” o “visión” de las mismas situaciones y vivencias.

Teoría General de Sistemas.

Referencias

- Bertalanffy, L. Von (1976). *Teoría general de sistemas*. México: FCE.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax
- Hoffman, L. (2004). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: FCE.

- Ochoa, D. A. I. (1995). *Enfoques en Terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder. Biblioteca de Psicología: Textos universitarios.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2002). *Terapia Familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.

Cibernética

Referencias

- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. En Keeney, B.P. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax
- Hoffman, L. (2004). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: FCE.
- Keeney, B.P. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Limón, A. G. (2005). *El giro interpretativo en Psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax
- Ochoa, D. A. I. (1995). *Enfoques en Terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder. Biblioteca de Psicología: Textos universitarios.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2002). *Terapia Familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Wittezaele, P. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y Evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Textos Universitarios: Herder.

Teoría de la Comunicación Humana

Referencias

- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2002). *Terapia Familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Watzlawick, P. Beavin y Jackson, D. (1991). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Paidós.
- Wittezaele, P. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y Evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Textos Universitarios: Herder.

Posmodernismo

Referencias

- Gergen, K.J. (1997). *El Yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós contextos.
- Hoffman, L. (1992). *Una postura reflexiva para la terapia familiar*. En S. McNamee y K. J. Gergen (comps.) (1996). *La Terapia como construcción social*. Barcelona Paidos.
- Lyddon, W. (1998). *Formas y facetas de la psicología constructivista*. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. (comps.). (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidos
- Mc. Namee, S. y Gergen, K.J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M. (1998). *La continua evolución de las ciencias y psicoterapias cognitivas*. En Mahoney, M., Neimeyer, R. (comps.). (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidos
- Molina, A.J.O. (2001). *Bases teóricas y epistemológicas en la Terapia familiar*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Rust, Paula. (1998). *El Gran Debate: Esencialismo vs. Construccinismo*. New York: New York University Press.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2001). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio De percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna: Modelo Estructural, Estratégico, de Terapia Breve, de Soluciones, de la Escuela de Milán y los derivados del Posmodernismo.

Para explicar cada modelo, decidí organizar la información en cuadros, abarcando los siguientes rubros: *fundamentación, Visión epistemológica, Premisas, Representantes, tiempo, definición de la terapia, características de la terapia, posición del terapeuta, características del terapeuta, énfasis, problemas o síntoma, percepción del individuo o la familia, cambio, objetivo, estructura de la terapia, descripción del modelo, intervenciones, técnicas, ventajas y desventajas, bibliografía.*

	<i>MODELO ESTRUCTURAL</i>
<i>Fundamentación</i>	<p>Modelo desarrollado por Salvador Minuchin, médico psiquiatra.</p> <p>El fundamento de la terapia estructural es que el terapeuta se asocia con la familia con el objetivo de cambiar la organización de la familia de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique. La familia, al cambiar ofrece a sus miembros nuevas circunstancias y nuevas perspectivas frente a sus circunstancias: la nueva organización familiar permite un continuo refuerzo de la nueva experiencia, lo que proporciona una validación del nuevo sentido de sí.</p> <p>Igualmente se fundamenta en la Teoría General de los Sistemas. Esta teoría posee una serie de conceptos básicos: organización, control, energía y las dimensiones de espacio y tiempo, como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organización.- todo sistema está compuesto de elementos que están coordinados por la naturaleza consistente de la relación entre los elementos. Tales como: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Totalidad</i>.- propone que ningún sistema puede ser adecuadamente comprendido o totalmente explicado una vez que ha sido descompuesto en sus partes componentes. - <i>Límites</i>.- si los sistemas son los elementos consistentes que se relacionan de manera consistente, entonces también elementos limitados por la naturaleza de la relación entre ellos. - <i>Jerarquías</i>.- los sistemas están por sí mismo organizados uno a otro,

de acuerdo a una serie de niveles jerarquizados. Cada sistema es considerado como compuesto de supra sistema mayor.

2. Control.- permite el desarrollo de modelos interaccionales altamente complejos que aumentan las opciones en lugar de disminuirlas. Sugiere una imagen de elementos en constante interacción dinámica, capaces de relacionarse significativamente uno con otro, debido a una intrincada y delicada serie de mecanismos disponibles que primero, los mantiene dentro de un conjunto aceptable de límites y, segundo permite que ocurra la adaptación.

- *Homeostasis*.- se refiere al mantenimiento de un balance comportamental aceptable dentro de la familia. La idea es que las familias tienden a establecer un balance comportamental o estabilidad a resistirse a cualquier cambio a ese estado o nivel. Eventos que causen un desbalance pueden ocurrir en relación a comportamientos generados, ya sea dentro o fuera de la familia.

- *Retroalimentación*.- acerca de los mecanismos que contribuyen al proceso de autorregulación dentro de la familia, se encuentran 2 conceptos extríados de la Cibernética. Especialmente la noción de “servomecanismo” en cuestiones sobre el sistema marital, se hace referencia “termostatos”, medidas de presión, etc. En el circuito de retroalimentación: en lugar de asumir que 2 eventos se pueden relacionar únicamente de manera *causa* → *efecto*, 2 eventos pueden, en ciertas circunstancias relacionarse de manera circular, por medio de un circuito de retroalimentación positivo o negativo.

En el circuito de retroalimentación positivo – un aumento en cualquiera de las partes componentes podrá a su vez, aumentar el próximo evento en una secuencia circular, conocida como situación de desviación amplificada, siendo ante todo un mecanismo autodestructivo, debido a que desencadena una situación fuera de control que eventualmente lleva al sistema más allá de los límites dentro de los cuales puede funcionar.

En el circuito de retroalimentación negativa – se establece un balance entre las desviaciones de los diferentes eventos dentro del circuito.

- Cualquier modelo que tenga que ver con organismos vivos tiene que

	<p>tener en cuenta algún concepto de energía.</p> <p>3. Dimensiones de espacio y tiempo.- cada una de las áreas descritas constituyen los bloques de construcción principal de la TGS; y toman diferentes cualidades cuando se discuten desde el punto vista espacial contra la dimensión temporal; ej, la organización o establecimiento de patrones observados a través de la dimensión espacial → llamada <i>estructura</i>. El establecimiento de patrones a través de la dimensión temporal → llamado <i>proceso o función</i>.</p>
<p>Visión – epistemología</p>	<p>Para Minuchin una familia es un grupo de personas, unidas emocionalmente y/o por lazos de sangre, que han vivido juntos el tiempo suficiente como para haber desarrollado patrones de interacción e historias que justifican y explican dichos patrones. Se considera a la familia como matriz donde las reglas sociales se cortan a la medida de la experiencia específicamente.</p> <p>En sus interacciones modeladas con el otro, los miembros de la familia se construyen entre sí. Esta construcción complementaria en la red familiar de intercambios es una circunstancia buena y mala a la vez; significa que los miembros de la familia siempre están funcionando por debajo de su capacidad, existen aspectos del yo que no se activan en los papeles y patrones familiares habituales, y eso es una pérdida, pero la vida en común también tiene la comodidad de una cierta predecibilidad y el sentido de pertenencia.</p> <p>Los roles y funciones asignadas son adaptados por los miembros de la familia a los papeles familiares, esta adaptación fomenta un funcionamiento fluido, la anticipación de respuestas, la seguridad, la lealtad y la armonía. Eso significa que las novedades se convierten en rutina y la espontaneidad se limita y el crecimiento se restringe. Puede llegar a implicar aprisionamiento en los moldes interpersonales y aburrimiento, pero siempre existen posibilidades de expansión.</p> <p>La construcción complementaria de los miembros familiares requiere largos periodos de negociación, compromiso, reorganización y competición.</p> <p>En la aplicación de la Teoría General de los Sistemas a la terapia familiar sistémica se observan las siguientes propiedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Totalidad</i>.- la atención a la familia como entidad clínica inició en los 30's. Conforme la teoría psicoanalítica continuaba hacia lo

intrapésico y funciones estructurales, la cuestión de “la diferencia” empezaba a resonar fuertemente. La diferencia era el contexto: primero, que el contexto tenía un efecto (lineal); después, que el contexto *era* el efecto.

- *Causalidad circular.*- describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas. Entre las conductas de los miembros de un sistema existe una codeterminación recíproca, de forma que en una secuencia de conductas muy simplificada se observa que la respuesta de un miembro *A* del sistema a la conducta de otro miembro *B* es un estímulo para que *B* a su vez dé una respuesta, que nuevamente puede servir de estímulo a *A*. Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten de forma pautada, lo cual no es patológico en sí mismo sino que facilita la vida cotidiana de sus integrantes. Como “secuencia sintomática” se refiere al encadenamiento de conductas que se articulan en torno al síntoma reguladas por una causalidad circular. Uno de los resultados más notorios de esta concepción circular es que el interés terapéutico se centra en el *qué, dónde y cuándo*, ocurre algo en lugar de centrarse en el *por qué*.
- *Equifinalidad.*- alude al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.
- *Equicausalidad.*- se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. Establece la conveniencia de que el terapeuta abandone la búsqueda de una causa originaria del síntoma. Para ayudar a la familia hay que centrarse en el momento presente, en el aquí y ahora. Así, la evaluación se orienta a conocer los factores que contribuyen al mantenimiento del problema para influir en ellos e iniciar el cambio terapéutico.
- *Limitación.*- cuando se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se repita en el tiempo. Si la secuencia

encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.

- *Regla de relación.*- en todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente de la vida humana sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.
- *Ordenación jerárquica.*- en toda organización hay una jerarquía, en este sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar qué se va a hacer. La organización jerárquica de la familia no sólo comprende el dominio que unos miembros ejercen sobre otros, las responsabilidades que asumen y las decisiones que toman, sino también la ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás. También se observa entre los subsistemas a los que las personas pertenecen.
- *Teleología.*- el sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estados de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Esto ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias, morfostasis u homeostasis y morfogénesis.

*** *Homeostasis* o *morfostasis* se conoce a la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. Este concepto se emplea para describir cómo el cambio en uno de los miembros de la familia se relaciona con el cambio en otro miembro, esto es, que un cambio en una parte del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo que restaura el equilibrio.

*** *Morfogénesis* es la tendencia del sistema a cambiar y a crecer, también comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia, y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia.

El sistema familiar se encuentra en constante movimiento, está sometido a presiones internas y externas, convenios, conciliaciones y arreglos en sus etapas de desarrollo. Si se considera a la familia como un sistema abierto, sus

	integrantes al interactuar interna y externamente tendrán más posibilidades de enfrentar sus cuestiones y funcionar satisfactoriamente cuando requieran hacer ajustes, elaborar una transición, superar una crisis o enfrentar un duelo.
<i>Premisas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Parte de un modelo de normalidad que le permite medir las anomalías • Se da la inclusión del contexto y se comparte la responsabilidad entre los miembros de la familia con relación al síntoma • “Más acción y menos habla” • La configuración y organización de la familia determinan su dinámica • Los miembros de la familia presentan edades diferentes, y por tal, necesidades distintas que pueden entrar en conflicto • Una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio • El sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros, por tal el terapeuta se une a la familia no para educarla o socializarla, sino para reparar o modificar su funcionamiento para que la familia pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia • El sistema de la familia tiene propiedades de autoperpetuación. Así, el proceso que el terapeuta inicia en la familia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de la misma.
<i>Representantes</i>	Salvador Minuchin en la <i>Child Guidance Clinic</i> de Filadelfia. Al principio trabajó con Haley (quien después desarrolló su propio modelo: Estratégico), Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Asponde, Bernice Rosman.
<i>Tiempo</i>	Presente, no explora ni interpreta el pasado.
<i>Definición de la terapia</i>	Minuchin define a la terapia como una <i>terapia de acción</i> . Explica que la terapia estructural de familia encara el proceso del <i>feedback</i> entre las circunstancias y las personas implicadas, los cambios impuestos por una persona sobre sus circunstancias y la forma en que los <i>feedback</i> en relación con estos cambios afectan su acción posterior. La terapia familiar estructural recurre a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas de forma que las posiciones cambian. Al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en que se mueve, se modifica consecuentemente su

	experiencia subjetiva.
<i>Características de la terapia</i>	Minuchin defiende que no se puede evaluar el sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, sino que el centro de la experiencia diagnóstica debe ser el proceso de interacción de la familia con el terapeuta como agente de cambio, de modo que en ese proceso se susciten las estructuras, tanto manifiestas como latentes, que gobiernan la vida familiar. Por tal, la evaluación parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales y continúa poniendo a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional del terapeuta con la familia llamado “coparticipación”, que permite crear una fuerte relación terapéutica.
<i>Posición del terapeuta</i>	Directivos y pragmáticos Responsable del cambio.
<i>Características del terapeuta</i>	Minuchin menciona que el terapeuta de familia debe comprender cómo la etnia, la clase, y otros factores sociales tienen implicaciones en la estructura familiar y su funcionamiento, y por lo tanto en la terapia familiar. Debe tomar en cuenta cuestiones relacionadas al desarrollo que son más universales que los referidos al contexto; como los apropiados para determinar etapas evolutivas.
<i>Énfasis</i>	Se enfrenta el proceso del feedback entre las circunstancias y las personas implicadas, los cambios impuestos por una persona sobre sus circunstancias y la forma en que los feedback en relación con estos cambios afectan su acción posterior.
<i>Problema o síntoma</i>	La patología no está en el paciente identificado sino en la estructura familiar.
<i>Percepción del individuo o la familia</i>	Se plantea a la familia en continuo movimiento al tomar en cuenta sus procesos de desarrollo, tanto a nivel de las pautas transaccionales como de las construcciones de la realidad que se conectan con las experiencias familiares. Minuchin determina varias etapas para el desarrollo de la familia, de acuerdo con el crecimiento de los hijos, donde la familia tendrá que ir ajustándose a estos cambios: 1. <i>Formación</i> .- etapa que se desarrolla a través de la interacción de la pareja, formando una unidad o subsistema con sus propios límites,

	<p>2. <i>Familia con hijos pequeños.</i>- se da con el nacimiento del primer hijo y forma un nuevo sistema (padre – hijo y madre – hijo).</p> <p>3. <i>Familia con hijos en edad escolar y adolescentes.</i>- representa una nueva renegociación de los subsistemas respecto de sus actividades, tiempo, ocupación y responsabilidad.</p> <p>4. <i>Familia con hijos mayores.</i>- la familia sufre un desajuste, por lo general, los hijos dejan la casa parental; reencuentro de los cónyuges para vivir en pareja.</p>
<i>Cambio</i>	<p>La postura de Minuchin es optimista en relación a las posibilidades del cambio: <i>si se modifica la estructura de la familia se posibilita el cambio, ya que se favorecen distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos.</i></p>
<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Para Minuchin, el objetivo del Modelo Estructural es reestructurar el sistema en la medida en que la familia lo permita o lo resista para funcionar de manera más efectiva o funcional, competente y cooperativa. • Para Haley, es desviar y minimizar las funciones de retroalimentación de los síntomas presentes y la necesidad de sacudir a la familia hacia fuera de esta mala interacción establecida.
<i>Estructura de la terapia</i>	<p>Por general, cerca de 10 a 15 sesiones, pero dependerá de la problemática de la familia.</p>
<i>Descripción de Modelo</i>	<p>Minuchin al desarrollar su trabajo como director <i>Child Guidance Clinic</i> de Filadelfia ubicó su enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar, defendiendo que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras.</p> <p>El proceso terapéutico se desarrolla principalmente con procesos estructurales que se deberán dar durante la terapia y las técnicas a aplicarse:</p> <p>Acercamiento o incorporarse a la familia (<i>Joining</i>).- en la cual el terapeuta recibe a la familia con una posición de experto y conocedor para que la familia se de cuenta de que el terapeuta es el indicado para resolver su problema. En esta fase, deberá demostrar aceptación y comprensión, si encuentra algún miembro defensivo su deber terapéutico es integrarlo a las sesiones.</p>

Existen tres tipos de acercamiento y la aplicación de cada técnica dependerá de la idiosincrasia y estructura familiar, además de hasta que punto la familia permita este acercamiento:

- **Posición cercana** o *joining* (dirigiendo).- el terapeuta puede afiliarse a los miembros de la familia, incluso a formar coalición con alguno de ellos
- **Posición media** o *tracking* (participando).- el terapeuta interviene en una posición neutral, escuchando y ayudando a que hablen los miembros de la familia; entra y sale del sistema.
- **Posición alejada** o *disengaged* (distanciándose).- el terapeuta participa como director solamente para crear las circunstancias que permitirán transformar la estructura familiar que presenta la familia.

Con respecto a la estructura familiar, ésta se estudia únicamente mediante la interacción, lo que interesa es la dinámica de la acción y no lo que dicen que pasa o lo que el terapeuta cree que sucede en la familia. Por lo tanto, la familia tiene que hablar de ella para que emerja su dinámica.

- Los **componentes esenciales** específicos en las que se centró Minuchin son:

* **Estructura**.- es la forma de organización en la cual interactúan los miembros de la familia. Describe las secuencias que pueden ser predecibles, éstas involucran y establecen reglas que rigen sus transacciones. Para discernir acerca de la estructura familiar es importante diferenciar dos aspectos: uno *sistémico*, que explique la estructura familiar y otro *pragmático*, que observe a la familia en acción.

* **Subsistemas**.- es la unión conjunta de los miembros para desarrollar ciertas funciones, cada individuo, o dos o más formarán un subsistema. También pueden ser determinados por generaciones: parental, fraterno, familia extensa.

* **Límites**.- están constituidos por las reglas que definen quienes participan y cómo es que lo hacen. Tienen como finalidad proteger la diferenciación del sistema o subsistema.

Cada individuo y subsistema, así como toda la familia, están interrelacionados a través de límites personales, barreras invisibles que identifican a individuos

y subsistemas, que regulan la relación de uno con otro, y que funcionan para delimitar y definir la autonomía de cada uno de ellos. Los límites pueden ser claros, rígidos o difusos.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser *claros*, definirse con precisión para que permitan a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferir. Deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Se representan en el familiograma como una línea trazada con guiones: -----

Los límites *difusos* se caracterizan por tener alto grado de apoyo mutuo, a costa de independencia y autonomía, por lo general son padres cariñosos y afectivos, pasan mucho tiempo con sus hijos, hacen mucho por ellos y tienen dificultad para socializar fuera de la familia, fomentando la dependencia y la autoestima.

Se representan en el familiograma como una línea punteada:

Los *rígidos* son restrictivos y permiten poco contacto con los subsistemas, haciendo personas y subsistemas muy aislados e incommunicados. Promueve un desproporcionado sentido de independencia, pocos sentimientos de lealtad y de pertenencia.

Se representan en el familiograma como una línea recta: _____

- Las **variables estructurales** específicas en las que se centró son:

* **Jerarquías.**- que encierran reglas de poder, en la manera en la que está distribuido dentro de la familia. El poder deberá encontrarse en la díada parental.

* **Límites.**- que implican reglas de participación. Definen el funcionamiento familiar, permiten a cada integrante y a la familia entera delimitar sus funciones y responsabilidades. Los límites pueden ser ascendentes, descendentes, rígidos o flexibles, se deben evitar los extremos de amalgamiento – desvinculación.

* **Alianzas.**- es la asociación entre dos o más miembros de la familia, y puede ser transitorias, flexibles patológicas, rígidas o permanentes.

* **Coaliciones.**- es cuando las alianzas se convierten en el objeto de perjudicar a un tercero.

* **Triángulos.**- tiene como función dentro de un sistema equilibrar la relación

de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas, como una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia a un tercero.

* **Territorio.**- corresponde al espacio que ocupa cada miembro de la familia, en tiempo y lugar. Se pueden presentar dos polarizaciones patológicas: cuando alguien de la familia ocupa demasiado espacio o cuando uno de los miembros de la familia se encuentra en la periferia

* **Geografía.**- es la ubicación de la familia en el hogar; cómo duermen, cómo comen, etc. En sesión: quien se sienta junto a quien.

Se le da énfasis a la organización jerárquica familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites.

La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impacta en las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Estas alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre interacciones menos restrictivas.

Las cuestiones que el terapeuta evalúa son:

- Etapa del ciclo vital de la familia y su adaptación a este momento
- Interacciones entre los miembros de la familia
- Alianzas y coaliciones familiares
- Distribución jerárquica del poder
- Límites intra y extra familiares
- Repetición de pautas transaccionales
- Relación del síntoma con el sistema
- Resonancia del sistema familiar ante las acciones individuales (sobre vinculación o desligamiento)
- Construcciones acerca de la realidad, premisas culturales e idiosincráticas
- Disposición al cambio

Intervenciones

El objetivo de las intervenciones en el presente es el sistema familiar. El terapeuta se asocia al sistema y utiliza a su persona para transformarlo. Al

	cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia sus experiencias subjetivas.
<i>Técnicas</i>	<p>Las técnicas tienen como objetivo alterar el contexto inmediato de las personas de tal forma que sus posiciones dentro del sistema cambien. Al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en que se mueve se modifica consecuentemente la experiencia subjetiva.</p> <p>Minuchin afirma que la terapia es un <i>arte</i>, que conlleva la personalidad de cada terapeuta, y que estas técnicas deben adecuarse al aspecto transaccional de la familia.</p> <p>Técnicas de Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dramatización.</i>- por medio de la cual el terapeuta pide a la familia que interactúe en su presencia y así obtener información que la familia no considere importante o relevante. Puede ser: <ul style="list-style-type: none"> - Espontánea – después del proceso de acercamiento el proceso de espontaneidad se presenta en la primera sesión. - Interpretaciones equivocadas – Minuchin provoca que las cosas sucedan, la técnica será establecer un nuevo escenario para cambiar las secuencias de interacción - Interacciones alternativas – técnicas que son variantes del tema: si las cosas no ocurren → hay que hacer que ocurran; el terapeuta explora la posibilidad de desarrollar una transacción poco común en las familias o mantener la distancia durante la interacción de la familia. • <i>Focalización.</i>- a través de la observación el terapeuta recibe información de la familia, que deberá seleccionar y darle su significado. Se observan los límites, las fuerzas y las problemáticas, se centra la atención en un punto específico y de ahí se desarrolla el tema terapéutico de trabajo. • <i>Intensidad.</i>- es la técnica por medio de la cual el terapeuta hace escuchar su mensaje a la familia, se le imprime fuerza a las palabras con modulaciones de voz, utilización de silencios y posturas. Puede ser: <ul style="list-style-type: none"> - Repetición del mensaje – reiterar el mensaje las veces que sean necesarias para que se comprenda

- Mensaje isomórfico – mensaje que superficialmente parecen diferentes, pero en su estructura profunda son similares
- Cambio del tiempo o ritmo de la familia – la familia desarrolla una estructura con noción propia del tiempo y del movimiento, la técnica consiste en modificar esto.
- Cambio de distancia – las familias mantienen a través del tiempo el sentido de distancia o aproximación entre cada uno de los miembros, la técnica se dirige a que el terapeuta se acerque o aleje de la familia para enfatizar o relajar la intensidad del mensaje
- Resistencia a la presión de la familia – esta técnica lleva a establecer el liderazgo del terapeuta ante la familia y no hacer lo que la familia quiera, sino lo que el terapeuta haya planeado.

Técnicas de Reestructuración

Cuestionan la estructura familiar, los límites, la manera en que se realizan las actividades, las interacciones y la forma de solucionar los problemas.

- *Límites.*- dar la permeabilidad a los límites que separan los subsistemas, se dividen en:
 - Distancia Psicológica – es la manera en que los miembros de la familia se sientan durante la sesión terapéutica, reflejan las afinidades: díadas, tríadas. La técnica consiste en realizar movimientos que para establecer nuevos límites.
 - Tiempo de interacción – extender o acortar el proceso es una técnica para aumentar la intensidad y demarcar o separar los subsistemas.
- *Desbalance.*- el objetivo es cambiar la relación jerárquica de los miembros de un subsistema. Existen categorías dependiendo de acuerdo a lo que la familia requiera:
 - Afiliación con miembros, la posición del terapeuta es de experto y digno de confianza, le permite hacer intervenciones.
 - Ignorar a miembros, consiste en hablar y actuar como si ciertos miembros fueran invisibles, se utiliza en estructuras patológicas muy rígidas.
 - Coalición contra miembros, cuando un miembro de la familia está en desventaja en relación a los demás, el terapeuta se une a él para darle

más fuerza.

- *Complementariedad*.- el objetivo será hacer ver y experimentar a los miembros de la familia que pertenecen a una entidad y que ésta es tan grande como su yo individual, para facilitar esto, el terapeuta deberá retar a la familia en dos aspectos:
 - Desafiando el problema, consiste en poner en duda la “verdad” de que el síntoma o problema se encuentra sólo en el paciente identificado.
 - Desafiar la puntuación de eventos, se reta la epistemología familiar, al introducir el concepto de expansión temporal.
- *Paradojas*.- se basa en la comprensión de tres conceptos: a) la familia como un sistema autorregulador, b) los síntomas como función autorreguladora, c) la resistencia de un sistema al cambio, como consecuencia de las dos anteriores. Las paradojas se usan como:
 - Intervenciones directas (*compliance-based*), se refiere a consejos, explicaciones, sugerencias e interpretaciones y tareas a realizar.
 - Intervención paradójica (*defiance-based*), donde se dice lo opuesto a lo que se quiere que se realice.
 - Intervención reversible (*defiance-compliance-based*), una persona cambia de opinión respecto a algo, para que los demás lo comprendan en forma de mensaje paradójico. Al pedirle a la persona que haga más de lo mismo, que no intente evitarlo y al hacerlo surge lo contrario, de esta manera si obedece es correcto y si desobedece es adecuado porque controla el síntoma.

Técnicas de Apoyo

- *Construcciones*.- se basa en la premisa de que la familia posee una organización única que constituye su visión del mundo, el terapeuta ofrece una realidad diferente, utiliza las verdades de la familia para la reconstrucción de una nueva realidad de su mundo. Se cuestiona la concepción del mundo y se busca los lados fuertes de la familia. Con preguntas como: *¿de dónde surge la idea de que un padre de familia es de esta manera?, ¿Qué otras actividades podría realizar un buen hijo?*
- *Realidades*.- el terapeuta ofrece otra realidad a la familia, para lo cual

	<p>utiliza realidades que son verdad para todas las familias, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - símbolos universales, menciona conocimientos que son verdades del dominio universal - verdades familiares, retoma la manera en que se desarrollan las estructuras familiares son análogas a como se desarrollan los procesos sociales. - Consejo se especialista, da consejos del terapeuta como experto en la materia.
<p><i>Ventajas</i> / <i>Desventajas</i></p>	<p>Ventajas.- considero que es fundamental conocer las bases de la Terapia Familiar para poder comprender como es que fue evolucionando la visión familiar hacia lo sistémico. Para el trabajo terapéutico las guías que proponen para el estudio de las familias. La incorporación de la Teoría General de los Sistemas, el empleo del Genograma y el cambio en la visión que dejó fuera la cuestión de las patologías. Para lograr una adecuada estructura y funcionamiento como terapeutas, considero a este modelo fundamental. Desde sus inicios en el entrenamiento terapéutico, me proporcionó un esquema desde el cual ordenar mis pensamientos y las formas que ideaba para generar intervenciones. De primera instancia, ayuda a “acomodar” el terreno en el cual se va a trabajar con la familia.</p> <p>Desventajas.- estoy segura que en algunas familias el modelo no se puede tomar como la única forma válida de concebir a las familias, y que dada la dinámica actual y los ajustes en la idiosincrasia mexicana la visión sistémica se debe ampliar.</p> <p>Creo que la desventaja más grande para cualquier terapeuta es creer que el modelo es todo y que como receta de cocina, sólo hay que seguirla.</p>
<p><i>Bibliografía</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bertalanffy, L. von (1976). <i>Teoría general de sistemas</i>. México: FCE. • Hoffman, L. (2004). <i>Fundamentos de la Terapia Familiar</i>. México: FCE. • Minuchin, S., Lee, W.Y y Simon, G.M. (1998). <i>El arte de la Terapia familiar</i>. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. • Minuchin, S. (1974). <i>Familias y Terapia Familiar</i>. Barcelona: Gedisa. • Minuchin , S. y Fishman, Ch., H. (2002). <i>Técnicas de Terapia familiar</i>. México: Paidós.

	<ul style="list-style-type: none"> • Navarro, G. J. (1992). <i>Técnicas y programas en Terapia Familiar</i>. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. • Ochoa, D. A. I. (1995). <i>Enfoques en Terapia familiar sistémica</i>. Barcelona: Herder. Biblioteca de Psicología: Textos universitarios. • Sánchez y Gutiérrez, D. (2002). <i>Terapia Familiar. Modelos y técnicas</i>. México: Manual Moderno.
--	---

	<i>MODELO ESTRATÉGICO</i>
<i>Fundamentación</i>	<p>El modelo estratégico nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación realizado por el grupo de Palo Alto, dirigido por Bateson y Jackson, y el trabajo clínico y el estudio del fenómeno hipnosis llevado a cabo por Erickson.</p> <p>Haley en 1953, empezó a trabajar con Bateson en el proyecto de investigación sobre la comunicación, junto con Weakland. En ese año Erickson impartió un seminario sobre hipnosis, el cual interesó a Haley y a Weakland. Ambos comenzaron a visitar a Erickson en Phoenix y a estudiar acerca los aspectos comunicacionales de la relación hipnótica.</p> <p>1963, Haley publicó <i>Strategies of Pshychoterapy</i>, en donde destaca la naturaleza paradójica de toda terapia además demostraba la influencia de Milton Erickson en su pensamiento.</p> <p>1967, el trabajo titulado <i>Toward a Theory of Phatological Systems</i>, trataba la influencia de las coaliciones transgeneracionales (el triángulo perverso) en el desarrollo de la patología.</p> <p>Fuerte influencia del trabajo desarrollado por Haley en la <i>Philadelphia Chile Guidance Clinic</i> y el <i>Family Therapy Institute</i> de Washigton, durante 1967 al lado de Minuchin y de Braulio Montalvo.</p> <p>Modelo organizacional del comportamiento – reglas y jerarquía.</p>
<i>Visión epistemología</i> –	<p>Haley concibe las interacciones humanas como luchas internas por el control y el poder. No el control de otra persona; más bien el control de la <i>definición</i> de la relación.</p> <p>Haley considera que los conflictos se presentan cuando la estructura familiar y los niveles de jerarquía son ambiguos. El poder no es unilateral, todas las personas en el sistema mantienen la estructura jerárquica que a la vez</p>

	mantiene su comportamiento.
<i>Premisas</i>	Una de las premisas básicas es que la resolución del trastorno requiere la ruptura del sistema circular de retroacciones entre sujeto y realidad que son los que alimentan la situación problemática, y su redefinición, con la modificación de las percepciones que llevan a estas conductas disfuncionales.
<i>Representantes</i>	Influencia de Milton Erickson considerado como el maestro del enfoque estratégico en terapia, con una orientación hipnótica. Jay Haley y Cloë Madanes
<i>Tiempo</i>	Presente incluyendo información del pasado.
<i>Definición de la terapia</i>	Para Haley, la terapia puede denominarse <i>estratégica</i> si el clínico inicia lo que sucede durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema La terapia estratégica es una intervención terapéutica breve, orientada a la eliminación de los síntomas y a la resolución del problema presentado por el paciente; su planteamiento no se expresa en una terapia de comportamiento, ni en una terapia sintomática, sino en la reestructuración modificada de los modos de percepción de la realidad y de las consiguientes reacciones del paciente.
<i>Características de la terapia</i>	Se centra en la gestión del poder (los síntomas mismos se consideran instrumentos de poder) mediante la reorganización de las jerarquías en el interior del sistema familiar.
<i>Posición del terapeuta</i>	Directivos y pragmáticos Responsable del cambio. El terapeuta debe identificar los problemas resolubles, establecer metas, diseñar intervenciones para alcanzar esas metas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y examinar el resultado de su terapia para checar su eficacia. Haley y Madanés, sostienen que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad, que permita resolver los problemas del cliente (Ochoa, 1995). Haley (1976), el terapeuta se inscribe directamente en el interior del interior del juego de poder familiar y busca deliberadamente reorganizarlo de un modo más funcional.

	<p>Papp, 1998 señala que el terapeuta para que puede producir un cambio necesita mantenerse fuera del sistema y lograr una visión holística: de comprender, respetar y conectar todas las transacciones de la familia y así, dirigir una intervención pertinente al problema presentado.</p>
<i>Características del terapeuta</i>	<p>Agudamente sensible y receptivo al paciente y a su campo social, pero él mismo tiene que determinar su modo de proceder.</p> <p>Valida la posición de los padres, respeta las jerarquías.</p> <p>La tarea del terapeuta se convierte en un proyecto de ingeniería social: dado determinado síntoma, cierta familia organizada disfuncionalmente, una dificultad o estrés vital. La terapia se convierte en un ejercicio de “dirección indirecta”.</p>
<i>Énfasis</i>	<p>Preocupaciones en la estructura familiar, la jerarquía y las cuestiones centradas en el poder.</p> <p>Tipos de familias.</p> <p>Cambiar las secuencias de modo que se corrija la jerarquía y se reduzca la ambigüedad o confusión.</p>
<i>Problema o síntoma</i>	<p>Síntoma o problema familiar = redefinido como un producto de las relaciones interpersonales</p> <p><i>Síntoma</i>, considerado como una conducta adaptativa a la situación social actual.</p> <p><i>Problema</i>.- <i>tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas</i> (Haley, 1976 en Madanés, 2001)</p> <p>También los síntomas se consideran una comunicación metafórica sobre un problema más importante, y también una solución disfuncional de ese problema. Se los analiza como contratos entre personas o como tácticas en las luchas de poder.</p>
<i>Percepción del individuo o la familia</i>	<p>El respetar las capacidades del cliente, utilización de su lenguaje.</p> <p>“Enfoque de utilización”, en el cual, según Erickson consideraba que el terapeuta debería, al igual que un buen jardinero, emplear todo lo que el cliente le presentara como parte de la terapia (<i>resistencia</i>, síntomas, creencias rígidas, conducta compulsiva, etc.) y como parte de la solución (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2002).</p>
<i>Cambio</i>	<p>El cambio en el sistema ocurrirá cuando el orden disfuncional jerárquico que</p>

	presenta la familia sea alterado.
<i>Objetivo</i>	<p>** Según Haley, es redefinir la relación entre los miembros familiares de tal forma que el síntoma se abandona como un medio de ejercer el poder dentro de la familia.</p> <p>Proceder a cambios graduales del síntoma y de la estructura de poder familiar, definición clara del poder dentro de la familia.</p> <p>Apoyar a los pacientes a superar la crisis que presentan, sin más aspiraciones, sin tratar de modificar la psicodinámica ni la estructura de la familia.</p> <p>Ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida familiar, a fin de pasar a la siguiente etapa (Madanés, 2001).</p> <p>Impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas.</p>
<i>Estructura de la terapia</i>	Terapia breve, número menor de 20 sesiones, el tiempo entre sesiones es menor de un mes.
<i>Descripción de Modelo</i>	<p>El Modelo estratégico enfatiza la distinción entre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar el problema durante la terapia, 2. Definir el problema para realizar un diagnóstico y aplicar técnicas encaminadas a solucionar únicamente el problema presentado. <p>La primera tarea es “definir el problema presente de manera que se pueda resolver” (Haley, 1981 en Sánchez y Gutiérrez, 2000)</p> <p>Este modelo permite recurrir a cualquier aproximación terapéutica, no es un enfoque rígido. Los estratégicos recurren a cualquier modelo que les permita solucionar el problema de la familia; lo que permite al terapeuta decidir cuál modelo aplicar, será el tipo de problema a resolver, así como las características de las familias.</p> <p>La utilización de conceptos es un recurso usual en la terapia estratégica, cada concepto tiene un rango o continuidad. El terapeuta, durante el proceso terapéutico, podrá pasar de un extremo a otro, de la hostilidad al amor con la familia, con parámetros de ambivalencia, entre el rango de los dos extremos o en términos de igualdad o jerarquías familiares.</p> <p>Se define a cada problema como abarcando a no menos de dos personas y habitualmente tres. Lo primero que debe distinguir es quiénes están involucrados en el problema, y de qué manera. El cambio se planea en etapas;</p>

	<p>de manera que el cambio en una situación o en un conjunto de relaciones provocará otro en otra relación, y luego otro más, hasta lograrlo en toda la situación.</p> <p>Es importante respetar la jerarquía familiar.</p> <p>Según Erickson, existen seis formas de conceptualizar los problemas en la terapia estratégica:</p> <p>→ <i>Comportamiento voluntario/comportamiento no voluntario</i>; se hace ver al paciente que es un síntoma controlable y no incontrolable.</p> <p>→ <i>Poder/debilidad</i>; las familias sintomáticas tratan de aparentar debilidad, sin poder cambiarlo. Los miembros no sintomáticos de la familia aparecen en una situación de poder y de control sobre éstos, pero son incapaces de influir en la persona sintomática, quien en el fondo, tiene más dominio y control de la situación.</p> <p>→ <i>Metáfora/secuencia literal</i>; los síntomas se presentan en forma de metáfora y el terapeuta llevará a la persona a un lenguaje más coloquial para enfrentarlo al problema.</p> <p>→ <i>Jerarquía/igualdad</i>; se piensa que para que exista un buen funcionamiento familiar deberá existir la igualdad y jerarquías correspondientes.</p> <p>→ <i>Hostilidad/amor</i>; estos conceptos son empleados por el terapeuta de acuerdo con la pauta familiar, ya que se manejan relaciones en ambos extremos.</p> <p>→ <i>Intereses personales/altruismo</i>; es necesario observar si la conducta de altruismo va asociada o no a las ganancias secundarias de alguna persona de la familia y si son innatas en ella.</p>
Intervenciones	<p>Haley emplea el síntoma que se presenta para introducirse en la familia del paciente o en un sistema más amplio para cambiar el sistema.</p> <p>Se inician con el subsistema parental y luego con el resto de los miembros</p> <p>La intervención tiene 4 etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La etapa social... se saluda a la familia, procurando esté cómoda. ✓ La etapa de definición del problema... se indaga acerca del problema presentado ✓ De interacción... se pide a los miembros de la familia que conversen entre sí

✓ De definición de meta... se le solicita a la familia especifique los cambios que desea lograr.

✓ Fijar día y hora para la nueva sesión (Haley, 2002).

Las directivas están destinadas a modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí con el terapeuta. También se utilizan para reunir información observando como responde cada uno a las instrucciones. Son planificadas deliberadamente, constituyendo la principal técnica terapéutica.

Hay dos grandes tipos de intervención (Papp, 1994):

Las intervenciones *directas* basadas en el cumplimiento;

Consejos, explicaciones, sugerencias, interpretaciones, tareas para ser tomadas literalmente.

Apuntan a cambiar las reglas y los roles de la familia.

Las intervenciones *paradójicas* basadas en la oposición:

Paradoja... *aserción o sentimiento aparentemente contradictorio, u opuesto al sentido común, pero que podría ser verdadero en realidad, sólo parecen ser contradictorios.* Basada en la oposición, pues se espera que la familia habrá de oponerse a la parte el mensaje que se refiere a su imposibilidad de cambiar.

La paradoja sistémica, es aquella en la que el terapeuta relaciona el síntoma con la función que éste cumple en el sistema. Se enumeran las consecuencias de la eliminación del síntoma y el terapeuta recomienda que la familia continúe resolviendo su dilema a través del síntoma.

Diseño:

Redefinición.- síntoma y sistema redefinidos positivamente

Prescripción.- de forma clara, breve y concisa. Inaceptable para la familia, dar una impresión de sinceridad con fundamento convincente.

Restricción.- cada vez que la familia esté dando señales de estar cambiando, el terapeuta deberá refrenarlas. Si insisten en el cambio, el terapeuta deberá resistirse a proceder, si la familia muestra retroceso, el terapeuta deberá autocastigarse.

Inversiones... *el terapeuta conduce a uno de los miembros de la familia a invertir su actitud o conducta respecto a un punto crucial, con la esperanza*

	<p><i>de que esto provocará una respuesta paradójica por parte de otro miembro de la familia.</i> Basada en la oposición como en el cumplimiento y requiere la colaboración consciente del miembro de la familia al que el terapeuta le da las indicaciones, y la oposición del miembro que recibe estas instrucciones.</p> <p>Diseño:</p> <p><i>Motivación.-</i> habilidad para motivar a un miembro de la familia a fin que invierta su posición. Se señala que representar un papel elegido por uno mismo es más auténtico que continuar con el impuesto en la familia.</p> <p><i>Renegociación.-</i> se deberá negociar una nueva relación sobre esto.</p> <p>Coro griego... <i>empleo de un grupo de consulta que colabora en la negociación del dilema del cambio.</i></p> <p>Triángulo terapéutico... <i>contienda planeada y sostenida entre el terapeuta y el grupo.</i> Para montar un fracaso, apoyar, encuesta de opinión, sorpresa y confusión, desenganche del terapeuta.</p>
Técnicas	<p>Redefinición y Connotación positiva</p> <p>Una de las tareas del terapeuta es redefinir el problema en términos distintos a los que presenta la familia, haciéndolo resoluble. Por otro lado, la redefinición y la connotación positiva permiten al terapeuta poner en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto (Haley, 1980 en Ochoa, 1995).</p> <p>Para Madanés, la redefinición del problema no implica forzosamente connotar positivamente la conducta de alguien.</p> <p>La meta es cambiar la definición de un problema para que pueda solucionarse (Madanés, 1984 en Ochoa, 1995).</p> <p>Connotación positiva</p> <p>Intervención cognitiva orientada a restituir en el paciente y en su familia una imagen de personas dotadas de recursos suficientes para afrontar y resolver el problema por el que consultan. Para lograr dicho objetivo el terapeuta califica algunos aspectos que la familia considera patológicos o negativos como positivos, al servicio de la cohesión y estabilidad del sistema familiar. El cambio de atribuciones debe afectar no sólo a la conducta del paciente identificado, sino también a la secuencia sintomática en la que están involucrados otros miembros. En otras ocasiones esta intervención consiste</p>

simplemente en citar aquellas estrategias eficaces que poseen los clientes para solucionar sus problemas, denominándose “elogio”.

Intervenciones conductuales – directas

Las prescripciones conductuales adoptan la forma de una tarea que los componentes de la familia deben hacer dentro o/y fuera de la sesión; las directas con la pretensión de que las cumplan y las paradójicas con la finalidad de que las incumplan.

Las tareas intensifican la alianza terapéutica y permiten obtener información sobre la flexibilidad del sistema al cambio (Ochoa, 1995).

Ordalía

Técnica de intervención empleada cuando existe una estrecha alianza terapéutica y el paciente está muy motivado para el cambio, anhelando una rápida mejoría, pero que estando en etapas avanzadas de tratamiento consigue poco o ningún cambio o genera nuevos síntomas. Sólo se prescribe a personas que cumplen las tareas. El terapeuta les da a escoger entre dos alternativas, una de ellas es una tarea directa y la otra una tarea mucho más engorrosa (Ochoa, 1995).

Metáforas

Técnica de intervención que permite: evitar las estrategias de tipo racional que el cliente o la familia pueden oponer a la prescripción del terapeuta; revelarles un patrón de interacción; o hacer que ellos mismos descubran la solución a su problema. Para configurar este tipo de intervención se escoge un tema aparentemente neutro en el que, a través de un lenguaje analógico, se incluye sugerencias que tienen que ver con el problema. Se espera que una no sujeta al control racional de los sujetos establezca la relación analógica, facilitando la solución.

* Haley (1999) menciona algunas intervenciones utilizadas por Erickson:

Aliento a la resistencia

Su intento de resistir es definido como conducta cooperativa, la respuesta es un cambio “espontáneo” en la conducta

Ofrecimiento de una alternativa peor

Dirigir al paciente en un sentido, pero haciéndolo de tal manera que en realidad lo incita a ir a otro

Determinación de un cambio mediante comunicaciones metafóricas

Cuando se resiste a las directivas, utilizar analogías o metáforas en forma verbal o no verbal. Se aplica a los que viven en una existencia metafórica. No hay interpretación, se responde de la misma manera para generar cambios. Para recoger información.

Aliento a una recaída

Cuando el paciente está mejorando con demasiada rapidez, Erickson le prescribía una recaída. Su prescripción la impide.

Frustración de una respuesta para alentarla

Indicar al sujeto cierta manera de comportarse y cuando comience a cumplir con la indicación, cortar la respuesta y pasar a otra área. Cuando se retome posteriormente responderá mejor porque ya había surgido la disposición a responder.

Empleo del espacio y la disposición

Interés por la orientación espacial, hacer desplazar a los miembros de la familia, indicándoles que cambien de silla y disponiendo diferentes combinaciones en el consultorio. Esto impide que los otros se entrometan en la conversación y los obliga a adoptar un punto de vista objetivo.

Énfasis en lo positivo

Tiende a destacar lo que hay de + en la conducta de una persona, bajo la premisa de que la persona coopera + si se destaca lo positivo → alentar al cambio.

Siembra de ideas

Erickson gusta de establecer ciertas ideas para después construir algo sobre ellas. Se pone de manifiesto su continuidad siempre hay algo que se conecta con trabajo terapéutico previo.

Ampliación de una desviación

Buscar un cambio pequeño y entonces ampliarlo es también una característica del trabajo de Erickson. Es proclive a inducir crisis con el fin de obtener un cambio.

Amnesia y control de la información

Suele ver a los miembros de la familia en entrevistas separadas, y cuando los reúne le gusta organizar lo que se va a decir y cómo se va a decir, de modo

	<p>que se orienten hacia objetivos particulares. Permite que los miembros intercambien cierta información pero no otra, controlando paso a paso el proceso hasta que se alcanza la meta por él perseguida.</p>
<p><i>Ventajas</i> <i>Desventajas</i></p>	<p>Ventajas.- me parece un modelo muy creativo, que rompe con las intervenciones que podrían ser consideradas obvias o dentro del sentido común. Lo que Erickson aportó a este modelo es importante y nuevo, pues sus intervenciones logran los cambios deseados de maneras muy sorprendentes. Una ventaja fundamental que veo en este modelo, es el cuidar las jerarquías dirigir el análisis del sistema familiar en las cuestiones de poder, pues en todas las familias es un tema que se vive pero que, creo raras veces de explícita.</p> <p>Desventajas.- considero que falta un poco más el explicar cómo detectar a qué tipos de familias les sería útil un trabajo terapéutico desde este modelo. En la práctica, creo que se lleva más tiempo para lograr cambios que lo que los libros estipulan.</p>
<p><i>Bibliografía</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Haley, J. (2002). <i>Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz</i>. Buenos Aires: Amorrortu. • Haley, J. (1999). <i>Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson</i>. Buenos Aires: Amorrortu. • Hoffman, L. (2004). <i>Fundamentos de la Terapia Familiar</i>. México: FCE. • Mackinnon, L. (1983). Contrasting Strategic and Milan Therapies. <i>Family Process</i>. Vol.22 December. 425-438 pp. • Madanés, C. (2001). <i>Terapia Familiar estratégica</i>. Buenos Aires: Amorrortu. • Navarro, G. J. (1992). <i>Técnicas y programas en Terapia Familiar</i>. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. • Ochoa, D. A. I. (1995). <i>Enfoques en Terapia familiar sistémica</i>. Barcelona: Herder. Biblioteca de Psicología: Textos universitarios. • Papp, P. (1994). <i>El proceso de cambio</i>. Barcelona: Paidós Terapia familiar. • Sánchez y Gutiérrez, D. (2002). <i>Terapia Familiar. Modelos y técnicas</i>. México: Manual Moderno.

