



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**DEPRESIÓN:**  
ALGUNAS APORTACIONES  
TEÓRICAS Y DE INTERVENCIÓN CLÍNICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:  
**LILIANA PATRICIA REVELES QUEZADA**

DIRECTORA: MTRA. CAROLINA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ  
COMITÉ TUTORIAL: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY  
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO  
MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA.  
MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA.

MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# CONTENIDO

<u>INTRODUCCIÓN</u>	4
<u>CAPÍTULO I: ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR</u>	7
<u>1.1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar</u>	7
<u>1.1.1. Características del campo psicosocial</u>	7
<u>1.1.2. Principales problemáticas que enfrentan las familias</u>	11
<u>1.1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada</u>	17
<u>1.2. Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico</u>	18
<u>1.2.1. Descripción de los escenarios</u>	18
<u>1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios</u>	21
<u>1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico</u>	25
<u>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA LA FORMACIÓN TERAPÉUTICA</u>	28
<u>2.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna</u>	28
<u>2.1.1. La Teoría General de los Sistemas</u>	29
<u>2.1.2. Epistemología Cibernética</u>	31
<u>2.1.3. Teoría de la comunicación humana</u>	34
<u>2.1.4. Constructivismo</u>	36
<u>2.1.5. Construccinismo Social</u>	37
<u>2.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna</u>	40
<u>2.2.1. Modelo Estructural</u>	40
<u>2.2.2. Terapia Breve Centrada en Problemas</u>	48
<u>2.2.3. Terapia Estratégica</u>	56
<u>2.2.4. Terapia Breve Centrada en Soluciones</u>	61
<u>2.2.5. Modelo de Milán</u>	66
<u>2.2.6. Terapia Narrativa</u>	75
<u>2.2.7. Enfoque Colaborativo</u>	81
<u>2.2.8. El Equipo Reflexivo</u>	83
<u>2.2.9. Análisis comparativo de los modelos</u>	85
<u>CAPÍTULO III: COMPETENCIAS PROFESIONALES APLICADAS Y DESARROLLADAS</u>	91
<u>3. 1. Habilidades Clínicas Terapéuticas</u>	91
<u>3.1.1. Análisis del Sistema Terapéutico Total basado observaciones clínicas</u>	91
<u>3.1.2. Descripción y análisis de la intervención clínica con cada una de las familias</u>	101
<u>3.1.3. Análisis de un tema en relación a los casos presentados: Depresión</u>	140
<u>3.1.3.1. Aportaciones de la terapia familiar sistémica y las terapias posmodernas al tratamiento de casos con depresión</u>	141
<u>3.1.3.2. La interacción entre: relación familiar, dinámica intrapsíquica y síntomas depresivos</u>	151

<a href="#"><u>3.1.3.3. Cómo cada modelo terapéutico colabora a modificar la interacción familiar, el síntoma depresivo y los estilos de vínculos internos</u></a>	158
<a href="#"><u>3.1.3.4. Análisis de los casos en el tema expuesto</u></a>	164
<a href="#"><u>3.1.3.5. Conclusiones</u></a>	174
<a href="#"><u>3.2. Habilidades de Investigación</u></a>	175
<a href="#"><u>3.2.1. Investigación Cuantitativa</u></a>	176
<a href="#"><u>3.2.2. Investigación Cualitativa</u></a>	191
<a href="#"><u>3.3. Habilidades de Enseñanza, Difusión del conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria</u></a>	202
<a href="#"><u>CAPÍTULO IV: IMPORTANCIA DE LA ÉTICA PROFESIONAL EN EL TRABAJO TERAPÉUTICO</u></a>	207
<a href="#"><u>CONSIDERACIONES FINALES</u></a>	214
<a href="#"><u>ANEXO 1: Criterios diagnósticos de la depresión según el DSM-IV</u></a>	218
<a href="#"><u>BIBLIOGRAFÍA</u></a>	222

## INTRODUCCIÓN

Todo empezó con el deseo de estudiar una maestría en psicología clínica, y en el transcurso de buscar las mejores opciones encontré que, la Universidad Nacional Autónoma de México ofrece un Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con diferentes especialidades; entre ellas está la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, misma que fue objeto de mi elección para formarme como terapeuta.