	<i>TERAPIA BREVE (MRI)</i>
<i>Fundamentación</i>	<p>Las premisas explicativas del equipo del MRI sobre el comportamiento humano provenían de los conceptos de la cibernética y de la teoría de la información. Principios de la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy), y de las ideas de Bateson acerca de la Comunicación</p> <p>Bateson (1952) utiliza la teoría de los juegos y de los tipos lógicos.</p> <p>1956, <i>Toward a Theory of Schizophrenia</i>, acerca de la teoría el doble vínculo (Bateson y cols.)</p> <p>1966, Fish, Weakland y Watzlawick conformaron el <i>Brief Therapy Center</i> del <i>Mental Research Institute</i> para investigar el fenómeno del cambio. Investigaciones en relación a la comunicación esquizofrénica (Teoría del doble vínculo).</p> <p>Se propone la Terapia Breve, del grupo del MRI; Watzlawick enseñó que los intentos de solución son precisamente los que crean problemas humanos de primer momento, por lo tanto la terapia debería ser breve y mínimamente intervencionista.</p> <p>La terapia breve se desarrollo a partir de una investigación que intentaba precisar y sistematizar las condiciones que conducen a las personas a cambiar. En donde se carece de una hipótesis de partida que se tenga que confirmar, de una concepción precisa sobre el funcionamiento del hombre, ni sobre su comportamiento, así como sobre los procesos intrapsíquicos. La terapia estratégica de Erickson y la terapia familiar de Jackson habían aportado al equipo del Centro de Terapia Breve (CTB) técnicas para abordar el proceso del cambio. No tenían una “teoría psicológica” propiamente dicha, a partir de la cual construir un modo de intervención, el modelo de funcionamiento “normal” es el que determina el sentido de las intervenciones terapéuticas, aunque la pauta explicativas sigue siendo sistémica, lo que está en juego es el proceso mismo de cambio.</p>
<i>Visión epistemología</i> –	<p>Se pasó de lo <i>intrapsíquico</i> a lo <i>relacional</i>; del análisis <i>hacia atrás</i> del pasado al estudio de las reglas de la interacción en el <i>aquí y ahora</i>, de la pregunta relativa al <i>porqué</i> del problema, a la que se refiere a <i>qué es</i> y a <i>cómo</i> modificar el problema actual, de la extrema pasividad del terapeuta al activismo y empleo del influjo personal en la práctica clínica en el cambio de</p>

	<p>una situación problemática.</p> <p>Problema mantenido por las secuencias repetitivas de conductas. Se originan y son mantenidos por el modo en que un cliente o las otras personas involucradas perciben y abordan las dificultades normales de la vida. Las soluciones intentadas, que derivan de un cierto marco de creencias aplicado a la dificultad, no llevan a ningún cambio e incluso exacerban el problema. Este problema se agrava mientras se aplican de modo repetido y creciente aparentes soluciones, del tipo “más de lo mismo” que llevan a “más del mismo problema”, a su vez, genera “más de las mismas” soluciones intentadas y así sucesivamente. Estas son capaces de perpetuar una dificultad y convertirla en un problema.</p>
<i>Premisas</i>	<p>La terapia breve de Palo Alto se desmarcó completamente de la concepción de los problemas psicológicos y de la psicoterapia, para ella, el psicoterapeuta debe abandonar sus grandiosos proyectos y centrarse en el sufrimiento de la vida cotidiana, su tarea se limita a permitir a los pacientes a hallar lo más rápidamente posible los medios de continuar su marcha sin encontrarse constantemente frente a las mismas dificultades. Las cuestiones existenciales quedan fuera de este enfoque.</p> <p>Toma en cuenta la etapa de desarrollo de la familia</p>
<i>Representantes</i>	<p>Influencia de Milton Erickson</p> <p>Virginia Satir, Jay Haley, William Fry</p> <p>Paul Watzlawick, John Weakland, Dick Fish, Don D. Jackson</p>
<i>Tiempo</i>	Presente incluyendo información del pasado.
<i>Definición de la terapia</i>	Entendida como un cuidadoso estudio de la comunicación interpersonal dirigido a modificar, por medio de acciones o prescripciones directas, a veces paradójicas, el sistema de relaciones disfuncional en un grupo determinado.
<i>Características de la terapia</i>	<p>Se centra en un problema concreto y en conductas observables.</p> <p>Según Hoffman (1981), el modelo del MRI se caracteriza por la economía y la elegante parsimonia de intervención, “si el terapeuta identifica bien la secuencia dentro de la cual el síntoma es parte vital, un pequeño cambio detalladamente estudiado puede ser suficiente para producir un gran efecto”.</p>
<i>Posición del terapeuta</i>	Directividad muy sutil (one-down-position) y pragmático.

	Responsable del cambio.
<i>Características del terapeuta</i>	Se sitúa en un papel activo, intenta inducir cambios desde la primera a sesión. Cuando está todavía está recogiendo información, prepara el terreno para el cambio. El proceso terapéutico es controlado por el terapeuta.
<i>Énfasis</i>	En los fenómenos observables, es pragmática y se relaciona con la creencia de que los problemas son producidos y mantenidos por las soluciones intentadas.
<i>Problema o síntoma</i>	Creado y mantenido por aplicar un intento de solución repetidamente, el considerar una dificultad como problema e intentar darle solución desde esa perspectiva, y tratar un problema como dificultad (terribles simplificaciones). No considera síntomas, sino problemas y/o dificultades.
<i>Percepción del individuo o la familia</i>	Clientes.- los que se encuentran interesados y agobiados por el problema, buscan un cambio. Busca ayuda activamente de un terapeuta. Pacientes.- definidos por otra persona como tal. Aquel que el cliente define como persona “perturbada” por el problema.
<i>Cambio</i>	Cuando se alteran las soluciones intentadas para el problema. Puede darse a través del reencuadre, esto es cuando el terapeuta intenta cambiar el escenario conceptual o emocional y situarlo en otro marco que coloque los “hechos” en la misma situación concreta igualmente bien o mejor, y por lo tanto cambia su significado.
<i>Objetivo</i>	Introducir una variación en el esquema de solución de problemas, y el logro de un cambio mínimo. El que el cliente delimita con el terapeuta. Concreto.
<i>Estructura de la terapia</i>	10 sesiones o menos, el tiempo entre sesiones es menor de un mes.
<i>Descripción de Modelo</i>	Con base al libro de <i>la Escuela de Palo Alto</i> , los pasos son los siguientes: 1. Determinar quién es el “que se queja” , una persona (o varias) del entorno puede (pueden) sufrir por la situación y hacia ella (s) se dirigirá el terapeuta para encontrar el motor del cambio. Solo el sufrimiento será la condición de una intervención terapéutica. Puede parecer difícil considerar que un miembro del entorno es el que debe seguir una terapia mientras que otra persona es la que presenta los síntomas reconocidos como tales por una posición cultural

dominante. “Si no forma parte del problema, puede formar parte de la solución”, afirma el terapeuta que se pregunta por que el terapeuta la ha llamado a su consulta el lugar del portador del síntoma

2.- Definir el problema.- no es cuestión de definirlo en referencia a una norma cualquiera de “buen funcionamiento”, ¿qué hace esta persona, qué desearía no hacer? O ¿qué no consigue hacer cuando desearía hacerlo? Una dificultad a la que no se encuentra solución produce un estado de insatisfacción que tiende a generalizarse, e intentará conocer los contextos precisos que producen la insatisfacción, el sufrimiento.

3.- Examinar las “soluciones” intentadas. El examen de las soluciones aplicadas por el cliente para superar su problema aporta información sobre lo que hay que evitar, sobre lo que no puede contribuir a la desaparición del sufrimiento. Conocer todo lo que la gente ha empleado; las personas repiten incansablemente unas actitudes que los llevan a tener problemas. Uno de los puntos importantes de esta etapa es que contribuye a comprender la red relacional, el “sistema” pertinente para la intervención, los mecanismos de la comunicación que aumentan la dificultad y hacen que persista. “¿Quién interviene y cómo, para resolver el problema?”

Éstas permitirán marcar la orientación global que hay que prohibir.

** decidir que se debe evitar

** formular un enfoque estratégico, apartándose 180º del impulso básico.

4.- Definir un objetivo accesible. Precisar un objetivo “realista” a la intervención, la precisión del objetivo permitirá delimitar mejor el problema. Un objetivo vago o utópico, tanto por parte del paciente como la del terapeuta, puede revelarse como el nudo del problema. El terapeuta que propone un objetivo utópico (o simplemente vago), igual que acepta un objetivo así de parte de su paciente, acaba tratando una dolencia de la que parte es responsable y que la terapia mantiene. Hacer que el paciente acepte unos objetivos concretos y accesibles permite también prever un límite temporal al tratamiento, lo que produce un efecto favorable sobre la motivación y las esperanzas del paciente. Por medio de sus preguntas, debe conducir al paciente a formular un objetivo que él mismo juzgue satisfactorio y que desee alcanzar.

	<p>5.- Formular y poner en ejecución un proyecto de cambio. Se trata de la fase de elaboración de la estrategia y de las tácticas del cambio. Lleva consigo también la definición de un objetivo para la acción del terapeuta (la línea estratégica especial) y de los medios más adecuados para realizarla (las tácticas). Dos principios rigen pues su concepción:</p> <p>→ Interrumpir los intentos de solución</p> <p>→ La táctica debe ser traducida al lenguaje del paciente</p> <p>Aquí la orden paradójica revela toda su importancia, durante el trabajo, ahí que redefinir el objetivo y revisar el proyecto, pero en realidad la mayor dificultad del método consiste en conseguir motivar al paciente para que siga las órdenes. Como esto se ha de hacer a partir de la visión del mundo, o de las premisas del paciente, el terapeuta debe emplear el “lenguaje del paciente para que les resulten comprensivas las directrices”.</p> <p>Según Watzlawick y sus colegas “una causa posible de fracaso reside en la incapacidad de presentar la intervención en un lenguaje – que nuestro paciente comprenda y que le infunda el deseo de aceptar y ejecutar nuestras directrices”.</p> <p>Utilizar el lenguaje del cliente</p> <p>Evitar más de lo mismo.</p> <p>Las terribles simplificaciones (negación de los problemas o el convertir una dificultad en problema).</p> <p>El síndrome de utopía</p> <p>Vender la “tarea”</p>
<p><i>Intervenciones</i></p>	<p>Constituyen un medio de interrumpir las soluciones previamente ensayadas.</p> <p>✓ <i>Generales</i></p> <p>No apresurarse</p> <p>Peligros de una mejoría</p> <p>Cambio de dirección</p> <p>Como empeorar el problema</p> <p>✓ <i>Principales</i></p> <p>Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.- El paciente potencial define dichas fluctuaciones como problema y toma voluntariamente determinadas medidas para corregirlas y evitar su aparición,</p>

	<p>se impone un rendimiento que sólo se obtiene espontáneamente. Provocar propositivamente el síntoma.</p> <p>Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.- Considera que el acontecimiento temido es algo que él no está en condiciones de dominar. Lo que se requiere son directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio (incompleto) de ella.</p> <p>Estrategia de solución ante los problemas de miedo-evitación → exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo se le impide que la acabe con éxito. Evitarla -- dominarla</p> <p>Exponer a la tarea temida sin que se culmine con éxito.</p> <p>Tratando de lograr acuerdos mediante oposición.- Implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieran mutua colaboración. Quien acude a terapia es la persona que piensa que la otra amenaza o niega su propia legitimidad</p> <p>Su solución intentada: sermonear a la otra persona sobre el deber, el respeto y exige cambios. Lo que la perpetua: es la solución intentada, al exigir respeto mediante amenazas, violencia o argumentación lógica.</p> <p>Estrategia de intervención, formular solicitudes no autoritariamente, imprevisibilidad, actitud de inferioridad para conservar la autoridad, formular peticiones concretas y específicas. Tomar una actitud de inferioridad → postura de inferioridad – debilidad, evitar la exageración del poder, reencuadre de la demanda de ayuda. Técnica “sabotaje benévolo” sugerir la utilización de consecuencias reales en lugar de sermones, consecuencias deben producirse de manera accidental, y quien los lleve al cabo tiene que disculparse por ellas.</p> <p>Tratando de conseguir sumisión mediante la libre aceptación.- Lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se haga de manera arbitraria.</p> <p>Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.- reducir el valor informativo de la comunicación.</p>
Técnicas	<p>“Sabotaje benévolo”</p> <p>Pacto con el diablo,</p> <p>Redefiniciones</p> <p>Reestructurar implica cambiar el marco conceptual o emocional en el que se</p>

	<p>experimenta una situación y ubicarla dentro de otra estructura, que aborde los “hechos” igualmente bien, pero cambiando el sentido de los mismos. La situación no cambia, sino el sentido atribuido a ésta.</p> <p>La reestructuración opera en el nivel de metarealidad.</p> <p>Paradojas</p> <p>Tareas directas y estratégicas (paradójicas)</p> <p>Metáforas</p> <p>El truco de Bellack</p>
<p><i>Ventajas</i></p> <p><i>Desventajas</i></p>	<p>Ventajas.- este modelo combate la sensación de fracaso ante la persistencia del problema pese a los intentos de resolverlo, ayuda a que la gente se una en contra del problema sino que además, en este modelo el problema está fuera del sistema. Me gusta la idea de que sólo en el lenguaje se construyen las realidades a partir de suponer que ya están sucediendo y de que hay momentos que sin darnos cuenta han sucedido momentos en los que se ha podido hacer algo contra la problemática. A través de la utilización de este modelo bajo supervisión, me sentí con el reto de ser creativa y de pensar varias opciones a la vez, para poder sembrar en el otro mi propósito de intervención.</p> <p>Desventajas.- considero que si el terapeuta no conoce y no se maneja adecuadamente la manera de idear y construir las preguntas, el modelo pasa desapercibido. Además de que la posición debe ser muy creativa e innovadora, igualmente buscando practicidad para poder idear estrategias no probadas por los clientes (pacientes).</p>
<p><i>Bibliografía</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fish, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1994). <i>La táctica del cambio. Como abreviar la terapia</i>. México: Herder. • Freidberg, A. (1989). <i>Terapia Breve: premisas terapéuticas, pensamiento sistémico: Marco de referencia subyacente a la Terapia Breve. Psicoterapia y familia</i>. Vol. 2 (1) 30-39 pp. • Hoffman, L. (2004). <i>Fundamentos de la Terapia Familiar</i>. México: FCE. • Mackinnon, L. (1983). <i>Contrasting Strategic and Milan Therapies. Family Process</i>. Vol.22 December. 425-438 pp. • Navarro, G. J. (1992). <i>Técnicas y programas en Terapia Familiar</i>. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

	<ul style="list-style-type: none"> • Nardone, G y Watzlawick, P. (1995). <i>El arte del cambio</i>. Barcelona: Herder. • Ochoa, D. A. I. (1995). <i>Enfoques en Terapia familiar sistémica</i>. Barcelona: Herder. Biblioteca de Psicología: Textos universitarios. • Sánchez y Gutiérrez, D. (2002). <i>Terapia Familiar. Modelos y técnicas</i>. México: Manual Moderno. • Watzlawick, P. Beavin, y Jackson. (1991). <i>Teoría de la comunicación humana</i>. Barcelona. Paidós. • Watzlawick, P. y Nardone, G. (2001). <i>Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad</i>. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. • Watzlawick, P, Weakland, J. y Fish, R.(1999). <i>Cambio</i>. México: Herder
--	---

<i>MODELO DE SOLUCIONES</i>	
<i>Fundamentación</i>	<p>Este modelo está totalmente sesgado por la intención clara de favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, con base en esta idea, el tiempo de la entrevista emplea el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean.</p> <p>El cambio es permanente y no existe ninguna verdad absoluta.</p> <p>Ideas arraigadas históricamente en una tradición iniciada con Milton H. Erickson, pasando por Gregory Bateson y el grupo de Palo Alto (MRI). Posteriormente las ideas del Centro de Terapia Familiar Breve (CTFB).</p>
<i>Visión epistemología</i>	<p>La postura epistemológica de Steve de Shazer sostiene que la labor clínica se conecta con toda una serie de ideas formales a las que denominan “Epistemología Ecosistémica”. Esta epistemología organiza la experiencia en forma más holística, esto es, que la investigación, la práctica clínica y la teoría son procesos inseparables y a menudo simultáneos. Estas tres facetas se entrelazan y descalifican la “Causalidad lineal”. Dado que el sistema, o ecosistema, “es circular, los efectos de sucesos que acontecen en cualquier punto del circuito pueden transmitirse a todo él y producir cambios en el punto de origen”.</p>

	<p>Terapia orientada a futuro; a la que no le interesa cómo surgieron los problemas ni incluso cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán.</p> <p>Steve de Shazer ha ido apartando de la definición pormenorizada del síntoma y las soluciones generadas con el objeto de superarlo, para dirigir sus esfuerzos en recabar información detallada de las excepciones en relación a la conducta problemática, que han pasado desapercibidas para los clientes. Se ha perfeccionado la utilización que el MRI hace de la postura de la familia para evitar posibles resistencias y postula que si el terapeuta conoce la forma en que ésta colabora, el trabajo terapéutico se optimizará.</p>
<p><i>Premisas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de la Resistencia, los clientes están simplemente enseñando a los terapeutas cuál es el método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar. Se redefine como una manera peculiar de cooperar. • Cada cliente tiene una forma única de cooperar, el terapeuta tiene que identificar y utilizar esta forma de cooperación • Mantener pre-suposiciones que aumentan la cooperación cliente – terapeuta, fortalecen a los clientes • Centrarse en los recursos, las posibilidades, capacidades, habilidades, conocimientos, creencias, motivaciones para lograr objetivos terapéuticos • Todas las personas ya disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver las quejas. Acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas • Sea cual fuere la pauta del problema y el método terapéutico, cada situación terapéutica tiene que incluir una “meta específica”. • Parquedad (medios simples y directos para llegar a un fin) • Dado que el cambio es inevitable, se utilizan los cambios que se están produciendo naturalmente “<i>nada sucede siempre</i>” • Orientación hacia el presente y el futuro <p>Filosofía Central:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si no está roto ¡No lo componga! • Una vez que usted sepa qué es lo que funciona ¡Haga más de lo mismo! • Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo ¡Haga algo diferente!
<p><i>Representantes</i></p>	<p>BFTC – Centro de Terapia Familiar Breve en Milwaukee.</p>

	Steve de Shazer, Insoo Kim Berger, James F. Derks, O'Hanlon y Weiner-Davis
<i>Tiempo</i>	Presente y hacia futuro
<i>Definición de la terapia</i>	Método que se centra en los recursos de las personas más que en sus déficit, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones.
<i>Características de la terapia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Se concibe al sistema terapéutico como un sistema abierto, deben incluirse las necesidades de este sistema en la descripción que se haga del sistema familiar, además tanto el terapeuta como los observadores formarían parte del ambiente del sistema familiar. • A veces sólo es necesario un mínimo de información para resolver la queja • Lo que importa es lo que los clientes hacen y que les da buenos resultados • Muestra empatía y cooperación • Personalización – identificación del tipo de relación que existe entre el paciente y el terapeuta • Intenta imitar el uso exacto que el cliente hace de las palabras o expresiones
<i>Posición del terapeuta</i>	<p>El terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a terapia para resolverlos. Es más importante la naturaleza de las soluciones.</p> <p><i>“Lo importante es la llave que abre la puerta y no la naturaleza de la cerradura”</i></p> <p>Principio de Incertidumbre de Heisenberg (la forma en que se observa).- que establece que es imposible efectuar una observación sin inmiscuirse a interferir en lo observado.</p> <p>Una vez que la descripción de la terapia incluye al sistema del terapeuta (que a su vez incluye a los observadores detrás del espejo) y al sistema familiar, debe examinarse un nuevo suprasistema.</p> <p>La definición de problemas en terapia es función del proceso de evaluación.</p> <p>Reducir el tamaño del problema a ojos del cliente, haciéndolo parecer más manejable. Preguntando las ocasiones en que el cliente no experimenta el problema.</p>

	<p>Crear un contexto en el que los clientes se sientan mejor preparados para resolver sus dificultades.</p> <p>No acepta la etiqueta “negativa” del cliente</p>
<i>Características del terapeuta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Posición activa, en la cual debe identificar y ampliar el cambio • Muestra empatía y cooperación • Imitar el uso exacto que el cliente hace de las palabras o expresiones. • Hace corresponder los verbos y predicados con las modalidades sensoriales que está utilizando el cliente al expresarse • Lleva al cabo la utilización cuidadosa de los tiempos verbales: para crear una realidad en la que el problema ya está en el pasado y que existen posibilidades para el presente y el futuro.
<i>Énfasis</i>	<p>El énfasis recae en los recursos y capacidades del cliente, en encontrar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes: las excepciones.</p> <p><i>Excepciones.-</i> momentos en los que los problemas que llevan a los clientes a terapia no resultan molestos. Pueden identificarse y el cliente puede repetir una y otra vez lo que funciona, hasta “no dejar espacio” al problema.</p> <p>El terapeuta encauza el lenguaje que utiliza el cliente: busca alejarlo del empleo de etiquetas fijas y negativas hacia descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano.</p> <p>Llegar a descripciones de acciones en cosas visibles y medibles.</p>
<i>Problema o síntoma</i>	“Realidad terapéutica”
<i>Duración</i>	La resolución de problemas puede ser rápida. Menos de 10 sesiones (4 ó 5) ocasionalmente 1
<i>Percepción del individuo o la familia</i>	<p>No hay una única forma “correcta” de ver las cosas “Efecto Rashomon”.</p> <p>Importante definir la relación Paciente – terapeuta (Comprador, Demandante o visitante)</p>
<i>Cambio</i>	<p>“El cambio es inevitable”</p> <p>Se centra en aspectos susceptibles de cambio (posible) importante para el cliente.</p>
<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la “forma de actuar” ante una situación percibida como

	<p>problemática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la “forma de ver” la situación percibida como problemática • Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática <p>Cualidades de los objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener importancia para el paciente (personalmente beneficioso); primero identificar y luego aceptar los objetivos del paciente • Ser limitados para que puedan cumplirse – pequeños indicadores • Concretos, específicos; formulados en términos de conducta (precisos y cuantificables) • Plantear la presencia y no la ausencia de algo (lenguaje más proactivo) • Que indiquen un comienzo y no un fin • Realistas y alcanzables dentro del contexto de la vida del paciente
<p><i>Estructura de la terapia</i></p>	<p>Sesión</p> <p>1° : UNIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • el terapeuta deberá mostrar interés genuino al cliente para ayudarlo a que se sienta cómodo. <p>2° : BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Qué te trae por aquí?</i> • Buscar “excepciones”, o sea ocasiones en las que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, fuerzas y recursos de las personas. • Examinar las “diferencias” entre los momentos en que se ha producido el problema y cuando no, como solución se encamina al cliente a dedicarse más a aquellas actividades de las que hay constancia de que se ha conseguido el objetivo deseado; <i>¿Cómo puedes distinguir entre (el problema planteado) y (una explicación normalizadora del mismo)?</i> <p>3° : NORMALIZAR = ELOGIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Teniendo en cuenta todo lo que me estás diciendo sobre los cambios por los que has pasado en los últimos meses, me sorprende que lo estés haciendo tan bien”</i> • Normalizar continuamente sus experiencias (directa e indirectamente) • Objetivo: centrar la atención de los clientes en las excepciones,

	<p>soluciones y recursos todo lo posible.</p> <p>4° : DEFINICIÓN DE OBJETIVOS (Proceso cooperativo de negociación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papel activo • Objetivo: empezar por cosas pequeñas • Los objetivos deben alcanzables y concretos, observables • “¿Cuál será la primera señal que las cosas van por buen camino?” • (Si hay excepciones) <i>¿Qué indicará que las cosas siguen en la dirección adecuada? ¿Qué cosas harás cuando tengas más tiempo?</i> <p>*** pausa para consultar con el equipo ***</p> <p>Diseñar un mensaje que contenga elogio y connotación positiva</p> <p>5° : PREGUNTAS DE AVANCE RAPIDO</p> <p>Cuando aparentemente no hay excepciones y no parece haber soluciones presentes o pasadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas orientadas al futuro (futuro sin el problema y descripción de cómo es). • Ej. Pregunta del Milagro, de las diferencias <i>¿Qué cosas sucederán diferentes a las de antes?</i> • En el hipotético: <i>¿Hay algo de esto que ya esté ocurriendo?, ¿Qué tienes que hacer para conseguir que suceda más seguido?, ¿Quién será el primero en darse cuenta?, ¿Qué será diferente en tu vida?, ¿Cómo responderás cuando suceda?</i> El terapeuta asume que el problema se ha resuelto y pregunta respecto a cambios. <p>Cuando los clientes no son capaces de describir excepciones o de contestar preguntas a futuro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario conocer los marcos de referencia en donde los clientes sitúan el problema, cómo es que esto es un problema para ellos <i>¿Qué pasa que para ti es un problema? ¿Cómo sucede esto?</i> • Indagar las circunstancias y las secuencias de eventos cuando sucede el problema <i>¿Qué sucede? ¿y después? ¿Quién esta presente cuando se presenta el problema? ¿Qué dice? ¿Qué hace? ¿Y cuándo ya pasó que sucede? ¿Se habla de ello? ¿cómo? ¿Quiénes?</i>
<p>Descripción de Modelo</p>	<p>Se le da importancia principalmente al uso del lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crea una expectativa de cambio

	<ul style="list-style-type: none"> • Producir cambios en la percepción y en la conducta • Utilización de presuposiciones (formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente) <i>¿Qué será diferente en tu vida cuando la terapia tenga éxito?</i> • Las preguntas se mantienen abiertas • Milton Erickson, emplea inicialmente las palabras que usan los clientes como forma de unirse a ellos y establecer rapport. • Utilización de metáforas
Intervenciones	<p>“La sesión como intervención”</p> <p>Tareas de fórmula</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas que destacan el cambio previo a la sesión <i>¿Ha notado usted algún cambio así?</i> • Tarea de la 1ª sesión.- <i>“desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, me gustaría que observaras, de modo que puedas describírmelo la próxima vez, lo que ocurre en tu familia, vida, relación, etc., que quieres que continúe ocurriendo”</i> • Pregunta del Milagro.- <i>“supón que una noche, mientras duermes hubiera un milagro y este problema se resolviera ¿Cómo te darías cuenta? ¿Qué sería diferente? ¿Quién se dará cuenta? ¿Qué dirías? ¿Qué harías?”</i> • En el hipotético (futuro): <i>¿Hay algo de esto que ya esté ocurriendo?, ¿Qué tienes que hacer para conseguir que suceda más seguido?, ¿Quién será el primero en darse cuenta?, ¿Qué será diferente en tu vida?, ¿Cómo responderás cuando suceda?</i> El terapeuta asume que el problema se ha resuelto y pregunta respecto a cambios. • Pregunta de la Excepción.- <i>¿Qué es diferente en los momentos en que...? ¿Qué es lo que él/ella hace de forma diferente cuando...?</i> Lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en vez de en el futuro, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en los que no tienen o no han tenido problemas. Los terapeutas pueden encontrar claves sobre las que construir soluciones futuras. Buscar excepciones deliberadas y casuales. • Preguntas encaminadas a conocer la Queja.- <i>¿Cuál consideras que es el</i>

problema? ¿De qué forma es un problema para ti?

- Conocer las secuencias.- *¿Qué sucede? ¿y después? ¿Quién esta presente cuando se presenta el problema? ¿Qué dice? ¿Qué hace? ¿Dónde ocurre con mayor frecuencia? ¿Dónde es menos probable que ocurra?*
- Preguntas Constructivas.- *¿Cómo te darías cuenta que las cosas van por buen camino?* Son aquellas diseñadas para crear expectativas de cambio. Encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos y les enriquecen.
- Preguntas Presuposicionales.- *¿Qué cosas has hecho en otras ocasiones anteriores que hayan funcionado?, ¿Qué cosas positivas sucedieron?* Se dan durante la sesión y están diseñadas para funcionar como “intervenciones”, ya que influyen en las percepciones de los clientes dirigiéndolos a las soluciones.
- Preguntas orientadas al futuro.- *imaginar un futuro sin el problema y describir cómo es. ¿Cómo le hiciste para que pasara de esa manera? ¿Cómo te darías cuenta que esto quedó en el pasado?*

Tarea de la Sorpresa.- *¿Qué cosas notaste que ha hecho tu pareja durante esta semana para empezar a arreglar las cosas? “De modo, que durante algún tiempo has estado cansándote de quejarte y llorar todos los días. ¿Cómo te has dado cuenta de este cambio?”*

** Intervención – Emplear frases y predicados favoritos de la familia, descripciones desde un ángulo distinto al de la familia.

* Intervención sobre patrones:

- Cambiar la frecuencia o tasa de la queja, el tiempo de ejecución, la duración, el lugar en el que se produce...
- Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón
- Modificar la secuencia de elementos / eventos
- Descomponer el patrón de la queja en elementos más pequeños
- Unir la realización de la queja a la de alguna actividad molesta.

* Intervención sobre el patrón del contexto:

- Pedir descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla

	habitualmente.
<i>Técnicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar según una escala • Árbol de las Decisiones – ayuda a los clientes a identificar y utilizar los patrones de cooperación de los clientes con las tareas • Elogio.- cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas, y por haberse mantenido firme y por sus intentos de solución. • Indicios.- (sugerencias o tareas) con base a la secuencia de conducta, sugerencias circunstanciales • Connotación Positiva.- adscribir intenciones y motivaciones positivas, a las conductas considerables problemáticas. • Reencuadres.- cambiar el marco de referencia o creencias de los pacientes, cualquier conducta nueva basada en esto promoverá la resolución del problema, ya que se atribuyen nuevos significados a las diferencias. • Hipnosis.- se utiliza para despertar capacidades que el cliente ya tiene pero que no ha empleado en el contexto del problema. Ayuda a recordar experiencias que pueden servir como referencia para desarrollar las habilidades necesarias para resolver la dificultad presentada. • Presuposición.- se utiliza como una “ilusión de alternativas”. • Interconexiones.- Describir cada vez más las pautas familiares, buscando las interconexiones entre lo sucedido en la 1ª a la 2ª sesión; el terapeuta supone que la intervención y el cambio están interconectados. • Tareas.- se asignan para promover el cambio, para activar nuevas pautas de transacción. Para intensificar el cambio, reunir información.
<i>Ventajas</i> / <i>Desventajas</i>	<p>Ventajas.- Considero que es un Modelo que ayuda al cliente a dejar de describirse como una sola entidad con la “etiqueta” del problema.</p> <p>Me parece que se encuentra fuera de lo cotidiano para la mayoría de los consultantes, pues comúnmente se sigue con el Modelo Médico en el cual la gente se centra en hablar de los problemas y no de aquello que está haciendo bien para solucionar alguna problemática.</p> <p>En la práctica durante la maestría ha resultado de gran ayuda, pues tanto los clientes como el mismo terapeuta viven otra “realidad terapéutica” al posicionarse desde los recursos y capacidades que se encuentran en las personas</p>

	<p>y que sólo necesitan nombrar y destacar para hacer uso de ellas. Un punto importante a considerar es que es necesario estar al pendiente de los tiempos del paciente, si es o no pertinente dar contención antes que intervenir, y por supuesto sí recolectar la información necesaria para sustentar las intervenciones y que éstas surjan el efecto deseado. Finalmente, si hay una parte fundamental a tratar en este modelo es la utilización del lenguaje, es increíble como el empleo de los tiempos verbales permite abrir caminos o construir murallas en la relación terapéutica. Así como, facilitar el logro de los objetivos de la terapia hacia los recursos o verla de nuevo centrada hacia los problemas.</p> <p>Desventajas.- se tiene que especificar claramente problemas a resolver, objetivos y técnica de intervención. Ya que, es un modelo que va muy ordenado, además de la necesidad de disponer con un equipo de observadores.</p>
<p><i>Bibliografía</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Berg, I. K. y Miller, S. D. (2002). <i>Trabajando con el problema del alcohol. Orientación Y sugerencias para la terapia breve de familia</i>. Barcelona: Gedisa. • Cade, B. (1995). <i>Guía Breve de terapia breve</i>. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. • De Shazer, S. (1985). <i>Claves para la solución en terapia Breve</i>. Barcelona: Paidós. • De Shazer, S. (1985). <i>Claves para la solución en terapia Breve</i>. Barcelona: Paidós. • De Shazer, S. (1992). <i>Pautas de Terapia familiar breve</i>. Barcelona: Gedisa. • O'Hanlon, H. y Weiner-Davis, M. (1989). <i>En busca de soluciones</i>. Barcelona: Paidós.

<i>MODELO DE MILÁN</i>	
<p><i>Fundamentación</i></p>	<p>En 1968, año en que falleció Jackson, las ideas del grupo de Bateson cruzaron el océano y se arraigaron en Italia. Una psicoanalista Mara Selvini Palazzoli, en Milán, había estado trabajando durante muchos años con niños anoréxicos. Decepcionada por sus resultados e impresionada por la literatura sobre terapia familiar que llegaba de Palo Alto, decidió descartar todos los elementos del</p>

	<p>pensamiento psiquiátrico y adoptar y una orientación sistémica.</p> <p>Empezó a investigar que sucedía en las <i>familias</i> con un miembro anoréxico. Se conformó un equipo (Mara Selvini Palazzoli, Giuliana Prata, Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo).</p> <p>Watzlawick viajó a Milán en 1972 para ayudar al equipo a trabajar con las familias como “sistemas”.</p> <p>Para controlar la intrusividad del terapeuta, crearon un “equipo terapéutico” de observadores situados detrás del espejo unidireccional ante el cual el terapeuta de la sesión era responsable. Cambiaron el <i>yo</i> del terapeuta por el <i>nosotros</i> del equipo y trabajaron para activar un proceso de cambio en los miembros de la familia para cuando estuvieran fuera de la sesión y de la influencia del terapeuta. Así, los terapeutas se veían a sí mismos como mediadores objetivos en la distancia.</p> <p>Retoma elementos de la <i>Teoría del control</i>, de Haley, de la comunicación en las familias de esquizofrénicos.</p>
<p><i>Visión epistemología</i> –</p>	<p>Circular, familia es pensada más en términos de continuidad (homeostasis) – juego familiar.</p> <p>Las relaciones familiares vistas como reflexivas sin otorgar influencia o responsabilidad directa a algún miembro de la familia. Ninguno tiene poder unidireccional, aunque el comportamiento de cada uno influencia inevitablemente la conducta de los otros.</p>
<p><i>Premisas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Familia como sistema, donde el comportamiento sintomático se mantenía bajo los patrones de homeostasis. • El equipo delineó los fundamentos para desarrollar la terapia como metodología por el terapeuta. Con tres principios indispensables Hipótesis, circularidad y Neutralidad. • A través del cuestionamiento circular, el terapeuta explora las coaliciones y alianzas, obviamente negadas por familia. • ** categorías de las preguntas: lineales, circulares, estratégicas y reflexivas.
<p><i>Representantes</i></p>	<p>Mara Selvini Palazzoli, Giuliana Prata, Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo.</p>
<p><i>Tiempo</i></p>	<p>Presente (énfasis), incluye información del pasado.</p>

<i>Definición de la terapia</i>	El terapeuta considera a los miembros de la familia como elementos de un circuito de interacción y sin poder unidireccional alguno sobre el conjunto, esto es que la conducta de un miembro de la familia influye inevitablemente sobre la de los otros miembros, y a su vez es influido por los demás; actúa sobre el sistema, pero es influido por las comunicaciones que provienen del mismo sistema. El poder se encuentra en las reglas del juego establecidas en el tiempo y en el contexto pragmático de aquellos que están implicados.
<i>Características de la terapia</i>	Los mensajes del terapeuta y el equipo contradicen las premisas del sistema de creencias de los miembros de la familia. Para acabar con los juegos familiares <i>sin fin</i> , se sabía que todo intento por hacer que la familia se dedicara a algo distinto inmediatamente provocaría contrajugadas y descalificaciones. Por lo tanto, el primer paso en la terapia sería establecer qué juego está jugando la familia con el terapeuta, aprobar el juego y fomentarlo. <i>He aquí nuestra persona enferma o mala, hay que arreglarla y aliviarnos, pero no se nos haga cambiar.</i> El terapeuta evita caer en la trampa de hacer lo anterior. Entonces se prescribe no sólo el pensamiento problema o juego de comportamientos, sino la configuración general de las relaciones que rodean el problema.
<i>Posición del terapeuta</i>	No directivo. Estético (pauta que conecta) y neutral. Entiende a las familias en base a las pautas ocultas que los conectan. Terapeuta y familia visto como un solo sistema. El terapeuta explora las diferencias en las relaciones y comportamientos a través del tiempo, antes y después de los eventos nodales y significativos de la historia familiar, y la relación hipotética de los eventos futuros.
<i>Características del terapeuta</i>	No emite juicios de valor, se alía temporalmente para preguntar a un tercero la relación de otros dos. Se alía con todos y con ninguno al mismo tiempo. Actitud de aceptación hacia la familia, deja que hable quien quiera.
<i>Énfasis</i>	Interés en como los miembros de la familia construyen los eventos y conductas.
<i>Problema o síntoma</i>	La conducta sintomática es mantenida por el <i>juego familiar</i> , en donde cada persona trata de obtener un control de las reglas de la familia, mientras niega que lo está haciendo. A menos que todos se pongan de acuerdo o bien puedan convenir en reglas del juego familiar no podrá ganarlo nadie, por o tanto no

	<p>tiene fin; es un eterno ciclo, el juego acerca del juego, o el metajuego, siempre sigue adelante. Estos juegos no son manifiestos, sólo se pueden inferir de las comunicaciones que se efectúan en la familia.</p>
<p><i>Percepción del individuo o la familia</i></p>	<p>La pregunta que el modelo plantea es: <i>¿Por qué la familia no puede encontrar otra forma de sobrevivir que no involucre el sacrificio de algunos de sus miembros?</i></p> <p>El paciente identificado es el que mantiene el sistema familiar,</p> <p>Lo disfuncional se presenta cuando la familia, como sistema es incapaz de saltar a una nueva forma de funcionamiento.</p> <p>A partir de “Los juegos psicóticos de la familia”, “La familia del tóxicodependiente” y “Muchachas anoréxicas y bulímicas”: se propone observar las interacciones en paralelo en el grupo familiar, en ciertas dñadas e individuales.</p> <p>Se trabaja tres generaciones, donde una etapa importante es saber las carencias en la familia de origen de los padres del joven sintomático; las razones por las que la pareja conyugal engancharon (dote afectivo); el estancamiento de la pareja; el embrollo si es que el estancamiento conyugal dio origen a la triangulación de los hijos. Además de conocer las formas de apego a los padres.</p> <p>Se propusieron siete estadios para hacer el análisis completo considerando a las familias de origen de los padres; <i>Primer estadio</i>: las familias de origen y la transmisión intergeneracional de las carencias, <i>Segundo estadio</i>: el matrimonio de interés, <i>Tercer estadio</i>: el cuidado remedado, <i>Cuarto estadio</i>: la ira del hijo en la adolescencia, <i>Quinto estadio</i>: el fracaso del padre, <i>Sexto estadio</i>: el encuentro con las sustancias estupefacientes, <i>Séptimo estadio</i>: las estrategias organizadas sobre el síntoma. A lo largo de esta exploración interaccional y trigeracional se abarcan mecanismos de idealización, abandono, minimización y desplazamientos que no se logran resolver en el miembro toxicodependiente pero que tampoco han sido resueltos en los padres.</p> <p>Igualmente en el libro de “Muchachas anoréxicas y bulímicas”, se comparten estrategias de trabajo paralelo con la familia y la paciente; separando en algunas ocasiones a algunos miembros de la familia o trabajando en una sola unidad familiar.</p>

<i>Cambio</i>	<p>Ocurre cuando la familia encuentra una salida a su patrón rígido de interacciones.</p> <p><i>Metacambio</i>, esto es, un cambio en la habilidad de la familia para cambiar. Para resaltar la efectiva libertad para cambiar de la familia, implica que la familia debe dejársele con la libertad de no cambiar.</p>
<i>Objetivo</i>	<p>Alterar el mapa de relaciones, cambiar la secuencia familiar de conductas y cambiar la forma en que la familia percibe e interpreta su realidad. Realzar la autonomía y libertad de la familia para descubrir soluciones no sintomáticas mientras continúa en su camino de evolución en su camino de evolución a través del ciclo de la vida.</p> <p>Entender como los miembros de la familia perciben su pasado y algunas pistas para conocer cómo es que esta familia llegó a ser lo que es ahora.</p> <p>El terapeuta al explorar las diferencias tiene dos propósitos: vertir nueva información en el sistema con esto los miembros de la familia por sí mismos harán conexiones entre eventos, interacciones, y conductas; y recoger información para validar o invalidar <i>su</i> hipótesis sistémica familiar.</p> <p><i>Metaobjetivo</i>, la transformación de las pautas de relación en el sistema.</p>
<i>Estructura de la terapia</i>	<p>Por general, cerca de 10 sesiones, con intervalos de un mes o más. Las prescripciones o rituales ejercen mayor impacto en el sistema familiar si actúan durante un tiempo prolongado.</p>
<i>Descripción de Modelo</i>	<p>La terapia inicia con la primera llamada telefónica , y se pone atención a detalles como quién hizo la llamada, su tono de voz, lamentos y los intentos por determinar las condiciones del tratamiento. Se rechazan conceder entrevistas de urgencias.</p> <p>Requieren que toda la familia se encuentre presente en la primera sesión, sólo en casos excepcionales se fracciona la familia, pues esto es vivido como una maniobra peligrosa por la familia.</p> <p>Las sesiones se desarrollan en una habitación equipada con equipo de video-grabación, espejo unidireccional y interfón.</p> <p>Cada sesión se desarrolla en cinco etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pre-sesión.- los terapeutas se reúnen para leer la solicitud, o la información que se tiene de la familia 2. Sesión.- dura aprox. 1 hora, se solicita cierta información y se pone atención

en el *modo* como se obtiene, el estilo interaccional de la familia. Se observan las peculiares modalidades de comunicación, los terapeutas se abstienen tanto de revelar a la familia los fenómenos observados, como de emitir valoraciones y juicios. Se guarda todo como guía de la intervención final.

Si los observadores notan que los terapeutas se desconciertan o confunden los llaman a la cámara de observación donde les comunican sugerencias y consejos.

3. Discusión de la sesión.- terapeutas y observadores discuten la sesión y deciden cómo concluirla. La tarea es elaborar una hipótesis sistémica y generar una intervención.

4. Conclusión de la sesión.- los terapeutas vuelven con la familia para cerrar la sesión, una opinión sintética que consiste generalmente en un breve comentario (con o sin la prescripción para ningún cambio), una demarcación a las creencias familiares, una prescripción que soporte un ritual detallado, etc. cuando la intervención impone la prescripción de un ritual, mayor tiempo será tomado para proveer detalles específicos y para responder a los requerimientos de clarificación de la labor de los miembros de la familia, el terapeuta no trata de dar una explicación completa sólo plausible para ganar el interés familiar para considerar seriamente la realización del ritual.

5. Post-sesión.- después de despedirse de la familia, el equipo se reúne para discutir las reacciones observadas al cierre de la sesión, formular previsiones y redactar una *acta de sesión*, donde se sintetizan elementos importantes observados en la sesión. Igualmente, se cometen las reacciones inmediatas de unos y otros, retroalimentación verbal y no-verbal, el equipo intenta predecir las reacciones y respuestas de la familia entre sesiones.

El grupo de Milán, identificó 3 principios básicos que guían al terapeuta a conducir la entrevista: Hipótesis, Circularidad y Neutralidad.

Hipótesis.- actividad conceptual en llegar con explicaciones o “mapas” alternativos mostrando los problemas presentados por la familia. Las hipótesis son suposiciones que son generadas para guiar la actividad ejecutiva del terapeuta y dan orden a la entrevista.

El contenido se deriva de la información disponible, de la experiencia previa del terapeuta y de las interacciones observadas. La meta de hipotetizar no es identificar la “verdad” sino generar la explicación más útil de la familia como

una totalidad que el equipo pueda crear en un momento particular. Después de generar una *Hipótesis sistémica*, el terapeuta elabora una variedad de preguntas para probarla. Pensar preguntas que provoquen descripciones de conductas o eventos específicos que puedan dar evidencia a favor o en contra de la suposición. Basándose siempre en la retroalimentación en el sistema terapeuta-familia.

La hipotetización puede servir para trazar planteamientos de la terapia, así como el mapa familiar, la explicación acerca de la familia, el problema y su relación contextual.

Circularidad.- se comprende por la capacidad que tiene el terapeuta para conducir su intervención sobre las bases de retroalimentación de la familia, como respuesta a la información que el terapeuta solicita, respecto de las relaciones de la familia así como de sus diferencias y cambios. A través de esto se obtiene una visión sistémica de la familia y sus relaciones, ya que el terapeuta plantea la misma pregunta a cada miembro de la familia, con respecto a cada problema, con el fin de obtener la verdad sistémica de la familia.

El planteamiento de una hipótesis sistémica y el uso de la retroalimentación caracterizan el cuestionamiento circular. Los tipos de preguntas hechas se basan en la información que existe en las diferencias y el significado de una conducta derivada de su contexto (preguntas de diferencia, hipotéticas, de efectos conductuales y triádicas).

Neutralidad.- definido como el efecto pragmático que el terapeuta ejerce sobre la familia. Es una actitud por parte del terapeuta en relación a la familia. Incluye un sentido de respeto, aceptación, curiosidad, fascinación e inclusive admiración por el sistema. Excluye cualquier prejuicio, se muestra curioso y sólo interesado en entender cómo es que el sistema es del modo que es. Asume que todo tiene sentido.

La neutralidad implica que el terapeuta asuma una metaposición con relación a cada miembro de la familia como individuo, a sus patrones de interacción y a sus creencias. Se alía con todos los miembros y al mismo tiempo con ninguno.

Equicercanía.- propuesto por Mara Selvini Palazzoli, en el cual al trabajar con familias de anoréxicas y familias de bulímicas en da distancia equitativa hacia cada miembro de la familia y se promueve la escucha atenta entre los miembros

	de la familia, en ocasiones sin siquiera mencionar el síntoma que los llevo a terapia.
<i>Intervenciones</i>	<p>El método de conducir la entrevista puede ser considerado una intervención mayor (cuestionamiento circular y neutralidad).</p> <p>Utiliza el reencuadre durante la sesión para crear una realidad terapéutica más trabajable. Esto lo lleva al cabo a través del realizar preguntas dirigidas a cambiar los significados.</p> <p>Son de dos tipos:</p> <p>✓ cognitivas:</p> <p>Redefinición... cambio del marco conceptual desde el que la familia percibe e interpreta el síntoma.</p> <p>Connotación positiva... cambio en la atribución de intenciones (generalmente hostiles) con que la familia percibe un síntoma. En la práctica suele combinarse una redefinición con una connotación positiva.</p> <p>Es un tipo de redefinición entre los miembros de la familia para que aparezcan las causas del síntoma como debidas a la abnegación y amor del cliente por resto de la familia (igualmente se definen en términos de abnegación y sacrificio las relaciones de lo miembros de la familia entre sí y con el paciente identificado).</p> <p>✓ Conductuales:</p> <p>Tareas directas... tratan de corregir un exceso o un defecto observado en la conducta familiar.</p> <p>Tratan de dar respuesta a lo que el cliente plantea como problema.</p> <p>Estratégicas o paradójicas... se prescribe el juego familiar como respuesta al incumplimiento de las tareas directas. Cuando el cliente colabora haciendo lo contrario de lo que se le pide, para introducir confusión cuando el síntoma se liga a posiciones racionales rígidas. La intención es que el cliente desobedezca o bien que controle la aparición con la esperanza de que si controla su aparición también pueda controlar su desaparición. El esquema típico es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - connotación positiva de la conducta que el cliente (o la familia) exhibe durante la entrevista. - redefinición (más connotación positiva) de la secuencia sintomática - prescripción de la secuencia sintomática

- señalamiento de un periodo arbitrario durante el que va a regir la prescripción de la secuencia sintomática.

Prescripciones ritualizadas.- asegurarse que se introduce una conducta y /o información nueva en la familia, y para que la familia la ensaye y partir de ella genere un nuevo patrón de interacción. Se utiliza cuando la familia o el cliente se encuentran en un grave estado de confusión como forma de introducir orden. Mediante el ritual se prescriben, de forma rígida ciertas conductas ligadas a ciertos momentos del día y a ciertas personas y por un tiempo determinado.

Rituales... pueden ser a su vez directos o estratégicos, se emplean cuando quiere someterse a la familia a la reiteración de un mensaje o de una conducta nueva. Se aplican a una variada gama de situaciones. Basta con identificar el juego familiar para idear un tipo de ritual que lo prevenga o altere.

Prescripciones invariables... *utilizan como programa de tratamiento de cuadros psicóticos.* Que consisten en buscar la **Autonomía de los sistemas**, Mara Selvini Palazzoli en el libro “Los juegos psicóticos de la familia”, indica a través del análisis de un caso clínico como llevar al cabo lo siguiente: desde la 1ª sesión se indaga quienes pertenecen a la familia nuclear. En la 2ª sesión, se cita a la díada de los padres, excluyendo a los hijos y demás miembros que pertenezcan a la familia. Se indagan las reacciones de los demás al citar a los padres únicamente. Se deja como prescripción mantener el **secreto** de lo sucedido en terapia al ser cuestionados por la familia que no asistió. Se les indica que salgan algunas veces sin dar explicaciones y avisando con ayuda de una nota su ausencia. Igualmente, al ser cuestionados responderán “estas son cosas que sólo nos conciernen a nosotros dos”. Mientras ellos, como padres llevaran una libreta con notas de las reacciones verbales y no – verbales de sus hijos que les parezcan provocadas o asociadas con el cumplimiento de esta prescripción. En la última etapa, la prescripción es que los padres desaparezcan por un tiempo mayor manteniendo el secreto de su salida y con mismas características. Lo que se analiza son las reacciones de la familia ante las ausencias de los padres, lo observado ha sido que las reacciones más dramáticas corresponden a los miembros de la familia que no son señalados como portadores del síntoma. El cambio fundamental consiste en que los padres se perciben como pareja más que como padres. Jerarquizándose los subsistemas.

<i>Técnicas</i>	<p>Para permanecer neutral:</p> <p>* estrategia *</p> <p>Preguntar a todos; incluir a toda la familia en la prescripción.</p> <p>*Técnicas*</p> <p>Preguntas circulares, rituales familiares.</p> <p>Mantener un punto de vista sistémico: *estrategia*</p> <p>Encontrar el rol de cada miembro de la familia en la secuencia disfuncional</p> <p>*Técnicas*</p> <p>Preguntas circulares</p> <p>Mantener el equilibrio familiar:</p> <p>*estrategia*</p> <p>Evitar la connotación negativa</p> <p>*Técnicas*</p> <p>Redefinición, connotación positiva. Paradojas</p> <p>Crear hipótesis:</p> <p>*estrategia*</p> <p>Búsqueda de la secuencia disfuncional, del mapa de relaciones y del juego familiar.</p> <p>*Técnicas*</p> <p>Preguntas acerca de la secuencia, preguntas sobre quién está más cerca de quién, sobre las reglas, los valores y centrarse en la historia de la familia.</p> <p>Centrarse en las relaciones:</p> <p>*estrategia*</p> <p>Buscar el mapa de relaciones familiares.</p> <p>*Técnicas*</p> <p>Preguntas sobre quién está más cerca de quién, preguntas hipotéticas.</p>
<i>Ventajas</i> <i>Desventajas</i>	<p>Ventajas.- es un modelo muy integral, que permite conocer la visión individual y familiar con respecto a lo que sucede en la dinámica familiar y al problema que aqueja al sistema familiar. Siento que es un modelo que apoya la visión sistémica a partir de sus intervenciones y de la postura que le pide al terapeuta mantener. Me encanta que el problema o síntoma no se personalice, sino que se perciba de manera sistémica a través de las hipótesis. En la práctica profesional, pienso que es el modelo que provee el mayor número de herramientas para</p>

	<p>lograr el cambio en la dinámica familiar. En lo particular es el modelo que me ha funcionado mejor y con el cual me he acoplado y he visto cambios sistemáticos.</p> <p>Desventajas.- pienso que es un modelo no muy rentable para los servicios de salud en los hospitales, dado que es un modelo que requiere tiempo y una gran parte de análisis y trabajo terapéutico por parte del terapeuta para lograr un cambio que resuene en las generaciones posteriores y marquen una nueva forma de interacción familiar.</p>
<p><i>Bibliografía</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cecchin, G. (1988). Hypothesizing Circularity and Neutrality Revised and Invitation to Curiosity. <i>Family Process</i>. Vol. 27. 405-413 pp. • Cirillo S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999). <i>La familia del toxicodependiente</i>. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. • Hoffman, L. (2004). <i>Fundamentos de la Terapia Familiar</i>. México: FCE. • Mackinnon, L. (1983). Contrasting Strategic and Milan Therapies. <i>Family Process</i>. Vol.22 December. 425-438 pp. • Navarro, G. J. (1992). <i>Técnicas y programas en Terapia Familiar</i>. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. • Ochoa, D. A. I. (1995). <i>Enfoques en Terapia familiar sistémica</i>. Barcelona: Herder. Biblioteca de Psicología: Textos universitarios. • Sánchez y Gutiérrez, D. (2002). <i>Terapia Familiar. Modelos y técnicas</i>. México: Manual Moderno. • Selvini, M. (1990). <i>Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini- Palazzoli</i>. México: Paidós. • Selvini- Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). Hypothesizing- Circularity- Neutrality; Three Guidelines for the Conductor of the Session. <i>Family Process</i>. Vol.19 (1). 3-12 pp. • Selvini- Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1988). <i>Paradoja y contraparadoja</i>. México: Paidós • Selvini- Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. (1988). <i>Los juegos psicóticos en la familia</i>. México: Paidós • Selvini – Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1998). <i>Muchachas anoréxicas y bulímicas</i>. Barcelona: Paidós Terapia F

	<ul style="list-style-type: none"> • Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach: Part 2. Description of session format, interviewing style and interventions. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i>. Vol. 10 (3). 253-271 pp. • Watzlawick, P. Beavin, y Jackson. (1991). <i>Teoría de la comunicación humana</i>. Barcelona. Paidós.
--	---

<i>ENFOQUES POSMODERNOS: NARRATIVA</i>	
<i>Fundamentación</i>	<p>La identidad personal está constituida por lo que <i>sabemos</i> de nosotros mismos y por cómo <i>nos describimos</i> como personas. Pero este saber está constituido en su mayor parte por las prácticas culturales (de descripción, etiquetado, clasificación, evaluación, segregación, exclusión, etc.).</p> <p>En el lenguaje las personas están sojuzgadas por “controles” sociales invisibles basados en prácticas lingüísticas presuposicionales y patrones socioculturales implícitos de coordinación.</p> <p>La vida de las personas está modelada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y de lenguaje del yo y su relación.</p>
<i>Visión epistemología</i> –	<p>Con base a los escritos de Bateson, se retomó el “método interpretativo”, en relación a lo que las ciencias sociales refieren; esto es, cuando se estudian los procesos por lo que se descifra el mundo, dado que no se puede conocer la realidad objetiva, todo conocimiento requiere de un acto de interpretación. Bateson (1979), retomó la máxima de Korzybski que afirma “<i>el mapa no es territorio</i>”. Así, la comprensión que se tiene de un hecho, o el significado que se atribuye, está determinado y restringido por su contexto receptor, es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen los mapas del mundo de quien los vive. Comparando estos mapas con pautas, Bateson argumentó que la interpretación de todo acontecimiento está determinada por la forma en que éste encaja dentro de las pautas conocidas, y llamó al proceso: “<i>codificación de la parte a partir del todo</i>”. Los acontecimientos que no son seleccionados para la supervivencia, no existen como hechos.</p> <p>Una aportación fundamental para la Terapia Narrativa de la obra de Bateson fue prestar atención a la dimensión temporal, pues afirmó que toda información es necesariamente la “noticia de una diferencia”, y que es la percepción de la</p>

diferencia lo que desencadena todas las nuevas respuestas en los sistemas vivos, demostró que situar los eventos en el *tiempo* es esencial para la percepción de la diferencia, para la detección del cambio.

Para White, el concepto de narración tiene algunas ventajas sobre el de mapa, pues requiere la localización de los acontecimientos en pautas transtemporales. La narración incorpora la dimensión temporal.

Se adoptó la analogía del texto argumentando que, para entender la vida y expresarse uno mismo, la experiencia debe “relatarse”, y que es precisamente el hecho de relatar lo que determina el significado que se atribuirá a la experiencia. En su esfuerzo de dar sentido a su vida, las personas se enfrentan con la tarea de organizar su experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales, para obtener un relato coherente de sí mismas y del mundo que las rodea. Las experiencias específicas de sucesos del pasado y del presente, y aquellas que se prevé ocurrirán en el futuro, deben estar conectadas entre sí en una secuencia lineal, para que la narración pueda desarrollarse. Así, el éxito de esta narración de la experiencia da a las personas un sentido de continuidad y significado en sus vidas, y se apoya en ella para ordenar la cotidianeidad e interpretar las experiencias posteriores. Ya que, todos los relatos tienen un comienzo (o historia), un medio (o presente) y un fin (o futuro), la interpretación de los eventos actuales está determinada por el pasado como moldeada por el futuro.

Gergen explica que el lenguaje no “versa sobre el mundo”, no es un simulacro de la realidad, un espejo o un plano. Opera según una lógica interna que le es inherente, acorde a sus propias convenciones. Por lo tanto, es falaz que todas las disciplinas sostengan que sus respectivos lenguajes son el vehículo de la verdad: los lenguajes no son fundamentalmente vehículo de nada más que no sean ellos mismos.

Jacques Derrida refirió que el “sesgo logocéntrico”, o sea la presunción de que las palabras reflejan el funcionamiento de la mente, que convierte el caos circundante en un orden lógico. Derrida se opone a la idea de que las palabras sean el reflejo de las esencias en el individuo, y propone en cambio que el lenguaje es un sistema en sí, de cuyas propiedades extraen las palabras la capacidad de crear un mundo aparente de esencias. Este sistema del lenguaje (o de la elaboración del sentido) preexiste al individuo y está “siempre listo” para

su uso social. Así, cualquier cosa que se diga sobre el mundo o el yo tiene que ser entrecomillas. Si es sensata, ya fue dicha. El significado de un término depende en primer lugar de una *diferencia* entre ese y otros términos del sistema lingüístico. Al mismo tiempo, la comprensión de un término exige un proceso constante de *referencia* con otros términos del sistema.

Según Derrida, “no hay nada fuera del texto”.

Desde esta perspectiva, las palabras pierden su facultad de describir las cosas como son o de capturar las esencias. Con esta premisa, se alienta al intento de desmoronamiento o *desconstrucción* de los textos. Al desconstruir un texto, se muestra que las proposiciones fundamentales sobre la naturaleza de las cosas dependen de una aceptación implícita del significado suplementario que el texto niega.

La postura epistemológica de Michael White alude a la noción de “textos narrativos”. Propone la analogía de la terapia como un proceso de “contar” y/o “volver a contar” las vidas y las experiencias de las personas que se presentan con problemas. No sólo se le da significado a nuestra experiencia al “narrar” las vidas, sino que también se tiene el poder de “representar” los relatos gracias al conocimiento que se tiene de ellos.

Estos análisis no sólo borran al objeto de un texto sino también a su autor, y lo hacen en dos sentidos:

- 1°. El proceso de desconstrucción afecta a todos aquellos términos que parecen describir la esencia de la mente: las palabras.

Preguntando: *¿A qué se refieren estos términos?*

Para comprender su significado, se debe retomar el proceso de diferencia y referencia, indagando y curioseando el lenguaje sin “tregua”, sin localizar jamás el objeto “real”.

- 2°. El individuo observa el mundo y transforma sus pensamientos en palabras que los expresan a otros; para el desconstruccionista: el lenguaje es un sistema en sí, una forma cultural que debe su existencia a una colectividad participante.

Las personas no son los agentes intencionales de sus propias palabras, que convierten creativa y privadamente sus pensamientos en sonidos e inscripciones: ganan la condición de *yo es* adoptando una posición dentro

	de una forma lingüística preexistente. Si el lenguaje no contara con los pronombres <i>yo</i> y <i>tú</i> , tal vez no podría reconocerse a las personas como dotadas de un ser individual <i>yo</i> que actuase.
<i>Premisas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje cambia de “modo como son las cosas” → “el mundo tal como es representado”, así las técnicas retóricas de la representación, o de la construcción del mundo ejercen un efecto decisivo y a menudo involuntario, sobre la vida social, las comprensiones quedan sujetas a las maniobras de la metáfora, la forma narrativa, el lenguaje llano, la ironía, etc. • Sin las formas del lenguaje no se podría afirmar que se tenga experiencia alguna. • Los relatos existen en virtud del desarrollo de los acontecimientos a través del tiempo. La historia tiene un principio y un final. • Los relatos proporcionan el marco que hace posible , a las personas, interpretar su experiencia, y estos actos de interpretación constituyen logros. • La versión dominante (relato saturado del problema) tiene el objetivo de darle sentido a las experiencias vividas dentro de una versión dominante sobre sí mismas y sus relaciones. Esta idea influye en la significación que las personas atribuyen a los acontecimientos posteriores de su vida, la información que se ajusta al relato dominante se incorpora y se expresa en la conducta. • La gente tiende a no advertir o a restar significación a los aspectos de su experiencia vivida que no <i>encajan</i> con el relato dominante. • El individuo está inmerso en “danzas” y discursos sociales, que lo llevan a desarrollar algunas de sus potenciales variaciones del yo y a dejar atrás otras • Las personas sufren restricciones surgidas de <i>círculos viciosos</i> (modelos habituales de interacción que mantienen las conductas problemáticas)
<i>Representantes</i>	Michael White, David Epston
<i>Tiempo</i>	Presente y hacia futuro
<i>Definición de la terapia</i>	La terapia es una actividad lingüística en la que la conversación acerca de un

	<p>problema genera el desarrollo de nuevos significados.</p> <p>La terapia es vista como un proceso de contar (narrar) y volver a contar, deconstruyendo el significado problemático y co – construyendo narraciones nuevas y liberadoras a través del lenguaje verbal o escrito.</p>
<i>Características de la terapia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización del lenguaje en el modo subjuntivo • Busca ampliar la perspectiva de las personas hacia un mundo de significados para introducir la perspectiva múltiple. La polisemia, se fomenta más de una lectura en cada momento y se abre un abanico de realidades posibles (descripción coloquial, poéticas o pintorescas contra técnicas) • Con la “externalización del problema” se puede distinguir el “problema” de la persona, así se hace posible examinar cuidadosamente la dinámica y la dirección de la interacción entre personas y problemas.
<i>Posición del terapeuta</i>	<p>El observador y el observado se sitúan dentro de la narración que se está desarrollando.</p> <p>El trabajo del terapeuta es un trabajo de “no experto”: no da soluciones, al contrario se vierte sobre el incremento del poder personal y de la identidad del individuo, en función de su rebelión ante las características culturales aprendidas por la historia dominante.</p>
<i>Características del terapeuta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de este sistema terapéutico → sistema lingüístico, el terapeuta es un observador – participante y un facilitador – participante que formula preguntas desde una posición de “ignorancia” o “no saber” • Los terapeutas se muestran respetuosos por las ideas, los valores, las historias de los clientes
<i>Énfasis</i>	<p>En la conversación que permite al terapeuta acceder a los significados de la experiencia vivida.</p> <p>El énfasis se centra en las experiencias subjetivas y en la identidad, para pasar en un segundo momento a considerar las relaciones, realizando un movimiento desde el interior hacia el exterior.</p>
<i>Problema o síntoma</i>	<p>Los problemas son propios del contexto narrativo del cual derivan su significado, y sólo existen en el lenguaje, y surgen cuando la versión dominante incluye restricciones que le impiden a la persona incorporar nueva información</p>

	<p>que podría proporcionarle soluciones útiles. El sistema de creencias en el que se basa la versión dominante puede crear restricciones que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los problemas el “debe ser”.</p> <p>Asimismo, el problema es visto como elemento opresivo y nocivo para la integridad del sistema, nunca como “útil” a su funcionamiento.</p>
<i>Duración</i>	La resolución de problemas puede ser rápida. Menos de 10 sesiones (4 ó 5) ocasionalmente 1
<i>Percepción del individuo o la familia</i>	La persona es protagonista de su propio mundo donde volver a contar una historia nueva, las personas participan con sus semejantes en la re – escritura y por lo tanto en el moldeado de sus vidas y relaciones
<i>Cambio</i>	<p>“El cambio es inevitable”</p> <p>Se trata de un cambio en el relato y en la auto – narración como consecuencia inherente a una conversación dialógica y a una colaboración relacional con las personas durante la terapia.</p>
<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dado que los problemas sólo existen en el lenguaje, el objetivo es relatar o re – relatar los hechos en un contexto nuevo y diferente • Cuestionar las prácticas y relaciones opresoras de las narraciones dominantes para alentar una re – escritura de la vida de las personas de forma alternativa y tratar de favorecer mejores desenlaces. • Facilitar la expresión de aspectos de la experiencia vivida de los clientes, que previamente han sido desatendidos y apuntar a una nueva expresión, a través de marcos de claridad alternativos, de otras experiencias de vida.
<i>Estructura de la terapia</i>	<p>White (1988) define las cinco etapas de su proceso terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer <i>preguntas de conjunción</i> para conocer a las personas que se han presentado en la terapia como elementos separados del problema y para definir sus competencias 2. Hacer <i>preguntas relativas al problema</i> y a la experiencia del cliente al respecto, poniendo atención en la externalización del problema, hablando de él como si se tratara de una cosa que está separada del cliente y de su vida 3. Hacer <i>preguntas de influencia relativa</i>, que tienen el fin de externalizar el problema como “externo” a ellos en cuanto personas. Algo externo que influencia fuertemente sus vidas

	<p>4. Hacer <i>preguntas que revelen los “resultados únicos”</i>, se buscan momentos en los que el problema no ha podido influir en la vida de las personas de la familia. Los resultados únicos son los momentos de la vida que contradicen (pasado real) la descripción saturada del problema (la historia dominante), o que no pueden ser previstos a partir de la lectura de la historia dominante (futuro imaginario)</p> <p>5. <i>Construcciones de historias alternativas</i>, que tienen el objetivo de construir un nuevo paisaje de la conciencia, sobre la base de los resultados únicos presentes en el paisaje de las acciones.</p> <p>Una vez exteriorizado y objetivado el problema, las preguntas permiten al cliente ver su vida de forma diferente. El procedimiento terapéutico de la <i>objetivización</i> del problema es la traducción metodológica de la necesidad teórica de atribuir las raíces del problema a las condiciones culturales e históricas que se supone son sus causas. Así, objetivar el problema significa mostrarlo como un <i>producto</i> de procesos de institucionalización de tipo cultural, social e histórico.</p>
<i>Descripción de Modelo</i>	<p>Se le da importancia principalmente al uso del lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retomando a los científicos sociales, la Narrativa sigue el método interpretativo afirmando que la historia o narración brinda un marco para esta experiencia de vida, así se define la narración como una unidad de significado que brinda un marco para esta experiencia vivida, pues es a través de las narraciones que se interpreta y cómo se accede a las historias de las personas.
<i>Intervenciones</i>	<p>Se llevan al cabo a través de preguntas, dirigidas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar las versiones de las personas • Comprender las versiones que sustentan • Comprender las configuraciones de relación o las costumbres de interacción • Comprender los vínculos que pueden existir entre el problema y los modelos de relación familiar en el contexto de las creencias de la familia • Apoyar a las personas en todas las actitudes que demuestran que tienen buenas intenciones • Alentar a las personas a observar la situación desde un metanivel

Definición del Problema

Preguntas de Influencia Relativa

Ayudan a las personas a externalizar su problema. Se componen de dos conjuntos de preguntas, el primero anima a las personas a trazar el mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones. El segundo las lleva a describir su propia influencia sobre la “vida” del problema, al invitar a las personas a revisar los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones, estas preguntas ayudan a tomar conciencia de su relación con el problema y a describirlo.

Alientan a las personas a rastrear la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones. Ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, que puede abarcar el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal.

Resolución del Problema

a) Externalización del Problema.- es la técnica para llevar al cabo el proceso desafiar de objetivización del problema, muestra a la persona el poder y la influencia que el problema tiene sobre su vida. Así, la persona separa de la historia dominante y del problema y comienza a tomar confianza y percepción de su poder personal. Ayuda a analizar y separar las creencias y modelos de conducta restrictivos que contribuyen a la formación de imágenes dominantes opresivas; aparta a las personas del problema y/o restricciones que ayudan a conservar la versión dominante (se objetiviza el problema y se le da un nombre)

¿Cómo ha influido el problema en su vida y en sus relaciones?

¿De qué manera este problema se ha hecho presente en las otras áreas de tu vida?

¿Cómo han influido a la sobrevivencia del problema?

La externalización ayuda a interrumpir la lectura y representación habituales de estos relatos, cuando las personas se separan de sus relatos experimentan un sentimiento de agencia personal (capacidad de intervenir en sus vidas y sus relaciones).

El problema se convierte en una identidad separada, externa; no inherente a las personas, se fija la atención en la relación de la persona con el problema. La externalización abre la posibilidad de que las personas se describan a sí mismas y a sus relaciones desde una nueva perspectiva no saturada por el problema.

	<p>Desde esta perspectiva, las personas son capaces de descubrir “hechos” acerca de sus vidas y sus relaciones que anteriormente no percibían.</p> <p>b) Acontecimientos Extraordinarios.- son aquellos aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante. Son una fuente llena de riqueza para la regeneración de <i>relatos alternativos</i>.</p> <p>El descubrimiento del acontecimiento extraordinario y la externalización del problema se fortalecen llevando a las personas a describir su influencia y la influencia de sus relaciones con los otros, sobre la vida del problema. Se invita a las personas a atribuirles significados a los acontecimientos extraordinarios.</p> <p><i>¿Cómo le hizo para resistirse a la influencia del problema en esa ocasión?</i></p> <p><i>¿Cómo logró resistir en esa ocasión?</i></p> <p><i>¿Qué de ti fue lo que te ayudó a salir adelante cuando sucedió lo que me cuentas?</i></p> <p>Deconstrucción.- White explica que se da en tres sentidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deconstrucción del Relato del Yo y los conceptos culturales dominantes de conformidad con los cuales viven las personas • Deconstrucción de las prácticas del Yo y de su relación (que son predominantemente culturales) • Deconstrucción de prácticas discursivas de la cultura <p>De lo específico → general</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de “expertos” → definiciones populares • Facilitar una definición mutuamente aceptable del problema
<i>Técnicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Como aportación de Epston: la elaboración de Cartas y Certificados, el contenido es seleccionado cuidadosamente para generar distinciones que puedan resultar heurísticas, para conectar determinar experiencias y acontecimientos que prometen crear recursos, y para promover aquellos “relatos” con potencial curativo. Con un estilo en el que usa el subjuntivo y el lenguaje vulgar, utilizan frases y palabras corrientes de forma no habitual.
<i>Ventajas</i> / <i>Desventajas</i>	<p>Ventajas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace disminuir los conflictos personales, incluyendo la discusión acerca de quien es responsable del problema • Combate la sensación de fracaso ante la persistencia del problema pese a

	<p>los intentos de resolverlo</p> <ul style="list-style-type: none"> • La familia se une en una lucha común contra el problema • Al externalizar el problema se abre un espacio que permite “deshacer” algunos de los efectos negativos de la rotulación social. • Abre nuevas posibilidades de que las personas actúen para apartar sus vidas y relaciones de la influencia del problema <p>Considero que es un Modelo que ayuda al cliente a dejar de describirse como una sola entidad con la “etiqueta” del problema.</p> <p>Me parece que se encuentra fuera de lo cotidiano para la mayoría de los consultantes, pues comúnmente se sigue con el Modelo Médico en el cual la gente se centra en hablar de los problemas y no de aquello que está haciendo bien para solucionar alguna problemática.</p> <p>En la práctica durante la maestría ha resultado de gran ayuda, pues tanto los clientes como el mismo terapeuta viven otra “realidad terapéutica” al posicionarse desde los recursos y capacidades que se encuentran en las personas y que sólo necesitan nombrar y destacar para hacer uso de ellas. Un punto importante a considerar es que es necesario estar al pendiente de los tiempos del paciente, si es o no pertinente dar contención antes que intervenir, y por supuesto sí recolectar la información necesaria para sustentar las intervenciones y que éstas surjan el efecto deseado. Finalmente, si hay una parte fundamental a tratar en este modelo es la utilización del lenguaje, es increíble como el empleo de los tiempos verbales permite abrir caminos o construir murallas en la relación terapéutica. Así como, facilitar el logro de los objetivos de la terapia hacia los recursos o verla de nuevo centrada hacia los problemas.</p> <p>Desventaja: pienso que la mayor desventaja es forzarse como terapeuta a ser como el modelo lo propone. Considero que a muchos terapeutas les es necesario apegarse más a el orden y estructura que proponen otros modelos. Observé en algunos de mis compañeros durante el entrenamiento estos modelos no los percibían tan “formales” como el Estructural o el de Milán.</p>
<p><i>Bibliografía</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bateson, G. (1979). <i>Mind and nature: A necessary unity</i>. En White, M. y Epston, D. (1997). <i>Medios Narrativos para fines terapéuticos</i>. Barcelona: Paidós. • Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). <i>Historia de la Terapia Familiar</i>.

	<p><i>Los personajes y las ideas.</i> Barcelona: Paidós Terapia Familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gergen, J. K. (1997). <i>El Yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo.</i> Barcelona: Paidós Contextos. • Limón, A. G. (2005). <i>El giro interpretativo en Psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social.</i> México: Pax • Mc Namee, S. y Gergen, K.J. (1996). <i>La terapia como construcción social.</i> Barcelona: Paidós. • White (1988) <i>The process of questioning: A therapy of literary merit?</i> En Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). <i>Historia de la Terapia Familiar. Los personajes Y las ideas.</i> Barcelona: Paidós Terapia Familiar. • White, M. y Epston, D.(1997). <i>Medios Narrativos para fines terapéuticos.</i> Barcelona: Paidós. • White, M. (1994). <i>Guías para una Terapia Familiar Sistémica.</i> Barcelona: Gedisa. • White, M. (1994). <i>Reescribir la vida.</i> Barcelona: Gedisa.
--	---

<i>ENFOQUE POSMODERNO: COLABORATIVA</i>	
<i>Fundamentación</i>	<p>La terapia colaborativa / conversacional, se considera dentro del paradigma posmoderno, ya que abandona la dualidad individuo – mundo retomando el marco sociolingüístico. Desde esta visión posmoderna, la realidad se “teje y vuelve a tejer en telares lingüísticos compartidos”.</p> <p>Anderson muestra que este cambio de perspectiva cuestiona la dicotomía entre el experto y el que no lo es, y la estructura jerárquica correspondiente; la “voz del cliente” gana en importancia y la idea de la terapia como una “sociedad conversacional” pasa a ser lo más importante.</p> <p>Se retoman ideas de la Terapia Narrativa, la terapia colaborativa se basa en el aspecto fundamental que es: que el cliente y el terapeuta ostentan la misma dignidad en cuanto a la experiencia vivida y que, siendo la experiencia humana ambigua y rica en significados, no es válido definir un <i>a priori</i> hermenéutico para interpretar las experiencias de los demás sobre la base de un criterio teórico rígido.</p>

	<p>Anderson (1993) explica que el enfoque conversacional se basa en el <i>no saber</i>. La terapia es justamente una buena conversación. Galveston se caracteriza por una vuelta a lo básico; la empatía y la conversación atenta son todavía los elementos más importantes en el arte de la terapia.</p>
<p><i>Visión epistemología</i> –</p>	<p>Se fundamenta en tres teorías: la teoría de la Construcción social, que plantea la idea de que la realidad no existe “allá afuera” de modo independiente, sino que su sentido se concibe colectivamente. La otra teoría, es la Hermenéutica: que es el arte de la interpretación. La Hermenéutica, es una orientación que considera que toda interpretación es relativa a sus condiciones socio – históricas de producción y a los anclajes culturales y lingüísticos del sistema de significados que la articulan, pero una interpretación, que siempre está condicionada por la posición que da la tradición histórica y cultural. En la práctica psicoterapéutica, el trabajo interpretativo se basa en la tradición hermenéutica de Gadamer (1960), menciona que el terapeuta se implica junto a su interlocutor en la definición interpretativa del material de la sesión. No existe “la psicoterapia”, sino “ese determinado” encuentro terapéutico que desarrolla “esa” situación relacional.</p> <p>La última teoría en la que se basa, es la Terapia Narrativa, que en general, argumenta que los sucesos humanos sólo se hacen inteligibles cuando se cuentan, la diferencia del Modelo Narrativo de White es que la Terapia colaborativa aspira a ser menos instrumental y más centrada en el cliente.</p> <p>Al conjuntar estos aspectos, el Sistema del Instituto Familiar Galveston desarrolló la aproximación que se encuentra enfocada en el lenguaje y el significado para la Terapia Colaborativa.</p>
<p><i>Premisas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia como forma de conversación, desde la posición de “no saber” • Mantiene la premisa del MRI de que un problema no lo es hasta que las personas lo definen así. • Anderson y Goolishian afirman que los problemas existen sólo en el lenguaje • Se destaca el término <i>significado local</i>; esto es, se alude al lenguaje, al significado y a la comprensión que configura a la persona por medio del diálogo y no a través de la sensibilidad cultural general: es la comprensión local la que da un sentido personal a los recuerdos, a las

	<p>percepciones y a las historias.</p> <p>Harlene Anderson menciona las siguientes premisas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El conocimiento es creado socialmente y generativo – interdependiente • No hay “esencias”, es imposible conocer la totalidad de lo existente y sólo se puede dar un conocimiento negociado entre los interlocutores, de una forma provisoria y local, circunscrita e informada por el contexto lingüístico que en ese momento actúa como contexto de la conversación. • El lenguaje es visto como forma en que se experimenta la realidad, es una herramienta con que se le da sentido • Los sistemas sociales se perciben como unidades sociales configuradas y producto de la comunicación social
<i>Representantes</i>	Harlene Anderson y Harry Goolishian; John Shotter
<i>Tiempo</i>	Presente y hacia futuro
<i>Definición de la terapia</i>	La terapia como colaboración entre personas con diferentes perspectivas y experiencia dentro de un marco lingüístico, el problema existe en el lenguaje, y da sentido al contexto narrativo que lo contiene.
<i>Características de la terapia</i>	<p>Se escuchan las historias de los clientes de un modo peculiar: implicándose en la conversación con el cliente. Las preguntas que se van realizando no derivan de ideas preconcebidas del terapeuta en relación a los temas abordados, al contrario se van derivando del esfuerzo sostenido y constante por “no entender, por no saber”.</p> <p>La diferencia entre la terapia narrativa y la terapia conversacional, es que en la terapia narrativa el relato del cliente es casi re escrita en la metáfora del texto, sobre la que trabaja el terapeuta con preguntas codificadas y estructuradas, y para los conversacionales es la conversación y lo que va surgiendo de la conciencia lo que constituye el material de trabajo.</p>
<i>Posición del terapeuta</i>	<p>El terapeuta se muestra respetuoso y toma seriamente cualquier posición establecida “sin importar lo sorprendente, trivial o peculiar que sea”</p> <p>Toma una actitud de “lento para entender”, lo que le permite realizar más preguntas e invita a los participantes a ampliar sus ideas = actitud de <i>no conocer</i></p>
<i>Características del terapeuta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Situarse en la posición de “no saber”, en la que el terapeuta se limita, sin ideas concebidas a estimular la conversación de los clientes, asumiendo

	<p>una posición hermenéutica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposición para unirse al cliente en una mutua exploración de la comprensión y de la experiencia del cliente: para la comprensión terapéutica → fundamentalmente colaborativa.
<i>Énfasis</i>	<p>Asegurar que la conversación de la organización del problema permanezca bien dirigida.</p> <p>Se le otorga importancia a las particularidades de las particularidades de la experiencia vivida que genera significados</p>
<i>Problema o síntoma</i>	<p>“no existe”, es el problema el que crea el sistema, queda sin resolver la cuestión de dónde tienen su origen estos problemas y de qué naturaleza son. Para la terapia colaborativa conversacional, da la idea de que si el interlocutor del terapeuta dejara de hablar de sus problemas, éstos desaparecerían.</p>
<i>Duración</i>	<p>La resolución de problemas puede ser rápida. Menos de 10 sesiones (4 ó 5) ocasionalmente 1</p>
<i>Percepción del individuo o la familia</i>	<p>La persona o la familia, es la experta en sus significados y contextos personales y locales</p>
<i>Cambio</i>	<p>La meta de la terapia, desde la perspectiva de Galveston, es juntar a las personas que han definido el problema como existente o sea “el sistema organizador del problema” y mantenerles en una conversación controlada, en el cual los significados cambien y evolucionen constantemente. Si la conversación de la organización del problema está bien dirigida, el problema inevitablemente se disolverá.</p> <p>El movimiento hacia la inevitable disolución del conflicto sólo se estancará si la conversación de la organización del problema llega a polarizarse (que cada participante llegue a comprometerse con su particular significado y se empeñan en convencer a los otros participantes de la corrección de sus significados).</p>
<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Definir el problema como “no existente” o disuelto. • Permitir al cliente decir (y pensar) lo que aún no ha dicho (ni pensado) acerca de su historia personal <p>Nota:</p> <p>No es tan importante la modificación de la situación individual o familiar como la promoción de un diálogo que deje abierta la lectura de la experiencia del</p>

	<p>cliente más allá de cualquier constructo teórico “fuerte” que pueda influir en la regulación del significado.</p>
<i>Estructura de la terapia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta se reúne con el sistema organizador del problema como un participante que dirige la conversación. • Mantiene la conversación fluida mostrándose respetuoso a lo que escucha • El terapeuta concede credibilidad a todas las ideas escuchadas en la conversación, aunque se contradigan entre sí • Realiza preguntas que invitan a los participantes a elaborar sus ideas, así el terapeuta intenta siempre hacer preguntas cuyas respuestas encierren nuevas cuestiones. <p>Nota:</p> <p>Acerca de la supervisión en la aproximación de los sistemas lingüísticos de Galveston es ayudar al estudiante a llevar a la práctica una actitud de desconocimiento. Se emplea un equipo reflexivo para el entrenamiento, para verbalizar de forma libre la conversación observada en la sesión y realizar comentarios sobre el significado que los miembros del equipo extraen de lo que escucharon.</p>
<i>Descripción de Modelo</i>	<p>El grupo de Galveston es el más lingüístico. Le dan importancia principalmente al lenguaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se emplea el equipo reflexivo tras el espejo unidireccional • Es un modelo básicamente cognitivo • Hay un retorno a lo básico: la empatía y la conversación atenta.
<i>Intervenciones</i>	<p>Consisten en formular y formular preguntas a partir de la conversación para que no exista el problema, se disuelva.</p>
<i>Técnicas</i>	<p>Manejar una conversación de organización del problema no le exige al terapeuta emplear técnicas específicas.</p> <p>*** La técnica terapéutica es, fundamentalmente, la capacidad del terapeuta para mantener abierta la conversación entre las partes.</p> <p>Lo que se requiere para manejar una conversación terapéutica de este modelo es un grupo de <i>actitudes</i>, como la de <i>no conocer</i>. Con esta disposición que conduce al terapeuta a otorgar credibilidad a cualquier creencia, y al mismo tiempo, a considerar que cualquier idea necesita cuestionarse para facilitar una elaboración más amplia. La actitud de <i>no conocer</i> convierte al terapeuta en una</p>

	<p>persona que “es un oyente respetuoso que no entiende demasiado rápidamente (si llega a entender)”. El terapeuta que no conoce, no considera ningún significado como evidente en sí mismo y siempre está preparado para preguntar <i>¿Qué quieres decir cuando afirmas...?</i></p>
<p>Ventajas / Desventajas</p>	<p>Ventajas.- considero que es una forma de terapia que es muy cuidadosa y respetuosa, que lleva a dejar a un lado las técnicas e intervenciones conocidas dentro del campo de la terapia familiar sistémica desde la cibernética de segundo orden para pasar a la analogía del texto y la conversación. Creo que este modelo se enfatiza la parte humana y emocional que muchas personas buscan en un espacio terapéutico.</p> <p>Desventajas.- me parece que sino se comprende perfectamente desde donde parte este modelo, se puede concebir como cualquier cosa, sin un objetivo claro. Estoy segura que a pesar de no tener “las técnicas o intervenciones formales” como los otros modelos, si existe una mayor responsabilidad en el terapeuta colaborativo al momento de iniciar un intercambio lingüístico con la persona que lo busca para resolver algún conflicto.</p>
<p>Bibliografía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anderson (1993). <i>On a roller coaster; a collaborative language system approach to therapy</i> en Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). <i>Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas</i>. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. • Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). <i>El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico</i>. En Mc Namee, S. y Gergen, K.J. (1996). <i>La terapia como construcción social</i>. Barcelona: Paidós. • Anderson, H. (1999). <i>Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia</i>. Argentina: Amorrortu. • Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). <i>Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas</i>. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. • Gadamer, H.G. (1960). <i>Wahreit und Methode</i>. En Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). <i>Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas</i>. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. • Limón, A. G. (2005). <i>El giro interpretativo en Psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social</i>. México: Pax

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Minuchin, S. (1998). <i>El arte de la terapia familiar</i>. Barcelona: Paidós
Terapia Familiar |
|--|--|

Experiencia personal

Yo inicié por fuera de la Maestría el conocimiento de los Modelos: Narrativo y Breve. Esto me llevó a creer que “todo” era así, y no entendía desde donde había surgido todo. Al llevar al cabo la investigación teórica de cada modelo, recordé que es básico tener claras las raíces de todo, para saber cómo y por qué, las formas de intervención y los cambios epistemológicos se fueron produciendo. El realizar una revisión completa y exhaustiva de los modelos y la cronología de los sucesos que llevaron a la creación de la Terapia Familiar me permite tener una base firme de mis conocimientos y estructura de pensamiento para llevar al cabo mi quehacer profesional.

Me siento satisfecha de haber corregido el camino y de haber empezado en orden y con estructura. Ahora, tengo la certeza de que cada Modelo y Escuela tienen su porqué y que finalmente, los enfoques posmodernos no son “mágicos” ni “light”; como lo perciben aquellos que desconocen toda la historia de la Terapia Familiar; como al principio me sucedió.

III. Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales

1. Habilidades clínicas terapéuticas

1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia.

	<i>EXPEDIENTE 1</i>
--	---------------------

INTEGRACIÓN DE CASO

No. De expediente: **000799**

- No. De sesiones : 30

2004	28 de Sep; 12, 26 de Oct; 16 y 23 de Nov; 7 de Dic.
2005	18 de enero; 1º y 15 de feb; 1º y 15 de marzo; 5 y 19 de abril; 3 y 24 de mayo; 7 y 21 de junio; 5 de julio; 9 y 30 de agosto; 14 de sep; 11 y 19 de oct; 9 y 23 de nov; 7 de diciembre.
2006	25 de enero, 1º y 8 de feb y 15 de febrero.

- Nombre de la FAMILIA: *A.M.*
- Terapeuta: Denisse Michel Quintero
- Supervisora: Mtra. Carolina Díaz – Walls
- Modelo : Escuela de Milán
- Supervisión Directa
- Equipo terapéutico:

Álvarez Antillón Iliana Guadalupe

Delgadillo Martínez Ruth

Hernández Quiñones Mónica Beatriz

López Cruz Carlos

Murillo Palacios Judith

Obregón Velasco Nydia

Ruiz Cortez Marlene del Rocío

Toquero Hernández Marco Antonio

Vargas Castillo José Alberto

Nota: los nombres de la familia han sido modificados por cuestiones de confidencialidad.

Resumen

Familia multiproblemática en 3 generaciones. Constituida por padre, madre, hija mayor, hijo de en medio e hija menor. Además de una nieta de 4 años, hija de la mayor. Los vínculos entre los miembros eran a través del chantaje, violencia física y manipulación principalmente.

Esta familia compartía las ganancias económicas un negocio familiar dedicado a la serigrafía en artículos diversos en tela, plástico, etc., ante Hacienda la responsable era la madre, el distribuidor era el padre y la diseñadora y serigrafista principal era la hija mayor.

La Sra. **Carmen**.- madre de 3 hijos. La mayor fue producto de una relación previa a su matrimonio, posteriormente reconocida por su esposo actual. Diagnosticada con Depresión, ideación e intentos suicidas.

El Sr. **Emilio**.- comerciante, ex – alcoholíco, actualmente cristiano (fanático).

Karen.- hija mayor, madre soltera, con un comportamiento adolescente desentendido de los cuidados propios de su hija **Itzel**. Con amistades de similares características a ella (madres solteras, adolescentes e inmaduras)

Armando.- pasante de derecho, uso de sustancias (alcohol, drogas y medicamentos) en sus periodos depresivos, ideación e intentos suicidas.

Fátima.- preparatoria inconclusa, fumadora, trabajos esporádicos de poca remuneración, vivía en unión libre con un joven de las mismas características que ella.

Itzel.- niña de 4 años, con enuresis nocturna, hábito de comerse las uñas, muy apegada a la abuela (como madre). Inquieta por saber quien fue su padre biológico.

La crisis que llevó a la familia a atenderse fue el intento suicida de Armando, así como su hospitalización en el Psiquiátrico por un mes.

La excesiva preocupación de la Sra. Carmen por los problemas entre sus hijos: Armando en un acceso de violencia atacó a Fátima con un tenedor y la hirió, ella se fue de casa hacía pocos meses, la irresponsabilidad de Karen en los cuidados para Itzel, los conflictos graves con el sr. Emilio, quien después de tantos años de violencia y alcoholismo, deseaba tener vida marital con ella intentando convencerla con su “cristianismo”.

A lo largo del proceso terapéutico la familia intento sabotear los cambios en las interacciones con arranques de violencia extrema sin cuidar a Itzel. Asimismo, se destaparon *secretos*: violación de Armando a los 9 años por el descuido de su padre y de un tío al exponerlo en una cantina, la violencia ejercida por Armando hacia su madre, la sra. Carmen; la otra pareja del Sr. Emilio en provincia, los “pretendientes” de la sra. Carmen, por mencionar algunos.

De la misma manera se presentaron diversas situaciones graves de violencia, en donde la Sra. Carmen fue hospitalizada por sobremedicarse en un intento suicida; Armando y el novio de Karen se golpearon en la calle en un enfrentamiento, y fueron llevados a la delegación. Armando intentó defender a su sobrina Itzel, del maltrato físico que le daba el novio de su hermana; el ataque entre Karen, Fátima hacia su madre, la sra. Carmen, apoyado por el sr. Emilio; el ataque físico hacia Armando por parte de su padre, el sr. Emilio.

Obviamente, en muchos momentos intervino la policía y el ministerio público; se levantaron actas por lesiones y ataques acusándose entre los miembros de la familia.

La sra. Carmen mostró gran fortaleza y a pesar de lo que sucedía no abandono la terapia. Ella fue quien decidió cambiar y “curarse”. Al principio a la terapia, asistieron la sra. Carmen con Karen, Armando e Itzel; sin embargo poco a poco y mientras la sra. Carmen dejó de responsabilizarse de la vida de los demás y se preocupó por ella, los demás dejaron de asistir.

En 3 ocasiones el sr. Emilio, se contactó telefónicamente conmigo para desprestigiar a su esposa y señalarla como “loca, mentirosa y enferma”, se le invitó a asistir al espacio terapéutico y jamás se presentó. Posteriormente a estas llamadas, la sra. Carmen fue brutalmente golpeada por sus hijas y el sr. Emilio, tuvo que huir de su casa. Se iniciaron los trámites de divorcio tipificado como *necesario* y la separación mercantil, sin embargo tanto sus hijas como el sr. Emilio continuaron las agresiones, buscaron “aliados”, testigos, etc., para hundirla. La situación fue delicada porque la sra. Carmen tuvo que desvincularse de su nieta y de sus hijas para defenderse jurídicamente. Armando fue el único que la apoyó, dejó de violentarla y empezó a valerse por sí mismo.

Por último, la sra. Carmen inició un negocio en la impresión de calendarios, tarjetas de presentación, etc. para salir adelante económicamente.

En esta parte del proceso, llegó una orden de presentación por parte del Juzgado 10° de lo Familiar exigiendo la presentación del expediente de la sra. Carmen por parte del sr. Emilio, como contrademanda, para acusar a la sra. Carmen de “enferma mental y loca”. Tal situación, fue totalmente desagradable, pues violentaron nuestra ética y secreto profesional. El jurídico de la facultad, en términos legales me explicó la gravedad y delicado de la situación. La Mtra. Carolina Díaz – Walls, me brindó todo el apoyo para elaborar un reporte en el cual se especificaron las situaciones de violencia extrema, el avance de la sra. Carmen en relación a su bienestar personal y autocuidado. Se enfatizó la molestia generada por el Juzgado 10° al violentarnos y obligarnos a presentar un informe confidencial. Ante esta situación la sra. Carmen se sintió molesta y apenada por la “maldad” de su esposo que ahora se extendía hacia nosotros.

Mientras se resolvía la parte jurídica, a la sra. Carmen le avisaron que su padre se encontraba delicado de salud en Pozarica, Veracruz. A lo que ella decidió ir a cuidarlo. El cierre del proceso terapéutico fue una de las experiencias más enriquecedoras de mi vida profesional, reconocí la admiración hacia ella tenía por todo lo que había logrado decidir y resolver para su bien. La sra. Carmen me entregó unas hojas en las cuales a manera de resumen relató lo vivido durante año y medio y los logros alcanzados por ella, reiteraba el agradecimiento hacia mi persona y hacia el equipo terapéutico. Además de expresar su seguridad y cuidado por su persona y su nueva vida, a pesar seguir en trámites de divorcio.

1. Datos de Identificación

Nota: el joven *Armando* acudió al Centro de Servicios Psicológicos, el día 31 de mayo de 2004. a los pocos días; el 3 de junio 2004, llevó a su madre, *Sra. Carmen*, al Centro de Servicios Psicológicos, para que la atendieran por observarla muy estresada y con “depresión”. La solicitud fue atendida a las dos semana, sin embargo al contactar a la familia, la madre; la *Sra. Carmen* explicó que era imposible acudir, ya que su hijo, *Armando*, se encontraba hospitalizado por intento suicida perpetrado el 11 de junio de ese año. Se ofreció darles la atención al mes, posterior del alta del hospital de A.A.M.

- Joven *Armando*, de 26 años de edad, pasante de Derecho. Con antecedentes de Depresión e Ideación suicida. Es atendido en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. Reconoce problemas de violencia y auto agresiones. Se encuentra medicado con ansiolíticos y antidepresivos, lleva tratamiento psicológico.
- *Sra. Carmen*; ama de casa y dueña de empresa familiar dedicada al diseño y serigrafía de artículos múltiples. Con 46 años de edad, gusto por el baile y la música. Abuela cariñosa y cercana. Padece hipertensión e insomnio. Diagnosticada en el psiquiátrico “Ramón de la Fuente”.
- Familia procedente del interior de la república, de Veracruz y Michoacán, que se estableció hace 25 años en el Distrito Federal, en la delegación Iztapalapa. Copropietarios de un negocio familiar. El esposo *sr. Emilio* encargado en el interior de la república para distribuir y entregar la mercancía que maquilaban en serigrafía; la *Sra. Carmen* se encargaba de la producción y el manejo de las empleadas, así como de realizar los pagos a proveedores e ir al corriente en Hacienda; la hija mayor *Karen*, encomendada a elaborar los diseños que les pedían, de la selección de materiales y a la capacitación de las empleadas en el uso de las máquinas.

- *Karen* madre soltera de una niña de 4 años, dedicada a trabajar en el negocio familiar y a llevar una vida muy cómoda: de *adolescente*, en fiestas y con novios esporádicos que no se comprometen a tomar en serio su relación. Fue contagiada de Papiloma Humano (V.P.H.), por prácticas sexuales de riesgo sin protección.
- *Armando* pasante de Derecho con trabajo en proyectos del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Las relaciones amorosas que mantenía, lo llevaban a ser agredido física, verbal y emocionalmente por sus parejas. De carácter manipulable y muy agresivo, hostil con la familia y con su sobrina.
- *Fátima* dedicada a trabajar en cuestiones eventuales, no realizó estudios de nivel superior ni técnico, era mantenida por los padres hasta que se fue de la casa (4 meses antes de iniciar la terapia) por conflictos con Armando, en esa ocasión; él le encajó un tenedor en el hombro, y al no ser defendida por su madre, se fue a vivir con su novio.
- *Itzel* niña de 4 años, cuidada principalmente por la abuela, la *Sra. Carmen*. Presentaba enuresis, terrores nocturnos y ansiedad manifestada en sudoración excesiva de las manos. Asiste a la guardería, donde ha sido canalizada a servicio psicológico por los síntomas antes mencionados; sin lograr la atención de su madre.

2. Motivo de Consulta

Referidos de las dos solicitudes individuales:

- Armando, con fecha de 31 de mayo de 2004, especificó “*actualmente me atienden en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; me recetaron antidepresivos y clonazepam y me recomendaron acudir a terapia psicológica por un problema de depresión, que tengo desde hace 5 o 6 meses: He tenido la idea recurrente de suicidio, he perdido el interés por mi trabajo, duermo durante el día, tengo insomnio durante la noche, tengo miedo y tengo ataques de tristeza en donde no puedo controlar mis estados de ánimo y tengo ganas de llorar*”.
- *Sra. Carmen*; con fecha de 6 de junio de 2004, especificó “*problemas familiares y depresión, angustia, nervios; problemas con esposo e hijos con lo cual convivo. Difícil la comunicación y tristeza, rencor. Para recibir ayuda psicológica*”.

Motivo de consulta de Familia:

“*Mejorar la relación familiar y la comunicación, dejar atrás las cuestiones de violencia, perdonar lo que les ha lastimado y ser una familia integrada y feliz*”.

Problemas familiares, depresión, angustia, ansiedad y nervios. Problemas con el esposo y los hijos dentro del hogar, dificultad en la comunicación entre los miembros de la familia, tristeza y rencor.

3. Descripción de la Familia

Es una familia, en la que los miembros son “etiquetados” como depresivos y manejados así, la mamá: *Sra. Carmen* y el hijo de en medio, Armando, llegaron a terapia por el 2º intento de suicidio de Armando, la gran preocupación y culpabilización de la *Sra. Carmen*. En casa, vivían la hija mayor Karen, media hermana de Armando con su niña de 5 años, *Itzel*.

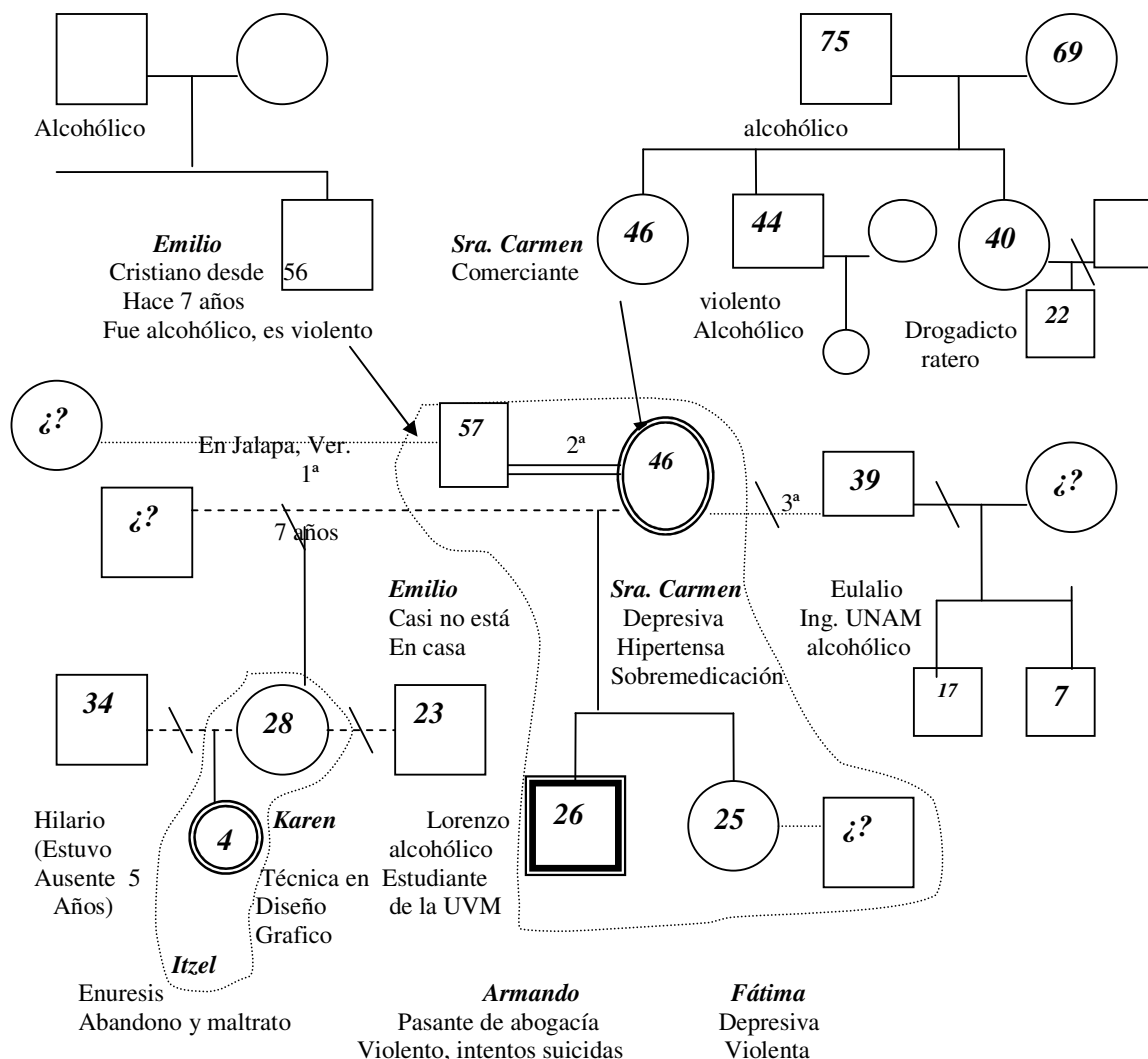
El esposo de la *Sra. Carmen*, se dedica a viajar constantemente y es esporádica su estancia con ellos. La *Sra. Carmen* tiene otra hija, Fátima quien vive en unión libre con su pareja a raíz de que Armando y ella se pelearon a golpes, y Fátima se fue de la casa, tres meses antes de acudir a terapia.

La *Sra. Carmen* es hipertensa y no es muy cuidadosa de llevar el tratamiento adecuado, en las situaciones de conflicto, se agrava su estado y ha presentado intentos de suicidio sobre medicándose. Karen es madre soltera de *Itzel*, la autoridad para educar a la niña se la disputan entre todos. El trato que recibe *Itzel* es de adulto.

Lo que se observó como *juego familiar*, indicó que en cuanto alguno de los miembros intenta su autonomía, el sistema familiar lo impide: “sucede *algo*”. Lo que sucede es una circunstancia que pone en riesgo la vida de alguno de los integrantes de la familia, con tal de que nadie salga de casa. Lo mínimo es vivido como dramático y aterrador; al contrario de las situaciones riesgosas (maltrato infantil, violencia intrafamiliar e intentos suicidas), que son minimizadas y nulificadas.

Cuando Karen estaba por independizarse, su hermano Armando intentó suicidarse. Durante el mes que estuvo hospitalizado chantajeo a su hermana Karen diciéndole que si se iba de la casa se mataría. La *sra. Carmen*, fue quien se hizo cargo de los cuidados y compañía de Armando sin dejar de ser *blanco* de los reclamos y rencores de él por todo lo sucedido en su infancia (alcoholismo del padre, maltrato y violencia familiar, violación sexual) a lo que ella se sintió cada vez más culpable y humillada.

4. Genograma



Resumen de la 1ª parte.

Decidí nombrar como “1ª parte” a las sesiones anteriores a la crisis entre el hijo: Armando y la sra. Carmen, que la llevó a ser hospitalizada por sobremedicación y cortadas en los brazos que pusieron en riesgo su vida.

Dada la información previa, en un primer momento se buscó conocer el contexto del intento de suicidio de Armando, ya que era una situación emergente que le preocupaba a la Sra. Carmen y a Karen además de ser el motivo explícito de ayuda.

Sin embargo, al integrarse, el hijo Armando a la primer sesión, la información que se obtuvo fue sobre el alcoholismo del padre: Emilio, la violencia y el maltrato ejercidos por este

hacia su esposa e hijos en la infancia (Karen, Armando y Fátima), así como el maltrato de la madre hacia sus hijos y los intentos de independizarse de Karen con su hija Itzel.

A lo largo de las siguientes sesiones se observó el *juego familiar* en el cual a través del discurso del hijo: Armando se presentó descalificación constante hacia los padres y sus familias de origen desde una postura de víctima. Igualmente asumía una actitud crítica hacia la terapia, las condiciones de trabajo (cámara de Gessell, equipo terapéutico, filmación de las sesiones) y el grado de preparación de los terapeutas que conformaban al equipo.

En el caso de Karen se encontró que asumía una actitud conciliadora y evitadora del conflicto en la interacción del sistema familiar, en primera instancia. Se aliaba con la madre y conseguía su protección económica y la comodidad de dejarle a su cuidado a su hija Itzel.

En este juego, la *sra. Carmen* oscilaba de una posición complementaria al abordar situaciones del pasado (reclamos del hijo) a una posición simétrica al ejercer el control en casa (chantaje con la manipulación de arriesgar la vida - sobremedicarse e intentos suicidas).

A través del cuestionamiento circular se conocieron las pautas de interacción con respecto a la depresión de la *sra. Carmen* y Armando, a las situaciones en las que se arriesga la vida por mantener unida a la familia, a los patrones de violencia que se repiten (abuelos hacia los padres, hacia los hijos, y el hijo hacia la *sra. Carmen*, la jerarquía invertida: entre hijos y padres, padres y abuelos, confusión de roles (hijo como controlador de la sexualidad de la madre), límites difusos entre subsistemas (Karen como la protectora de la madre ante el padre y Armando, la *Sra. Carmen* como “igual” de Fátima; el hijo Armando como “padre” de su sobrina Itzel.

Por último, en el caso del Sr. Emilio por cuestiones laborales su estancia en casa era esporádica y parecía, según la información proporcionada por Karen que tenía una relación extramarital en Jalapa.

En este *juego familiar* también se jugaban roles: víctimas y victimarios a través de la culpa y el chantaje, y por supuesto el no asumir la responsabilidad de los propios actos.

Cabe mencionar, que a partir de que en la tercera sesión se dio una escalada simétrica que no permitió bloquear la pauta de interacción violenta del hijo hacia la madre se decidió trabajar de forma individual para conocer la percepción de cada uno, en subsistemas.

En la cuarta sesión se trabajó con Armando y se obtuvo la información que sustentaba el rencor y coraje, del hijo hacia sus padres y su vida en general. Los problemas indicados fueron:

- maltrato físico, emocional,
- violación a temprana edad a causa del irresponsabilidad del padre y de un tío materno que alcoholizados lo llevaron a una cantina de hombres,
- el ser confidente de la madre desde temprana edad de sus cuestiones maritales,
- la violencia física ejercida por sus parejas,
- a dificultad para iniciar su vida sexual con mujeres,
- el *placer* de ser agredido físicamente por hombres,
- el posible cambio de trabajo y de residencia,
- el rencor hacia la sumisión y violencia de su madre,
- su relación conflictiva con su hermana Fátima y
- su preocupación por el futuro de su sobrina Itzel.

Casi al final de la sesión, con el hijo: Armando, la hija: Karen y la madre: *la sra. Carmen* se acordó que las sesiones serían individuales.

La familia, a través de Karen, estableció contacto telefónico conmigo y refirieron que después de la sesión se suscitó una pelea entre Armando y su mamá en donde se agredieron física y verbalmente. Llegando la *sra. Carmen* al extremo de sobremedicarse y autoagredirse (cortadas en los brazos con vidrios). Armando fue quien la violento y al mismo tiempo, quien la hospitalizó, asumiendo su cuidado en el hospital y en los días posteriores.

Se adelantó la sesión.

5ª sesión

Se presentó *la sra. Carmen*, relató las circunstancias por las que fue hospitalizada, así como las consecuencias familiares de esto (la otra hija Fátima se molestó y quiso reclamarle a Armando pero la madre no se lo permitió, sin embargo le pidió a su esposo que hablara con Armando

para tranquilizarlo, pero el sr. Emilio no quiso hacerlo). Esta crisis “unió al hijo con la madre”, a pesar de haber sido él quien la agredió.

Durante esta sesión los temas que abordó fueron su “amistad” con Emilio, con quien comparte actividades recreativas y mantiene una relación íntima extra marital; así como las reacciones de sus hijos ante esta relación. Se obtuvo información concerniente a la relación de “iguales” que mantienen con las hijas Karen y Fátima, los conflictos con Armado, lo que la llevó a reconocer que tal pareciera que sus hijos fungen como sus padres y el que cuestionan su autoridad. Además enfatizó su papel como proveedora y responsable del negocio familiar.

6ª sesión

Karen se presentó y comentó brevemente la concepción que tuvo de la pelea entre Armando y su madre y de su participación en ese día (16 de noviembre); de su experiencia como madre soltera, en relación del apoyo y reacciones de la familia ante este hecho; de sus estudios en artes gráficas para contribuir al negocio familiar y su interacción con cada miembro de la familia (Armando – apoyo; madre – “tapadera y confidente”; padre – mediadora y cuidadora; Fátima – pacificadora; Ita – cuidado).

En general Fátima se encontraba en el *juego* para mantener la unión familiar y era la depositaria de los “secretos” para evitar conflictos.

Conjuntamente, las ocasiones que Fátima había intentado independizarse, era obstaculizada y detenida por eventos violentos de Armando su madre. Estos eventos los utilizaban su madre y su hermano como “chantaje” para evitar que se consumara la independencia de Karen.

Karen vivía con la creencia “que al aportar un gasto económico”, se libraría de límites que no correspondían con su edad y situación como adulta; dicha creencia la lleva a seguir en casa. Además, de que mencionó de que su hija no desea separarse de su abuela, y eso también le impedía consumir su independencia.

Una vez concluida la sesión y al despedirse Karen comentó su preocupación por el hecho de que *Itzel* presentaba enuresis. Y que últimamente expresaba de manera verbal, la necesidad de *tener* un padre.

Tema de la familia

La familia unida a través de la violencia y el chantaje.

Evolución del motivo de consulta

Depresión y problemas familiares debido a los cambios y eventos que se han presentado en la familia, para la *Sra. Carmen* es el poder asumir su posición de madre y establecer límites claros entre subsistemas (parental - filial).

Para Karen el consumir su autonomía, como madre y trabajadora, renunciando a ser el *relais* entre su madre y su hermano.

Hipótesis

Con base a la información obtenida en las sesiones, las interacciones observadas y los motivos de consulta se formularon las siguientes hipótesis:

- Los acontecimientos que ponen en riesgo la vida son los que mantienen unida a la familia (violencia, intentos de suicidio y sobremedicación).
- Los intentos de suicidio y el chantaje impiden que los miembros de la familia suman sus responsabilidades de acuerdo al rol que deberían tener..

Neutralidad

Se mostró aceptación a través del *cuestionamiento circular* a cada miembro de la familia, tanto en las sesiones conjuntas como en las individuales. Con respecto a la distribución del tiempo fue proporcional pues los tres ya tuvieron una sesión individual. Se propició el espacio para la expresión de la percepción que cada uno tiene de la situación personal y familiar.

Para el logro de la neutralidad fue necesario el apoyo directo de dos miembros del equipo terapéutico, que transmitieron mensajes finales. Y finalmente, existió equidistancia con la *sra. Carmen*.

Circularidad

Se condujeron las sesiones con base en la información que la familia proporcionó. Se hizo evidente a través de un mensaje del equipo, dado por el equipo terapéutico a toda la familia acerca de la situación de la jerarquía invertida, de la repetición de pautas de violencia ejercida ahora a través de Armando y no del padre, el trato desigual con *Itzel* (tratarla como adulta) y el que los acontecimientos pequeños son motivo de grandes discusiones.

Como información nueva se cuestionó el control que ejercen unos sobre otros (hijo: Armando violenta a la madre, la hija: Fátima a través de la mediación y el guardar secretos sutilmente evita el conflicto entre la madre y el padre; Armando y Fátima; y Armando y la madre; y la jerarquía invertida: hijos como padres y padres como hijos).

El *juego familiar* se mantiene a través del chantaje, la violencia, los intentos de suicidio, el culpabilizar al otro, el intercambio de los papeles de víctimas y victimarios, el no asumir la propia responsabilidad de los actos, el minimizar las situaciones significativas, el guardar o mantener los secretos, los dobles mensajes, las descalificaciones, las escaladas simétricas descendentes, la manipulación de los síntomas depresivos y la sobremedicación.

El patrón de interacciones identificado en la 1ª parte:

Karen mantiene una aparente armonía en casa al asumir un papel de mediadora y evitadora de conflicto en las escaladas simétricas y complementarias cuando explota el enojo y coraje de Armando por alguna situación actual reclama y arremete a la madre victimizándose la Sra. Carmen se empieza a defender y lo arremete verbalmente cuando Armando se defiende haciendo referencia al rencor y coraje que siente por temas del pasado acerca de la violencia y maltrato de los que fue objeto → la madre deja de defenderse, se siente culpable y permite una mayor agresión asumiendo una posición complementaria Karen interviene para intentar controlar la situación, lo que provoca mayor enojo y violencia en Armando que lo lleva a no medir consecuencias dentro de esta interacción simétrica en algunos momentos Armando es el que pone en riesgo su vida (intentos de suicidio) y en otros la sra. Carmen (sobremedicación) y entonces Karen se mantiene cerca de ambos para cuidarlos, dejando de lado sus intereses personales y su iniciativa por independizarse de casa con su niña Itzel.

*Para este momento aun faltaba precisar el papel del padre y de Fátima, las versiones de los miembros de la familia diferían entre sí.

Intervenciones

No. de sesión	Intervención	Descripción	Objetivo
1a	Redefinición	Se les reconoció la disposición que mostraron para cambiar la situación familiar actual	Dar apoyo, contención y mostrar una actitud de aceptación y empatía
		La situación del control farmacológico de sus estados depresivos requiere al mismo tiempo un apoyo psicológico, tanto de la sra. Carmen como de Armando	Principalmente el logro del enganche terapéutico dado que habían solicitado el servicio de forma individual
2a	Redefinición	Cuando la Sra. Chela refirió como intento de suicidio “sobremedicación” y que dicho evento <u>no</u> podía ser catalogado como tal, sino como una alteración del control de medicamentos por una	Cambiar la percepción que tuvo de este hecho para cuidarse y no perder el control ante crisis situacionales

		crisis situacional	
	Elogio para cada miembro	<p>Armando: el equipo le mandó el mensaje en el que se le agradeció el compartir su amplia experiencia en su vivencia como depresivo pues los terapeutas solo conocían la parte teórica</p> <p>Sra. Carmen: se validó el dolor que expresó por el intento de suicidio de su hijo y el que reconociera en sus hijos cualidades como adultos (Armando como universitario y Karen como apoyo en el negocio).</p> <p>Karen.: se le reconoció como el apoyo oportuno en las situaciones de crisis (intento de suicidio de su hermano y la sobremedicación de la madre).</p>	<p>Enganche y reducción de su actitud defensiva y cuestionadora ante el tratamiento</p> <p>Enganche y mostrar mayor aceptación</p> <p>Enganche y reconocimiento de recursos</p> <p>* Enganche para un trabajo en terapia familiar</p>
	Metáfora	Cuando la <i>Sra. Carmen</i> refirió sentirse en un dilema de lealtad entre sus hijos que están enojados (Armando y Fátima), se le dijo que es como si tuviera que decidir qué mano cortarse y que esto es imposible pues ambas son útiles	Reducir la ansiedad que siente ante un dilema ilógico
3a Se utilizaron técnicas del Modelo Estructural	Establecimiento de límites	Al presentarse la escalada simétrica entre Armando y la madre se le pidió que hablaran por turnos	Evitar la agresión y facilitar el diálogo
	Fronteras	Al pedirle a Karen que cambiara el lugar con la madre	Poner distancia física entre el hijo y la madre
	Reencuadre	Mensaje del equipo en el que se explicitó la inversión de jerarquías (hijos como padres y viceversa)	Evidenciar la confusión de roles
	Redefinición	Al comentar que existen formas diferentes de educar “el trato que dan a <i>Ita</i> es como si fuera un adulto”	Ampliar las posibilidades de crianza adecuadas a la edad
	Redefinición	A través del mensaje de “el maltrato no solo es físico sino también verbal” se amplió el concepto de violencia y la repetición de pautas de violencia de Armando hacia la madre	Evidenciar las pautas de interacción
4ª Sesión con el hijo: Armando	Connotación positiva	Vigilancia extrema → <i>responsable de la familia con gran capacidad para analizar la situación</i>	Enganche, obtención de información acerca de su percepción de la situación familiar actual, su vivencia como víctima de violencia durante la infancia, participación en el proceso de cambio y planes a futuro
	Redefinición	A través de un mensaje del equipo dado por un hombre del equipo (de varón a varón) se le dijo que las	Validar el dolor que sintió

		experiencias de abuso de las que había sido objeto en la infancia eran experiencias dolorosas.	
	Alternativas	Con base en lo vivido “¿cómo quisiera construir una vida para el futuro?” de lo que ya estaba haciendo (ir a terapia y tomar medicamentos, ¿qué necesitaba seguir haciendo para poder cambiar?)	Llevarlo a que asumiera la responsabilidad en su vida y dejara de sentir que carga a su familia
5a Sesión con la sra. Carmen	Redefinición	El hecho de comunicar todo lo que hace a sus hijos la coloca en una posición en la que el otro la puede cuestionar y controlar (complementaria)	Evidenciar la jerarquía invertida y el control que ejerce Armando sobre ella
	Elogio	Al verla como una mujer proveedora que apoya a sus hijos	Validar su actuar en sus diferentes roles en su vida
	Metáfora	Se le percibía como una persona “chiquita” cuando hablaba de su relación con Armando y de lo que le dolía y “grande” cuando hablaba de su trabajo, pasatiempos o relación íntima	Hacer el contraste para generar un dilema hacia el cambio y resaltar recursos
6a Sesión con Karen	Connotación positiva	La que está en medio de todos → la que mantiene y mantendrá unida a la familia	Hacer explícito el rol que posee en el juego familiar con sus ventajas y desventajas
	Preguntas lineales	Acerca de las relaciones con los padres, relación con hermanos, percepción de la relación de su madre con el sr. Emilio, percepción de la familia de origen de su madre, historia personal, nacimiento de Itzel, planes futuros e intentos de independizarse	Obtener información

Mensajes finales

1ª sesión: “*La situación de violencia familiar era vivida por cada uno de ellos de forma diferente*”; era una “*situación compleja que los involucraba a todos*” y que este era un “*espacio para que como familia evitaran repetir las pautas de violencia del pasado*”.

2ª sesión: se cuestionó “*¿Cómo sería esta familia si la depresión no los atacara y no estuviera presente el miedo? El miedo hace que pierdan el control de los medicamentos*”.

3ª sesión: “*Cuando se violenta al otro se genera un sentimiento de malestar en ambas partes, tanto para el que lo dice como para el que lo escucha; la solución no es salirse de la casa puesto que aun estando alejados el patrón de violencia se puede seguir presentando*”.

4ª sesión para Armando: *“Ahora que tiene el poder de decisión y construcción de su propia vida proyectándola a futuro por lo cual se le deja abierta la posibilidad de que tome el espacio terapéutico en la búsqueda de diferentes alternativas y el que permita al terapeuta y al equipo ser testigos de estos logros”.*

5ª sesión para la sra. Carmen: *“¿Cómo es que el hijo tiene tanto poder sobre ella? Y ¿de qué manera quiere ser apoyada en este espacio?”*

6ª sesión para Karen.: *“Ya que se le percibía con mucha preocupación por su madre, su padre, por su hermano, pero no por su hija o por ella misma. Se le pidió que fantaseara el qué pasaría con cada uno de los integrantes de la familia si ella se fuera de la casa. Mensaje del equipo para evidenciar la contradicción de su deseo de independizarse pero a la vez quiere proporcionar un gasto para que su madre no le imponga límites”.*

Resumen de la 2ª parte

Desde la Supervisión directa de la escuela de Milán

Decidí separar esta parte hasta el momento en que Karen abandona intempestivamente la casa, dejando en claro que el papel que jugaba de conciliadora y relais. Karen sólo se asumía “mediadora” mientras no tuviera que responsabilizarse de su vida como adulta y madre.

En cuanto la sra. Carmen, empezó a poner límites y a delegar responsabilidades, el juego familiar, se tornó incierto. La conducta de Karen cambió drásticamente involucrándose en conductas de alto riesgo para ella y su niña: Itzel.

Karen promovió una actitud violenta y hostil hacia su madre con su hermana Fátima y su padrastro; Emilio. Karen utilizó a su hija para lastimar a su madre la sra. Carmen.

Cabe mencionar que después de este evento, la sra. Carmen no volvió a estar en contacto con su nieta, como antes. Siendo esto, una situación más por resolver y que le dolió profundamente.

8ª y 9ª sesión

Con la sra. Carmen se abordó el tema de “el miedo hacia las reacciones de Armando”; ya que parecía que a momentos, la dinámica familiar, dependía de lo que él pensara o dijera. Se evidenció que Armando, se la pasaba viviendo la vida de las demás personas.

La sra. Carmen mencionó sentir un gran temor de que su hermano viniese a visitarla y de su temor de un enfrentamiento entre su hijo y aquel. Este temor se dio porque en diciembre se

habían amenazado telefónicamente su hijo y su hermano. Es importante señalar, que el hermano de *la sra. Carmen*, fue quien junto con el padre de Armando lo llevaron a la cantina, cuando éste era pequeño y que fue violado por la irresponsabilidad del padre y del tío al estar alcoholizados y exponer a Armando en un ambiente de esa calidad; motivo, por el cual Armando amenazó y ofendió a su tío telefónicamente.

La *sra. Carmen* comentó que le había dicho a su cuñada que no quería a problemas con su hijo, que hablara con su hermano y lo tranquilizara para que no llegaran a hospedarse en casa de la *sra. Carmen*. Sin embargo, se suscitó un evento: se averió el auto de su hermano cuando ya se iba, y la *sra. Carmen* le prestó ayuda. Enfatizó que Armando estuvo al pendiente de que salió, a donde fue, y que se enteró perfectamente que ella había ayudado a su hermano.

La *sra. Carmen* especificó que contó con el apoyo de Karen para ofrecer la casa al tío por esa noche. La *sra. Carmen* le advirtió a su hijo que no deseaba problemas y lo mandó a encerrarse a su cuarto, Armando obedeció pero buscó armar pleito con su sobrina al exigirle que “lo saludara”; con este comentario dejó ver su molestia por la presencia del tío y de la esposa del tío. La cuñada de la *sra. Carmen*, comparó la relación que vivía con su esposo a la relación observada entre el hijo y la *sra. Carmen*, el factor común: el miedo por las reacciones violentas de ellos.

Antes de que sucediera esto, la *sra. Carmen* había destacado el acercamiento que Armando había tenido hacia ella en “plan de amigos y confidentes”. Confiándose información como muestra de cercanía; la *sra. Chela* le habló de Elalio, un ingeniero divorciado con el que estaba saliendo en pareja, y en correspondencia Armando le confió que su ex – novia, lo estaba buscando. Ambos se habían aconsejado como “grandes confidentes”.

El mensaje final fue con el objetivo de reconocer y elogiar los pequeños cambios que la *sra. Carmen*, estaba haciendo para retomar su vida entre sus manos, pues el equipo se había dado cuenta que una señora como ella sí era capaz de hacerlo. Se le dejó como interrogante: que al *equipo* no le quedaba claro *¿cuál era la diferencia entre control y confianza?*, por lo que se le pidió que escribiera esta reflexión.

Tema de la familia:

- Complicidad como medio de control

Función de la conducta problemática en este sistema familiar

Mantener no diferenciada a la familia por el control que se ejercía sin respetar las jerarquías.

Esto le permitía a Karen no definir un proyecto de vida y que su madre la siguiera manteniendo, a Armando le favorecía “ocupar” el lugar del padre y pareja de la madre a través del chantaje y la victimización.

Impacto del problema en el proceso de la familia

El control que ejerce Armando sobre la familia, por la no definición de la *sra. Carmen* como madre en su rol parental, por el confundir “confianza” con “control” a través de las complicidades entre la madre (*sra. Carmen*) y las hijas (Fátima y Karen), entre el hijo y la madre; por la figura anulada del padre (sr. Emilio) que se anuló desde su alcoholismo y por el maltrato familiar que ejerció.

Impacto del problema en la estructura de la familia

Sra. Carmen.- como “hija” de Armando y “amiga y confidente” de sus hijas y a momentos como “hija” de su esposo, de quien se esconde. **Controlada, vigilada, víctima**

Sr. Emilio.- siendo el padre biológico funge más como “rival” de Armando desde la perspectiva de el hijo = **Ausente**

Karen.- como la “amiga protectora” de las salidas de la *Sra. Carmen* con Eulalio ante el Sr. Emilio = **Evitadora de conflicto**

Armando.- como “padre” y “pareja” de la *Sra. Carmen*, que es la madre. Como padre de Karen e *Itel.* = **Controlador, victimario**

Fátima.- como hija se comporta como “amiga y cómplice” de la *Sra. Carmen* = **Apoyadora de la madre** en su relación extra marital.

Evolución del motivo de consulta

Con lo obtenido en las sesiones anteriores (tanto Karen como la *sra. Carmen* admitieron que Armando las chantajeaba). La *sra. Carmen* reconoció que las jerarquías estaban invertidas, que siente miedo ante su hijo y de lo que pueda hacer. Además, con respecto a ella, reconoció que una mujer trabajadora no tiene que rendir cuentas a nadie de sus actos.

Hubo un cambio acerca de las conductas y actitudes *distintas* que ella, la madre, llevó a cabo para no permitir que su hijo tuviera el control. La *sra. Carmen*, se visualizó como una mujer independiente y como una madre capaz de delegar funciones.

Intervenciones hacia la sra. Carmen

- **Elogio:** *el equipo la admira, pues observan su capacidad para tomar su vida entre sus manos. Al hacerle notar que se percibe más segura y firme en la toma de decisiones y en su forma de comunicarse con su hijo, y que prestó la ayuda necesaria a su hermano y estuvo al pendiente de él.*
- **Rastreo:** *que sucedió en la visita de su hermano, cómo estaba.*
- **Foco e intensidad:** *con respecto a las acciones emprendidas para poner límites a Armando. y no cederle el control. La sra. Carmen fue sensible a las necesidades de su hermano en una situación emergente, lo apoyó y estuvo ahí a pesar de saber que su hijo se molestaría.*
- **Preguntas reflexivas:** *¿cuál es la diferencia, en su familia, entre confianza y control?*

10ª sesión

Nota: la sra. Carmen se comunicó conmigo, el viernes 25 de febrero para preguntar cuál había sido la tarea que se le había dejado, pues no recordaba si era “la diferencia entre control y falta de respeto”, se le aclaró que era “la diferencia entre control y confianza en su familia”. Comentó brevemente, que había estado tentada a comunicarse con la terapeuta. Tuvo un problema un día antes, acerca de un conflicto con Karen, en el cual ella había resultado lastimada físicamente, se le dijo que era preferible que se comentara en sesión y ella accedió.

La Sra. Carmen se presentó puntualmente a la sesión. Se le observó lastimada de la mano derecha (vendada), comentó que había tenido problemas con Karen; ella era la encargada del manejo de las máquinas que tienen en el taller familiar. Karen percibía un salario por este trabajo. El jueves anterior había faltado al trabajo y había mostrado una conducta poco responsable hacia su hija y hacia el respeto de las reglas de su casa. La sra. Carmen, se sintió presionada por entregar el pedido y se metió a trabajar con una de las máquinas, que desde hace casi 9 años no manejaba. Se accidentó, pues la máquina le “acarició” los dedos y el del medio se lo fracturó. A pesar de esto, que sucedió a las 13hrs., se encargó de realizar otras actividades y no se atendió hasta las 17 hrs., aun teniendo la presión alta y la mano inmovilizada. Armando fue quien la llevó al médico, pues Karen no regresó hasta la noche sin preocuparse por su hija.

Se enfatizó, que ella arriesgaba su bienestar y salud por lo demás, y que no era necesario.

La *sra. Carmen* comentó que Armando la llevó al médico otra vez y que el médico le dijo que su mamá estaba enferma, y que si no la cuidaba en cualquier momento podía sufrir un infarto por la hipertensión mal manejada que padecía.

A la *sra. Carmen*, le sorprendió que su hijo reconociera que se había portado mal con ella y que entre Karen, Fátima y él, se la estaban *“llevando entre las patas, que lo mejor sería que se fuera lejos y los dejara para ver como se las tendrían que arreglar”*.

Acercas, de Karen contó que la *“desobedeció”* al no respetar la hora de llegada y que le cerró la puerta, y que Armando le advirtió a Karen que si por *él* hubiera sido la dejaba más tiempo afuera. Mencionó que después de decirle a Karen que tenía que cuidar su salud (por la ITS que presenta), alejarse del *“niño”* con el que sale (alcohólico y 7 años menor que ella), le recordó que ella sufrió con su padre, el sr. Emilio golpes y maltratos, le preguntó si ese era el ejemplo que quería para *Itzel*.

La *sra. Carmen* le recordó que debía hacerse cargo de su hija; la reacción de Karen fue *“hacerse la enojada”*, amenazó a la *sra. Carmen* le dijo que se metería a estudiar y que no la atendería ni cuidaría, en la situación que vivía con la mano inmovilizada. La *sra. Carmen* de Fátima, explicó que estaba también molesta con ella, por que no le había quitado el trabajo a Karen como a ella se lo hizo una ocasión que no le cumplió. Y de su esposo, Emilio, sólo le dijo que se cuidara.

A lo largo de la sesión se dio foco e intensidad a que ella estaba tomando el control de su vida en sus manos, y que a sus hijos no les estaba gustando. Se puntualizó que era *“extraño”*: que mientras *los demás* tuvieran el control no se molestaban con ella. Se elogió el que fuera una persona responsable con los trabajadores de su negocio, pero se le indicó que ella había arriesgado mucho al no atenderse rápidamente, y lo de su presión tan alta también.

El mensaje del equipo fue en relación a que *“era un buen paso que su hijo Armando estuviera reconociendo algunas cosas, pero queríamos saber como se le puede ocurrir para que él siguiera respetando su lugar; no bastan las buenas intenciones hay que hacerlas acciones”*.

Otro mensaje: *“acerca de Karen si ya es una mujer de 28 años con una hija que cuidar, era mejor tratar de llegar a acuerdos y si no cumplía en el trabajo, pues que se le descontara como a cualquier trabajador”*.

El último mensaje: *“parece que sus avances están muy bien, sólo que al equipo y a mí, nos preocupa la cuestión de su salud, debe acelerar el tomar la vida entre sus manos, pues hay riesgos que puede eliminar cuidando su vida y su persona, para nosotros ella merece el máximo cuidado”*.

Nuevos Problemas

- Violencia (contra los demás y hacia uno mismo) como medio de control
- Arriesgar la salud, anteponer a los demás antes que su propio cuidado
- No permitir que Karina se asuma como responsable de su hija
- roles no definidos
- límites difusos

Creencias de la familia

La *sra. Carmen*, dijo que siempre quiso ser amiga de sus hijos para que hubiera confianza y no se ocultaran nada. Con respecto a Armando, ella cree que es *así por todo* lo que sufrió de chiquito con el maltrato de su esposo y de que no lo perdonó.

La *sra. Carmen* creía que Karen no se cuidaba y mantenía una relación de pareja con un alcohólico, porque no se da cuenta de la experiencia de ella con el sr. Emilio, su padrastro.

Función de la conducta problemática en este sistema familiar

Mantener no diferenciada a la familia, la violencia hacia los demás y hacia uno mismo como medio de control.

Impacto del problema en el proceso de la familia

El control que ejerce A.A.M sobre la familia, por la no definición de la *sra. Chela* como madre en su rol parental; por el confundir “confianza” con “control” a través de las complicidades entre la madre y las hijas; entre el hijo y la *sra. Chela*, y por la figura anulada del padre (sr. E.A.).

Interacciones del sistema familiar de la 2ª parte

Sra. Chela.- como “hija” de A.A.M, y “amiga y confidente” de sus hijas y a momentos como “hija” de su esposo, de quien se esconde. **Controlada, vigilada, victimizada y no desempeña su rol de madre.**

Sr. Emilio.- siendo el padre biológico funge más como “rival” de Armando, desde la perspectiva de Armando. **Ausente = periférico, no desempeña su rol de padre.**

Karen.- como la “amiga protectora” de las salidas de la *Sra. Carmen* con Eulalio ante el Sr. Emilio. **Evitadora de conflicto, no desempeña rol de hija adulta con una hija pequeña de quien es responsable.**

Armando.- como “padre” y “pareja” de la *sra. Carmen*, que es la madre. Como padre de Karen e Itzel. **Controlador, victimario = no desempeña rol de hijo adulto**

Fátima.- como hija se comporta como “amiga y cómplice” de la *sra. Carmen*. **Apoyadora de la madre = no desempeña rol de hija adulta independiente de la casa parental.**

Evolución del problema:

La *sra. Carmen* está cambiando su autoimagen, cuestión que está moviendo al sistema, pues ella al recuperar su control de autoridad como madre desestabiliza los roles que tenían los demás y los obliga a asumir poco a poco su responsabilidad y su lugar en la familia.

Se evidenciaron los recursos personales de la Sra. Carmen para continuar con la meta terapéutica de “tomar su vida en sus manos”.

Intervenciones hacia la sra. Carmen

– **Connotación positiva:** *el equipo la admira (sra. Carmen) pues observan su capacidad para tomar su vida entre sus manos, en su forma responder ante sus clientes y su responsabilidad como comerciante.*

– **Rastreo:** que sucedió con respecto al accidente y con lo que cada uno de su familia hizo. En relación a lo sucedido con Karen

– **Foco e intensidad:** con respecto a las acciones emprendidas en su poner límites, a no permitir que la cuestionen en su rol de madre, a no ceder el control. La *sra. Carmen* arriesgó su bienestar por los demás en una situación tan delicada.

– **Normalización:** en un trabajo si la persona no cumple se le descuenta lo no trabajado. No es lo mismo hablar de “permisos” con una hija adolescente a con una mujer adulta que ya es madre.

– **Metáfora:** “*no bastan las buenas intenciones*” con respecto a la reflexión de Armando

11ª sesión

La *sra. Carmen* comentó que Karen se había ido de la casa. Se suscitó una discusión entre Karen y la *sra. Carmen* por que Karen no respetó la hora de llegada asignada, y su hija había estado preguntando por ella.

Esto provocó gran enojo en Armando quien arremetió contra Karen en cuanto llegó a la casa. La Sra. Carmen deseaba darle una *cachetada*, pues dijo que Karen prefirió obedecer a sus amigas *Cecilia* e *Ivette* que a ella. Estas amigas de Karen, son personas no gratas por que la

sra. Carmen considera que habían mal influenciado a Karen., en el sentido de no cuidar a su hija y de no responsabilizarse en su rol de madre y de hija.

Karen se molestó muchísimo por los reclamos y maltratos de su hermano, pero no dijo nada. Al otro día llegó un camión de mudanza y se fue con todo. La *sra. Carmen* tuvo noticias de ella, 3 días después. Comentó que otra de sus amigas le dio asilo con todo y cosas, pero que como no estuvo de acuerdo con la decisión que Karen había tomado y la regañó, Karen se fue a buscar en donde rentar.

La preocupación de la *sra. Carmen* era *Itzel*, pues considera que su hija no está cuidándola adecuadamente. Creía que la decisión de irse de esa manera no era la más correcta, sin embargo conoció el departamento que Karen rentó y la apoyo con despensa. La *sra. Carmen* le dio a escoger si decidía quedarse a trabajar en el taller con ella, o si encontraba algo mejor remunerado, no habría ningún problema.

Con respecto a Armando la *sra. Chela* le aclaró que él no debía meterse y le prohibió que le pegara de nuevo a su hermana.

El mensaje fue para elogiar el apoyo que le ofreció a Karen, después de que se fue de la casa. Se habló de la oportunidad que ahora tiene Karen para asumir su rol de madre. Además Karen puede darse cuenta que es difícil ser madre, ubicando a la *sra. Carmen*, en su nuevo rol de abuela y con gran experiencia.

Finalmente, se señaló la necesidad de establecer acuerdos con respecto al cumplimiento en el trabajo con Karen. Se le prescribió que estaría muy triste por la ausencia de su nieta, a lo que estuvo de acuerdo y mencionó que ya había estado “deprimida” por eso.

Resumen de la 3ª parte.

Decidí nombrar como “3ª parte” a las sesiones posteriores a la huida de casa de Karen. con su niña, la situación de riesgo a la que la llevó a Itzel por vivir con un alcohólico y drogadicto que golpeó a la niña. Esta tercera parte comprende hasta el momento en que se aliaron las hermanas de Karen, Fátima y el padre: Emilio, para golpear a Armando y para deshacerse de la sra. Carmen.

12ª. Sesión

Se presentó la Sra. Carmen, comentó que para recuperar el movimiento en el dedo necesitaba realizarse una microcirugía.

Armando es quien la había acompañado al hospital y a visitar doctores. Armando le recalcó que *sin él*, a quien sabe *quién* la apoyaría, a lo que la Sra. Carmen le demostró que no era así riéndose de lo que le dijo.

Se marcó la diferencia entre dar apoyo y “tener que estar agradecida de todo”. Comentó que había tenido varios roces con Karen, quien espera que la Sra. Carmen vaya a visitarla a su departamento. La *sra. Carmen* prefería no ir, por no encontrarse con la amiga de Karen, *Ivette*. Esa amiga, también madre soltera, llevaba una vida de adolescente solapada por sus padres, irresponsable y era considerada una mala influencia para Karen.

La situación que le angustió y le preocupó fue que su nieta le contó que su mamá, Karen la había dejado el sábado sola y encerrada ya pasadas las 10 de la noche. En esa ocasión Karen tardó mucho tiempo en regresar por lo que la niña tuvo miedo y lloró, gritó y pidió ayuda. La vecina de arriba abrió una ventana y la sacó.

Cuando llegó Karen acompañada de Lorenzo, su novio, buscó a la niña en los departamentos hasta que la encontró. La reacción de Karen fue enojarse con la vecina, ya que le dijo que si pensaba dejar a la niña sola por mucho tiempo, se la encargara para evitar que *Itzel* se asustara. Saber esto fue muy angustiante para la *sra. Carmen* pues, por peligro en el que estuvo la niña ante el abandono y descuido de Karen. Además que la niña le contó que su mamá metía gente “extraña” al departamento, fumaba, tomaba y la dejaba sola.

Lo que la Sra. Carmen le dijo a su nieta fue que cada vez que su mamá la dejara sola le pidiera que la llevara a casa de ella, para que la cuidara.

Cuando el sr. Emilio le reclamó a Karen por lo sucedido, la amenazó diciéndole “*que no le pase nada a la niña*”. Para Semana Santa, Karen le dio permiso a *Itzel* de salir con la *sra. Carmen* y con su tía Fátima a visitar a familiares de la *sra. Carmen*.

Para la *sra. Carmen*, Karen era una irresponsable por que estaba satisfaciendo primero cuestiones personales descuidando a su hija.

Como mensaje se le dijo que era alarmante la situación en la que se encontraba *Itzel*, y que era comprensible que ella estuviera angustiada y preocupada por su nieta. Se le pidió que pensara *¿qué es lo que ella podría hacer para crear un mínimo de conflicto con Karen?*, que fuera necesario aclarar la cuestión laboral con Karen.

Como equipo sabíamos, que a muchas madres les lleva tiempo asumir su rol. Que la situación era compleja y preocupante y que “en las ocasiones en donde hay muchas mamás en realidad no hay ninguna”, así que era necesario evitar confusiones, pues *Itzel*, era una niña de 4 años y el trato que recibía era de adulta.

13ª. Sesión.

Se presentó la Sra. Carmen, 20 minutos tarde. No lucía arreglada como de costumbre y se le percibía mareada y enferma. Refirió haber tenido problemas de salud. Su psiquiatra le cambió el anti- depresivo, porque el que tomaba ya no le surtía efecto. El anti- hipertensivo le ha ayudado, pero ella no se lo ha tomado adecuadamente. Mencionó que sus problemas eran por tensión y presión. Comentó que había tenido una discusión muy fuerte con Karen por que le reclamó que permitiera que Lorenzo le pegara a su hija.

Karen minimizó la situación de violencia ante la *sra. Carmen*, y amenazó con decirle a su padrastro, el sr. Emilio de la relación que la *sra. Carmen* mantenía con Emilio, si ella o Fátima la acusaban de que Lorenzo golpeó a la niña (con un cinturón le pegó en la cabeza). Discutieron fuertemente cuando Armando se enteró llamó a Lorenzo a su celular y lo retó, a que se “*pusiera con uno de su tamaño*” Lorenzo lo amenazó y lo ofendió. Se quedaron de ver en una avenida, Lorenzo llegó acompañado de Karen cuestión que le dolió mucho a la *sra. Carmen*. Se hicieron de palabras y se golpearon, a ambos los llevaron a la delegación y se levantó un acta.

Armando dijo que lo había golpeado por que le había pegado a su sobrinita y su mamá (Karen) lo había permitido. Lorenzo, dijo que se defendía de Armando quien estaba en tratamiento psiquiátrico y era muy agresivo; Karen todo el tiempo apoyó a su pareja Lorenzo.

Mientras sucedió esto, la niña estuvo al cuidado de una chica menor de edad. Cuando la *sra. Carmen* se dio cuenta de esto de manera ilegal le pagó a una patrulla para sacar a la niña de su casa. La niña accedió a irse con ellos. Cuando estuvo *Itzel* con la *sra. Carmen*, le dijo que no quería regresar con su mamá ni al departamento por que Lorenzo la maltrataba, le gritaba y ella ya le tenía mucho miedo.

La *sra. Carmen* decidió que hablaran para llegar a un acuerdo.

Karen no dijo nada y minimizó lo ocurrido. Por lo que la *sra. Carmen* avisó en el jardín de niños, que ella sería la responsable de la niña.

Sin embargo, la regañaron y le dijeron que tenía que dar parte al DIF. La *sra. Carmen* investigó cuando tenía que firmar la denuncia por maltrato se negó porque si lo hacía le quitaban a *Itzel*, para mandarla a un albergue temporal.

Se acordó que en la escuela platicarían: Karen, la Trabajadora Social, la Psicóloga y la *sra. Carmen*.

La *sra. Carmen* expresó que Karen no había cumplido con los horarios de trabajo establecidos. La niña le dijo que deseaba regresar a vivir con la *sra. Carmen*, y que quería que su mamá dejara a Lorenzo, quien la trataba mal.

Como mensaje, se contó con el apoyo de una compañera del equipo que trabaja en la Fiscalía del Menor y le proporcionó la información acerca de los procedimientos legales que competen en estos casos.

Se le ofreció un espacio para que asistiera Karen y se intentara llegar a acuerdos en *pro* de la salud de *Itzel*.

Se le dio foco e intensidad a la idea de que mientras más consejos se le dieran a Karen no se le estaba dando la oportunidad de pensar y comportarse como una madre, ya que, le llegaba mucha información y no sabía como responder. Se intensificó en la necesidad de que la *sra. Carmen* cuidara su salud, pues la situación que estaba atravesando era difícil y se dificultaba más si ella estaba enferma.

Tema de la familia

Intensificación de las interacciones patológicas; cambio drástico de los roles “conocidos”.

Juego Familiar

- Violencia, contra los demás y hacia uno mismo, como medio de control
- Isomorfismo: en la situación de riesgo de la nieta, *Itzel*, todo el sistema se mueve. *Armando* cambio de victimario a defensor → el Sr. *Emilio* de enemigo cambio a protector y figura de autoridad – control → la *sra. Carmen* de víctima cambio a protectora y salvaguarda → y *Karen* de mediadora cambio a víctima – victimaria → *Itzel* cambio de relé a víctima.
- Arriesgar la salud, la *sra. Carmen* no tomaba sus medicamentos adecuadamente. Buscó proteger a otros antes que a ella misma.
- El sistema no permitió que *Karen* se asuma como responsable de su hija, en el rol de madre.
- Se intensificaron las Jerarquías invertidas y se volvieron confusas. *Armando* como controlador y castigador de la conducta de *Karen* y defensor de *Itzel*. Esto ocurre con todas las relaciones de la familia.
- Se instauró la relación simétrica entre madre: *sra. Carmen* e hija: *Karen* a través de amenazas y chantajes.
- De Roles no definidos evolucionaron a la Duplicación de roles: *Itzel* situaba en el mismo lugar a “mamá *Carmen*” – que es la *Sra. Carmen* y a su “mamita” – que era *Karen*.

- Se intensificó la irresponsabilidad, el abandono y el maltrato por parte de Karen hacia su hija.
- La complicidad como medio de control, entre Karen y la *sra. Carmen*. Karen la amenazó con acusarla con el Sr. Emilio de su relación con Eulalio.
- Los límites difusos y no establecidos del sistema familiar nuclear se generalizaron en la relación de Karen con su novio Lorenzo, Karen permitió y minimizó que su novio le pegara a su niña sin ser su padre biológico ni afectivo.
- Se acrecentó la confusión entre “decirte que debes de hacer” a “dar consejos para el cuidado de tu hija”
- Quedó al descubierto el alcoholismo y drogadicción de Lorenzo, pareja de Karen.
- Karen empezó a beber y a fumar frente a su hija de manera irresponsable.

Evolución del motivo de consulta

Del *juego familiar* que tenían establecido:

** la violencia se manifestada a través de los intentos de suicidio, los episodios depresivos, la sobremedicación, la promiscuidad de Karen, las situaciones de riesgo de Armando, el abandono y maltrato hacia *Itzel*.**

Sus creencias eran señalar a uno como “el malo”, lo identificaban, y entonces, *todos* intentaban ejercer control sobre él.

De ese juego familiar instaurado cambiaron a otro juego familiar con un sobreinvolucramiento en el que se diluyeron los roles y los límites conocidos, para instaurar una pauta de violencia más amplia, incluyendo al más vulnerable del sistema familiar: la niña de 4 años.

El sistema familiar no se percató de la gravedad, ya que la violencia los rebasaba. Se identificó como mecanismo de afrontamiento el minimizar o nulificar las situaciones que los obligaban a salir del embrollo, manteniéndose una cohesión familiar patológica.

Diferencias antes y después de la presentación del problema

- Antes.- Cuando la *sra. Carmen* estaba tomando el control de su vida en sus manos, Karen se comportaba de manera irresponsable e impulsiva en el cuidado propio y de su hija. Esto hacía que la atención y el control traspasaran los límites de la casa de sus padres para vigilar su actuar. De estar en una casa en donde había ciertas reglas, llega a un lugar donde “ella se manda sola”, donde no está siendo sensible a los cuidados que su hija de 4 años requiere. *Ita* estaba acostumbrada a obedecer a todos los adultos que había en la casa y a que si su mamá no estaba, ellos la cuidaban. La niña enfrentó un

cambio radical, y dentro de este proceso de adaptación se sintió sola y abandonada y fue maltratada por su “mamita” y el novio, entonces busca el cuidado de su abuela “mamá Carmen”.

- Después, al presentarse el maltrato, descuido y abandono de *Itel*, el sistema familiar se movió para protegerla. La familia señaló a Karen como la *única* responsable del sufrimiento de la niña. Además, de que Karen se transformó ante “los ojos de todos”, se envidió y permitió que su pareja actual, Lorenzo, pegara y maltratara a su hija.
- El sr. Emilio, se mostró más activo y cercano para llamarle la atención a Karen con respecto al descuido que ha tenido en el cuidado de su nieta, con amenazas de quitarle a la niña.
- Armando se mostró cercano y cómplice de la sra. Carmen. Sobreinvolucrado en el control hacia Karen y cuidado de *Itzel*, de manera impulsiva; sin respetar los roles ni las jerarquías.
- Fátima se mostró involucrada en la situación, a pesar de que vive aparte con su pareja. Ha mostrado apoyo y preocupación por el bienestar de su sobrina.
- Karen descubrió el conflicto entre ella y su mamá, la *sra. Carmen*; cuestión que antes no existía. Se mostró molesta y muy enojada por las llamadas de atención que le han hecho y por las amenazas acerca de quitarle a su hija si no la cuida adecuadamente. Como resultado descuidó más a la niña, no cumple con ir por ella y minimizó la agresión y maltrato que sufrió por parte de su pareja.
- *Itzel* dio señales indudables de la ansiedad que toda esta situación le provocó, al presentar *enuresis* y al morderse los deditos de la mano. Al mismo tiempo expresó verbalmente sentirse “solita y con miedo”.

Evolución del problema

Se cambiaron las posiciones en el juego familiar, justo cuando la *sra. Carmen* estaba haciendo cambios en las cuestiones de hacer respetar límites y jerarquías, sucede este episodio de máxima violencia.

Karen pasó a ser el paciente identificado, con comportamientos violentos e irresponsables.

Las alianzas y coaliciones rápidamente cambiantes.

Impacto del problema en la estructura de la familia

- *La sra. Carmen se convierte en victimaria hacia Karen, sus intentos de asumir su rol de madre son descalificados.* Karen, al descuidar a *Itzel* y abandonarla le confirma a la *sra. Carmen*, que es incapaz de asumir su rol de madre.
- El sr. Emilio siendo el padre funge como quien ejerce el control o la autoridad aún cuando no vive en la casa. Lo llamaron para que regañara a Karen por su comportamiento, a la cual *amenazó con quitarle a su niña si algo le pasaba*. Forma equipo con Armando para marcarle a Karen sus errores y respaldar a la *sra. Carmen* en su preocupación por su irresponsable comportamiento. **Ausente = periférico, no desempeñaba su rol de padre como apoyador, sino sólo como un medio de control (amenaza).**
- Karen, que era la “amiga protectora” de las salidas de la *sra. Carmen* con Emilio, ante el Sr. Emilio cambió a ser su enemiga pues si la acusaban con el *sr. Emilio*; Karen la amenazó con acusarla de la relación que sostenía con Eulalio, es **victimaria del abandono y maltrato hacia Ita. Arriesgó su integridad y la de su hija al convivir y permitir el acceso a su casa de un hombre alcohólico, violento e irresponsable. No desempeñó el rol de hija adulta con una hija pequeña de quien es responsable. Minimizó la violencia.**
- Armando, ejerce el rol del “padre” y de “pareja” de la *sra. Carmen*, que es su madre. Y el rol del padre de *Itzel*, que es su sobrina. **Controlador y victimario = no desempeñó rol de hijo adulto. Se vivía como víctima de abuso del padre. Acostumbrado a ejercer justicia por propia mano, sin medir consecuencias y arriesgar su integridad, se comportaba como el “juez del comportamiento de los demás miembros de su familia”.**
- Fabiola, como hija se comporta como “amiga y cómplice” de la *sra. Carmen*. **Apoyadora de la madre = no desempeñó rol de hija adulta independiente de la casa parental. Se sentía juez del comportamiento de su hermana mayor.**

Intervenciones

– Connotación positiva:

- *el equipo la admira pues observan que desde su posición de abuela, tiene amplia experiencia y que se da cuenta que a Karen debe de pasar por un proceso para asumir su rol de madre.*

- La *sra. Carmen* le brindó apoyo a Karen cuando se fue de la casa, a pesar de que no salió de la manera en que ella hubiera querido.
 - *El equipo se da cuenta de su preocupación como abuela por Ita, sentimiento que es muy válido por que la quiere.*
- **Rastreo:**
- que sucedió con respecto a lo que relataba su nieta.
 - Acerca de la pelea entre Armando y Lorenzo
 - De la información que le brindaron en el DIF
 - Conocer como seguía la salud de la *sra. Carmen*
- **Foco e intensidad:**
- con respecto a la diferencia de trato entre una niña de 4 años y los adultos.
 - El cuidado y salvaguardo de *Itzel*
 - Cuidado en la salud de la *sra. Carmen*.
 - En una situación de riesgo todos intentan cambiar y controlar
- **Alternativas**
- Como cuidar y salvaguardar a *Itzel* sin entrar en conflicto con la autoridad de Karen como madre.
- **Metáfora y cambio de encuadre o redefinición:**
- *“Las maldiciones pueden ser bendiciones disfrazadas, se utilizó para que la sra. Carmen tomara en cuenta que la independencia de Karen no tenía que ser un suceso a considerarse totalmente malo, sino que sería una oportunidad para que Karen se responsabilizara y valorara el trabajo y esfuerzo que conlleva el mantener una casa”*
- **Analogías:**
- *“Cuando hay muchas mamás, en realidad no hay ninguna”, para el niño se crea confusión.*
- **Normalización:**
- En un trabajo si la persona no cumple se le descuenta lo no trabajado. Que la *sra. Carmen* se iba a sentir muy triste por la ausencia de *Itzel*.
 - El proceso de asumir un rol de madre lleva tiempo y cuesta trabajo.
 - Los procedimientos legales tienen sus tiempos y normas, no es que no sean sensibles; así son.
 - Cada quien ve las cosas desde su posición, la *sra. Carmen* como abuela con mayor experiencia y Karen como hija y madre de una niña pequeña.

– **Redefinición:**

- no es lo mismo poner límites y reglas a una niña que a un adulto.
- No es lo mismo “*proporcionar apoyo*” a “*estar agradecido por todo*”, con respecto a que Armando quiso enganchar a la *sra. Carmen* diciendo *¿qué harías sin mí... quién te llevaría al hospital a ver lo de tu dedo?*
- Karen es hija pero también es madre.

14ª sesión

Sesión con la hija Karen, quien comentó de acerca de cómo se había salido de su casa. Estaba buscando trabajo para tener mejores ingresos económicos. Reconoció que su mamá, la *sra. Carmen*, no acepta a su pareja Lorenzo, muchacho al que conoció gracias a Eulalio, el “novio” de su mamá.

Intentó aliarse con la terapeuta, y justificó su conducta irresponsable. Puntualizó que tenía 28 años, y que sabía lo que hacía. Karen explicó que entendía que su mamá estuviera preocupada por ella y por la situación que se había dado con *Itzel*. Explicó y minimizó la situación violenta entre Armando y su novio, Lorenzo, Karen contó que cuando quiso recoger a su niña, no se la entregaban (Armando, sr. Emilio y la *sra. Carmen*) por lo que ella fue a levantar una denuncia al MP.

Karen, explicó que se sintió molesta e impotente por no tener a su hija. Se sintió dolida porque Armando la ofendió (“*se fue con aquel para bajarse la calentura y abandono a su hija*”) y la golpeó, y la *sra. Carmen* no lo reprendió. Además de que Armando, se había burlado de ella, al amenazarla con utilizar sus “influencias” de abogado para quitarle a su hija. La relación con Armando estaba peor que nunca. Además su padrastro se había unido con la *sra. Carmen* y sus hermanos para amenazarla y quitarle a su hija.

15ª sesión

Sesión con la hija Karen. Ella continuó minimizando el maltrato y descuido hacia *Ita*.

Karen reconoció la inversión de papeles y de aliados; todos estaban en su contra por haberse ido de la casa. Ella señaló que su mamá y sus hermanos utilizaban a *Ita* para chantajearla y quitarle la autoridad de madre que estaba empezando a construir en su departamento.

De nuevo, Armando se volvió el juez de las acciones de todos, incluyendo a *Itzel*, a quien trataba como adulta. Quedó claro que la niña no sabía quien era la autoridad. Los roles continuaron confusos.

Karen expuso que había buscado al padre biológico de *Itzel*, porque consideró que su hija necesitaba de la figura paterna. El padre biológico Hilario accedió y convivió con *Itzel*, en dos ocasiones, en ambas Karen estuvo presente.

Karen, manifestó su deseo de que *Itzel*, tuviera a su padre cerca y de que lo quisiera con gran afecto. Además, de que a Hilario le contó que tenía una relación con Lorenzo y que cuando saliera, podía dejarle a la niña a su cuidado. Hilario aceptó.

Se observó a Karen buscando una *nueva* coartada. Se le indicó que a través de la interacción nacen los afectos y que no era su responsabilidad “crear la relación” entre padre e hija. Se aterrizaron las fantasías de Karen acerca de lo que podía suceder, puesto que Hilario era un desconocido que estuvo ausente 5 años. Se le pidió a Karen que “diera tiempo al tiempo”.

16ª sesión

La *sra. Carmen* decidió pedirle el divorcio a su esposo. Explicó que cuando el *sr. Emilio* llegaba de viaje a quedarse a la casa, le pedía que le cumpliera como mujer y ella se negaba. Inició los trámites del divorcio apoyada y asesorada por Armando.

Comentó que había tenido que avisarles a sus papás porque sabía que su esposo iría a acusarla y a buscar que ellos lo apoyaran para convencerla de retractarse. Sus papás, personas ya de edad, no la habían apoyado por las creencias que mantenían. La *sra. Carmen* no dudó de su decisión.

Karen se manifestó en contra de esa decisión y apoyó a su padrastro.

La *sra. Carmen* le propuso al *sr. Emilio* que tanto la casa como el negocio se dividieran en partes iguales.

17ª sesión

Se presentaron la *sra. Carmen*, Karen e *Itzel*. Se dividió la sesión: primero entró Karen con su niña y después la *sra. Carmen*.

Explicaron que Hilario, había estado saliendo con *Itzel*, y la niña manifestó emoción y nerviosismo por el reencuentro con su padre. Se percibió a una niña muy despierta y atenta, juguetona propio de su edad, coqueta y platicadora, desenvuelta y alegre.

- Se quedaron Karen e *Itzel* en la sesión:

Karen explicó la situación de tensión que se presentó en casa porque la *sra. Carmen* le pidió el divorcio al *sr. Emilio*. Karen intentó consolarlo y disculpó a su madre por haberle pedido el divorcio. Karen se sintió en medio, ya que como cómplice de su madre sentía que la *sra.*

Carmen “había hecho de las suyas” y no sólo su padrastro, de quien ella sabía que mantenía una relación extramarital en Jalapa, Ver.

- Sesión con la *Sra. Chela*:

Explicó acerca de que llevó a cabo su petición de divorcio y que esto le había traído problemas con Karen e *Itzel*. Asimismo, que Karen le dijo a su padrastro que su mamá la *sra. Carmen*, salía a bailar y tenía “amigos”, por lo que el sr. Emilio negó rotundamente darle el divorcio.

El equipo le mandó como mensaje “la sra. Carmen es una mujer de acciones y no de palabras y lo está demostrando”.

** Se hizo evidente el juego familiar: “*cuando alguien de la familia busca su independencia y ser responsable de su propia vida, los demás miembros de la familia lo obstaculizan para evitar que lo haga; los que antes se ayudaban entre sí se vuelven ahora adversarios*”.

Evolución del problema. Explicación del juego familiar; cambio de lugares

Impasse

La obra “*Los juegos psicóticos en la familia*” (Selvini – Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990), propone modelos generales, diacrónicos y sincrónicos que ayudan a reconstruir y comprender el proceso interactivo que en algún momento culmina en conductas indeseables de algún hijo. La revisión de este material permitió tener un marco teórico acerca del tipo de relación que presentaba en esta familia:

Se define como ***juego de impasse*** a aquel en que los adversarios parecen destinados a afrontar eternamente una situación sin salida: su relación no conoce verdaderas crisis, ni escenas catárticas, ni separaciones liberadoras: *Cada uno de ellos exhibe cada tanto una serie espectacular de movidas de ataque, de provocaciones y de triunfos aparentes → parece estar siempre a punto de llevarse la mejor parte, pero el otro, sin perder la calma invariablemente realiza una movida que equilibra el puntaje.*

Debemos tener siempre presente que ***todo juego en la familia es un proceso que evoluciona*** → una secuencia de ataques y defensas conductuales en la cual se insertan acontecimientos y también reacciones de cada uno frente a esos acontecimientos, así es el juego familiar.

18ª sesión

Durante esta sesión el ataque en chantajes y manipulación fue total. La *sra. Carmen* se presentó muy afectada de salud y con la presión alta. Comentó que Fátima y Karen se habían

aliado con su padre y que la estuvieron atacando para evitar el divorcio. El *sr. Emilio*. le escribió 2 cartas, en las cuales le pidió perdón por no haberla valorado como debía, y desde su nueva doctrina religiosa (cristianismo) la invitó a seguir, para evitar el divorcio. Y el *sr. Emilio* hasta ofreció asistir a la terapia. La presión que vivió la hizo enfermarse y casi la hospitalizaron. Al ver a su mamá tan grave Armando amenazó a sus hermanas con “matarlas si algo malo le sucedía a su mamá”.

La *sra. Carmen* se estabilizó de salud. Pero no se retractó del divorcio.

Como mensaje se le dijo; que estaba siendo una mujer de decisiones muy determinantes. Que las cartas no borraban el pasado y que parecían una trampa, para no dejar que ella se fuera de esa dinámica familiar. Se le felicitó por su autonomía, pero se le recordó que debía cuidar primero de su salud. Además, de no permitir que la defienda Armando porque era un retroceso para ella; ella no necesitaba de defensores, era lo suficientemente capaz de defenderse por sí misma.

19ª sesión

La *sra. Carmen* se presentó muy angustiada y dolida. Contó que había un enfrentamiento muy fuerte con Karen por el descuido hacia Itzel. En este caso, Armando se enfrentó a su hermana, Karen para reclamarle; y Fátima fue la que contestó la agresión. Tuvieron una fuerte discusión y se atacaron: Fátima le dijo a Armando que era un “violado, traumatado y suicida” y esto desestabilizó a Armando. La *sra. Carmen*, no los pudo detener y corrió de la casa a Fátima y a Armando

Armando se golpeó contra la pared, mientras la *sra. Carmen* escondió todos los cuchillos de la casa. Sin embargo, Fátima estaba preparada con un *cutter*, para encajarlo en Armando cuando saliera de su habitación.

La *sra. Carmen* le llamó a su hermana y a su sobrino para que calmaran a Armando, pero no pudieron, al contrario; Armando arremetió contra ella por involucrar a más personas.

Fátima con su novio; Karen con su hija y su novio se fueron al departamento de Karen esa noche.

La *sra. Carmen* se sedó y no supo que por la noche cuando llegó de viaje su esposo, Armando le reclamó todo el daño que le hizo de pequeño: la violencia, el maltrato y la violación.

El *sr. Emilio* lo negó todo y lo ignoró.

Armando se fue a buscar un cuarto para rentar y no seguir más en esa casa.

Al otro día llegaron las hijas (Karen y Fátima) para acusar a su mamá de haberlas corrido y la evidenciaron con el papá. Le contaron que era una “vieja puta”, que había tenido más de 6

amantes y que sólo quería el divorcio para casarse con el último, Eulalio. Entre el sr. Emilio, Karen y Fátima decidieron no trabajar el negocio, no pagar las cuentas y no responderles a los proveedores, para que en palabras textuales: “*a la sra. Carmen se la llevara la chingada Hacienda*”. Esto, porque todos los documentos del negocio estaban a nombre de la *sra. Carmen* ante Hacienda.

En esta sesión se observó claramente como todo giró 180° y ahora la familia atacaba a la *sra. Carmen*.

Quedó al descubierto que lo de las cartas de arrepentimiento eran falsas. Las “hijas – amigas” eran enemigas. Y el “victimario” era la víctima de engaño e infidelidad.

Como mensaje a la Sra. Carmen se le pidió que cuidara su salud y protegiera los documentos importantes. Con ese cambio de roles y posiciones, el miedo se había generalizado hacia sus hijas. Se reconoció que había sido una situación extrema y difícil. Se dejó la pregunta reflexiva *¿quién se ocupa de usted, si usted se ocupa de todos?*

Se felicitó a la *sra. Carmen* por no detenerse, a pesar de que la situación se estaba agravando.

20ª sesión

La *sra. Carmen* se presentó con moretones y rasguños en todo el cuerpo, visiblemente desmejorada. Comentó que estaba viviendo una situación muy tensa junto con Armando.

Los “arrimados” eran ellos en su casa. Fátima con su papá, los agredían constantemente.

Se había dado una fuerte pelea entre Armando con su padre y sus hermanas; hubo golpes entre los 4, pero el más lastimado fue Armando, el papá Sr. Emilio con Biblia en mano y mientras le leía unos *salmos*, lo había pateado. Fátima aprovechó para lastimarlo en los genitales mientras estaba sometido por el padre; a la *Sra. Carmen* su hija Karen. la había golpeado y arañado. La situación se salió de control y llegaron 4 patrullas a su domicilio. Los remitieron al MP, y la *sra. Carmen* levantó un acta en el CAVI en contra de su esposo y su hija Karen., por lesiones.

Los iban a remitir si no se ponían de acuerdo en como convivir en paz (multa de \$5mil por cada uno).

Karen quedó en no meterse en casa de sus padres de nuevo. El *sr. Emilio* evidenció a la *sra. Carmen* de no “cumplirle como esposa” y fue regañado por la juez del MP.

Fátima llegó a declarar que su hermano estaba loco y que siempre los agredía, esto molestó a Armando pero no cayó ante las burlas de su hermana.

Se le dio contención y consuelo, en lo particular fue una de las sesiones en donde se reconoció la necesidad en la autonomía e independencia de acciones de la *sra. Carmen*.

A la *Sra. Carmen* se le exhortó a levantar un acta por castigo económico que estaba ejerciendo su esposo, y a acelerar los trámites de divorcio, asimismo la separación mercantil por el negocio familiar.

** En esta sesión, quedó al descubierto la necesidad del sr. Emilio por tener aliados, con tal de evitar el divorcio. Las mancuernas cambiaron de nuevo: la *sra. Carmen* con Armando; y Karen con su padrastro: sr. Emilio.

La meta terapéutica de la *sra. Carmen*, “tomar las riendas de su vida” se mantuvo a pesar de todos los conflictos y de que el sistema se encontraba en un *impasse* extremo.

Resumen de la 4ª parte.

Decidí nombrar como “4ª parte” a las sesiones posteriores, en las que la energía del sistema se divide en 2.

- *La sra, Carmen y Armando, buscan salvaguardar su seguridad y tranquilidad*
- *Las hijas y el padre, hacen todo lo posible por hundirlos y desestabilizarlos.*

Por un lado: la sra. Carmen y Armando salen de la casa parental huyendo de las hijas y del padre. La Violencia hacia la madre y el hijo es extrema. Se inicia el trámite de divorcio tipificado como necesario. Arrestan a Karen y al sr. Emilio. por las lesiones infringidas a la sra. Carmen y se rompe todo contacto con la nieta Itzel.

Por otro lado: El sr. Emilio. contrademanda a la sra. Carmen, acusándola de padecer de sus facultades mentales y de adulterio. La violencia se generaliza al grado de perjudicar la ética profesional de la terapeuta y la supervisión por parte del Juzgado 10º de lo Familiar, que exigió la presentación del expediente; rompiéndose así el derecho a la confidencialidad.

Se termina esta parte con el cierre del proceso terapéutico exitoso de la sra. Carmen, gozando de seguridad personal y de autonomía plena (laboral, física y emocional). La Sra. Carmen comentó su necesidad para viajar a Veracruz a cuidar a su padre que se encontraba muy delicado de salud, y de esta manera cooperar con su familia de origen.

Síntesis de las últimas 9 sesiones

Armando se fue de la casa con un compañero de la universidad. La *sra. Carmen* se quedó sola. Estuvo viviendo violencia verbal e insultos por parte de su esposo, además de la amenaza de no conseguir el divorcio. Por recomendación de su hijo, la *sra. Carmen*, había decidido, con una grabadora de voz, registrar todas las ofensas que le decía su esposo y su hija, para utilizarlas como evidencia del maltrato que estaba padeciendo.

La intención de la *sra. Carmen*, no se concretó. Su hija Karen se dio cuenta que tenía la grabadora y la acusó con su padrastro. Entre los dos, se la quitaron y la golpearon, fracturándole una mano. La *sra. Carmen*, salió huyendo de la casa y fue a levantar otra acta al CAVI. En el CAVI, le exigieron acelerara el divorcio tipificándolo como “necesario” por la violencia que estaba padeciendo, la contactaron con una abogada y ya no pudo regresar a su casa por sus cosas. La apoyó su hermana y su sobrino.

Armando se fue a vivir con su mamá a casa de su tía, para cuidarla.

La *sra. Carmen* explicó que cuando fue la primera audiencia, su esposo y su hija no se presentaron.

Para la segunda audiencia, tanto su esposo como su hija, negaron los cargos y la acusaron de haber sido ella misma la que se había lastimado y golpeado. La evidenciaron como “neurótica y loca”, expusieron que también Armando estaba trastornado.

Por orden del juez, la *sra. Carmen* fue a recoger sus pertenencias personales a “su casa”, acompañada de la abogada. En ese momento, el sr. Emilio la quiso tirar por las escaleras y la amenazó de no darle el divorcio “ni muerto”; la agresión se extendió a la abogada, pues se presentó Fátima y golpeó el automóvil de la abogada amenazando a la *sra. Chela*.

El sr. Emilio. habló con sus vecinos para pedirles que testificaran en contra de la *sra. Carmen*, cuestión que no logró.

Karen amenazó a la *sra. Carmen* telefónicamente, le dijo que “*jamás volvería a ver a su nieta y que su nieta ya no quería saber nada de ella*”. Esta acción era la más dolorosa para ella.

Armando, no volvió a caer en las provocaciones de sus hermanas y de su padre; conducta que fue reconocida por la *sra. Carmen* y por el equipo terapéutico .

Tanto la *sra. Carmen* como Armando se unieron, pero sin perder de vista que cada uno tenía su propio rol, y así lo demostraron.

La *sra. Carmen* contó que en el siguiente careo, tanto sus hijas como su esposo la siguieron agrediendo y humillando. La juez les indicó atención psicológica para todos juntos, a la cual sólo la *sra. Carmen* y Armando asistieron, situación que se registró como agravante del acta por lesiones levantada por la *sra. Carmen*.

A largo de la terapia, la *sra. Carmen*, confesó que ya había perdonado a sus hijas, con mucho dolor ella, reconoció que en “verdad” no conocía a sus hijas. Las cuestiones de violencia se encontraban volcadas en contra de la *sra. Carmen* para agredir al hermano. Se manejó la metáfora de que “*una manzana podrida pudre toda una canasta, y no al contrario: una manzana sana no le quita lo podrido a las demás, la única salvación es salirse del cesto*”.

Mientras continuó el proceso de divorcio, la *sra. Carmen* empezó a vender artículos de papelería y a diseñar: tarjetas de presentación, calendarios, etc., fue apoyada por los proveedores que conocía. Ayudó a su hermana y a su sobrino con los gastos de la casa, pero se tuvo que mudar con Armando a rentar, porque su hermana descubrió que su hijo era drogadicto y prefirió vender su casa y mandarlo a una granja.

Posteriormente, el MP., citó a la *sra. Carmen* para un careo con Karen y con su esposo; para ratificar su denuncia en contra de ellos. Estando en los “separos”, Karen la chantajeó y la ofendió le dijo “que Itzel jamás le perdonaría que metiera a la cárcel a su mamá, pero que si retiraba la denuncia – se iba a arrepentir”, esta amenaza estuvo apoyada por Fátima.

Fue relevante que esto sucediera, para que la *sra. Carmen* cuidara de ella misma; se le ayudó para que diferenciara entre el **rol madre – hija**; con el de **adulto – adulto**; su hija era una adulta que cometió un daño hacia la *sra. Carmen* sin importarle que fuera su mamá. Las leyes tenían que ser cumplidas, aunque fuera su hija.

Finalmente, tanto Karen como el sr. Emilio., salieron bajo fianza.

El papá de la *sra. Carmen*, se agravó de salud en Veracruz; no pudo cooperar económicamente pero sus hermanos la ayudaron. Ella ofreció viajar para cuidar a su papá como enfermera.

La *sra. Carmen*, reconoció que de no haber sido por que se decidió a “tomar su vida en sus manos” no hubiese salido adelante de tanto problema.

Mientras ella se ausentó de la ciudad, su esposo: el sr. Emilio. la contrademandó.

En la contrademanda, el Juzgado 10° de lo Familiar exigió la presentación del expediente clínico de la *sra. Carmen*, tanto en el Hospital Psiquiátrico “Ramón de la Fuente”, como al Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”.

La *sra. Carmen* se sintió apenada por las acciones ilógicas y violentas de su esposo en contra de las personas que le estaban ayudando en ambas instituciones, pero decidió que a pesar de lo que sucediera “ellos no la verían derrumbada, al contrario como mujer trabajadora se levantaría y recuperaría lo que tuvo algún día pero sin sufrir”. Sus mecanismos de afrontamiento fueron otros, ya no se sobre medicaba, ni ponía en riesgo su salud; por el contrario, se estaba cuidando más y ya no permitía que las palabras la lastimaran, tuvo claro que “la canasta estaba podrida y había que saltar de ella para salvarse”.

Durante la sesión de cierre, la *sra. Carmen* entregó una reflexión que escribió: “*cuando empecé la terapia yo me encontraba bajo mucha presión. Yo no me di cuenta que tenía la autoestima por los pies o debajo de los pies...hablaba de todos y de todo, pero de mí, de mí yo no hablaba, primero era el negocio, todo lo relacionado con mis hijos, con todo... menos*

de mi persona...cada uno me manejaba a su antojo y yo no veía más adelante que mi nariz, que triste era que yo me preocupara por medio mundo y nadie por mí...yo no me daba cuenta, gracias a ustedes, yo me fui dando cuenta que llevaba muchos años sin tener una superación por mí... el año pasado sentí que por fin iba a terminar de sufrir separándome de la persona con la cual había vivido muchos años. Yo me preguntaba si realmente tuve amor o viví con el miedo toda la vida... y he vivido las consecuencias de mis actos pero hasta este momento ya crecí como una mujer que vale mucho. Ustedes me enseñaron a valorarme a subir mi autoestima, sufría por todo: chantajes de mis hijos, chantajes de mi esposo, presiones de clientes porque yo tenía toda la responsabilidad con proveedores, con mi hija, atendiendo la comida, dirigiendo siempre una mini empresa. Yo era la secretaria, la dueña, la que tenía que embarcar y resolver los errores... lo más difícil fue en junio cuando tronó todo, hasta mentiras por parte de mis hijas a las que ya perdoné y sigo queriendo...y lo más duro, lo de mi nieta, que es mi adoración. Después las agresiones físicas, emocionales y verbales para mí, a pesar de estar en terapia sentía que –el mundo se había acabado-. Sin embargo, salí adelante sin volverme loca. La sra. Carmen de antes, ya no está. Está la sra. Chela del hoy y del mañana... si tú me preguntas ¿Cómo estoy?, con la autoestima hasta la cabeza, por que sé que como mujer valgo mucho, como persona trabajadora y como ser humano con sentimientos y virtudes, y ... no te vayas a reír, pero ahora me siento una mujer muy bonita y cada día que pasa me voy a sentir bonita. Voy a regresar un poco a mis recuerdos pero ya no me hace daño hablar de ellos, ya siento que superé lo malo... que ahora voy a vivir siempre el presente, que no me voy a dejar pisar por las personas, que me siento bien... que ahora soy YO, ayer YO, mañana YO y siempre YO. YO primero y que sí: soy una mujer valiosa e inteligente... Me siento liberada aunque no haya firmado todavía el divorcio, me siento grande, me siento sin miedo, en paz conmigo misma y me siento en paz con mis padres... yo no vivo con odio ni con rencor... Denisse, desde el fondo de mi corazón, poco a poco logré, y ustedes me hicieron lograr este TRIUNFO, por que para mí es triunfar, superar momentos tan pero, tan difíciles. Ahorita con mucho orgullo les digo: ya lo superé, ya soy otra persona, ya me siento otra – Carmen – a pesar de que siguen los problemas, lo tomo de otra manera, con madurez; por que yo no permitiré nada de nadie... Gracias mil gracias por toda la ayuda, por haberme sacado adelante, por escuchar tanto y tanto... El viernes pasé por donde vivía y vi mi casa, se ve triste; pero yo no me sentí triste, a 7 meses de ya no vivir ahí, ya lo superé... GRACIAS”

Con base en estas líneas, como mensaje final se le dijo que “*ella ya había tomado su vida entre sus manos y que seguramente todavía faltaban situaciones dolorosas por venir. Pero, la diferencia era la que ella misma reconocía: era otra... fuerte, decidida y capaz.*”

Por último, la sra. Carmen expresó que se iba a Veracruz por tiempo indefinido a cuidar de su padre que seguía muy delicado de salud. Esta decisión, le permitió alejarse de tanto daño que sus hijas y su esposo buscaban hacerle.

Análisis y discusión teórico – metodológico de la intervención clínica

Este caso fue muy complejo y difícil. El *juego familiar* era muy dinámico y engañoso. Los cambios de posición, colusiones, traiciones, complicidades, riesgos extremos, etc., estuvieron a la orden del día. La prescripción invariable de la Escuela de Milán “la autonomía de los sistemas” era la acertada.

Considero que la situación de Violencia se encontraba instaurada en cada uno de los miembros de la familia, de momento esta situación era evidenciada por alguno al atacar al otro. Pero cuando no había ataques frontales, se auto atacaban todo con la finalidad de no romper su “muégano psicótico”; su aglutinación enfermiza.

En el libro “*Los juegos Psicóticos de la familia*”, encontré algunas explicaciones que me parecieron describían a pie juntillas la dinámica observada. Como:

- Al intentar lograr la *jerarquización de los subsistemas*, diferenciando y separando los roles invertidos (hijo – padre; hija - abuela); se desequilibró totalmente la *jugada*. Y entonces, la provocadora del desequilibrio (sra. Carmen) pagó las consecuencias.
- Se empezaron a romper “secretos” que coludían a 2 distintos subsistemas, generando confusiones y traiciones → amigas = madre e hijas; traición al destapar a la madre con el padre, buscando venganza. Las amigas → se volvieron enemigas. Despareció la jerarquía madre – hijas, por lo tanto la autoridad y el respeto
- Se generaron discursos doble vinculares: el padre violento que “deja” de serlo a través del alcoholismo → ahora “adoctrina” al hijo pateándolo en el suelo mientras le lee la Biblia, para que aprenda, por su bien.
- Se presentó el *embrollo psicótico*, brincando de un día a otra: la hija Karen prefería a la madre en lugar del padrastro → cuando la madre la mueve a una posición de no – sobreprotección y le pide madurez → Karen se vuelve hacia el padrastro para demostrarle que le es incondicional y traiciona las confidencias de la madre, dándole poder al padre contra la madre. La relación intergeneracional privilegiada (madre - hija) se perdió, pero rápidamente se instauró entre la hija y el padrastro.

- Karen al traicionar a la madre, intenta castigarla por la relación envidiable que tenía con Armando, su hermano.
- Se establecieron 2 parejas intergeneracionales: madre – hijo; padrastro – hija.
- Armando establece los enredos relacionales., con sus intentos suicidas y sus cuadros depresivos. Cuando se sintió traicionado por su hermana Karen, quien se iba a independizar con su niña, decide suicidarse para evitar que esto suceda, y así fue.
- La *instigación*, se presentó todo el tiempo: el hijo instigaba a la madre en contra de la hija que era madre soltera para que se hiciera cargo de su niña. Las hijas instigaban a la sra. Carmen en contra de su hermano para que lo corriera; las hijas instigaron a su padre para que destruyera a la madre y de paso para dejar solo a su hermano. El padrastro instigó a la hija madre soltera para que cuidara a su niña o se la quitaba. En todas las interacciones de provocación, se encontraba rabia disimulada que se manifestaba como instigación: víctimas – victimarios y cambiando el rol sin aviso aparente.
- Igualmente se observó *juego de impasse* o, sea aquel en que los adversarios parecen destinados a afrontar eternamente una situación sin salida: su relación no conoce verdaderas crisis, ni escenas catárticas, ni separaciones liberadoras: *Cada uno de ellos exhibe cada tanto una serie espectacular de movidas de ataque, de provocaciones y de triunfos aparentes alguno parece estar siempre a punto de llevarse la mejor parte, pero el otro, sin perder la calma invariablemente realiza una movida que equilibra el puntaje.*

Conclusiones

Para mí, este caso ha sido el caso más importante en mi preparación como terapeuta.

En lo personal, considero que el resultado final se debió en parte a la gran preparación y cercanía de la Mtra. Carolina Díaz – Walls, quien en todo momento me guió y me orientó para analizar el *juego familiar psicótico* que estaba atendiendo.

Tanto el apoyo personal como el profesional me permitieron no ser “devorada” por el sistema familiar. Tengo la certeza de que todas las intervenciones que se hicieron y las palabras utilizadas fueron muy bien pensadas por el equipo, la supervisora y por mí.

La circularidad y la neutralidad, fueron “mástiles” para no perder de vista la meta terapéutica, y fungir como una “columna” inamovible en los momentos de mayor crisis.

Confieso que cuando llegó el citatorio de presentación del Juzgado 10° de lo Familiar, me asusté y me molesté. Me di cuenta que el caso era en “verdad” complicado, pero esa acción no

me hizo escatimar esfuerzos para ser justa y fuerte en mi compromiso personal y profesional con la única persona que deseaba “curarse”= la *sra. Carmen*.

En algunas sesiones, pensé que sería casi imposible lograr cambios en un sistema familiar tan patológico; ahora tengo la seguridad de que sí se pueden *deshacer muchos nudos, si vamos uno por uno y poco a poco, sin desesperar*.

Reitero mi agradecimiento y todo el apoyo a la Mtra. Carolina Díaz –Walls, que en mi persona sentí, no sólo como terapeuta. Porque me sentí respaldada y validada en mi sentir y en mi estilo personal para intervenir, fue un HONOR contar con su ayuda y supervisión. Gracias.

EXPEDIENTE 2

INTEGRACIÓN DE CASONo. De expediente: **040231**

- No. De sesiones : **12**

2004	20 y 27 de sep; 4 y 8 de oct; 8, 15, 22 y 27 de nov; 7 de diciembre
2005	17 de enero; 7 y 21 de feb; 7 marzo.

- Nombre de la PAREJA LÉSBICA: *T. O.*
- Terapeuta: Denisse Michel Quintero
- Co – Terapeuta: Judith Murillo Palacios
- Equipo: Ruiz Cortez Marlene del Rocío
- Supervisora: Mtra. Nora Rentería
- Modelo: Soluciones
- Supervisión Narrada

1. Datos de Identificación

Nota: cada una de las chicas, llenó una solicitud de manera individual.

- Di., pidió el servicio refiriendo inseguridad que percibía en sí misma y problemas de pareja (celos y posesividad, sumisión).
- Arte., pidió el servicio para trabajar el duelo por la muerte de su madre.

Posteriormente en la pre consulta, les comentaron que las canalizarían a Terapia de Pareja y ambas accedieron.

Pareja lésbica; conformada por:

- *Di.*, de 23 años de edad, estudiante de Lengua y Literatura Hispánicas en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. De padres casados, con problemas por el carácter y las depresiones de la madre. Con 2 medias hermanas poco cercanas. Padeció *disartria nerviosa*, que le impedía articular sonidos, hacía 2 años (2002).
- *Arte.*, de 25 años de edad, estudiante de Filosofía y Letras de la UNAM. Su madre falleció en el 2002 después de una larga agonía a causa de cáncer de estómago. De padre lejano y poco amoroso. Tenía una hermana, con la que llevaba una relación cercana. Arte. fungía como hija parental.

2. Motivo de Consulta

“Problemas en la toma de decisiones, depresión y problemas de pareja. Mi pareja es muy posesiva y autoritaria y no marcar los límites de mi propio espacio, estoy acostumbrada a decir siempre sí, y a ceder en todo”.

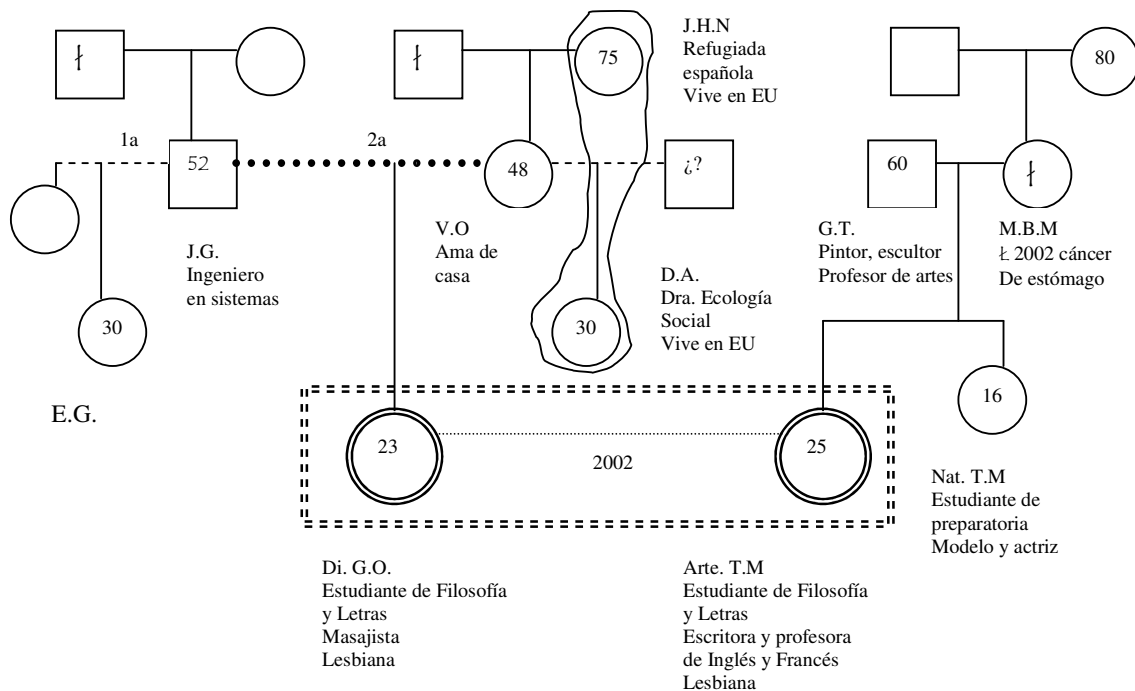
3. Descripción de la pareja

Es una pareja lésbica, vivían juntas desde hacía 2 años. Con características comunes:

- Ambas crecieron en ambientes cultos y sin preocupación por lo que “la sociedad dijera”
- Para ambas era la primer relación lésbica formal
- Con características físicas parecidas (de tez blanca, complexión robusta, altas, de ascendencia española, etc.)
- Estilo *hippie*
- Muy excéntricas y desenvueltas en su expresión verbal y corporal
- De pensamiento rápido y crítico
- Inteligentes y decididas
- Compartían el mismo círculo de amistades

Con los roles de *proveedor* y *ama de casa* diferenciados: Di., “ama de casa” y Arte., “proveedora”.

4. Genograma



5. Resumen

Antecedentes.- refirieron que cuando decidieron irse a vivir juntas coincidieron las situaciones de: su salida del clóset y la muerte de la madre de Arte.

En las 12 sesiones, ambas chicas se mostraron dispuestas a mejorar su relación, siempre cordiales y respetuosas entre ellas. Además, eran cariñosas y cercanas. Se encontraban al pendiente de las reacciones de la otra, utilizaban un lenguaje propio de su preparación universitaria y de los contextos culturales en los que se desenvolvían desde su niñez.

Para ellas fue un logro el independizarse y vivir juntas; sin embargo, reconocían que se estaba dando un sobre involucramiento que las llevaba a sentirse molestas y a discutir por lo mínimo.

Se conocieron en la facultada de Filosofía y Letras mientras estudiaban la carrera, fueron amigas 3 años antes de ser pareja. De hecho Di. tenía una relación con un chico que había sido seminarista, pero que era bisexual y la contagió con el Virus del Papiloma Humano y de otra ITS. Esto desilusionó enormemente a Di. quien padeció de una *Disartria nerviosa*. Durante 6 meses, la única que la entendía y le servía de traductora fue Arte. circunstancia que las unió y las llevó a compartir todo el tiempo.

Desde antes de darse cuenta que se estaban enamorando, ambas se consideraban *bisexuales*, sin tener ningún prejuicio acerca de esa orientación sexual.

Mientras Di., estuvo imposibilitada para hablar, la madre de Arte. se encontraba en la última fase del cáncer que la aquejaba. Por lo tanto, Di. no se separaba de Arte., comentaron que prácticamente vivían en casa de Arte. ya que el padre de Arte. prefería no estar en casa por el miedo de ver morir a su esposa. Arte. se hizo cargo de su hermana Nat. en todo sentido para evitar que sufriera mucho. Nat. y Di. se hicieron grandes amigas.

Al morir la madre de Arte. Di. les dijo a sus padres que tenía una relación amorosa con Arte.

La madre de Di. la corrió de la casa y su padre no la defendió.

Arte. decidió que vivieran juntas y que nada las separara. Dejó la universidad y entró a dar clases de inglés y francés en un instituto privado.

El círculo de amistades las apoyaron.

A 2 años de su independencia: ambas chicas no habían solucionado sus cuestiones particulares. A lo largo de las sesiones, tanto Di. como Arte. siguieron las indicaciones de la terapeuta y la co – terapeuta para resolver los problemas de la administración del dinero en el hogar y para evitar las peleas por los quehaceres domésticos sin mucho esfuerzo.

La pareja utilizaba muchas metáforas y refranes, este lenguaje fue utilizado por mí y por el equipo para conseguir el cambio.

Después de 9 sesiones, consiguieron un departamento más amplio y se compraron una perrita para simbolizar que eran una familia unida. En el departamento cada una decidió tener y decorar su propia recámara, así como acondicionar la tercera recámara para ambas. Esta situación disminuyó las discusiones acerca del orden y la limpieza. Permitió que los proyectos individuales se llevaran a cabo en tiempos acordados y determinados durante las sesiones.

Su dinámica mejoró.

Entonces se trabajó de manera individual acerca de los problemas detectados: la relación psicotizante entre Di. y su madre; y el duelo por la muerte de la madre de Arte.

A pesar de ya no vivir con su madre: Di. no estableció límites claros en su relación madre – hija, todas las discusiones y enfrentamientos de ellas dos producían un desequilibrio entre Di. y Arte. la situación se tornaba grave y después latente, hasta que volvía a estallar. La decisión era renunciar a “un imposible” que era “que su madre pensara y se comportara como Di. quería”, poner el límite claro y definido que separara su vida de pareja con la vida anterior de hija de familia.

- En relación al duelo de Arte se trabajó *narrativamente* para que Arte cerrara ese ciclo. A través de la idea de decir “hola” al recuerdo y no “adiós”. Arte compartió que su mamá siempre fue una mujer fuerte y que supo que no viviría mucho tiempo. Ella recordaba a su madre como una persona enferma toda la vida. Se dio cuenta, que se había estado preparando para la “despedida” y que sus proyectos como escritora habían sido impulsados por su mamá. El seguir escribiendo poemas y publicando sus escritos era parte de lo que deseaba en lo personal y lo que compartió con su mamá. Fue reconocido su rol de hija parental y se le invitó a que asumiera un rol de hermana, ya que su hermana se lo estaba reclamando.

La dinámica de pareja mejoró y se cerró el caso, alcanzando las metas terapéuticas.

La pareja decidió compartir como proyecto conjunto, la organización de un colectivo de jóvenes gays para la marcha del Orgullo LGBTTT de ese año.

- Como proyecto personal: Di se prepararía para ser reverendo de la Iglesia de la Comunidad Metropolitana Ortodoxa.
- Como proyecto personal Arte publicaría su segundo libro de poemas lésbicos con tema erótico en 5 meses.

En la sesión de cierre agradecieron con una metáfora “si no se cubre un vacío, el vacío te devora innegablemente”. Se les observó en una relación más estable compartiendo un proyecto en común y respetando los proyectos individuales. Tanto Arte como Di decidieron

mantener una relación cordial pero distante con sus familias de origen mientras consolidaban la etapa que estaban viviendo.

La pareja agradeció el haberse sentido plenamente comprendidas y nunca cuestionadas por su orientación sexual. Comentaron que esa fue la razón por la que continuaron la terapia, pues a los lugares en donde habían ido lo primero que les cuestionaban era el tipo de relación que tenían “*seguramente no son lesbianas y se sienten confundidas*”.

6. Problemas identificados por la pareja.

- Dificultad para establecer acuerdos en cuanto a los quehaceres domésticos
- Círculo de amistades compartido sin tener alguna amistad exclusiva de cada una.
- Dificultad para delimitar espacios individuales
- La no adecuada administración de los recursos económicos, generaba discusiones.
- Posesividad y celos de ambas.

7. Problemas identificados por la terapeuta y el equipo

- Límites difusos en los holones individuales.
- La no elaboración del duelo de Arte
- Graves problemas entre la madre de Di y Di
- El peligro de fusión de identidades que en los procesos de parejas lésbicas sucede con frecuencia.

8. Metas terapéuticas

- Diferenciar los espacios de intimidad de pareja
- Evitar la fusión de identidades como pareja lésbica
- Establecer tareas y tiempos específicos para cada una en pro del bienestar en el hogar
- Buscar espacios de intimidad personal
- Consolidar las metas personales pendientes de cada una

9. Principales Técnicas y Análisis y discusión teórico – metodológico de la intervención clínica

A partir del Modelo de Soluciones, consideré que la *sesión* era ya la *intervención*.

Se siguió la estructura que propone el modelo, en etapas:

- **Unión** → durante las primeras sesiones, para lograr el enganche terapéutico

- **Una breve descripción del problema** → se llevó al cabo en cada sesión. Idear las intervenciones. El que se hayan podido identificar **Alternativas** con respecto a los **intentos de solución** fallidos permitió tomar otros caminos.
- **normalización** a través de elogios e intensidad por el hecho de ser una pareja decidida a vivir su relación, a pesar de encontrarse inmersas en una sociedad tradicionalista que las señala.
- **definición de objetivos**

Se utilizaron **preguntas de avance rápido**: preguntas hipotéticas, sobre la excepción, preguntas para conocer la queja, para conocer las secuencias, preguntas constructivas, preguntas presuposicionales y preguntas orientadas a futuro.

Se empleó el uso de **escalas**, para medir logros pequeños y metas grandes.

La **aplicación de una escala** como forma de conocer la gravedad o el nivel de avance resultó muy útil. Igualmente, se aprovechó la vasta cantidad de conocimientos de ambas chicas, las **metáforas**, los dichos y refranes mencionados por ellas.

Cada avance en relación a las metas terapéuticas fue elogiado. Se utilizaron **tareas reflexivas** y se generaron **connotaciones positivas**.

Las **preguntas para resaltar las excepciones** fueron útiles a lo largo de todo el proceso terapéutico. El uso del **lenguaje condicional** y **del lenguaje de las pacientes** nos permitió a mi co – terapeuta y a mí ser cercanas y empáticas y mostrar interés en toda la información que compartieron.

Las **reencuadres** y **normalizaciones** realizadas sobre la identificación de las dinámicas que surgen en las parejas cuando viven juntas; permitieron crear una alternativa real de resolución de los conflictos propios de “una vida de pareja” y de la organización necesaria que requiere una casa para mantenerse en pie.

El resultado fue la rápida organización de su casa y la disminución de sus peleas.

Se utilizó la **prescripción de la recaída**, cuando se trataron los temas de el duelo de Arte y los problemas de relación madre – hija de Di., ya que, eran temas individuales que estaban provocando efectos dañinos a la relación de pareja. Se logró que ambas chicas establecieran los límites adecuados y que invirtieran sus energías en la etapa que estaban viviendo, en su proyecto de pareja.

Finalmente, sentí como terapeuta que el Modelo se adecuó a las necesidades y características de la pareja teniendo un cierre exitoso.

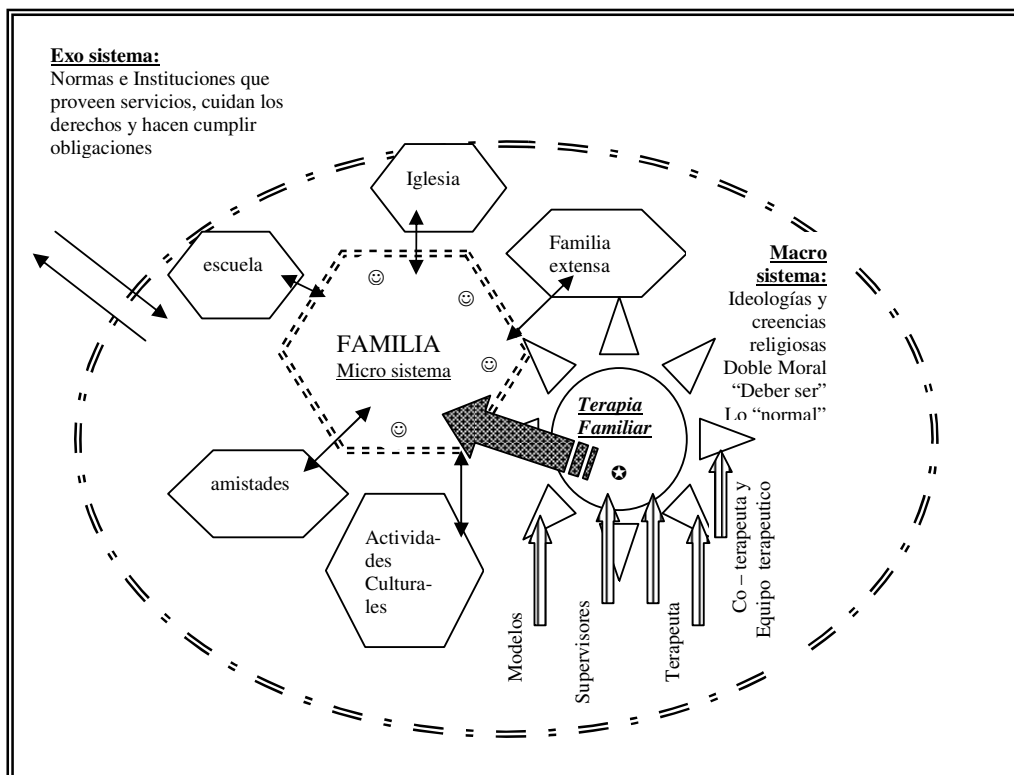
10. Conclusiones

Este caso fue la oportunidad para poner en práctica todos aquellos conocimientos que habían estado estudiando e investigando acerca del apoyo familiar y la identidad homosexual adolescente. Además, me permitió poner en práctica el Modelo de Soluciones en una relación de pareja lésbica que no es común encontrar.

Asimismo me di cuenta que la importancia del lenguaje para idear y proponer las intervenciones. Con ambas chicas por la atención y rapidez de su pensamiento tenía yo que ser muy puntual, ya que en cada explicación o narración de sucesos utilizaban un sinnúmero de analogías y metáforas en un nivel de pensamiento elevado. En cada sesión tenía que estar muy pendiente para evitar que el objetivo se perdiera y junto con mi co – terapeuta encaminar a la pareja a lograr el cambio que deseaban.

En general, fue un caso muy tranquilo y considero que la actitud de empatía y cercanía que mostramos, tanto mi co – terapeuta como yo; nos permitió avanzar a buen ritmo. La pareja mencionó en la sesión de cierre que se había sentido respetada y siempre “escuchadas”.

Análisis de Sistema Terapéutico Total basado en las observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes de trabajo clínico.

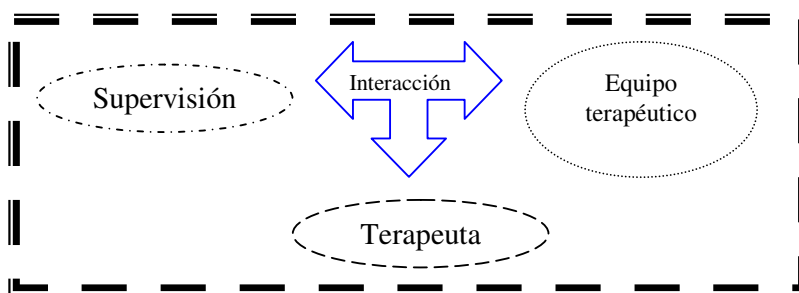


Adaptación del Modelo de Sistema Social, propuesto por Bronfenbrenner (en Andolfi, 1977), a partir de su Concepción Ecológica.

La familia es el primer grupo socializador en la vida de las personas. Todo conocimiento es adquirido a través del Aprendizaje empírico. La finalidad de este sistema debería de ser la generación de seres humanos independientes y capaces de la toma de decisiones para el logro del bienestar propio que se reflejara en sus contextos cercanos.

Tanto el exo sistema como el macro sistema, se encuentran influenciando a los micro sistemas: las familias.

Considero, que la relevancia de tomar este modelo como base en el análisis del pensamiento y conductas de las familias, me permitió tomar a consideración cada caso. Asimismo, tuve la opción de ubicar y reconocer mis propios prejuicios e ideas pre- concebidas que poseo, ya que la influencias del exo, macro y micro sistema podían sesgar mi actuar como terapeuta sistémica.



Supervisor - terapeuta

Sin dudar, cada uno de los supervisores me fueron “llevando de la mano” para ubicar cada temática en contextos referidos. Algunos contextos, ya los había conocido y otros no. En los contextos conocidos pude fácilmente corroborar la información que poseía, y en los contextos no conocidos, tuve el campo libre para los nuevos aprendizajes.

Supervisor – equipo terapéutico

La guía y apoyo de la supervisión, también estuvo presente. No sólo en las cuestiones de la supervisión de los modelos y de la pragmática de las intervenciones, sino de la misma forma, para atender los estilos propios de ser de cada uno de los miembros del equipo terapéutico. Sinceramente, agradezco el cuidado y el interés mostrado en mí persona como parte del equipo terapéutico.

Equipo terapéutico – terapeuta

Dentro de este análisis, quiero mencionar que la ocasión de tener un equipo terapéutico fue única. Siempre convivimos con respeto y apoyo en nuestro actuar profesional dentro del entrenamiento en la maestría. Reconozco que la oportunidad de interactuar a nivel profesional con otros terapeutas, plenos de diversos conocimientos y experiencias fue invaluable.

En general, en este análisis mi objetivo fue recalcar que la interacción entre los sistemas de salud como los sistemas que nos buscan para resolver situaciones problemáticas, se encuentra en todo momento presente. Existen otros subsistemas que no dejan de marcar sus efectos en mi formación; la personalidad, la experiencia, los intereses particulares, las expectativas, etc., que ahora tengo presentes. La diferencia que crea la diferencia en mi persona, fue estudiar esta Maestría en Terapia Familiar.

2. Habilidades de Investigación

2.1 Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa

Investigación Cuantitativa

Apoyo familiar y proceso de identidad homosexual adolescente

Resumen

En este artículo se presenta una propuesta de ante proyecto de investigación cuantitativa: el piloteo de una entrevista semi estructurada con preguntas e indicadores de cómo la familia ha reaccionado ante la revelación de la homosexualidad de un adolescente. El objetivo es que la familia y el adolescente homosexual puedan integrarse, dejando a un lado el estigma y rechazo familiar.

Para abordar las cuestiones relacionadas al apoyo familiar y el proceso de identidad homosexual adolescente que impacta en la dinámica y estructura familiar.

El interés de la presente investigación es dar a conocer la importancia del apoyo familiar en el proceso de identidad homosexual desde la perspectiva particular del adolescente y de los miembros de la familia. Así como alcanzar la consolidación de las relaciones paterno filiales para reconocer e incorporar la identidad de la persona homosexual a la identidad familiar, estimando a la familia como un lugar seguro y acogedor, pleno de confianza y respeto.

Palabras claves: familia, orientación homosexual, apoyo familiar, identidad Homosexual adolescente.

Marco teórico

Desde que Foucault afirmó que el sexo ha llegado a ser “la verdad de nuestro ser”, ya que lo erótico se convirtió en el núcleo de un *self* esencial, elemento definitivo de la individualidad, se ha considerado a la sexualidad como parte integral de la Identidad.

Weeks (1998 en Szasz y Lerner, 1998) explica que la noción de Identidad sexual es ambigua; para muchos es un concepto fundamental que ofrece un sentido de unidad personal, un lugar social y en algunas ocasiones, implica un compromiso político. Cuando la norma se da por entendida, no todos necesitan decir con frecuencia “soy heterosexual”, pero decir “soy gay” o “soy lesbiana” es hacer una declaración acerca de los efectos personales y de una estancia específica en relación a los códigos de dominación sexual.

Acerca de la orientación sexual, ésta implica dos rasgos fundamentales del comportamiento sexual humano, por un lado se tiene la atracción sexual (física), la posibilidad de tener relaciones sexuales con otro individuo (no siempre con fines reproductivos) y por otro lado, el concepto erótico donde se encuentran las experiencias de gusto, fantasía y/o afectos en torno al placer. Se pueden distinguir tres categorías principales: heterosexual, homosexual y bisexual (De Cecco y Shively, 1984). Estas categorías toman una dirección fundamental al llegar a la adolescencia, ya que al ser un periodo de búsqueda de la identidad en la cual las personas pueden llegar a experimentar todo tipo de situaciones, así también empezar a reconocer que se es homosexual o lesbiana trastoca el rumbo de la toma de decisiones con respecto a su vida personal, familiar y social.

La *familia* posee una función mediadora dentro de una sociedad más extensa. Ella vincula al individuo, con una estructura social más amplia. Todos y cada uno de los miembros de la familia se encuentran bajo la vigilancia constante de sus parientes que se sienten en la libertad de criticar, sugerir, ordenar, halagar o amenazar para que se desempeñen las obligaciones familiares. Igualmente, la familia funge como modelo de interacción conductual y emocional, cada familia tiene sus propios códigos y tradiciones, claro está, siempre dentro del contexto cultural y social de la ideología del país que habita. Así, de manera implícita o explícita la familia ejerce cierta presión hacia sus miembros para ajustarlos a patrones de interacción del “deber ser” o de lo “esperado” según las expectativas familiares y sociales. Cuando la actuación de alguno de sus miembros no es el deseado, la familia busca corregir la situación. Por lo tanto, la familia siempre forma parte de la vida personal de los miembros de la familia.

Dado que en la adolescencia, es una etapa difícil y compleja que conlleva nuevas decisiones y responsabilidades de las cuales dependerá en gran medida el resto de la vida de la persona, dentro de todo aquello que el adolescente debe elaborar se tiene especial importancia en el desarrollo de una identidad, que le permita diferenciarse de los demás asumiendo expectativas propias y aprendidas, y que además le proporcionen un sentido de pertenencia, una ideología propia y un proyecto de vida definido.

Sin embargo, para el adolescente hombre o mujer, que descubre y reconoce deseos e impulsos homosexuales este proceso se complejiza aún más. Y por tanto, debe lograr el desarrollo de

una identidad homosexual plena y desestigmatizada que lo lleve a conformar una personalidad fuerte y estable con todo lo que esto trae consigo.

A lo largo del tiempo el adolescente puede tener una relación homosexual como experiencia sexual y eso no significa que sea gay, y alguien más puede tener relaciones heterosexuales como expresión sexual y saber que su afectividad y su atracción erótica son homosexuales. Prácticamente todos los homosexuales crecen dentro de familias heterosexuales, grupos de pares e instituciones heterosexuales. Como consecuencia crecen con los mismos estereotipos, juicios morales y respuestas homofóbicas de la sociedad, por lo tanto el estigma en el contexto de las relaciones sociales produce un distanciamiento entre aquellos con el estigma y aquellos sin el estigma. Este estigma pasa a la autoestima personal del homosexual y a su sentido de identidad negándole apoyo emocional y social positivo (Gordon y Mc Kendrick, 1992).

Estos adolescentes se enfrentan a un considerable estigma social en la sociedad mexicana que actúa sobre la conducta, las relaciones y los sentimientos sexuales dirigidos a personas de su mismo sexo. De esta manera, aprenden a ocultar su orientación sexual o a afrontar el estigma de manera abierta, ya que no pueden acudir a sus padres en busca de apoyo. Dentro de este contexto, tienen que hacer frente a las creencias religiosas y culturales que los denigran como personas y que invalidan sus sentimientos y sus relaciones íntimas. Así el panorama que enfrentan es devastador considerando la presión social y familiar, el cuestionamiento de los propios sentimientos, la confusión de expectativas y la intolerancia cultural. Estos adolescentes encaran el “problema” solos disimulando sus sentimientos ante los demás.

Kimmel y Weiner (1998) mencionan que el estigma social y el rechazo parental pueden provocar que el adolescente se escape de casa involucrándose en conductas de alto riesgo como la prostitución, las drogas y el alcohol. Además, en ocasiones la angustia puede llevar al adolescente al suicidio, como la forma mas clara de autorechazo y de no aceptación.

Actualmente es común escuchar acerca del estilo de vida homosexual, de los espacios que se han abierto, de los derechos y obligaciones a los que aspiran y, por supuesto, al trato digno y respetuoso que merecen. Pero ¿Qué sucede antes de llegar a esto?, ¿Cómo es que la persona logra asumir una identidad sexual distinta a la de la mayoría?, ¿Cuándo es que este proceso inicia y concluye, y de qué manera es llevado al cabo dentro de una sociedad

tradicional y convencionalista que a pesar de todo, busca legitimar a la sexualidad como sinónimo de reproducción?. Con la doble moral que en muchas ocasiones denigra a la mujer y la considera sólo en función del hombre, otorgándole a éste una autoridad que no le corresponde.

El descubrimiento que un hijo es homosexual puede sumir a las familias en un dilema que no previeron.

Todo esto procede de la arraigada idea a la que se le conoce como “el mito de la familia heterosexual” un ideal recurrente, fundamentado en la cultura, que orienta las convicciones y actos de las personas. También acarrea una serie de expectativas sobre cómo debería desarrollarse la vida; insiste en que sólo a través de la unión heterosexual y de la procreación cabe la felicidad. Así lo que salga de esta creencia menoscaba el sentido, hace la vida menos merecedora de la aprobación social y menos feliz. Los padres se arriesgan al ridículo, la lástima o la crítica por aceptar públicamente a su hija lesbiana o a su hijo homosexual. Igualmente, puede provocar que otros parientes y amistades duden de la capacidad educadora de los padres o incluso inducirles a preguntarse por la orientación sexual de los propios padres. Muchos investigadores señalan que el rechazo la intolerancia de los padres respecto de la orientación sexual de sus hijos puede disminuir significativamente la autoestima del hijo y la capacidad de orientarse positivamente en la vida.

Forman (1994) menciona que cuando los hijos revelan su orientación sexual a sus padres, pasan a ser pseudomiembros de la familia, temerosos y solitarios, incapaces de ser totalmente abiertos y espontáneos, de tener confianza en sus padres y hermanos, de desarrollar un sentido de plena autoafirmación; lo que les provoca estrés, tanto a los homosexuales como a sus familias, por el secreto, la ignorancia, la desesperanza y el distanciamiento. Los adolescentes homosexuales son especialmente vulnerables a la pérdida de apoyo de los padres en la lucha por integrar su orientación. Herdt y Boxer en Herdt y Koff (2003) señalan que en comparación con las personas adultas, los adolescentes que se encuentran al principio y en la mitad de la adolescencia puede que sean, por lo general, menos capaces de afrontar el aislamiento y el estigma de la identidad homosexual y que necesitan desesperadamente el apoyo de los padres.

Cuando no se consigue un reacomodo en la dinámica y estructura familiar, el fracaso familiar es inminente, ya que no conseguir integrar plenamente la vida de sus hijos homosexuales, con independencia de la edad que tengan, fragmenta la familia y será una

pesada carga por vivir. Los hijos homosexuales ya adultos pueden llegar a la conclusión de que es mejor marcharse lejos de la familia y así evitar las complicaciones de incorporar a su pareja al seno familiar.

Los autores Herdt y Koff (2003) estudiaron familias a las que sus hijos les revelaron que su hija o hijo era homosexual. Propusieron un modelo de fases que explica cómo la familia se iba incorporando a este proceso. Se retoma este modelo por estar dirigido a explicar lo que sucede en la familia y enfocar conductas que mantendrían como un factor importante el apoyo para reducir el estigma y rechazo social.

<i>Conductas</i>	<i>Desintegración</i>	<i>Ambivalencia</i>	<i>Integración</i>
Expresiones de culpa o vergüenza	Considerable culpabilización, sentirse violento o fracasado	Mixta: reacción interna más basada en la vergüenza de lo que se exterioriza	Escasa o nula vergüenza o recriminación: positiva valoración pública, coherente con las reacciones internas.
Revelación a personas ajenas al círculo familiar	Limitada: “No lo preguntes, no lo digas”; temor a herir a los demás o a romper las relaciones; pocas o nulas confidencias a otras personas.	Ambivalencia acerca de la necesidad y la incomodidad a decirlo; lo revelan a algunos miembros de la familia y a algunos amigos	Consideran la ocultación demasiado molesta, reconocen el alto precio que se paga por la ocultación; lo han dicho a la mayoría de los miembros de la familia y de las amistades
Efecto en las relaciones familiares	Igual o mayor grado de distanciamiento o de conflicto que antes de la revelación	Cambio positivo en algunas relaciones; mejor comunicación pero indecisión	Sensación de fortalecimiento de las relaciones; los conflictos producen mayor unión en lugar de distanciamiento
Valoración positiva de la orientación sexual	Nula	Creciente comprensión; sensibilidad	Capaces de valorar la positiva aportación del hijo homosexual o de la hija lesbiana
Relación con la comunidad de homosexuales, con los padres de homosexuales o	Poco o ningún contacto	Posible contacto con los padres de homosexuales pero rara vez con los homosexuales	Frecuente contacto con grupos de ayuda de la comunidad gay, al margen de que sean o no amigos de sus hijos.

con sus familiares			
Inclusión en el círculo familiar de los amigos, compañeros o parejas de sus hijos	Poco o ningún contacto	Variable: conflicto en la familia sobre si admitir al compañero del hijo homosexual o compañera de la hija lesbiana.	Alto nivel de inclusión; el contacto suele ser positivo, aunque no sea frecuente
Capacidad de proyectar un futuro para el hijo o la hija homosexual	Raramente	Más capaces de hacerlo, aunque con vacilaciones y temores	Generalmente capaces de proyectar un futuro, a diez años por lo menos.

Cuadro modificado del propuesto por Herdt, G. y Koff, B. (2002). *Gestión familiar de la homosexualidad*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

El presente estudio tiene como objetivo proporcionar información objetiva, actualizada, completa y necesaria para conocer y comprender *cómo se relaciona el apoyo familiar que experimentan los adolescentes homosexuales en el transcurso del proceso para consolidar su identidad homosexual dentro de la dinámica familiar*, aunado al cuestionamiento de las alternativas de vida existentes fuera del estigma social. Como tal, servirá para orientar, apoyar y guiar al adolescente y a su familia durante este proceso.

Metodología

Pregunta de Investigación

¿Cómo se relaciona el apoyo familiar en el proceso de identidad homosexual adolescente?

Objetivos

1. Conocer la relación entre el apoyo familiar y el proceso de identidad homosexual en adolescentes de 15 a 23 años de edad
2. Relacionar el apoyo familiar a la consolidación de la identidad homosexual
3. Describir en qué consiste el apoyo familiar en el proceso de identidad homosexual
4. Determinar la importancia del apoyo familiar en el proceso de identidad homosexual

Hipótesis

- Conceptual

Los adolescentes homosexuales son especialmente vulnerables a la pérdida de apoyo de los padres en su lucha para integrar su orientación sexual (Herdt y Koff, 2002).

- De Trabajo

Existe relación entre el apoyo familiar y el logro de la identidad homosexual

El apoyo familiar de calidad, acogedor, cercano, de soporte y amoroso impactará positivamente en el logro de la identidad homosexual

El apoyo familiar es determinante en la consolidación adaptativa de la identidad homosexual

Variables

- Variable Independiente

Adolescentes en proceso de identidad homosexual

- Variable Dependiente

Apoyo familiar

- Organísmicas

Edad

- De Clasificación

Sexo y escolaridad

Definiciones conceptuales

Identidad homosexual

La identidad homosexual implica que la persona ha reconocido, ha aceptado y ha integrado su homosexualidad en el conjunto de características que definen su sí mismo. Por lo tanto, la identidad homosexual es la coincidencia de deseos, sentimientos, actos y conciencia, que culminan en la aceptación de la persona como homosexual: en un acto de definición. Empero, estos elementos no suelen surgir simultáneamente, sino en épocas diferentes de la vida. Y no siempre se dan en el mismo orden: en una persona pueden aparecer primero los deseos, luego el amor y al final los actos; en otra, puede suceder todo lo contrario. No hay un orden, ni una progresión en el tiempo que sea común. De esta manera, se puede afirmar que existen grados o fases del proceso, que van desde experiencias y los deseos aislados, hasta llegar a una relación amorosa y a un estilo de vida abiertamente homosexual. Cuando esto sucede y se suman todos los elementos, entonces se llega a una Identidad Homosexual en la cual coinciden el sentir, el desear, el actuar y el pensar (Soriano, 1999).

Apoyo Familiar

En comparación con las personas mayores, los adolescentes que se encuentran al principio y en la mitad de la adolescencia puede que sean menos capaces de afrontar el aislamiento y estigma

de la Identidad Homosexual, por tal motivo necesitan desesperadamente el apoyo de sus padres (Herdt y Koff, 2002).

Adolescencia homosexual

El homosexual no toma conciencia de su orientación antes de la adolescencia o la juventud. No creció como tal, no fue educado para la homosexualidad; por lo tanto le faltó aprender hábitos y códigos sociales que necesitará en sus relaciones adultas. De modo que cuando comience a tener relaciones homosexuales tiene que aprender desde cero las reglas del amor, la amistad y la convivencia social. La adolescencia se torna un periodo difícil en el cual una persona que descubre que no *es* como la mayoría puede llegar a sentirse solitaria y aislada. Muchos homosexuales y lesbianas piensan en un principio que son los únicos con estas características entre su grupo de amigos. No existen modelos homosexuales para niños o niñas, además no se permite hablar de un personaje, maestro, héroe o alguien distinguido que sea homosexual. Se trata de una identidad que no está dada desde el principio, sino que se construye poco a poco, una identidad que no siempre se expresa de la misma manera, sino que cambia según el entorno inmediato y la etapa de la vida (Castañeda, 1999).

Definiciones operacionales

Identidad homosexual

Manifestación de conductas erótico – amorosas como: besos, caricias, abrazos, miradas, cercanía y expresión de deseos y fantasías orientadas hacia personas de su mismo sexo.

Apoyo familiar

- Manifestación de conductas amorosas cuando el adolescente homosexual se encuentre con otras persona de su mismo sexo en una relación de pareja o de galanteo. En situaciones tales como: cuando muestra conductas erótico – amorosas, o cuando comunique a sus familiares verbalmente la relación que ha establecido o que desea establecer con una persona de su mismo sexo, así al hablar de sus amistades homosexuales
- Convivencia e integración de la pareja y/o los amigos homosexuales a las actividades que la familia comparta con el/la hijo (a) homosexual
- Acompañamiento y defensa del estigma homosexual a nivel social
- No aislamiento de la persona homosexual dentro de la dinámica familiar.

Adolescencia homosexual

- Personas entre 15 y 26 años de edad que manifiesten conductas erótico – amorosas orientadas hacia personas de su mismo sexo.
- Mostrar conductas de reconocimiento y aceptación de la orientación preferentemente homosexual.

Muestreo

Muestra no probabilística intencional

Tamaño de la muestra: 100 adolescentes homosexuales (50 hombres y 50 mujeres)

Tipo de estudio

Descriptivo de campo transversal

Tipo de diseño

No experimental. Simple para una sola muestra.

Instrumento

Propuesta de entrevista semi estructurada a familiares de adolescentes homosexuales.

Ver ANEXOS

Discusión

A pesar de que en la actualidad, el tema de la homosexualidad es un tanto conocido, aun crea una serie de expectativas y situaciones a enfrentar tanto por parte de la familia como del adolescente homosexual. De la misma forma, para los profesionales de la salud mental se crean preconcepciones que crean algunas distorsiones al momento de abordarlos y de ofrecer un apoyo psicológico.

En la literatura clínica hay poco trabajo de investigación que busque vincular las variables de *familia, apoyo familiar e identidad homosexual adolescente*. Probablemente por la complejidad del tema. De la misma forma, la homosexualidad no es una característica presumible en el discurso de las familias en contextos sociales, menos en los contextos próximos de sus alrededores. Pasa a ser un “secreto a voces”: para ambas partes: adolescente homosexual y familia.

He generado algunas preguntas:

1. *Preguntas a nivel teórico*

- ¿Qué es la identidad sexual?
- ¿Qué es la orientación sexual?
- ¿en qué consiste la orientación sexual homosexual?
- ¿En qué consiste el proceso de Identidad Homosexual Adolescente?
- ¿Qué factores intervienen en este proceso?
- ¿Se ha hablado de la relación directa con la familia de origen en este proceso, cómo?
- ¿Existen investigación acerca de apoyo familiar y proceso de identidad homosexual adolescente?

2. *Preguntas a nivel empírico*

- ¿Cómo influye la cultura mexicana?
- ¿Cómo influye la religión?
- ¿Cómo lo vive la persona adolescente?
- ¿Cómo se construye un adolescente homosexual?
- ¿Cuál es la experiencia de vida de los adolescentes homosexuales mexicanos?
- ¿Cuáles son las creencias de la familia acerca de la homosexualidad?
- ¿En qué consistiría el apoyo familiar en este proceso?
- ¿Cuáles son las conductas que indicarían al adolescente homosexual que su familia lo apoya?
- ¿Cómo integra el adolescente esta etapa a su vida?
- ¿Cómo es la construcción de su identidad dentro de su familia?

Cuando realicé la investigación para mi tesis de licenciatura, para saber cómo se correlacionaba las dimensiones de Carácter (Fromm e Hinojosa) con las dimensiones de Autoestima (Satir), en 300 adolescentes homosexuales; al mismo tiempo participé en una ONG que apoyaba el respeto por la diversidad sexo-genérica. En ese tiempo pude percatarme que es un tema muy amplio y poco estudiado en adolescentes, pues generalmente se enfoca a la parte de prácticas sexuales y VIH-SIDA.

A través de esto, estuve segura que la familia y las creencias que ésta tuviera acerca de la homosexualidad eran determinantes para transitar un proceso de identidad que generalmente era difícil, doloroso y solitario.

Asimismo, estudié un *diplomado en sexualidad humana* y también me percaté que todo se había enfocado a la sexualidad heterosexual dejando a un lado las otras orientaciones sexuales. Finalmente, realicé una investigación acerca de orden de nacimiento y homosexualidad, encontrando que en México los hermanos menores se asumían en menor tiempo como homosexuales a comparación de los mayores o los hijos únicos. Y que las características que compartían las familias era un apego menor a las creencias religiosas, a comparación de aquellas familias que vivían bajo “dobles discursos” de moral.

En un futuro espero ir aplicando mi *propuesta de instrumento*, para ofrecer un test confiable y válido a mis compañeros terapeutas que lleguen a apoyar a familias que estén viviendo un proceso de aceptación de la homosexualidad de alguno de sus miembros.

Referencias

- Castañeda, M.(1999). *La experiencia homosexual*. México: Paidós.
- De Cecco, P.J., y Shively, G.M. (1984). *Bisexual and homosexual identities: critical theoretical sigues*. New York: Haworth.
- Forman, R. (1994). *The Family Heart: A Memoir of When our son came out*. Nueva York: Ballantine.
- Gordon, I y Mc Kendrick, B. (1992). *Male homosexuality in South Africa. Identity formation,culture and crisis*. Cape Town: Oxford University Press.
- Herdt, G. y Koff, B. (2002). *Gestión familiar de la homosexualidad*. Barcelona: ediciones Bellaterra.
- Martínez, M. P. G. y Michel, Q. D. (2002). *Autoestima y Homosexualidad Adolescente*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Michel, Q. D. *Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar*. Facultad de Psicología. UNAM. 4º Congreso de Investigación Formativa, Feb 2005.
- Soriano, R. S. (1999). *Cómo se vive la homosexualidad y el Lesbianismo*. Salamanca: Amaru.
- Szasz, I. y Lerner, S. (1998). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: Colegio de México.

Investigación Cuantitativa

Apoyo familiar y Proceso de Identidad

Homosexual Adolescente

ESTUDIO DE CASO

Resumen

En este artículo se presenta como una investigación cualitativa: un estudio de Caso. El objetivo consistió en conocer a través la experiencia de vida de una joven lesbiana de 26 años, de clase media y religión católica.

Se abordaron las cuestiones relacionadas al Apoyo Familiar y el Proceso de Identidad Homosexual Adolescente. A través de la metodología cualitativa: observación, entrevistas semi – estructuradas y elaboración de la autobiografía. Con esto se exploró cómo es que la joven inició su proceso y el impacto que conllevó en la dinámica familiar.

El interés de la presente investigación es dar a conocer una experiencia de vida plena de sentimientos, creencias y actitudes propias para ofrecer guías de acción en esta dinámica. Por último, la finalidad de este análisis es dejar en claro que un proceso que pareciera personal se torna en una totalidad con la familia, por lo tanto es una etapa de construcción y re significación para un todo.

Palabras clave: Identidad Homosexual, Familia, apoyo familiar

El contexto sociocultural es la institución que señala cuales son los parámetros que diferencian los roles de género, los estereotipos, los modelos a seguir, las etapas por cumplir, y todas aquellas características que consolidan una identidad propia, familiar, de grupo, y al mismo tiempo social en diferentes momentos de la vida.

El llegar a la adolescencia implica una serie de cambios que son difíciles de lograr. Pues, se deben de cumplir tareas fundamentales para la integración de las características propias de su personalidad lo que lo lleva a asumir o a rechazar expectativas impuestas por sus padres, por la sociedad, así como las propias. Es un transcurso en el cual, tomará elementos necesarios que le permitirán adaptarse a los cambios físicos y sociales. Una de las principales tareas es la de construir y establecer una identidad sexual y social, en la que quizá continúe fomentando el modelo heterosexual que actualmente sigue siendo considerado como única forma de vida válida, pues le da pauta para diferenciar estrictamente los roles entre hombres y mujeres, como lo mencionan Castañeda (1999) y Martínez y Michel (2002).

Dentro del contexto familiar, y durante la adolescencia la búsqueda por consolidar y mantener una identidad propia, que generalmente se fundamenta en las creencias, expectativas y modelos sociales conocidos y aprendidos. Cuando una adolescente, hombre o mujer, se enfrenta a reconocer que sus sentimientos de amor, atracción y convivencia se orientan mayormente hacia personas de su mismo sexo, y se percata que esto es contrario a lo que ha conocido como modelo de identificación; se inicia una crisis entre lo personal y lo social. Esto último, se encuentra representado por la familia de quienes ha vivenciado y retomado idiosincrasias sociales. Por tanto, lo que se esperaría que fuera un contexto de contención y ayuda, se torna un ambiente amenazador y sobretodo carente de amor.

A lo largo de este proceso para el adolescente homosexual y la adolescente lesbiana, tanto el estigma social como el aislamiento se intensifican y se viven a gran escala y en silencio, obligando al adolescente a vivir una doble vida dentro y fuera de casa. El apoyo familiar adecuado que se le otorgue facilitará el proceso de Identidad Homosexual.

Desarrollo

Para conocer cómo se relaciona el Apoyo Familiar en el proceso de Identidad Homosexual Adolescente se realizó un estudio de caso, en el cual participó una joven lesbiana de 26 años (R.), quien vive con su familia de origen, estudia una carrera universitaria y mantiene una relación de pareja con una chica de 18 años de edad.

Se le pidió a R. que elaborara su **autobiografía** y se realizaron 5 **entrevistas semi – estructuradas**, asimismo se utilizó la técnica de **observación** para apoyar esta investigación.

En la **autobiografía**, R. abordó las vivencias que tuvo durante su adolescencia: R. estudió en un colegio de religiosas para niñas desde el kinder hasta la preparatoria, se mostró interesada en participar de las actividades religiosas tanto del colegio como de la iglesia cercana a su casa. Profundizó en la ideología familiar, que antepone los preceptos religiosos a los sociales.

Una gran parte de lo que R. escribió explica cómo es que empezó a darse cuenta que su afinidad sexual se orientaba hacia las mujeres mayormente que hacia los hombres.

Se lo logra comprender que no fue fácil para ella romper con muchas de las expectativas que su madre tenía depositadas en ella. Igualmente, R. recuerda que a su madre en el colegio la madre directora le *metió* la idea de la posibilidad de tener una hija homosexual, entonces su madre decidió hablar con R., le preguntó si le gustaban las mujeres, R., lo negó al saber lo que su madre quería escuchar, después de que su madre le confesara su tranquilidad le dijo *¿Qué*

bueno que no eres homosexual, porque un día le dije a Dios, que si quería lastimarme, que me mandara un hijo homosexual? R., supo a partir de ese día, hiciera lo que hiciera debía evitar que su madre confirmara sus ya grandes sospechas acerca de que su hija era una de “esas”.

Cuando R. tenía 17 años su comportamiento era un tanto desafiante y masculino a los ojos de su madre, esto hizo que fuera el centro de atención en casa y en el colegio. Fue entonces que en plena adolescencia, se involucró sentimentalmente con una de su compañeras, inició como una amistad muy cercana, con cartas, detalles y recaditos en el salón de clases, R. reconoce que se dieron comentarios entre las profesoras y las religiosas pero nadie se atrevió a “nombrar” lo que estaba sucediendo, ni a decirles nada; finalmente, y con el pretexto de ensayar una obra de teatro, se besaron en la boca. Para ambas significó la auto – condena, y sin saber cómo manejar la situación se alejaron abruptamente. R. se encargó de convencerse que “la otra” era la que la había *contagiado* y que ella no era “lesbiana”, que no se iría al infierno. Obviamente, R. y la otra chica llamaron tanto la atención en el colegio con su cercanía, que con su alejamiento propiciaron que lo que se había pensado de ellas fuese confirmado. Las religiosas mandaron llamar a los padres de R., pues su agresión directa hacia la que fue su mejor amiga por los últimos 5 meses, era muy fuerte y comprometía la imagen del colegio.

R., reconoce que se arrepiente de lo que sucedió con su amiga, de no haber sabido como reaccionar.

Comenta que padeció bulimia y anorexia, que se involucró en situaciones de alto riesgo como drogas, alcoholismo y encuentros sexuales sin protección. En 2 ocasiones se escapó de su casa, pero la falta de dinero y la culpa la hicieron regresar. Cuenta que estableció una relación destructiva con otra compañera del colegio, quien la utilizó para no sentirse sola, pero cuando ella necesitaba sentirse querida y aceptada no obtenía respuesta. Durante esta relación, R., vivió maltrato físico y emocional por parte de su familia, su madre la encontró besándose y la golpeó, pateó y lastimó verbalmente. Fue cuando su madre le recordó que R. simbolizaba las culpas que ella, como su madre, tenía que purgar; con esta afirmación R., dijo haberse sentido totalmente humillada y despreciada sin olvidar que no se ha vuelto a sentir querida por sus padres.

R. con el paso del tiempo del tiempo, a intentado salir adelante. Estudia y trabaja, intenta no estar en casa y convivir con su familia cuando su mamá le pide que esté presente, la mayoría de las ocasiones para guardar las apariencias en los ritos religiosos y con la familia extensa. R. ha buscado establecer amistad con personas gay y frecuenta lugares de ambiente. Para establecer una relación de pareja intenta ser cuidadosa, pero tiene claro que le cuesta trabajo y que las relaciones que ha mantenido han sido destructivas y la dejan deprimida. Como metas, desea

terminar la carrera e irse lejos para poder perdonar las actitudes de su familia y encontrarse consigo misma en un ambiente de paz y tranquilidad.

A lo largo de las **entrevistas** se conoció que R. vivió y vive un proceso difícil dentro de un ambiente hostil, ya que imperan las creencias totalmente apegadas a la religión católica; viviendo la discriminación y condena principalmente de sus padres.

Reportó que ha carecido de apoyo, cariño y cercanía por parte de sus padres y 3 hermanos mayores, excepto su hermana 5 años menor que ella. Afirmó que la actitud de su familia la lastima y que igualmente se ha hecho *mucho daño* al intentar ser como su madre “*quiere que sea*”.

Comentó que ha vivido y vive una persecución por parte de su madre para saber acerca de su vida, y que se sentía “*atada*” al no poder ayudar a su pareja cuando se encontraba en dificultades. Se conoció que R. había iniciado su proceso de Identidad Homosexual, y cómo es que el miedo a lo desconocido y la suspicacia de su madre la llevaron a auto – agredirse, a lastimar a otra persona a quien ella quería y a dejarse dañar por una chica egoísta, lo cual sólo empeoró la situación en casa.

Con respecto al Apoyo familiar, se le preguntó a R.: ***¿qué es para ti el apoyo familiar?, ¿con que conductas de tu familia te darías cuenta que te apoyaron o des apoyaron en tu proceso de identidad lésbica?, ¿qué recomendarías a los familiares de alguien que vive o vivió un proceso como el tuyo?, ¿qué sientes ahora como una mujer con orientación sexual homosexual asumida?, ¿qué te dice el reconocer tu orientación a TODO lo que conforma tu forma de ser?***

R. respondió: “*Apoyo familiar, es cuando tienes la confianza de llegar con tu familia, y en especial con tus padres, a contarles algo que te haya sucedido o algún problema que tengas, y que tengas la confianza de que ellos te van a brindar su apoyo, es decir, que sin juzgarte o molestarte (aunque tal vez sí regañarte) te ayuden a salir a delante de tu problema o al menos te digan que todo va a estar bien.*” Las conductas que apoyaría serían su disposición a hablar del tema, la cercanía física y emocional, el querer conocer a mi pareja, el apoyo financiero, el dar espacios en casa, poder invitar a mi pareja o amistades sin malos comentarios, sin prejuicios.

A los padres les diría que apoyaran a sus hijos, que no trataran de entenderlos, sino que los aceptaran, que no se sientan culpables por lo que sus hijos son, ellos no tienen la culpa de nada. Que trataran de acceder a información confiable y neutral, para conocer la forma de apoyar adecuadamente a su familiar homosexual. Pero sobre todo, que no lo traten diferente de los demás solo porque es homosexual.

Me siento a gusto de mi sexualidad, me siento feliz de ser mujer (creo que es importante señalarlo, por los mitos que existen) Ser una mujer que ama, eso es lo que debo recalcar, no me siento avergonzada ni con miedo de que otros sepan que soy una persona que ama diferente, he roto con el tabú de “el amor que no se atrevió a decir su nombre” (Oscar Wilde). Me siento contenta de ser lo que soy, sé que será difícil siempre, pero de igual forma, estoy conciente que ser heterosexual, tiene también sus inconvenientes. Pero ante todo la paz de saber que soy homosexual, y que me gusta ser homosexual porque además me gustan mucho las mujeres para amarlas, cuidarlas, respetarlas, apoyarlas y tener en alguna de ellas una pareja que me ame, eso vale mucho para mi.

El reconocer mi orientación, hace de mí una persona más feliz consigo misma, capaz de aceptarse como es, aunque aun tengo problemas con la aceptación de algunas cosas de mí, como lo es el físico, la apariencia, etc. Soy como depresiva, pero eso no tiene nada que ver con mi orientación, tiene más bien que ver con la situación que se presenta en mi casa, donde ante mis padres, no puedo ser lo que soy. Algo importante, es que no necesito ser una figura masculina para dejar en claro mi orientación, si no por el contrario, necesito ser una persona altamente femenina para poder ser lo que soy, debo mantener mi dignidad humana, sin engañarme, sin mentirme, siendo lo que soy, con valor y respeto por los demás.

Discusión y Conclusiones

Con base a este análisis y a lo encontrado en el estudio de caso, se concluye que lo revisado en la literatura y la experiencia de vida de R., poseen cierta similitud, ya que es claro que en un proceso de construcción de identidad es necesaria la participación de la familia que aporte herramientas para fortalecer al adolescente, tales como la disposición a conocer formas alternativas de amor y convivencia; el aprender a expresar sentimientos de cercanía y cariño que aminoren el impacto y estigma social y, sobretodo, que la familia sea un lugar seguro para compartir los nuevos aprendizajes y se puedan crear nuevas formas de ser y permanecer.

Retomando el estudio de caso, se puede afirmar que es necesario y fundamental el vincular el Proceso de identidad homosexual adolescente con la cultura familiar, para facilitar a través del apoyo la consolidación de una identidad que integre aspectos emocionales y relacionales. Esta situación conlleva un proceso conjunto que va desde lo íntimo hasta lo social. Cuando se inicia involucra y cuestiona las premisas que mantienen la dinámica familiar establecida, todo el sistema familiar se ve desajustado e intentará equilibrarse de nuevo con los recursos y herramientas que posea.

Algunas de las creencias acerca de la homosexualidad son erróneas, y la función del terapeuta es facilitar la modificación de esa red de atribuciones y cogniciones para permitir una mayor libertad en la re-significación de la propia vida afectiva de la persona. Considero que una de las tareas a desarrollar es la de separar los sistemas de creencias en función de la sexualidad y deslindarlos de una supuesta universalidad. Desde el marco de la Terapia Narrativa de White, se esperaría que la familia y el adolescente co – construyeran una nueva forma de vida con respeto, amor y cercanía.

Con el presente trabajo se busca dar a conocer una experiencia de vida plena de sentimientos, creencias y actitudes propias para ofrecer guías de acción en esta dinámica. Por último, la finalidad de este análisis es dejar en claro que un proceso que pareciera personal se torna en una totalidad con la familia, por lo tanto es una etapa de construcción y re significación para un todo.

Referencias

- Castañeda, M. (1999). *La experiencia homosexual*. México: Paidós
- De Cecco, P.J., y Shively, G.M. (1984). *Bisexual and homosexual identities: critical theoretical issues*. New York: Haworth.
- Denzin, K.N. & Lincoln, O.C.Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. California: Thousands Oaks, Sage publications.
- Fazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical Psychology*. Ally and Bacon Pearson Education Company.
- Gordon, I y Mc Kendrick, B. (1992). *Male homosexuality in South Africa. Identity formation, culture and crisis*. Cape Town: Oxford University Press.
- Herdt, G. y Koff, B. (2002). *Gestión familiar de la homosexualidad*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Huberman, A.M. & Miles, M. (2002). *And expanded sourcebook Qualitative Data Analysis*.
- Martínez, M. P. G. y Michel, Q. D. (2002). *Autoestima y Homosexualidad Adolescente*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Meiriam, B.S. (2002). *Qualitative research in practice. Examples for discussion and analysis*. USA: Jossey – Bass.

- Neuman, L. (1991). *Social Reserch Methods Qualitative and Quantitative approaches*. Ally and Bacon Pearson Education Company.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. California: Sage publications.
- Pérez, S.G. (2002). *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes*. México: La Muralla.
- Szasz, I. y Lerner, S. (1998). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: Colegio de México.

3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria

La familia es el primer grupo socializador del ser humano. En este contexto se conocen las normas, los derechos, los estilos de vida y las formas de expresión de afectos, entre otras. La persona que descubre a lo largo de su vida que su atracción amorosa se orienta principalmente hacia personas de su mismo sexo, entra en un *remolino de emociones*, ya que es un proceso individual que se vive en un colectivo familiar. Este proceso es ajeno a la familia, hasta que el adolescente empieza a manifestar conductas y afectos que no son los “esperados” por sus familiares. Cuando sucede esto, el adolescente se encuentra medianamente preparado para afrontar tal situación, empero la familia no. Esto crea una disonancia entre lo que se piensa y se siente por ambas partes. Desafortunadamente, en la mayoría de las ocasiones la ignorancia, el miedo y la intolerancia destruyen las relaciones familiares.

La intención al realizar los siguientes materiales es contrarrestar la falta de información confiable y actual en esta problemática.

3.1.1- Material Didáctico: “Proceso de Identidad Homosexual Adolescente”

El interés en el tema del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente me llevó a idear un material, dirigido a los profesionales de la Terapia Familiar que se encuentren interesados en ampliar sus conocimientos acerca del tema, dentro del marco de la *Teoría del Construccionismo Social*; con información acerca de los siguientes cuestionamientos más comunes: *¿en qué consiste la Orientación Sexual Homosexual?, ¿Cómo es que se da el*

proceso de Identidad Homosexual Adolescente?, ¿Qué se entiende como Adolescencia Homosexual? Y ¿Qué es la Identidad Homosexual?

3.1.2 Guía para el Trabajo Terapéutico: “Terapia Narrativa en el Proceso de Identidad Homosexual Adolescente”

El objetivo de la presente guía, es proporcionar información actualizada dentro del marco de la Terapia Narrativa, en un tema que a pesar del tiempo continúa contándose como una de las dinámicas que impactan profundamente a las familias requiriendo todo un *cambio* en los sistemas de significación propios y compartidos hacia dentro y fuera del sistema familiar. Se encuentra dirigido a los profesionales de la Terapia Familiar, que se encuentren interesados en ampliar sus conocimientos acerca de cómo se da el Proceso de Identidad Homosexual, lo que implica en la metáfora narrativa y su manejo terapéutico.

Con base a mi experiencia clínica, este modelo me ha permitido ayudar a las familias a ser unidas, cambiando esquemas y discursos que lastimaban por nuevas alternativas de vinculación.

Ver ANEXOS

3.2.- Programas de Intervención Comunitaria: Talleres para Padres

A continuación se presentan los principales puntos de las cartas descriptivas generales.

Taller 1
TALLER PARA PADRES <i>“Estrategias para una comunicación familiar efectiva”</i> TERAPEUTAS FAMILIARES Michel Quintero Denisse Murillo Palacios Judith INTERVENCIÓN COMUNITARIA Profesora: Mtra. Silvia Vite San Pedro 2005
DURACIÓN: 12 hrs. 9, 16 de Marzo, 6, 13, 20 y 27 de Abril de 12:00 a 14:00 hrs
DIRIGIDO A: Padres de familia de la Escuela Secundaria Técnica “Benito Juárez”
NÚMERO MÍNIMO Y MÁXIMO DE PARTICIPANTES: Mínimo 10, máximo 20
ESPACIO: Biblioteca y Sala de Actividades Audiovisuales
OBJETIVOS General:

<ul style="list-style-type: none"> - Implementar estrategias para una comunicación familiar efectiva - Utilizar los elementos que facilitan la comunicación en las demás áreas de convivencia. <p style="text-align: center;">Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer la información sobre la comunicación - Identificar los obstáculos y elementos que facilitan la comunicación - Aplicar lo aprendido sobre comunicación a situaciones de la vida diaria
<p style="text-align: center;">TEMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elementos de la comunicación - Axiomas de la comunicación - McMaster: Comunicación clara/ directa; Oscura/ indirecta <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación no verbal - Obstáculos de la comunicación - Elementos que facilitan la comunicación
<p style="text-align: center;">FORMAS DE INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de técnicas de integración <ul style="list-style-type: none"> - Exposiciones temáticas - Retroalimentaciones - Dramatizaciones - Realización de dibujos

Taller 2
<p>TALLER PARA PADRES</p> <p>“Etapas Del Ciclo Vital Y Estrategias Para Una Comunicación Familiar Efectiva”</p> <p>TERAPEUTAS FAMILIARES</p> <p>Michel Quintero Denisse</p> <p>Murillo Palacios Judith</p> <p>INTERVENCIÓN COMUNITARIA</p> <p>Profesora: Mtra. Silvia Vite San Pedro</p> <p>2005</p>
<p>DURACIÓN:</p> <p>10 hrs. 12, 13, 17, 18 24 de Mayo, de 9:00 a 11:00</p>
<p>DIRIGIDO A:</p> <p>Personal de la “Comisión Federal para la protección contra Riesgos Sanitarios” (Químicos, Técnicos laboratoristas, administrativos)</p>
<p>NÚMERO MÍNIMO Y MÁXIMO DE PARTICIPANTES:</p> <p>Mínimo 10, máximo 20</p>
<p>ESPACIO:</p> <p>Un auditorio amplio y una explanada dentro de las instalaciones del Laboratorio</p>
<p>OBJETIVOS</p> <p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementar estrategias para una comunicación familiar efectiva - Utilizar los elementos que facilitan la comunicación en las demás áreas de convivencia. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer la información acerca del Ciclo Vital de la Familia y de la comunicación <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los obstáculos y elementos que facilitan la comunicación - Aplicar lo aprendido sobre comunicación y el ciclo vital a situaciones de la vida diaria
<p>TEMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etapas del Ciclo Vital

<ul style="list-style-type: none"> - Elementos de la comunicación - Axiomas de la comunicación - McMaster: Comunicación clara/ directa; Oscura/ indirecta <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación no verbal - Obstáculos de la comunicación - Elementos que facilitan la comunicación
<p style="text-align: center;">FORMAS DE INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de técnicas de integración <ul style="list-style-type: none"> - Exposiciones temáticas - Retroalimentaciones - Dramatizaciones - Realización de dibujos

Se elaboró un manual y materiales para las facilitadoras y a los asistentes se les proporcionó el manual del participante. La información que se había revisado durante el curso quedaba a disposición de los participantes para que la compartieran en casa y/o con su pareja.

Experiencia profesional

El que se hayan impartido estos talleres en escenarios distintos a uno clínico, me dejó como aprendizaje que la mayoría de las personas se encuentran ávidas de conocimiento y de estrategias para manejar situaciones cotidianas que, si en general no son graves, si les provocan cierto desagrado.

Mi compañera y yo decidimos abordar el tema de comunicación, puesto que es una problemática presente en todos los casos atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos. La comunicación es la raíz de las relaciones humanas y del cómo vayan evolucionando.

Desde la búsqueda de la información que les proporcionaríamos a los participantes hasta el idear las dinámicas para dejar un “*buen* sabor de boca” fue enriquecedor y agradable.

Tuve la facilidad para manejar ambos grupos y para acoplarme en un trabajo de equipo; las retroalimentaciones fueron una enorme enseñanza y me dejaron la invitación a esforzarme y a mejorar.

La diferencia del trabajo que se venía realizando en el entrenamiento clínico, reside en que, en estos talleres *nosotras* íbamos a los lugares de trabajo a ofrecer nuestros conocimientos; y no *ellos* a buscar ayuda. Esta diferencia me permitió ser más cuidadosa y cordial en ambos talleres. En definitiva, me ayudó a sentirme segura con los conocimientos adquiridos y a probar mis habilidades en manejo de grupos.

Referencias de los manuales elaborados para los Talleres.

- Andueza, M. (1995). *Dinámica de grupos en Educación*. Parte I. México: Edicor.
- Biehler, R. (1980). *Introducción al desarrollo del niño*. México: Diana.

- Berryman, J. (1994). *Psicología del desarrollo*. México: El Manual Moderno.
- Bradley, B. S. (1989). *Concepciones de la infancia. Introducción crítica a la psicología del niño*. Madrid: Alianza.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice-Hall.
- Davidoff, L. L. (1989). *Introducción a la Psicología*. México: Mc. Graw Hill.
- Delval, J. (1994). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.
- Erikson, E. (1993). *El ciclo vital completado*. México: Paidós
- Flavell, J. (1993). *La Psicología evolutiva de Jean Piaget*. Madrid: Paidós.
- Fitzgerald, H., Strommen, E., y Mckinney, J. (1981). *Psicología del desarrollo: el lactante y el preescolar*. México: El Manual Moderno.
- Gilbert, M y Shmukler, D. (2000). *Terapia breve con parejas: un enfoque integrador*. México: Manual Moderno.
- Irwin, M., y Bushnell, M. (1984). *La observación del niño: estrategias para su estudio*. México: Narcia.
- Hurrocks, J. (1984). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Mckiney, J., Strommen, E., y Fitzgerald, H. (1981). *Psicología de desarrollo: edad adolescencia*. México: El Manual Moderno.
- Medinus, G. R. (1979). *Estudio y observación del niño*. México: Limusa.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia de Familia*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fischman, S. (1984). *Técnicas de Terapia familiar*. México: Paidós
- Papalia, D., Wendkos, S. (1994). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw-Hill.
- Rice, P. F. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. México: Prentice-Hall.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno
- Satir, V. (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax
- Strayborn, J. (1992). *Cómo dialogar de forma constructiva*. Barcelona: Ediciones Deusto
- Strommen, E., Fitzgerald, H., y Mckinney, J. (1981). *Psicología de desarrollo: edad escolar*. México: El Manual Moderno.
- Tucker, N. (1992). *¿Qué es un niño?* Madrid: Serie Bruner, Morata.
- Waltzlawick, P. Beavin, J. Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana. Algunos axiomas exploratorios de la comunicación*. Barcelona: Herder.
- Winnicott, D.W. (1990). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires Paidós.

3.3.- Presentación del trabajo clínico y/o de investigación en foros académicos

<p><i>Foro Académico</i></p>	<p>Universidad Veracruzana y la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. IX Congreso <i>DIVERSIDAD, CULTURA y FAMILIA. La mirada del Terapeuta</i> Del 14 al 17 Octubre 2004, en la ciudad de Veracruz, México</p>
<p><i>Descripción</i></p>	<p>Como objetivos se buscó estimular el intercambio profesional y científico entre los miembros, así como con otras organizaciones nacionales dedicadas a la salud mental y disciplinas afines para difundir el conocimiento de la Terapia Familiar y cuidar el desempeño ético de sus profesionales.</p> <p>Se presentaron trabajos de muy amplias índoles; cuestiones de violencia, pareja, trabajo de la persona del terapeuta, estudios de caso y reflexiones.</p> <p>Igualmente se organizaron talleres y plenarios para los ponentes y asistentes.</p>

<p><i>Foro Académico</i></p>	<p>Facultad de Psicología de la UNAM a través de la División de Estudios Profesionales y el Proyecto Andamios Curriculares, IV Congreso de Investigación Formativa, “a la memoria de Augusto Fernández Guardiola”, 21 al 26 Febrero 2005.</p>
<p><i>Descripción</i></p>	<p>Con el objetivo de promover la investigación y su divulgación en las diferentes áreas clínicas de la Facultad de Psicología, se organizó la presentación de diversos trabajos que mostraran parte del trabajo teórico – práctico teniendo como sede la Facultad de Psicología. Los trabajos que se presentaron fueron de diversos rubros que fueron desde proyectos de investigación a nivel licenciatura hasta estudios de caso e investigaciones aplicadas en el campo de la Terapia Familiar.</p>

Ver ANEXOS

4. Habilidades de compromiso y ética profesional

4.1 Discusión e integración de las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.

El Proyecto Técnico para la Normatividad del Psicólogo y el Psicoterapeuta en el área de la Salud (2006), explica que los servicios de la psicoterapia son los que realizan profesionales de la salud, graduados de programas acreditados. Son solicitados por el paciente, por el paciente, por terceros o por grupos, ya sea de tratamientos de duración y metas definidas o para tratamientos con metas definidas; pero sin tiempo de terminación delimitado de antemano.

Actualmente, se puede elegir entre una gran cantidad de personas o instituciones que ofrecen estos servicios, sin embargo, muchas de ellas no poseen la preparación adecuada ni los documentos que los avalen. La cuestión de la Ética queda secuestrada por personajes falsos y sin ningún tipo de compromiso social.

Para abordar ampliamente esta cuestión es fundamental entender y acordar los siguientes términos que atañen la función de la Psicoterapia:

- *Psicoterapia.*- es un método de intervención psicológica para problemas de naturaleza intra e interpersonal en el cual el especialista calificado establece deliberadamente, una relación profesional utilizando recursos psicológicos de diversa índole, que derivan de las distintas corrientes psicológicas, con el propósito de:
 1. Prevenir, disminuir o suprimir el sufrimiento psicológico
 2. Modificar patrones relacionales y de comportamiento,
 3. Promover deliberadamente una relación profesional utilizando recursos psicológicos de bienestar del individuo, la familia y la comunidad.
- *Psicoterapeuta.*- Psicólogo, médico o cualquier otro profesional de la salud certificado, graduado de estudios de posgrado en psicoterapia realizados en una institución acreditada
- *Paciente, usuario o solicitante.*- es el o los demandante(s) de ayuda psicoterapéutica profesional (en instituciones públicas, sociales o a nivel privado) quien (es) recibe(n) los servicios por sí mismo(s) o por medio de una persona responsable.
- *Sufrimiento psicológico.*- es la autopercepción de un estado de malestar emocional, afectivo, cognitivo o conductual. Puede conceptualizarse en términos nosológicos y nosográficos, o de problemas y conflictos personales de naturaleza más amplia que aunque no entren en una clasificación de este tipo, perturban el desarrollo o el

funcionamiento social de las personas, constituyendo para ellas o para los que las rodean, fuente de limitación o malestar.

Al hablar de la dimensión ética en el ejercicio profesional de la Psicoterapia, es imprescindible porque es una situación humana que involucra una serie de decisiones que no están determinadas únicamente por consideraciones teórico – técnicas, sino que conjuntamente se vinculan con dilemas éticos.

La Ética etimológicamente, se deriva de dos palabras griegas: *ethos* y *mos*. Que significa costumbre, se daba este nombre a los usos y modos de actuar de un grupo ético. En los pueblos primitivos las costumbres regulaban la actividad humana. Así, la Ética se reducía a costumbres. Etimológicamente es la *ciencia de las costumbres*, estas *costumbres* se referían: al conjunto de aplicaciones y usos que caracterizan a una persona o a un pueblo. Sin embargo, *mos*; le da una connotación que especifica esta ciencia. Primero, significó *morada, residencia, lugar donde se vive*. Esto es, se trata del lugar donde se vive, del interior, de su actitud, de su referirse a sí mismo y a los demás. Es la *estancia, la morada*, la raíz de donde proceden todos los actos del hombre. La palabra *êthos* llegó a significar el *carácter*, el modo de ser de una persona. Así, la ética también es la ciencia que indica cómo formamos el carácter. De esta manera, lo ético comprende, ante todo, las disposiciones del hombre en la vida, su carácter, sus costumbres y, naturalmente, lo moral.

Finalmente, la Ética es la *ciencia normativa de la actividad humana en el orden al bien; y es la teoría del comportamiento moral de los hombres en sociedad* (Sanabria, 1993).

Al ser una ciencia normativa establece leyes –normas – para que el hombre sepa elegir el bien.

En el ejercicio profesional existen ciertas circunstancias que llevan a cuestionamientos sobre dilemas éticos y no hay respuestas definitivas, por tal motivo es importante planear y justificar el tratamiento y la maniobra terapéutica con cuidado y tomando en cuenta todos los datos, las observaciones y los conocimientos previos. Considero que mantener la Ética es un reto que se vive en todo momento, como psicoterapeutas debemos conocer de nosotros mismos todo el bagaje cultural que poseemos, y que puede influir en nuestro actuar en algunos temas. Para tener bajo control estas influencias, el conocimiento personal es esencial.

Durante la maestría, el entrenamiento clínico también incluyó el ético. La supervisión directa, las mesas redondas, las experiencias compartidas en el grupo permitían cuidar este aspecto. El trabajar y fungir, a momentos, como “espejos” del trabajo de los demás facilitaban aprender a considerar más perspectivas y no encasillarnos con la propia.

Afirmo que existen temas que son dilemas éticos, en la mayoría de las ocasiones, como: la homosexualidad, el aborto, la infidelidad, el divorcio, etc.; ya que, las familias que demandan el servicio, a momentos “desean” depositar *sus decisiones* en lo “que diga el terapeuta”,ej., “¿me tengo que divorciar?, ¿Qué hago, lo perdono?, ¿verdad que eso está mal?, etc.

Para los psicoterapeutas que no se han conocido internamente, o que aún están muy sumergidos en los prejuicios colectivos, es una trampa fácil. Dar la *decisión* de lo que se *debe* hacer, olvidando que el paciente o la familia, en su trabajo terapéutico se va convirtiendo en un *agente activo* que está aprendiendo a tomar funcionalmente las riendas de su vida.

Para cuidarnos de estas trampas, se han planteado principios éticos generales:

- La intimidad sexual con el cliente es prohibida,
- La relación terapéutica debe mantenerse solamente el tiempo necesario para beneficio del paciente,
- Dar al paciente *el derecho de la privacidad* al escoger lo que otros pueden conocer de él y determinar bajo qué circunstancias hacerlo,
- Mantener una *comunicación privilegiada*, es decir, proteger al paciente y no revelar información en caso de encontrarse en un proceso legal,
- Proteger a los pacientes de situaciones en las que cierta información en casos específicos represente un peligro claro y eminente para él,
- Tener el consentimiento informado de los derechos y responsabilidades del paciente dentro del ejercicio de la práctica profesional,
- Mantener la confidencialidad, o sea, es responsabilidad del psicoterapeuta el salvaguardar la información que se obtiene en el proceso terapéutico. Se protege al paciente/cliente del estigma social asociado a la psicoterapia.

López – Negrete (2004) explica que el principio ético mayormente reconocido en el ejercicio profesional, la *confidencialidad*.

Existe un acuerdo general en la creencia que es la responsabilidad del psicoterapeuta el salvaguardar la información que se obtiene en el proceso terapéutico. La confidencialidad es esencial para una relación profesional satisfactoria.

Menciona que la *Asociación Mexicana Familiar A.C.(1999)*, plantea “los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, ya que en una relación terapéutica el paciente puede ser más de una persona. Los terapeutas deberán respetar y reservarse las confidencias de *cada uno de los pacientes*”.

En suma, la *Asociación Americana de Terapia Marital y de Familia (AAMT, 1962)*, postula que “el terapeuta familiar y de pareja tienen una única preocupación en el principio de la confidencialidad porque la relación terapéutica puede ser con más de una persona. El terapeuta respeta y salva guarda las confidencias de cada paciente/cliente individual.”

Incluyendo en los créditos de la Residencia en Terapia Familiar se impartió el seminario – materia de *Intervención Clínica y Ética*. Dentro de esta materia se explicaron las bases éticas del *Código Ético de la Sociedad Mexicana de Psicología* y el *Código de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar*. Asimismo, se plantearon casos, se dramatizaron situaciones y se revisaron casos que ya se estaban atendiendo en el entrenamiento clínico de las supervisiones. A continuación se mencionaran algunos aspectos relevantes de ambos códigos. Como consideraciones éticas para el Bienestar del paciente, Beauchamp y Childress (1994 en López – Negrete, 2004) se mencionan:

- *Autonomía*: es el principio por el cual todos los seres humanos tienen el derecho de hacer decisiones y llevarlas al cabo independientemente,
- *Beneficio*: es el principio donde el beneficio del paciente en una forma positiva está en primer lugar,
- *No – maleficio*: evitar el causar daño al paciente,
- *Justicia*: es el principio, por el cual todos deben de ser tratados equitativamente; los iguales como iguales; y los desiguales de la mejor forma para su mayor beneficio en sus circunstancias específicas,
- *Fidelidad*: es el principio del compromiso de guardar promesas, sostener la verdad y mantener la lealtad con el paciente.

El conocer el *proceso de decisiones éticas* permite al terapeuta evaluar críticamente e interpretar el Código Ético. Para Kitchener (1986 en López – Negrete, 2004) existen 4 tipos de procesos subyacentes que se aplican a la dimensión ética en psicoterapia:

- 1) Proceso primario: interpretar una situación dada que requiere de una decisión ética, dependiendo del grado de sensibilidad y empatía que se halla podido desarrollar. Es importante considerar que los sentimientos del psicoterapeuta no suelen ser un buen parámetro,
- 2) Formular un curso de acción, es decir, un nivel de evaluación crítica de justificación ética,

- 3) Integración de valores profesionales y personales, ya que en ocasiones no hay consistencia personal en el psicoterapeuta,
- 4) Implementar un plan de acción, la práctica en el ejercicio profesional requiere que el psicoterapeuta asuma la responsabilidad de sus acciones y las consecuencias de ellas.

El Proyecto Técnico para la Normatividad del Psicólogo y el Psicoterapeuta en el área de la Salud (2006), menciona las *competencias relacionadas al conocimiento de la problemática de los pacientes*:

- Destreza para conocer y evaluar elementos importantes para la salud de las personas y de los procesos interpersonales con una actitud de curiosidad, interés y amplitud de criterio
- Capacidad para establecer un clima psicológico de confianza
- Conocimiento y manejo de técnicas y habilidades de su propia corriente psicoterapéutica
- Conocimiento de las razones para acudir a psicoterapia
- Capacidad para fundamentar, sustentar y lograr los objetivos y las metas del proceso terapéutico

Igualmente, se especifican las *competencias de planeación de intervenciones*:

- Habilidad para evaluar el problema, usando análisis y pensamiento crítico
- Habilidad para diagnosticar
- Conocimiento de los modelos teóricos más importantes, supuestos implícitos en éstos, mecanismos de cambio
- Conocimiento e fortalezas y debilidades del modelo teórico y de los datos que documentan la eficacia de las intervenciones
- Habilidad para basarse en un modelo conceptual desde el cual operar (incluye plantear hipótesis del problema y de cambio)
- Capacidad de diseñar las etapas del proceso de intervención
- Capacidad para explicar de manera comprensible para el paciente el plan de intervención. Habilidad para comunicarle la efectividad y las ventajas de la intervención psicológica, siempre y cuando hayan demostrado su eficacia clínica
- Capacidad para diseñar estrategias y técnicas de diversas clases, de acuerdo a la corriente psicoterapéutica, siempre y cuando hayan demostrado su eficacia clínica.

Se especifican las *competencias de instrumentación de intervenciones*:

- Habilidad para manejar situaciones de crisis
- Habilidad para manejar efectivamente problemas comunes y la complejidad de cada caso, incluyendo diferencias individuales, sistémicas y contextuales
- Habilidad para conducir intervenciones psicoterapéuticas planeadas en función de los objetivos definidos
- Flexibilidad y conocimiento de cuándo es necesario ejercer cambios en el proceso psicoterapéutico, lo que incluye evaluación, análisis de resultados, replanteamiento de objetivos y estrategias de intervención
- Habilidad para aplicar los principios éticos
- Habilidad para referir al paciente con otro experto cuando la problemática del paciente no sea de la competencia del psicoterapeuta

Y por último, establecen las *competencias de evaluación (disponer de un modelo, permite evaluar el progreso en función de éste)*

- Autoconciencia, autoconocimiento, autoevaluación y autocrítica
- Conocimiento y conciencia de las fortalezas y debilidades propias, sesgos personales, afectos, etc.
- Habilidad para verificarse a sí mismo durante el proceso como profesional y como persona
- Tener una experiencia de conocimiento personal durante su formación y en función del modelo psicoterapéutico que utilice, que garantice lo más posible el conocimiento de la propia conflictiva como para poder comprender sin puntos ciegos la problemática del paciente
- Evitar al máximo el impacto de las creencias propias en el paciente
- Capacidad para evaluar las intervenciones y los resultados
- Evaluación del progreso del paciente, aciertos y fallas de la intervención
- Capacidad para el análisis retrospectiva de casos para incorporarlos a la experiencia profesional del psicoterapeuta
- Fomentar una relación psicoterapéutica que culmine con la autonomía e independencia del paciente en relación al terapeuta
- Habilidad para utilizar supervisión y consultar con otros colegas.

Experiencia

El aprendizaje fue inmenso, pocas ocasiones se habla y se aborda tan profundamente el actuar profesional. En lo personal esto me permitió establecer diferencias entre el “sentido común” y la responsabilidad ética profesional. Los parámetros teóricos me quedaron claros y tuve la oportunidad de practicarlos a lo largo de la maestría.

Caso “*Sra. CARMEN*”

No quise dejar a un lado una gran experiencia que viví junto con la Mtra. Carolina Díaz – Walls. Este consistió en lo siguiente: durante el entrenamiento clínico, tuve la oportunidad de atender un caso de Violencia Familiar acompañado de una serie de situaciones que envolvían a los integrantes de la familia, hasta en 3 generaciones (Caso que presento en el apartado de Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales). Cuando la *Sra. Carmen*, había decidido poner un alto total a la situación generalizada de violencia; que incluyó Violencia física, Psicológica, Económica y Familiar; en términos jurídicos con una demanda de divorcio en términos de *necesario*. Su esposo la contrademandó violentando al sistema total. Llegó una orden de presentación (citorio) por parte del Juzgado 10° de lo Familiar del Distrito Federal, exigiendo la presentación y exposición del expediente del tratamiento psicológico de la *Sra. Carmen*. Cuestión que violentó la ética y confidencialidad de mí, como terapeuta familiar, de mi supervisora: la Mtra. Carolina Díaz – Walls, del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” y de la Directora de la Facultad de Psicología: Dra. Lucy María Reidl.

Sinceramente, fue un momento muy difícil, de inmediato el jurídico de la facultad se contactó conmigo y con la coordinadora del Centro. Exigiendo la presentación de resultados de pruebas psicológicas, videograbaciones, el expediente, y todo aquello que *serviera* para evitar una sanción económica o un arresto de 72 hrs., que especificaba el citorio por *ocultar* la información que el juzgado demandaba conocer. Esta situación fue muy delicada, el jurídico no quería que la *Sra. Carmen*, supiera de esto, sin embargo la percepción de la Mtra. Carolina y la mía, fueron distintas. Obviamente la *Sra. Carmen*, estuvo al tanto y se sintió apenada y humillada por lo que su esposo estaba haciendo con tal de dañarla, se le apoyó al 100% como lo dicta el Código Ético y como lo había aprendido. La Mtra. Carolina y yo, realizamos el informe psicológico presentando datos que dejaban en claro la verdad: la situación de grave Violencia Familiar; además como nota final, expusimos que la presentación de información *confidencial* estaba violentando nuestra ética y el secreto profesional por parte del Juzgado 10° de lo familiar.

Por último, quisiera mencionar que el apoyo en esta delicada situación por parte de la Mtra. Carolina Díaz – Walls, fue invaluable; como guía, apoyo y profesora. Igualmente, extendiendo el agradecimiento a mi compañera de equipo de supervisión: Mtra. Judith Murillo Palacios, por ayudarme a integrar la información de las sesiones que estábamos llevando al cabo fuera del tiempo de la Maestría.

Ver ANEXOS

Referencias

- Sanabria, J.R. (1993). *Ética*. México: Porrúa.
 - López-Negrete, P. (2004). *Seminario sobre la dimensión ética en el ejercicio profesional de la psicoterapia sistémica*. UNAM. Facultad de Psicología. División de Posgrado
 - Secretaría de Salud. *Proyecto de regulación de la Psicoterapia. Perfil del Psicoterapeuta, servicios de Psicoterapia y requisitos y métodos de comprobación*. Consejo Técnico para la Normatividad del Psicólogo y del Psicoterapeuta en el área de Salud. Datos al 30 de Marzo 2006.
 - Sociedad Mexicana de Psicología, Código Ético del Psicólogo. (2003). México: Trillas.
- Trull, T.J. y Phares, E.J. (2003). *Psicología Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson.

IV. Consideraciones finales

En este último apartado, deseo exponer todo lo logrado en este entrenamiento clínico tan completo y pleno. En suma lo adquirido en la teoría y en la práctica, cabe mencionar que experimenté un desarrollo personal infinito, un cambio epistemológico y obtuve una seguridad profesional como psicoterapeuta que reconozco en mi persona y que, también es vivida y reconocida por las personas que han acudido a mí como terapeuta.

Una de las funciones más importantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, es la formación de profesionales capacitados y comprometidos en la solución de problemas que aquejan a la sociedad mexicana, que se reflejan en muy diversas áreas, entre ellas, la Salud Mental.

El *Programa de Maestría y Doctorado en Psicología: Material de presentación* (2003), plantea que el objetivo de la maestría es desarrollar en el alumno:

- a) Las capacidades requeridas para el ejercicio profesional de la Psicología de alta calidad en las áreas de salud, educación y sociales – organizacionales – ambientales, a través de una formación teórico – práctica supervisada en escenarios,
- b) La adquisición de las habilidades para llevar al cabo investigación aplicada sobre la problemática social en dichas áreas y,
- c) Una actitud de servicio acorde con las necesidades sociales.

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Competencias en Conocimientos:

- Relaciono de manera adecuada las problemáticas observadas con los lineamientos que proponen las diversas teorías para abordar los casos de manera efectiva.
- Detecto y diagnóstico las principales problemáticas a atender.
- Ayudo a las familias a encontrar aquellas circunstancias que no favorecen plenamente su desarrollo
- Integro y planteo concretamente la información necesaria para la intervención y el adecuado manejo de las personas y las familias demandantes de atención
- Genero y adapto técnicas de intervención y procedimientos acorde a las familias, respetando que la familia no *tiene* que adecuarse al modelo clínico, sino, viceversa; el modelo clínico se *debe* adaptar a la familia.
- Con base a los conocimientos y teorías estudiadas, evaluó los avances en términos de cambios dinámicos en el sistema total, como en los subsistemas.

- Proporciono información actual y certera para reducir la angustia de la familia en cuestiones que desconocen
- Diseño técnicas de intervención *ad hoc* a las necesidades y capacidades de cada familia
- Organizo la información recolectada para generar un esquema general de manejo clínico, cuidando a cada persona y respetando el *timing*, de los subsistemas individuales y del subsistema familiar.
- Enfatizo la relevancia de los cambios para el sistema familiar total, utilizando la experiencia adquirida en el tratamiento y atención de otras familias.

Competencias en Habilidades:

- Genero nuevas formas de intervención, dependiendo de lo observado en las familias
- Selecciono del lenguaje cotidiano y del discurso colectivo, algunos refranes y sabidurías populares para expresar mensajes de contenido cuando las características de los pacientes me indican utilizar una forma de expresión más sencilla
- Busco la manera de llamar la atención de cada miembro de la familia o de la pareja presentes, para no descuidar a ninguno
- Integro la información vertida por cada uno de los miembros para demostrar mi respeto y atención hacia ellos
- Cuido a los más vulnerables (niños) cuando la dinámica familiar en el contexto del trabajo terapéutico se torna difícil o con información dañina para ellos.
- Acoplo las incomodidades de cada miembro de la familia y los uno en el interés por el bienestar del sistema total familiar, invitándolos a trabajar en conjunto contra el problema
- Reservo información, cuando no es el *timing* para trabajarla; cuidando el ritmo de la familia
- Reconozco los avances en materia de bienestar del sistema total
- Formulo hipótesis e intervenciones que promueven el cambio
- Marco límites cuando observo que la situación de *violencia y/o descalificación* que se vive en casa, intenta instaurarse en el contexto del trabajo terapéutico
- Comparto la información pertinente de otras dinámicas familiares para ejemplificar los riesgos del *no – Cambio*
- Establezco una relación cálida y cercana con el sistema familiar total sembrando la idea de que ellos son los *agentes* activos en la resolución de la problemática

Competencias en Actitudes:

- Establezco una condición de servicio y trabajo conjunto
- Demuestro una actitud ética ante el ejercicio profesional
- Expreso un despliegue conductual y verbal de respeto y cuidado a la información compartida en el contexto terapéutico y cuando comparto experiencias clínicas con otros colegas
- Refino mi actitud cuando las problemáticas son graves (violencia, abuso sexual, infidelidad, SIDA, etc.) y me detengo a pensar cuidadosamente las intervenciones pertinentes, así como el apoyo y consuelo emocional
- Creo y visualizo que es posible resolver la situación problemática de la familia, me muestro optimista y capaz de guiarlos al cambio.
- Siento un gran compromiso por actualizarme permanentemente y a compartir mis experiencias profesionales en los foros creados con ese fin

Considero que además de las competencias mencionadas; tanto el trabajo teórico como el práctico me permitieron integrar mejor los conocimientos y a sentirme capaz y segura para guiar a las familias a nuevos cambios que les hagan sentirse libres de los problemas y, que les permita en un futuro resolver situaciones difíciles en un menor tiempo y con costos emocionales bajos a comparación de cuando no habían adquirido la certidumbre de *poder* cambiar.

2. Incidencia en el campo psicosocial

Las problemáticas atendidas (47 familias en total durante el entrenamiento clínico) me permitieron adquirir información acerca de los efectos en la transición de las etapas de la familia y del ciclo vital, el Alcoholismo, la Violencia intrafamiliar, el Abuso sexual, el incesto, los problemas de desempeño escolar, los problemas derivados de las familias reestructuradas, los efectos del divorcio en el subsistema fraterno, la Infidelidad, y los problemas de comunicación, en general. Agregando a esto, que vivenciar las diferentes formas de pensamiento y de acción de mis compañeros y de los supervisores.

Estoy satisfecha con las supervisiones y con los espacios designados para la atención de las familias, creo que es un gran esfuerzo del Centro de Servicios Psicológicos captar un número considerado de personas que demandan atención psicológica.

Acerca de mis supervisores, estoy segura que en todo momento me brindaron todos sus conocimientos y sabiduría para mi pleno aprendizaje y para que consolidara un estilo personal

como psicoterapeuta. De los profesores que impartieron materias teóricas, me siento agradecida porque nunca dudaron en ofrecerme textos de calidad y de promover en mí, una actitud crítica y se desarrollo de ideas. Y finalmente, de mis compañeros, el ambiente de apoyo, compañerismo y respeto permitió que me sintiera en confianza para expresar libremente mis ideas y puntos de vista.

3. Análisis del Sistema Terapéutico total

El sistema terapéutico fue muy variado. Dependiendo del estilo del supervisor, del Modelo a supervisar y de la familia por atender, puedo analizar diversos factores.

- Considero que las *Supervisiones Directas*, me dieron las herramientas para conocer los puntos de vista del equipo de observación, de ponderar mi pensar y sentir ante las familias. Todas las supervisiones fueron en un ambiente cordial y de respeto a mis ideas, igualmente en las ocasiones donde no se lograba un consenso, fue factible reconocer puntos de acción. Los planes de intervención fueron cuidadosos a la problemática presentada. La retroalimentación del equipo de observación y de los supervisores me dieron herramientas para ubicar situaciones a atender.
- Acerca de las *supervisiones Narradas*, aprendí lo que era sentir la responsabilidad total de mi trabajo terapéutico. El equipo de observación era reducido (2 ó 1 integrantes) y el establecer discusiones y formular intervenciones era aún mas intenso. La Supervisión demostraba confianza total en mí, y en el equipo; era un reto lograr transmitir lo vivenciado en las sesiones al momento de la supervisión. Se generaba un ambiente de esfuerzo por no pasar desapercibidos los detalles del las sesiones.

4. Reflexión y análisis de la experiencia

En los dos estilos de Supervisión, mi crecimiento como terapeuta fue tangible y sostenible. El fruto de estas experiencias lo estoy viviendo ahora. En mi desempeño profesional como profesora y psicoterapeuta sistémica.

No puedo pasar por alto, la experiencia del caso de la *Sra. Chela*. Este caso fue el más enriquecedor de todos los que había visto, a excepción de los narrados en los libros. Parecía de “libro”, cumplía todos los parámetros acerca de las familias con juego psicótico y violencia al máximo. En más de 1 y medio de atención, el ver la resolución del problema fue un éxtasis total. Sinceramente, en ocasiones creí que no había posibilidad para salir adelante. La acertada

supervisión de la Mtra. Carolina Díaz – Walls, me permitió no ser “absorbida” por el sistema total, en las primeras sesiones y durante las crisis familiares.

Conforme avanzaron las sesiones y se agravaron las problemáticas (intentos suicidas, huidas de casa, sobremedicación, violencia física y económica, golpes, arrestos, demanda de divorcio); la guía de la Mtra. Carolina, me empoderó a creer que se podía desenredar toda esa dinámica nociva y dañina instaurada ya en tres generaciones. Con el *cambio* propio de percepción, mi decisión y disposición para generar técnicas de intervención fue determinante. Pude ofrecer contención, apoyo y optimismo a la *Sra. Chela*, para salvarse de esa situación y para creer que había otras formas de vivir.

En relación a una problemática particular que atendí, fue con una pareja lésbica que acudió a terapia de pareja. Comparto que, gracias a las investigaciones que había realizado y a los materiales revisados referentes a la Orientación Homosexual; el desempeño y la intervención fue respetuosa y correcta. Me dio la oportunidad de compartir con mi co – terapeuta y el equipo de observación lo que conocía del tema. La ganancia personal, fue que vinculé la Terapia Narrativa y el Enfoque de Soluciones para atender a la pareja, y que lo ideado o propuesto en la teoría lo lleve a la acción.

Ya no sólo era conocer si dinámica particular en un contexto mayoritariamente heterosexual, sino que tuve la oportunidad de poner en práctica los modelos revisados en la residencia.

5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalismo y en el campo de trabajo

Como implicaciones existen un gran número, que resumo a continuación.

- *En la persona del terapeuta:* cuando ingresé a la residencia, mi familia vivía un momento de paz y quietud, parecía que todo era perfecto. A lo largo de casi 20 años, no habían sucedido cambios drásticos que desestabilizaran nuestra dinámica. Después del primer semestre, fallece mi abuelita; y es entonces, cuando empiezo a darme cuenta que lo leído y revisado en clases, era cierto. La pérdida de la *homeostasis* la viví, desde entonces se dieron cambios personales, de vivienda y de concepción de la vida. Fui parte de una dinámica nueva, a momentos tranquila y a otros, muy intensa. Se dieron las rupturas y distanciamientos familiares, comprendí la premisa de “*la autonomía de los sistemas*” de la Escuela de Milán, y observé los roles que se jugaban implícitamente.

Estoy segura que sin la residencia en Terapia Familiar, no hubiese salido delante de la manera en que lo hice. Me convertí en el apoyo y guía de mi familia, de cierta forma asumí un rol que ocupaba mi abuelita y con los conocimientos que iba adquiriendo en la supervisión puede abrir mi perspectiva, y ayudar a los que tenía cerca y que deseaban la ayuda. El ubicarme como psicoterapeuta me dio otra visión y seguridad para desempeñarme profesionalmente, sabiendo lo que se vive con los cambios de vida en el sistema familiar.

En el taller que tomé en Psicodrama: *Trabajando con la persona del terapeuta*. Tuve el tiempo para ubicar algunas cuestiones que tenía desdibujadas. Esto me permitió conocer con mayor cercanía a mis compañeros y a entender sus tiempos y estilos de pensamiento. Sin duda, fue una experiencia que me marcó para bien, y para fortalecerme en lo personal y profesional.

De la misma forma, durante un semestre, con el Dr. Raymundo Macías se realizó un seminario para trabajar "*la persona del terapeuta*". Con el apoyo del grupo y con la guía del Dr. Raymundo. A lo largo de estas dinámicas; basadas en las utilizadas por Virginia Satir, para ayudar a sus supervisados a sensibilizarse ante las demandas de los pacientes; reconocí que como personas vivimos una infinidad de experiencias que nos van dictando formas de pensamiento y acción muy específicas. Ahora, como terapeuta tengo un gran reto, cuidar de mi persona y mi dinámica familiar para no sesgar ni entorpecer mi desempeño profesional, en los diversos campos de trabajo.

Los campos de trabajo y escenarios clínicos confían plenamente en mi actuar, profesional responsable y ético. Ya sea en ambientes públicos, como en la consulta privada, en la que el *espejo* soy yo misma. Para cerrar esta narración, quiero mencionar que el estar en constante actividad analítica y como profesora me ha permitido no desconectarme de tantos y vastos conocimientos adquiridos.

Referencias

- Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado de Psicología. *Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica*. Material de presentación. Febrero, 2001.
- Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Estudios de Posgrado. *Programa de Maestría y Doctorado en Psicología*. Material de presentación. Junio, 2003.

Propuesta de Instrumento

Entrevista semi – estructurada

- Primer indicador: *cambios positivos en las relaciones paterno filiales.*
 - A. Describa sus relaciones con su hijo o hija
 - B. En general, ¿cómo diría que son? (1 = muy malas; 2 = malas; 3 = regular; 4 = buenas; 5 = muy buenas)
 - C. ¿Han sido siempre así sus relaciones? ¿Diría usted que las cosas han cambiado? ¿Qué es lo que ha cambiado? ¿Qué cree que ha provocado este cambio?
 - D. ¿Cómo ha afectado la revelación de su hijo a sus relaciones con su esposo?

Las respuestas indican la dirección del cambio, para mejorar o empeorar y el foco del cambio (el cambio en el padre o la madre o el cambio en el hijo)

- Segundo indicador: *valoración de la revelación del hijo como aportación positiva a la vida de los padres.*
 - A. ¿Cómo le ha afectado, como persona adulta y como progenitor, el enterarse de la orientación sexual de su hijo? (¿Cómo ha afectado a su modo de verse como padre? ¿Cómo ha afectado a su modo de verse como persona?)
 - B. ¿Cuáles son las cosas positivas que le han ocurrido en relación con la revelación de su hijo o hija?
 - C. ¿Qué ha sido lo más difícil de afrontar con respecto a la revelación de su hijo? ¿Cree que la revelación de su hijo le ha producido algún trastorno?

- Tercero y Cuarto indicador: *revelación a los demás e inclusión.*
 - A. ¿Quién fue la primera persona a la cual le comentó la orientación de su hijo? ¿Qué razón le impulsó a decírselo? ¿Cuál era la situación? ¿Cómo reaccionó esa persona? ¿Afectó esta experiencia a su decisión de decírselo a otros, o de no decírselo? ¿Por qué?
 - B. ¿Conocen otros miembros de la familia la orientación sexual de su hijo? ¿Podría concretarlos y decirme cómo se enteraron? ¿Quién se lo dijo? ¿Cuándo? ¿Cómo reaccionaron?
 - C. Si otros miembros de la familia lo ignoran, ¿es importante para usted o para su hijo que sigan ignorándolo? ¿Por qué? ¿Cree que no debe decírselo a determinado miembro de la familia? ¿Quiénes son? ¿Por qué?

D. ¿Ha comentado la orientación sexual de su hijo con personas ajenas a la familia? ¿Con quiénes? ¿Cómo resultó? ¿Cómo reaccionaron? ¿Cómo se sintió usted? Si no lo ha comentado, ¿querría contármelo a mí?

• Quinto indicador: *efecto positivo en la familia.*

A. ¿Cómo ha afectado la revelación de su hijo a los miembros de la familia que viven en su hogar? (¿Ha unido más a la familia? ¿Los ha distanciado? ¿Ha provocado cambios en las relaciones familiares? ¿Cuál es la naturaleza de estos cambios? ¿Cómo se han producido?)

• Sexto indicador: *detección de mejoría en el estado de ánimo del hijo.*

A. Descríbame a su hijo o a su hija. ¿Cómo es? ¿Qué tal le ha ido en los estudios? (logros académicos, laborales, etc.)

B. ¿Cuáles son los principales problemas u obstáculos que cree que su hijo puede tener que afrontar en su vida actualmente?

C. ¿Hasta qué punto ha colaborado su hijo en ayudarlo a afrontar su orientación sexual? ¿Hizo su hijo algo que le dificultó aun más que usted pudiese asimilarlo?

• Séptimo indicador. *Relación con la comunidad gay.*

A. ¿Ha oído hablar de la comunidad gay en México? ¿Ha pensado en asistir a reuniones en grupos de apoyo de la comunidad LGBT? ¿Qué ha impulsado su decisión? ¿Cuánto tiempo lleva colaborando?

B. Aparte de la comunidad LGBT, ¿Cuál ha sido la persona, apoyo o recurso que más ha utilizado para afrontar la revelación de su hijo?

• Octavo indicador: *capacidad de proyección hacia el futuro.*

Quiero que realice algunas predicciones sobre el futuro de su hijo o hija:

¿Cómo cree que será su vida? Extendiéndose cuanto pueda. No tiene por qué estar completamente seguro de que vaya a ser así. Basta con que sea una predicción razonable (después de referir cada idea el entrevistador pregunta: ¿A qué edad cree que le ocurrirá?)

**A las respuestas se les asigna un valor de 1 o de 0 en función de si eran indicadores de integración o no lo eran. Se suman los resultados para obtener una puntuación que permitiera ponderar el grado de integración en relación a la teoría.

Variables como: edad del progenitor, la del hijo, el grado de religiosidad del progenitor, el nivel de estudios, el origen étnico o racial, el sexo del hijo, el estado civil del progenitor, cuándo ocurrió la revelación, las reacciones iniciales y si habían intuido la homosexualidad del hijo, se utilizarán como datos de frecuencia estadística.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

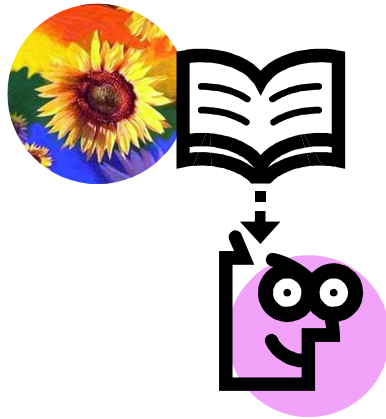


DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

DENISSE MICHEL QUINTERO



*Proceso de
Identidad
Homosexual
Adolescente*

Material Didáctico

El presente material tiene como finalidad proporcionar un bosquejo actualizado y útil para conocer el Proceso de Identidad Homosexual durante la Adolescencia.

Se encuentra dirigido a los profesionales de la Terapia Familiar que se encuentren interesados en ampliar sus conocimientos acerca del tema dentro del marco de la Teoría del Construccionismo Social; *¿En qué consiste la Orientación Sexual Homosexual?*, y *¿Cómo es que se da el proceso de Identidad Homosexual Adolescente?*, *¿Qué se entiende como Adolescencia Homosexual e Identidad Sexual?*

❖ **Introducción**

La adolescencia es una etapa difícil y compleja que conlleva nuevas decisiones y responsabilidades de las cuales dependerá en gran medida el resto de la vida de la persona.

Dentro de todo aquello que el adolescente debe elaborar se encuentra el desarrollo de una Identidad que le permita diferenciarse de los demás asumiendo

expectativas propias y aprendidas, y que además le proporcionen un sentido de pertenencia, una ideología propia y un estilo de vida adecuado a su personalidad.

Sin embargo, para el adolescente hombre o mujer, que descubre y reconoce deseos e impulsos homosexuales este proceso se complejiza aún más. Y por tanto, debe lograr el desarrollo de una identidad homosexual plena y desestigmatizada que lo lleve a conformar una personalidad fuerte y estable con todo lo que esto trae consigo.

Actualmente es común escuchar acerca del estilo de vida homosexual, de los espacios que se han abierto, de los derechos y obligaciones a los que aspiran y por supuesto, al trato digno y respetuoso que merecen. Pero, qué sucede antes de llegar a esto, cómo es que la persona se logra asumir con una identidad sexual distinta a la de la mayoría, cuándo es que este proceso inicia y concluye, y de qué manera es llevado al cabo dentro de una sociedad tradicional y convencionalista que a pesar de todo, aún busca legitimizar a la sexualidad como sinónimo de reproducción. Con la doble moral que en muchas ocasiones denigra a la mujer y la considera sólo en función del hombre, otorgándole a éste una autoridad que no le corresponde.

❖ **Orientación Sexual Homosexual**

El término orientación fue adoptado para sugerir que el deseo sexual es relativamente estable, un fenómeno inmutable, en contraste con “preferencia”.

Una orientación homosexual hace referencia a la atracción sexual y emocional hacia personas del mismo sexo, y como tal, lleva implícita (aunque no siempre de forma exclusiva) el deseo sexual, las fantasías eróticas, la vinculación emocional y las conductas sexuales deseadas con personas del mismo sexo.

La atracción homosexual implica que el deseo sexual se dirige hacia personas del mismo sexo, las cuales adquieren valor erótico provocando una tendencia a relacionarse con ellas; las fantasías homosexuales definen a las personas del mismo sexo como estímulos que provocan la excitación sexual y con quien se desean mantener conductas sexuales.

Así, la *conducta* homosexual se refiere a la experiencia de estimulación sexual entre personas del mismo sexo y, la *vinculación emocional* define los sentimientos afectivos positivos de ternura y enamoramiento hacia personas del mismo sexo (en unos casos es anterior y en otros posterior a la atracción y el interés sexual) (Soriano, 1999).

❖ **Teoría del Construccionismo Social**

La naturaleza de la orientación sexual se construye dentro de una sociedad en particular. Según esta perspectiva, la homosexualidad es un fenómeno histórico, tanto en lo personal como en lo social.

Dentro de este marco, surge una concepción de la *homosexualidad* que ya no está dada por la biología, sino que se construye y se expresa a través de un estilo de vida, una comunidad y una sensibilidad cada vez más consciente de sí misma. De la misma forma como el individuo reconoce paulatinamente su orientación hasta asumirla

plenamente, así la cultura occidental ha reconocido y asumido poco a poco la existencia de una homosexualidad que no es una preferencia personal sino una **identidad social**: no un individuo, sino una comunidad.

Se reconoce una **Identidad gay** que se traduce no sólo en orientación sexual, sino en gustos, modas, y una manera de vivir y de pensar: una cultura que está perfectamente definida y es reconocible como tal en el mundo.

Por lo tanto, la homosexualidad no es algo dado, sino **construido**; y no tiene una forma única, sino que cambia según la sociedad y el individuo. Está determinada por el contexto histórico pero también por el desarrollo personal. La conforman las relaciones y los roles de la familia en donde la persona creció; la infancia y la adolescencia, los distintos contextos sociales; las expectativas propias y las familiares, asimismo la imagen y la conciencia que se tenga de sí mismo como hombre o mujer, con todo lo que esto involucra (Ardila, 1998; Castañeda, 1999; Martínez y Michel, 2002).

❖ **Dimensión Subjetiva**

Lo que cuenta en la identidad es el factor subjetivo: no tanto los actos ni los genes, sino el deseo o, sea la orientación sexual propiamente dicha.

El individuo no obedece ciegamente a su biología ya que existen en él la libertad y la búsqueda del amor. No hay pruebas objetivas, ni explicaciones biológicas que valgan; pues lo que cuenta es la autodefinición del individuo según los criterios de su historia, tanto social como personal. En este nivel, lo que trasciende son cosas tan inconmensurables como el deseo, la fantasía y el enamoramiento. En este universo subjetivo, la homosexualidad no se reduce a una cuestión de conductas; envuelve a toda la persona, en toda la profundidad de su ser: se traduce en sentimientos, maneras de pensar y de ver el mundo, gustos, reflejos y actitudes, y en algunos casos a través de los sueños.

Desde esta perspectiva, la homosexualidad no es sólo lo que uno hace en la cama: es una vivencia total, hacia adentro y hacia fuera. Por tal, la orientación sexual ha sido tan difícil de definir y de estudiar. Incluso en un mismo individuo, los criterios pueden cambiar en diferentes épocas de la vida, o debido a alguna experiencia específica. En este sentido, una persona puede considerarse homosexual sin haber tenido jamás una experiencia homosexual, y en este sentido, también nadie “nace” homosexual, sino que se va construyendo (Castañeda, 1999).

Es un *todo* que rebasa los límites del propio pensamiento y sentimiento, es una vivencia plena que se va incorporando a todas las facetas en la vida personal, familiar y social. Como todo cambio requiere de un tiempo y progreso para lograr el consolidar y fortalecer una *nueva* Identidad Sexual.

❖ **Homosexualidad Adolescente**

El homosexual no toma conciencia de su orientación antes de la adolescencia o la juventud. No creció como tal, no fue educado para la homosexualidad; por lo tanto le faltó aprender muchos de los hábitos y códigos sociales que necesitará en sus relaciones adultas.

La adolescencia por lo tanto, es un período difícil en el cual una persona que descubre que no es como la mayoría puede llegar a sentirse solitaria y aislada. Muchos homosexuales y lesbianas piensan en un principio que son los únicos con estas características entre su grupo de amigos.

Se trata de una identidad que no está dada desde un principio, sino que se construye poco a poco; una identidad que no siempre se expresa de la misma manera, sino que cambia según el entorno inmediato y la etapa de la vida.

Para el adolescente homosexual su relación con los demás y consigo mismo es muy diferente, se podría decir que el homosexual vive una subjetividad distinta, aunque esto no se perciba a simple vista. Para muchos es difícil expresar sus emociones, e incluso identificarlas plenamente. A menudo también ocultan su realidad cotidiana y social: hablan en singular, como si transitaran solos por la vida. Es importante mencionar que los homosexuales son la única minoría en que la mayoría de ellos no tiene familia, comunidad y sociedad con quien refugiarse y, en ocasiones éstos núcleos son precisamente sus primeros enemigos.

Prácticamente todos los homosexuales se crían dentro de familias, grupos de pares e instituciones de educación heterosexuales. Como consecuencia crecen con los mismos estereotipos, juicios morales y respuestas *homofóbicas* como la mayoría de las personas.

Por lo tanto, el estigma en el contexto de relaciones sociales, produce un distanciamiento entre aquellos con el estigma y aquellos sin el estigma. Este estigma pasa a la autoestima personal del homosexual y a su sentido de identidad negándole un apoyo emocional y social positivo (Gordon y Mc Kendrick, 1992).

Estos adolescentes se enfrentan a un considerable estigma social que en nuestra sociedad actúa sobre la conducta, las relaciones y los sentimientos sexuales dirigidos a individuos del mismo género. Por ello, los adolescentes gays y lesbianas aprenden a ocultar su sexualidad o afrontan el estigma de manera abierta, ya que no pueden acudir a sus padres en busca de apoyo tienen que hacer frente a estas creencias religiosas y tradiciones culturales que rebajan su valor como individuos e invalidan sus sentimientos y sus relaciones íntimas.

Así, los adolescentes gays y lesbianas se enfrentan al “problema” frecuentemente solos y deben disimular sus sentimientos sexuales ante los amigos, profesores y padres para no sufrir agresiones.

El estigma social y el rechazo parental pueden provocar que el adolescente se escape de casa para establecer y llevar una vida autosuficiente en un área donde quizá encuentre el respaldo de otros gays o lesbianas; por desgracia, de esta acción pueden derivarse la prostitución como medio de subsistencia y otros graves problemas. A veces, la angustia llega a un punto en que el adolescente gay o lesbiana corre un alto riesgo de suicidarse (Kimmel y Weiner, 1998).

Se debe tomarr en cuenta los valores de la comunidad a la que se pertenece, y no pretender comportarse según las reglas de otro lugar. Así, en algunas sociedades se permite ser homosexual a condición de nunca decirlo explícitamente; en otras, a condición de casarse y tener hijos; en otras, a condición de ser discreto.

Cada sociedad tiene sus reglas en lo que se refiere a la autonomía de los hijos, la autoridad de los padres y, por supuesto, la homosexualidad. Se puede estar de acuerdo o no con esas reglas, sean implícitas o explícitas, y decidirse si se las va a respetar o no, pero nadie debe hacerse ilusiones, ni esperar, por ejemplo, que una familia mexicana adopte de repente el punto de vista de su equivalente estadounidense.

Es importante recalcar, que existe una distinción entre personas homosexuales y gay: las primeras tienen conductas homosexuales, pero no se asumen como tales, mientras que las segundas asumen plena y orgullosamente su orientación homosexual. Dicho de otro modo, si bien toda la gente gay es homosexual, no todos los homosexuales son gays, esta distinción es interesante porque refleja una fase de la construcción de la identidad homosexual, tanto individual como social (Castañeda, 1999; Riesenfeld, 2000; Martínez y Michel, 2002).

En resumen, el adolescente homosexual no se desplaza en un mundo con una identidad constante, sus actitudes, gestos y forma de relacionarse cambian según las circunstancias.

En su trabajo o en la escuela puede parecer heterosexual, en su familia asexual, y sólo expresar su orientación sexual cuando está con ciertos amigos. O bien, durante largos períodos de su vida puede negar totalmente sus sentimientos homosexuales y aparentar todo lo contrario, o *esperar* el momento para atreverse a **re – conocerse**, responsabilizarse por su vida y sus sentimientos, renunciar a sentirse solo y buscar la felicidad consigo mismo.

❖ *¿Soy homosexual?*

Es una pregunta que el adolescente se plantea, casi siempre, con angustia, pues de la respuesta dependerá, en muchos casos de que una persona se case y que tenga hijos o no mantenga buenas relaciones con su familia o no, permanezca en su lugar de origen o no.

El amor y el deseo también plantean una serie de problemas como criterios si se es o no homosexual. En primer lugar, no siempre se es consciente de tales sentimientos. Parece increíble, pero muchas personas (especialmente mujeres) descubren, al tener su primera relación homoerótica que siempre habían tenido esos deseos, sin embargo, no lo sabían. Una persona puede sentirse atraída por otra sin darse cuenta de ello, y esa atracción puede tomar muchas formas y nombrarse de maneras en que la persona no entre en crisis de identidad.

Dos personas del mismo sexo pueden convivir, compartirlo todo y volverse indispensables la una para la otra, sin llegar a sospechar nunca, ni mucho menos aceptar, que su relación tiene un fuerte parecido con el amor. El elemento que parece ser determinante para la mayoría de la gente es la presencia o ausencia de una atracción sexual; esto es lo que distingue, por ejemplo, la amistad de un vínculo erótico.

Un componente esencial de la atracción sexual es, por supuesto la excitación específicamente genital. Y es posible que ésta sea más evidente para los hombres que para las mujeres: el deseo físico en el hombre suele localizarse claramente en los genitales, mientras que en la mujer es difuso, tanto física como emocionalmente.

También es más fácil para el hombre darse cuenta que su deseo de cercanía física es de orden sexual. La mujer puede confundirlo con otros sentimientos, como ternura o cariño maternal a su atracción por otra mujer. Tal vez, la pasividad y el pudor que se les ha inculcado desde siempre, para muchas mujeres es difícil reconocer en ellas mismas el deseo puramente sexual, sobretodo si no es aceptado socialmente.

Es posible por lo tanto que una persona esté enamorada de otra y no perciba ninguna excitación genital.

Cuando la persona se hace esta pregunta *¿Soy homosexual?*, se inicia como tal el proceso de Identidad, que lo llevará a mantenerse en una postura autocrítica, a partir de este momento cualquier interacción que establezca será analizada cuidadosamente siempre buscando *“la respuesta”* y en la mayoría de los casos, la respuesta buscará proporcionarle tranquilidad sin entrar en crisis el mayor tiempo posible, pues cuando el proceso ha iniciado independientemente del tiempo que dure, en algún momento deberá finalizarse.

El momento en que la persona se reconoce con una orientación sexual homosexual, no hay beneficios visibles. Al contrario, por la información social que tiene sabe que se abre ante un futuro incierto, marginado y estigmatizado que probablemente traerá conflictos con la familia y el entorno social.

❖ Proceso de Identidad Homosexual

En las últimas cuatro décadas debido al interés que ha despertado el tema de la homosexualidad, surgió la necesidad de plantear y buscar modelos que explicarían el proceso del desarrollo de la identidad homosexual.

Para asumir su orientación sexual, suele haber dos fases: primero la persona se asume frente a sí mismo permaneciendo en “el clóset” y luego frente a los demás, llámese familia, amigos, contexto social, etc. Se va abarcando desde lo más íntimo hasta lo social.

Entre los modelos propuestos por varios autores destacan los de Dank, 1971; Plummer, 1975; Hencken y O’Dowd, 1977; Lee, 1977; Cass, 1979; Habermas, 1979; Troiden, 1979; Coleman, 1982; Stricklin, 1984 y Gordon y Mc Kendrick, 1992.

A continuación se describe el Modelo propuesto por Sonia Rubio (1996 en Soriano, 1999), el cual integra información propuesta anteriormente con su modelo.

Fases		Subfases
Antes de la definición	Sensibilización. Sentimientos de ser diferente	<ul style="list-style-type: none"> – Reconocimiento de deseos hacia el mismo sexo – Reacción al reconocimiento de deseos sexuales
	Conciencia de deseos y sentimientos hacia el mismo sexo	<ul style="list-style-type: none"> – Reconocer el objeto de deseo – Reacciones al reconocimiento del objeto de deseo

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Autodefinición como homosexual</i> 		<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de definirse - Ambivalencia: Lo soy/ No lo soy - Autodefinición: Razones para afirmar “soy homosexual” - Análisis del significado de ser homosexual - Consecuencias de la definición: análisis de sí mismo y doble vida
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Después de la autodefinición</i> 	<p>Aceptación de la orientación homosexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de la propia homosexualidad y de cómo se vive personalmente - Comparación entre la imagen social y personal de sí mismo como homosexual - Valoración y adecuación al modelo homosocial - Crítica a las actitudes sociales - Las dificultades de ocultación y doble vida. Necesidad de salir del clóset
	<p>Integración de la homosexualidad como parte de la identidad personal y social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la percepción de lo que significa e implica para sí mismo ser homosexual - Cambios en las actitudes hacia la sociedad y hacia el entorno homosexual

Cuadro con base al modelo de Soriano 1996 en Soriano R. S. (1999). **Cómo se vive la homosexualidad y el lesbianismo**. Salamanca: Amaru

❖ Factores que influyen en el proceso

En el siguiente cuadro se integran los factores que facilitan o dificultan a lo largo del Proceso de identidad.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Factores que influyen de forma global</i> 	<p>Sexo</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Inicio del proceso es más temprano en hombres - Inicio del proceso es más conflictivo en hombres - Autodefinición como homosexual es más conflictiva y más temprana en hombres - Los hombres muestran mayor necesidad de un modelo positivo - Los motivos por los que se es crítico con la sociedad son diferentes - Razones diferentes para dejar de ocultar la propia homosexualidad
	<p>Etapas evolutivas en que se toma conciencia de la homosexualidad</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Durante la edad adulta el proceso se inicia más rápidamente - Durante la edad adulta, la homosexualidad es más difícil de aceptar

		Primera fase (antes de la autodefinición)	<ul style="list-style-type: none"> - Forma de toma de conciencia de deseos hacia el mismo sexo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores que facilitan 	Factores que influyen durante el proceso	Segunda fase (autodefinición)	<ul style="list-style-type: none"> - Información y actitudes personales hacia la homosexualidad - Expectativas positivas hacia sí mismo como homosexual - Percepción de actitudes positivas hacia la homosexualidad en el entorno próximo - No importancia de la heterosexualidad en el entorno
		Tercera fase (después de la autodefinición)	<ul style="list-style-type: none"> - Resolver todas las dudas y en especial tener alguna respuesta para las preguntas - No sentirse solo - Disponer de una red o entorno homosexual - Salidas positivas al entorno próximo - Tener una relación de pareja
	Factores generales		<ul style="list-style-type: none"> - Subfase de integración - Imagen estereotipada de género y no expectativas de sí mismo como heterosexual - Seguridad en sí mismo, autoimagen y valoración personal positiva - Haber sido educado en un ambiente tolerante que permita la toma de decisiones personales y sea respetuoso con las diferencias
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores que dificultan 			<ul style="list-style-type: none"> - Tener la creencia que la homosexualidad es una orientación del deseo no saludable - Recibir mensajes negativos sobre la homosexualidad, o conocer a personas homosexuales no adecuadas como modelos para sí mismo - Que alguien del entorno (familia) descubra la propia homosexualidad sin que la persona esté preparado para ello

Cuadro con base al modelo de Soriano 1996 en Soriano R. S. (1999). **Cómo se vive la homosexualidad y el lesbianismo**. Salamanca: Amaru

❖ Identidad Homosexual

La Identidad se refiere a organizar los conjuntos de autopercepciones y a vincular sentimientos que el individuo posee acerca de sí mismo tomando en cuenta alguna categoría social. Esto representa la síntesis de sus propias percepciones con observaciones que poseen los demás. Donde las autopercepciones y las imaginadas por

los otros se encuentran a la par, entonces se puede decir que la identidad se ha desarrollado.

Erikson (1968) propuso que la noción de identidad del yo se refiere específicamente a la integración psicosocial del individuo. Esta integración normalmente ocurre durante la adolescencia, pero puede continuar en la adultez temprana. La identidad emerge de la integración de las autoimágenes (autorepresentaciones) con las imágenes del rol (percepciones de las posiciones sociales que se tienen).

Conforme el niño crece estas autopercepciones gradualmente se regularizan y consolidan permitiendo una imagen del yo consistente para ser representado ante el mundo. La adolescencia es el momento en que esta consolidación ocurre. Y al mismo tiempo, los niños están cognitivamente, moral, emocional, y socialmente equipados para tomar su lugar en el mundo como individuos únicos. Empero, hay algunas identidades que están formuladas *a priori* de la adolescencia (ej., raza, identidades de género) (Cass, 1984 en De Cecco y Shively, 1984).

El concepto de la identidad sexual recibe poca atención en teorías que adoptan la orientación sexual como aproximación a la homosexualidad. En esta aproximación se asume que la autoconciencia sexual inevitablemente emerge a través del proceso de maduración. La identidad sexual individual es meramente una "realización" cognitiva verdadera de la naturaleza sexual del yo. La identidad sexual, entonces tiene una cercana relación con el deseo sexual. Este asume que, como homosexual, uno experimenta atracción erótica hacia el mismo sexo y por tal motivo se identifica como "homosexual". La pregunta de cómo una persona hace esta identificación se deriva de la aproximación del entendimiento de la Homosexualidad de Plummer (1981 en De Cecco y Shively, 1984) llamada "el modelo de construcción de la identidad". En este modelo, la identidad no está asumida para ser un núcleo y una característica perdurable del individuo que está determinada en su niñez temprana. Más bien, es considerada para ser construida y mantenida a través del proceso de interacción social. Por eso, la identidad homosexual es el resultado de la categorización social y personal de sentimientos y experiencias sexuales como un indicativo del ser ciertamente un tipo de persona.

De esta manera, las identidades sexuales están construidas y mantenidas socialmente y de esta forma abren potencialmente un cambio, el reconocimiento de la posibilidad de que una persona pueda identificarse como homosexual en cualquier etapa de su vida (Richardson y Hart, 1981 en De Cecco y Shively, 1984). La posibilidad de que esta identificación ocurra depende, del significado personal y social de la identidad homosexual que tendría el individuo. Esto no dependería en nada fundamental de la organización del deseo sexual. Desde esta perspectiva, las orientaciones probablemente se establecen en la niñez aunque los individuos pueden permanecer completamente inconscientes de su orientación. En estos casos su identidad sexual es "esencialmente" bisexual, heterosexual u homosexual.

La identidad homosexual implica que la persona ha reconocido, ha aceptado y ha integrado su homosexualidad en el conjunto de características que definen su sí mismo (Soriano, 1999).

Así, la Identidad Homosexual es *la coincidencia de deseos, sentimientos, actos y conciencia, que culminan en la aceptación de uno como homosexual, en un acto de autodefinición*. Empero, estos elementos no suelen surgir simultáneamente, sino en épocas diferentes de la vida. Y no siempre se dan en el mismo orden: en una persona pueden aparecer primero los deseos, luego el amor y al final los actos; en otra, puede suceder todo lo contrario. No hay un orden, ni una progresión en el tiempo que sea común en todos los homosexuales. Se espera que la consolidación traiga consigo el llegar a una relación amorosa y a un estilo de vida abiertamente homosexuales al llegar a este punto, se integran todos los elementos, y entonces se llega a una Identidad homosexual en la cual coinciden el *sentir*, el *desear*, el *actuar* y el *pensar*.

La Identidad Homosexual implica que la persona ha reconocido, ha aceptado y ha integrado su homosexualidad en el conjunto de características que definen su *sí mismo* (Soriano, 1999).

❖ Conclusiones

La adolescencia es una etapa a lo sumo decisiva tanto para el adolescente como para la familia, por los cambios que implican en la cuestión de la definición de roles y proyectos de vida principalmente.

A estas cuestiones que se agregan los de orientación sexual, pues es generalmente en este momento donde se presentan los primeros sentimientos y conductas abiertamente homosexuales, casi siempre con los amigos de la escuela y muy cargadas emocionalmente.

La consolidación de una Identidad Sexual Homosexual, es uno de los procesos psicológicos más complicados por elaborar, implica un cambio radical con respecto a la propia definición que se va extendiendo de lo íntimo a lo social y que va involucrando toda una elaboración personal y familiar.

Conforme sucedan circunstancias o transiciones de las etapas de vida, este proceso se podrá retomar en cuanto la persona lo vaya requiriendo, claro con un camino ya andado, los ajustes que se tengan que hacer conllevarán menos costos psicológicos y se solucionarán en menor tiempo.

❖ Referencias

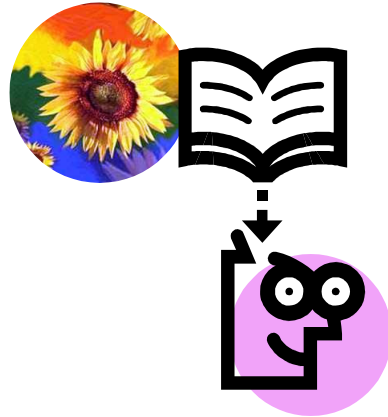
- Ardila, R. (1998). *Homosexualidad y Psicología*. México: Manual Moderno.
- Castañeda, M.(1999). *La experiencia homosexual*. México: Paidós.
- De Cecco, P.J. y Shively, G.M. (1984). *Bisexual and homosexual identities: critical theoretical issues*. New York: Haworth.
- Erikson, E.H.C. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Herdt, G. y Koff, B. (2002). *Gestión familiar de la homosexualidad*. Barcelona: ediciones bellaterra.
- Kimmel, C.D., y Weiner, B.I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Lee, A.B. Identity development of homosexual youth and parental and familial

influence on the coming out process. *Adolescence*. Vol. 34 (135) Fal 1999
597-601 pp.

Martínez, M. P. G. y Michel, Q. D. (2002). *Autoestima y Homosexualidad
Adolescente*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Navarro G. J. y Pereira M. J. (2000). *Parejas en situaciones Especiales*. Barcelona:
Paidós Terapia Familiar.

Soriano, R. S. (1999). *Cómo se vive la homosexualidad y el Lesbianismo*.
Salamanca: Amaru.



*Terapia Narrativa en el
Proceso de Identidad
Homosexual Adolescente*

Guía para el Trabajo Terapéutico

El objetivo del presente material es proporcionar información actualizada dentro del marco de la Terapia Familiar bajo la perspectiva de la Terapia Narrativa en un tema que a pesar del tiempo continua contándose como una de las dinámicas que impactan profundamente a las familias requiriendo todo un cambio en los sistemas de significación propios y compartidos hacia dentro y fuera del sistema.

Se encuentra dirigido a los profesionales de la Terapia Familiar que se encuentren interesados en ampliar sus conocimientos acerca de cómo se da el Proceso de Identidad Homosexual, lo que implica en la metáfora narrativa y su manejo terapéutico.

❖ **Introducción**

A decir verdad, el tema de la Homosexualidad en la familia es un tópico, un tanto delicado y que aún dentro de la misma comunidad de profesionales de la salud, difícilmente se aborda, además de que las creencias del contexto social lo van permeando de manera irremediable.

A partir de este análisis, considero que si durante la adolescencia y dentro de la cultura familiar, la búsqueda por consolidar y mantener una identidad propia pasa por momentos decisivos, la satisfactoria resolución de ellos fortalece la descripción personal

del adolescente en donde reconoce, nombra y es protagonista de su relato personal, integra ideas sociales y al mismo tiempo critica y desarrolla otras tomando en cuenta su propia visión, ideas que adapta a esta narración dominante que se va ampliando y flexibilizando para permitirle asumir una nueva forma de vivirse.

En el caso de las personas que se enfrentan a reconocer que sus sentimientos de amor, atracción y convivencia se orientan mayormente hacia personas de su mismo sexo, el forjar una identidad rebasa lo que la narración del modelo social estipula, y los lleva a cuestionar su sentir, su pensar, su actuar y principalmente en su papel como hijos, en los que están depositadas múltiples expectativas de la historia familiar. Ya que, este proceso que se da en el entorno familiar y durante la adolescencia se esperaría que el hogar fuera un lugar de contención, escucha y respeto, pero desgraciadamente, en la mayoría de los casos no lo es y se vive como amenazador y carente de amor. No porque la familia desee reaccionar así, sino probablemente porque carece de otras versiones que le abran alternativas para construir a través del lenguaje a su hijo, tomando en cuenta más características sin reducir su representación personal a la parte de su homosexualidad. Además que para la familia es también una situación que sale de lo esperado, y que también les confunde y les cuestiona.

❖ **Identidad Homosexual**

Las identidades sexuales están construidas y mantenidas socialmente, de esta forma se abre la posibilidad del reconocimiento de que una persona pueda identificarse como homosexual en cualquier etapa de su vida. Esto depende del significado personal y social de la identidad homosexual que la persona haya elaborado a lo largo de su vida.

Antes del proceso de autoconciencia sexual, el niño o adolescente puede experimentar sentimientos de atracción sexual y/o emocional o puede comprometerse en tales actos, los cuales pueden tomar una importancia posterior para la formación de su identidad sexual. Se sugiere que tales sentimientos y actos están seleccionados y organizados como una “unidad” – como una orientación particular – a través del proceso cognitivo de identificación sexual (bisexual, heterosexual, homosexual o asexual).

La identidad homosexual se desarrolla agrupándose en autoimágenes que se encuentran ligadas por el entendimiento idiosincrásico individual que caracteriza a alguien como “homosexual”. Este entendimiento se desarrolla de la integración de la interpretación propia y única de las nociones socialmente prescritas y de las formulaciones autodesarrolladas. El desarrollo de una identidad completamente integrada, sin embargo, requiere comunicación directa con los otros; familia, amigos, contexto social, etc. Donde la representación es de *uno* y no del *otro* de estos grupos, es indispensable enfatizar que los contenidos de la identidad homosexual pueden incluir autoimágenes sexuales y referirse a las áreas no – sexuales (De Cecco y Shively, 1984; Michel, 2005).

Por lo tanto, la Identidad Homosexual es la *coincidencia de deseos, sentimientos, actos y conciencia, que culminan en la aceptación de uno como homosexual, en un acto de autodefinición*. Empero, estos elementos no suelen surgir simultáneamente, sino en épocas diferentes de la vida. No hay un orden, ni una progresión en el tiempo que sea común denominador. Se puede afirmar que existen

fases como un Proceso de Identidad Homosexual; que puede ir desde las experiencias y deseos aislados, hasta llegar a una relación amorosa y a un estilo de vida abiertamente homosexuales. Cuando esto sucede y se suman todos los elementos, entonces se llega a una Identidad Homosexual, en la cual coinciden el *sentir*, el *desear*, el *actuar* y el *pensar*.

La Identidad Homosexual implica que la persona ha reconocido, ha aceptado y ha integrado su homosexualidad en el conjunto de características que definen su *sí mismo* (Soriano, 1999).

❖ **Construcción de la Homosexualidad**

Martínez y Michel (2002) explican que en el proceso de construcción de la propia homosexualidad sucede una secuencia más o menos predecible. Parece haber dos tipos de evolución; en una, la homosexualidad va de lo externo → a lo interno; esto es, primero se dan los actos sexuales y luego la conciencia; esta progresión es más frecuente en los hombres, quienes inician a través de actos sexuales, mientras que las mujeres se desarrolla de lo interno → a lo externo, pues tienden a iniciarse en los sentimientos y deseos, y luego llegar a los actos. En ambos casos, la persona integra paulatinamente las dimensiones interna y externa, hasta asumir su orientación sexual.

Para asumir su orientación sexual, suele haber dos fases: primero la persona se asume frente a sí mismo permaneciendo en “el clóset” y luego frente a los demás, llámese familia, amigos, contexto social, etc. Se va abarcando desde lo más íntimo hasta lo social.

Lo observado por estas autoras en México, es que en la adolescencia se conjugan sentimientos de ambivalencia con expectativas propias y familiares que no son congruentes con sus propios deseos. Ya que en México, las cuestiones de género y la religión proporcionan un marco de referencia para indicar que *se considera* permitido y que no, el proceso de Identidad Homosexual se torna difícil y agobiante en un ambiente hostil, desgraciadamente es el contexto familiar el principal enemigo a enfrentar. Las sospechas de la familia, el aislamiento o lejanía del adolescente y su dependencia económica agravan la situación dentro de la dinámica familiar, obstaculizando la comunicación, convivencia y apoyo necesarios para vivenciar ambas partes este proceso; la persona homosexual y su familia.

❖ **Trabajo terapéutico y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente**

Cuando un adolescente o joven adulto llega a terapia y logra verbalizar cual es situación con respecto a su orientación sexual, se puede conocer en qué parte del proceso se encuentra y qué tan relevante lo está considerando. Es decir, si esta descubriendo que sus sentimientos de atracción emocional y/o sexual se están orientando hacia una persona de su mismo sexo y cómo siente, que significados le atribuye, si considera o no que esta circunstancia le dificulta la convivencia en sus contextos cercanos y principalmente consigo mismo. En algunas ocasiones el adolescente se percibe muy confundido y solo. Igualmente se reprocha lo que siente e intenta evitarlo a toda costa, sin conseguirlo. O, simplemente no desea nombrar lo que

está sintiendo y se acerca al espacio terapéutico para desahogar toda la tensión y malestar que vive intentando no *ponerle* palabras.

Durante las sesiones es necesario no descuidar toda la información analógica que acompaña al discurso, enfatizando mostrar respeto en el *timing* de la persona y en detectar que aspectos esenciales conllevan una carga de significado trascendental para la vida familiar y social de la persona, pues serán los primeros que se re – formulen en la nueva narrativa personal.

Cuestiones que requieren un gran trabajo personal en la vida del adolescente como autoestima, auto imagen, estatus, rol social, personal y familiar se están decidiendo en este momento crucial, sin olvidar el proyecto de vida (elección de carrera).

El Proceso de identidad homosexual, es uno de los mas dolorosos que puede vivenciar una persona, pues todo aquello que había construido a lo largo de su vida acerca de *quién es, que desea, cómo lo ven los demás, qué espera de sí mismo, cuál es su proyecto de vida, expectativas personales y familiares, etc.*, se ve cuestionado por sí mismo, habiendo aprendido que la cultura y la familia no le brindarán apoyo.

La comunidad gay a diferencia de otras minorías no cuenta con el apoyo y reconocimiento de los suyos. El adolescente se percibe marcado con un estigma social que conoce desde siempre, pues fue educado para la heterosexualidad en sus modelos y sus metas y lo que está vivenciando sale de lo establecido y esperado.

Con base a lo anterior, se propone que el trabajo terapéutico vaya desde el proporcionar contención, escucha y apoyo; evitando emitir juicios morales hasta integrar el autocuidado físico y emocional. La meta terapéutica se dirige a facilitar la consolidación de la identidad homosexual como característica de un todo de la personalidad del adolescente, como parte de los logros del proceso de maduración.

Para poder asumir una identidad sexual homosexual la persona empieza elaborando el duelo por la identidad sexual heterosexual que le fue asignada y que, tal vez hasta su adolescencia no había sido cuestionada por ella misma. Surgen sentimientos y pensamientos que le hacen sentir *diferente* de sus pares. En ocasiones esto se da por que hay una persona del mismo sexo que le despierta una atracción emocional y/o sexual que no se puede explicar, pero que ella misma sabe que no es un sentimiento que socialmente sea aceptado.

Aparecen razonamientos tales como el *no* reconocer que se es homosexual, a pesar de admitir que se siente atracción por el mismo sexo, se rechaza la *etiqueta*, se siente confusión y rechazo, se da una ambivalencia con respecto a la autodefinición.

Cabe mencionar que en la edad adulta, el proceso inicia más rápidamente, a diferencia de los adolescentes, se inicia de forma repentina por un sentimiento, una fantasía o una conducta muy concreta, siempre hay un hecho puntual a partir del cual se interpreta que algo sucede.

Si la homosexualidad de adulto es difícil de aceptar durante la adolescencia, en esta etapa se le percibe mucho más amenazante y conflictiva, pues ya existió una

historia personal y social consolidada que se ve mayormente cuestionada, tal vez una ventaja de esto es que probablemente ya se cuente con cierta independencia económica y familiar que le permita a la persona asumir sus sentimientos con mayor seguridad.

❖ **Terapia Narrativa y Construcción de la Homosexualidad**

La Terapia Narrativa fundamenta que los *relatos dominantes* están creados conjuntamente dentro de una comunidad construida históricamente dentro de contextos de instituciones específicas y estructuras sociales, este es el caso también de la Homosexualidad; al utilizar esta visión teórica la *metáfora narrativa* propone que las personas vivan sus vidas de conformidad con historias, que les permitan abrir posibilidades de pensamiento, acción y relación de ellos para los demás.

En este sentido, el trabajo terapéutico basado en la Terapia Narrativa, en este proceso se encamina hacia:

** La realización de una valoración positiva de la propia homosexualidad, así como de la forma en la que en ese momento se vive personalmente. Bourdieu (1981) afirma que la objetivación del mundo familiar modela la existencia, y se pregunta ¿hasta qué punto la situación que ocupa una persona en una *estructura social* es determinante para la posición que toma en cuestiones de la vida? White (1994), propone la *Deconstrucción del relato del yo* y los conceptos culturales y las prácticas dominantes, en este proceso se busca deconstruir la representación social que perjudique la nueva narrativa en la que el adolescente apoyará la construcción de su Identidad Homosexual.

** Hacer la comparación de la imagen social de gays y lesbianas con la narración que tiene de sí mismo como homosexual Para Goolishian y Anderson, (1988), el *Yo* se concibe como expresión cambiante de la narración, el contar la propia individualidad. La vida está modelada por significación que se asignan a través del *lenguaje* a las experiencias, convirtiéndose en discursos dominantes. En este sentido, se trabaja para diferenciar la narración cultural y social dominante con la personal, evitando polarizaciones y para poder lograr una actitud crítica. Es importante para la persona distinguir entre los estereotipos de género con el estilo personal de imagen y de conductas, ya que el ser homosexual no implica ser “como dicen que *son* los homosexuales” aun dentro del mismo ambiente gay.

** Poner de manifiesto la necesidad de dejar de ocultarse y revelar a los demás que se es homosexual (salida del clóset) lo cual implica la concordancia en la narración personal de los pensamientos, sentimientos, deseos y conductas en lo personal y que se extiende a lo familiar y social.

Nota: esto último que corresponde a la salida del clóset, lo decidirán las condiciones en las que se encuentre la persona; principalmente la dependencia económica de los padres en la adolescencia. Aunque esta salida se va dando paulatinamente, primero con los amigos y al final con las personas más “temidas” - que son generalmente los padres o la familia.

Garofalo y cols. (1998), afirman que la *doble vida*, que en los inicios del proceso es una estrategia positiva y útil, va siendo cada vez más difícil de mantener y en ocasiones se llega a vivir negativamente dado que a mayor aceptación, mayores deseos

de abrir la homosexualidad. Se puede entender que como ya se ha estado trabajando en construir una nueva narrativa personal y se ha iniciado un proceso de *re – significación* de la propia identidad sexual homosexual, de las expectativas atribuidas y de tal vez la primera relación de pareja, la salida del clóset se va dando fuera de la presión y miedo que caracterizó el inicio del proceso.

❖ Conclusiones

El Proceso de Identidad Homosexual Adolescente, es uno de los trabajos personales más difíciles y costosos por resolver pues las personas se encuentran vulnerables a la pérdida de apoyo de sus familiares y amigos.

Los sentimientos de soledad, confusión y miedo que experimentan son intensos y dolorosos, y pueden encontrarse en graves riesgos de salud como intentos de suicidio, abuso de sustancias, conductas sexuales de alto riesgo, etc. De ahí la importancia de saber que se puede acceder a un espacio terapéutico libre de prejuicios y pleno de respeto, confidencialidad y conocimiento para ayudarles a transitar por este proceso.

En la medida en que el respeto por la diversidad sexual y las diferentes formas de vivir la sexualidad se haga extensible a los sistemas sociales, más positiva, incluyente y libre será la narrativa personal.

La Terapia Narrativa ofrece una excelente oportunidad para brindar contención y ayuda a las familias que se encuentren en esta circunstancia. Además de que puede considerarse el punto de partida para la construcción de sistemas de significación mayormente flexibles y adaptativos.

❖ Referencias


- Castañeda, M.(1999). *La experiencia homosexual*. México: Paidós.
- De Cecco, P.J. y Shively, G.M. (1984). *Bisexual and homosexual identities: critical theoretical issues*. New York: Haworth.
- Garofalo, R.; Cameron, W.R.; Kessel, S.; Palfrey, J. & DuRant, R.H.
The association between health risk behaviour and sexual orientation a school- based sampled of adolescents. *Pediatrics*.
Vol. 101(5) May 1998. 895 – 902 pp.
- Herd, G. y Koff, B. (2002). *Gestión familiar de la homosexualidad*. Barcelona: ediciones bellaterra.
- Martínez, M. P. G. y Michel, Q. D. (2002). *Autoestima y Homosexualidad*

Adolescente. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

- McNamee, S. y Gergen, K.J. (1992). *La terapia como construcción Social*. Barcelona: Paidós.
- Michel, Q. D. *Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar*. Facultad de Psicología. UNAM. 4º Congreso de Investigación Formativa, Feb 2005.
- Navarro G. J. y Pereira M. J. (2000). *Parejas en situaciones Especiales*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Shotter, J. (1996). *El lenguaje y la construcción de sí mismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Soriano, R. S. (1999). *Cómo se vive la homosexualidad y el Lesbianismo*. Salamanca: Amaru.
- White, M. y D. Epston (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia Familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

	<p style="text-align: right;">Denisse Michel Quintero Mtría . Terapia Familiar Mtro. Jorge Molina</p> <p style="text-align: right;">REPORTE FINAL</p>
<i>Foro Académico</i>	<p style="text-align: center;">Universidad Veracruzana y la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. IX Congreso <i>DIVERSIDAD, CULTURA y FAMILIA. La mirada del Terapeuta</i> Del 14 al 17 Octubre 2004, en la ciudad de Veracruz, México</p>
<i>Descripción</i>	<p>Como objetivos se buscó estimular el intercambio profesional y científico entre los miembros, así como con otras organizaciones nacionales dedicadas a la salud mental y disciplinas afines para difundir el conocimiento de la Terapia Familiar y cuidar el desempeño ético de sus profesionales.</p> <p>Se presentaron trabajos de muy amplias índoles; cuestiones de violencia, pareja, trabajo de la persona del terapeuta, estudios de caso y reflexiones.</p> <p>Igualmente se organizaron talleres y plenarias para los ponentes y asistentes.</p>

**Apoyo Familiar y Proceso de Identidad
Homosexual Adolescente
Estudio de Caso**



Maestría en Terapia Familiar

Michel Quintero Denisse
15 Octubre 2004

Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente Estudio de Caso

- Adolescencia
- Cultura mexicana
- Familia



Etapa difícil, en donde se conjuntan las exigencias y expectativas sociales y familiares. En nuestra cultura existe una carencia de modelos homosexuales, la sexualidad sigue siendo un tabú, y cuando sale de los parámetros establecidos se torna un talón de Aquiles para quienes salen de la normalidad estadística.

Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente Estudio de Caso

Proceso de Identidad Homosexual Adolescente

Modelo propuesto por
Rebeca Soriano (1999)

- Antes de la definición:
Sensibilización: de ser diferente:
Reconocimiento y reacción ante
esto
Conciencia de deseos
- Autodefinition - homosexual
Análisis del significado, necesidad
de definirse, consecuencias en sí
mismo y doble vida.



En este proceso la consolidación se da cuando se ha reconocido, aceptado e integrado la coincidencia de deseos, sentimientos, actos y conciencia que culmina en la aceptación de la persona como homosexual, en un acto de autodefinition.

Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente Estudio de Caso

- Después de la Autodefinitión
Aceptación y Valoración de
la propia Orientación Homosexual
Integración como parte de la
Identidad personal y social

¿Cómo se vive personalmente?
Cambios en la percepción de lo que
significa e implica para sí mismo

Comparación de la imagen
social y personal

Crítica a las actitudes sociales
Dificultades de ocultación y doble
vida, Necesidad de salir del clóset.



Como *orientación*, se entiende “hacia que sexo se experimenta deseo” a diferencia de *identidad* que incluye el asumir la parte de atracción sexual con la afinidad emocional.

Identidad: sentir, desear, actuar y pensar.

Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente Estudio de Caso

- Familia
Proceso que se vive dentro
compartiendo expectativas,
creencias, actitudes y mitos
culturales

* Religión *

- Estigma social
- Aislamiento

APOYO FAMILIAR



Se trata de una identidad que no está dada desde un principio, sino que se va construyendo poco a poco, y que no siempre se expresa de la misma manera... sino que cambia según el entorno inmediato y la etapa de vida. Este proceso se facilita o dificulta también para la familia.

Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente Estudio de Caso

¿Cuál es la relación
entre el apoyo
familiar y el
Proceso de
Identidad
Homosexual
Adolescente?



Dado que los adolescentes homosexuales son vulnerables a la pérdida de apoyo de sus padres en su lucha por integrar su orientación sexual, se planteó la pregunta de investigación *¿Cuál es la relación entre el apoyo familiar y el Proceso de Identidad Homosexual Adolescente?*

Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente Estudio de Caso

Estudio de Caso

- Joven lesbiana de 26 años de edad (R.A.)
- Vive con su familia
- Acaba de terminar la universidad privada
- Tiene pareja de 19 años de edad
- Familia católica conservadora
- Nivel socioeconómico medio-alto



Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente Estudio de Caso

Estudio de Caso

Metodología Cualitativa

- Observación
- Entrevistas profundas
- Autobiografía
- Entrevistas → cómo es el apoyo familiar en relación a su proceso de Identidad

Análisis de discurso, codificación y propuesta de un modelo de Construcción Personal Familiar.



Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente Estudio de Caso

Resultados
(Modelo de Construcción personal familiar)

Padres:

- Expectativas de género
- Creencias y sentimientos familiares
- Religión- "Castigo de Dios"
Culpa
- Actitudes → pensamientos → interacciones
- Apariencias

R.A. proceso doloroso, con culpa, confusión, soledad, víctima de violencia por parte de su madre
Prácticas sexuales de alto riesgo, intentos de suicidio, bulimia y drogas.



Los sentimientos vivenciados dentro del ambiente familiar fueron: hostilidad, vergüenza, rechazo e incomodidad.

**Apoyo Familiar y Proceso de Identidad
Homosexual Adolescente**
Estudio de Caso

R.A. Considera...
¿Apoyo Familiar?

- Confianza hacia los padres
- No juzgar, no molestar
- Disposición a hablar
- Cercanía física y emocional
- Querer conocer a la persona homosexual
- Apoyo financiero



**Apoyo Familiar y Proceso de Identidad
Homosexual Adolescente**
Estudio de Caso

De la última
entrevista
específicamente
para conocer

¿Cómo se integra
lo vivido a su
Identidad
personal total?



Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente Estudio de Caso

¿Qué te dice el reconocer tu orientación a TODO lo que integra tu forma de ser?

- *"Hace de mi una persona más feliz consigo misma, capaz de aceptarse como es, aunque aun tengo problemas con la aceptación de algunas cosas de mí... pero eso no tiene nada que ver con mi orientación, tiene más bien que ver con la situación que se presenta en mi casa, donde ante mis padres, no puedo ser lo que soy.. Algo importante, es que no necesito ser una figura masculina,, ni altamente femenina para poder ser lo que soy, debo mantener mi dignidad humana, sin engañarme, mentirme, siendo lo que soy con valor y respeto por los demás."*



Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente Estudio de Caso

¿Qué recomendarías a los familiares de alguien que vive o vivió un proceso como el tuyo?

- *"Que apoyaran a sus hijos, que no trataran de entenderlos, sino que los aceptaran, que no se sientan culpables por lo que sus hijos son, ellos no tienen la culpa de nada. Que trataran de acceder a información confiable y neutral, para conocer la forma de apoyar adecuadamente a su familiar homosexual. Pero sobre todo, que no lo traten diferente de los demás solo porque es Homosexual"*



Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente Estudio de Caso

Conclusiones

Considero que es fundamental vincular este proceso de construcción que pareciera personal con una totalidad, la familia, como su grupo de referencia propio en una fase de co-construcción para ambas partes. Así, el apoyo familiar se daría a través del tomar cuenta la necesidad de vinculación, confianza, protección, amor y conocimiento integral de la persona adolescente,



Apoyo Familiar y Proceso de Identidad Homosexual Adolescente Estudio de Caso

Agradecimientos a:

Mtra. Dolores Mercado
Mtro. Jorge O. Molina

Por su asesoría.

**Y especialmente a
R.A.A.V. por compartir
esta gran parte de su
vida...**

Sinceramente... Gracias.



	<p style="text-align: right;">Denisse Michel Quintero Mtría . Terapia Familiar Mtro. Jorge Molina</p> <p style="text-align: right;">REPORTE FINAL</p>
<i>Foro Académico</i>	<p>Facultad de Psicología de la UNAM a través de la División de Estudios Profesionales y el Proyecto Andamios Curriculares, IV Congreso de Investigación Formativa, “a la memoria de Augusto Fernández Guardiola”, 21 al 26 Febrero 2005</p>
<i>Descripción</i>	<p>Con el objetivo de promover la investigación y su divulgación en las diferentes áreas clínicas de la Facultad de Psicología, se organizó la presentación de diversos trabajos que mostraran parte del trabajo teórico – practico teniendo como sede la Facultad de Psicología. Los trabajos que se presentaron fueron de diversos rubros que fueron desde proyectos de investigación a nivel licenciatura hasta estudios de caso e investigaciones aplicadas en el campo de la Terapia Familiar.</p>

Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar

A decir verdad, el tema de la Homosexualidad en la familia es un tópico, que se aborda difícilmente, además de que las creencias del contexto social lo van permeando de manera irremediable.

Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar




Maestría en Terapia Familiar
Michel Quintero Denisse

25 Febrero 2005

Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar

Objetivos:

- Vincular el proceso de Identidad Homosexual adolescente al proceso al que la familia también se enfrenta, buscando una *deconstrucción* de las ideas que **no** les permiten acercarse a su hijo, aceptarlo y apoyarlo.
- Darle existencia a una nueva forma de relación con el adolescente, en donde se enfatice su importancia como un todo integrado de diversas características, algunas distintas a la familia y otras parecidas pero sin cerrarse a una sola. A través de la narración de una historia alternativa de convivencia.

Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar

Enfoque de la Narrativa

- Bourdieu (1981), la objetivación del mundo familiar modela la existencia, se pregunta ¿hasta qué punto la situación que ocupa una persona en una *estructura social* es determinante para la posición que toma en cuestiones de la vida?
- Para Goolishian y Anderson, (1988), El *Yo* como expresión cambiante de la narración, el contar la propia individualidad.
- White (1994), propone la *Deconstrucción del relato del yo* y los conceptos culturales y las prácticas dominantes
- La vida está modelada por significación que se asignan a través del *lenguaje* a las experiencias, convirtiéndose en discursos dominantes
- Los *relatos dominantes* están creados conjuntamente dentro de una comunidad construida históricamente dentro de contextos de instituciones específicas y estructuras sociales.
- La *metáfora narrativa* propone que las personas vivan sus vidas de conformidad con historias, que les permitan abrir posibilidades de pensamiento, acción y relación de ellos para los demás.

Mi interés surge a partir de un *desinterés*, dada mi narración dominante que decía que “era una enfermedad, algo antinatural y un pecado en toda la extensión de la palabra”. Provengo de un contexto familiar y educativo tradicional que se mostraba crítico y cerrado ante circunstancias que salieran de lo que dictaba el *mito heterosexual ideal*.

Dentro de este medio, viví de cerca el proceso de Identidad homosexual de una de mis amigas, en la preparatoria, en quien pude entender cómo es que lo que la historia dominante decía que ella tenía que ser y que cumplir, la definía: *cuando te cases y tengas a tus hijos, ¿mmm... qué no tienes novio?, deberías vestirme como mujer pareces niño*. Estas descripciones que la lastimaban, la cuestionaban, hacían que se sintiera perseguida, incomprendida, rechazada y condenada no sólo por extraños y por su familia sino por ella misma.

Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar



Cuando entré a la licenciatura, encontré diversas teorías y posturas acerca del tema, algunas de ellas sólo describían los riesgos médicos y dejando a un lado la experiencia de la persona y la familia. Con el respaldo de otros pocos textos y artículos que concebían a la homosexualidad como un proceso personal difícil de llevarse al cabo sin apoyo.

Decidí, realizar un estudio para conocer la correlación entre “Autoestima y Carácter en 300 adolescentes homosexuales, hombres y mujeres”. Los hallazgos fueron determinantes, pues para ambos procesos el peso que estos adolescentes le asignaban a lo que en casa se decía de

“esas personas” era decisivo, como el *deberían de curarlos, ¡mira! Qué asco, ves “ese” seguro que es joto*. En ellos sus esfuerzos se dirigían a buscar la aceptación, el cariño y el respeto por sus vidas, a ampliar la concepción de ellos mismos y no reducirla a su orientación sexual: *“si, si soy... pero ¿sabes? Quisiera estudiar química como mis papás...”*



Para tener mayores herramientas y conocer las concepciones que se tienen de la Sexualidad Humana, tomé un diplomado y me di cuenta que, las descripciones y narraciones de las dinámicas personales y sociales son muy diversas en el caso de personas con una orientación sexual distinta de la heterosexual; alguno decía... *yo pensaba que nada más me pasaba a mí y me daba tanto miedo, no quería ni verme en el espejo....*

En este tiempo, realicé otra investigación para conocer si existía alguna relación entre “el orden de nacimiento y la homosexualidad”, encontré que las personas que participaron decían tener mayor libertad para salir del *clóset*, con base a si alguno de sus hermanos ya estaba cumpliendo las expectativas de género de los padres, tales como casarse, asegurar el apellido, darles nietos, etc.; en el caso de las mujeres, refirieron que les resultaba difícil o casi imposible si eran primogénitas o hijas únicas y decían ... *oye, mi mamá ni me ve, pero mi hermano, el que ya se casó, me dijo que lo que importaba era que me quería y nada más... y uff! Ya no me siento solo...* Esta idea distinta se estaba incorporando a su historia personal – familiar dándoles nuevas descripciones.

Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar



Con base a estas investigaciones, a la colaboración que tuve en una ONG trabajando con adolescentes homosexuales y a lo revisado en la literatura, al entrar a la maestría decidí enfocarme a conocer en qué consistía el **Apoyo Familiar** en este proceso.

Realizando el Estudio de Caso de mi amiga del colegio, a casi 10 años de conocerla. En él pude constatar que los discursos sociales forman parte de los discursos familiares, con respecto a las creencias, a la religión que llega a estigmatizar y a condenar esta condición, a los estereotipos de género y a la cotidianidad del *sentido común*, que llega a marcar a través del lenguaje las únicas formas válidas de pertenecer a la sociedad, como: *... lo sabía ... Dios me iba a castigar contigo ... preferiría verte muerta a saber lo que eres... ¿quién era?, ¿también es como tú? ... seguramente ya te sobaste con esa, verdad?, no me pidas más dinero ni creas que no sé que te lo vas a gastar con esa, por lo menos disimula y ponte un vestido que no ves que tus tíos vienen con nosotros...* Desde su discurso ella decía... *ojala me quisiera abrazar mi mamá y me dijera que me quiere un poco... ¿sabes? Mi papá sólo tomado me dice que me quiere... quisiera que por lo menos me tocaran... necesito tanto de su abrazo*. Con este análisis concluí que el actuar de la familia y principalmente de los padres, es el actuar el discurso social dominante con respecto a “esa gente”.

Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar



A partir de este análisis, considero que si durante la adolescencia y dentro de la cultura familiar, la búsqueda por consolidar y mantener una identidad propia pasa por momentos decisivos, la satisfactoria resolución de ellos fortalece la descripción personal del adolescente en donde reconoce, nombra y es protagonista de su relato personal, integra ideas sociales y al mismo tiempo critica y desarrolla otras tomando en cuenta su propia visión, ideas que adapta a esta narración dominante que se va ampliando y flexibilizando para permitirle asumir una nueva forma de vivirse.

En el caso de las personas que se enfrentan a reconocer que sus sentimientos de amor, atracción y convivencia se orientan mayormente hacia personas de su mismo sexo, el forjar una identidad rebasa lo que la narración del modelo social estipula, y los lleva a cuestionar su sentir, su pensar, su actuar y principalmente en su papel como hijos, en los que están depositadas múltiples expectativas de la historia familiar. De la familia el adolescente esperaría que fuera un lugar de contención, escucha y respeto, pero desgraciadamente, en la mayoría de los casos se vive como amenazadora y carente de amor... *me has desilusionado, tú ya no eres mi hijo... ¿qué? ¿Quieres que te aplauda o qué?... mira... ni se te ocurra salir con esa estupidez, por que te mato a ti y a la que te lo pegó...* Si la familia reacciona así, es probablemente porque carece de otras versiones que le abran alternativas para construir a través del lenguaje a su hijo de otra forma, tomando en cuenta más características sin cerrar su representación personal a la parte de su homosexualidad. Además que no hay que olvidar que para ellos es también una situación que sale de lo esperado, y que les confunde y les cuestiona.

Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar



Finalmente, mi experiencia personal, como investigadora y como terapeuta me han llevado a cambiar mis propias narraciones de cuando tenía 16 años, que en aquel momento no me permitieron apoyar a mi amiga, pues no tenía los recursos ni las herramientas que adquirido en estos años, me doy cuenta que no *existía lo que no había nombrado*, lo que no había *contado*, y escuchaba y daba por realidad irrevocable lo dicho por el medio en el que estaba.

Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar



Ahora para adaptar e integrar más detalles a lo que se dice del proceso de Identidad Homosexual del adolescente en la cultura familiar, considero que es fundamental vincularlo al proceso al que la familia también se enfrenta, buscando una **desconstrucción** de las ideas que no les permitan acercarse a su hijo, aceptarlo y apoyarlo. Darle existencia a una nueva forma de relación con él, en donde se enfatice su importancia como un **todo** integrado de diversas características, algunas distintas a la familia y otras parecidas pero sin cerrarse a una sola. A través de la narración de una historia alternativa de convivencia... **** en terapia, por ej.**

Cuando llega una mamá muy enojada y dolida, y dice:

- *ahora resulta que mi hija me confesó que es homosexual o gay o “algo así”... y no dejo de pensar en eso...*
- *(TERAPUTA)... mmmhhh... Sra. me podría decir... ¿a parte de esto que ella “le confesó”? ¿cómo es ella? ¿qué le gusta hacer a su hija? ...*
- *(DESPUÉS DE UN LARGO SILENCIO) la mamá responde... un poco más tranquila... mmhh... sabe... le gusta mucho jugar básquet... con decirle que está en la selección del colegio y cuando tiene juego, sus hermanos y yo la acompañamos...*

Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar



En el campo de la Terapia familiar, mi aportación va en el sentido de apoyar a la familia y al adolescente a relatar historias con momentos, sentimientos e ideas que les permitan ampliar la concepción que tengan del adolescente en el contexto familiar proporcionando un espacio para no hacer de su orientación sexual homosexual un motivo de ruptura emocional de la

familia. Igualmente para reconocer que es lo que cada parte puede proveer para lograr *co – construir* y *re – editar* una nueva descripción alternativa de vida con respeto, amor y cercanía... *ay, hermanita... nada más cuídate, no quiero que sufras, ni que te sientas mal... yo te quiero. Ok? Y aquí estoy, tranquila... no estás sola... tranquila.*

Apoyo familiar y representación social del Proceso de Identidad Homosexual Adolescente en la cultura familiar



El objetivo desde la Narrativa sería que con la creación de un nuevo contexto, pleno en significados se diera un cambio micro que con el tiempo se extendiera a lo macro: de la *familia* a la *sociedad*.

Muchas Gracias...