Este programa de maestría está calificado como uno de los mejores en América Latina por el número de horas de práctica clínica supervisada que tiene, así como por tener académicos y supervisores altamente capacitados para ser responsables de la formación de futuros terapeutas familiares. Además pertenece al Programa del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) en la categoría de alto nivel, situación que corrobora por qué es uno de los mejores. Ya que un programa de alto nivel exige excelencia académica; la residencia requiere que los alumnos se integren de tiempo completo a las actividades teórico-prácticas estipuladas en la curricula de la maestría.

Una vez tomada la decisión de entrar al programa mencionado, empieza una gran aventura a una visión y manera de pensar y abordar los fenómenos psicológicos en el campo clínico totalmente diferente a como había aprendido.

La Residencia en Terapia Familiar Sistémica se caracteriza por tener una visión integradora, que permite abordar problemas clínicos desde una visión interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales como la pareja, la familia y la sociedad, considerando también los contextos en los que se desenvuelven como el social, institucional, cultural, político, económico, etc. (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001).

Cuando se considera importante crear algo, es porque detrás hay necesidades apremiantes que así lo requieren. Al crear el programa de la residencia, se pretende formar y capacitar profesionales comprometidos en prevenir, intervenir y rehabilitar a la población mexicana en los problemas que le aquejan. Esto se logra a través de cubrir las competencias del programa que le permiten al estudiante desarrollar habilidades teórico

conceptuales, clínicas, de detección, evaluación y tratamiento; así como de investigación, enseñanza, prevención y sobre todo de compromiso social y ética profesional.

La maestría tiene una duración de dos años divididos en cuatro semestres, en los cuales se integran cursos teórico-metodológicos de tronco común y actividades específicas de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, que consisten en la práctica clínica supervisada y las actividades académicas complementarias como talleres, cursos, investigación, pláticas, seminarios, congresos (como participante o ponente), etc. Además, se asigna a cada alumno un tutor(a) desde el ingreso al programa; es una asesor(a) experimentado(a) que guía de manera más cercana y precisa al alumno en su desempeño y crecimiento como terapeuta durante los dos años hasta la obtención del grado.

El presente documento es un reporte de experiencia profesional de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica; la aventura que inicié en agosto del 2005 está culminando al menos académicamente. Pues este reporte es el requisito fundamental después de completar los créditos de la curricula, para obtener el grado en este programa. A continuación se describe de manera concreta el contenido de cada capítulo presentado aquí.

En el capítulo I se abordan aspectos sobre cómo se encuentra el campo psicosocial en nuestro país, cuáles son las principales problemáticas y crisis que enfrentan nuestras familias y cómo la terapia familiar sistémica es una alternativa viable para la prevención e intervención de dichas problemáticas. Se presenta también una descripción, análisis y explicación de la forma de trabajo de los escenarios clínicos donde se lleva a cabo la formación de los terapeutas inscritos en el programa, atendiendo ahí diversas demandas de los consultantes ante la situación que viven.

Referente al capítulo II, nos sumergimos al entendimiento y comprensión de los fundamentos teóricos y epistemológicos de la Terapia Familiar con un enfoque sistémico y posmoderno. Se analizan los principales movimientos y exponentes que plantaron las bases para crear una nueva forma de observar, pensar, analizar e intervenir en los fenómenos psicológicos y más específicamente en las relaciones humanas vistas desde la interacción. Como segunda parte se exponen algunos de los diferentes modelos terapéuticos que surgieron a partir de esta visión sistémica y posmoderna.

El capítulo III lleva a un recorrido por las competencias profesionales desarrolladas y aplicadas durante la estancia en el programa de la residencia. Estas competencias tienen que ver con importantes habilidades clínicas terapéuticas, de investigación, así como de enseñanza y difusión del conocimiento a nivel académico y comunitario.

Dentro de las habilidades desarrolladas en la clínica y en la investigación se encuentra la presentación del tema “Depresión”, integrando al análisis fundamentado en el enfoque relacional sistémico, la dinámica interna que la persona experimenta y que se ve reflejada en las relaciones que mantiene hacia el exterior. De esta manera se abordan las principales aportaciones de la Terapia Sistémica y Posmoderna sobre la depresión, mismas que colaboran en desaparecer el síntoma de la persona con depresión y facilitan la modificación en las relaciones que la persona mantiene en su interacción familiar y a su vez con ella misma.

Otro tema no menos importante a analizar es lo referente a la ética, presentado en el capítulo IV, donde se hace énfasis en la importancia de su ejercicio en la práctica profesional, sobre todo en el análisis ético de las teorías y formas de intervenir como terapeutas familiares; así mismo de reconocer y diferenciar la postura personal y profesional en la persona del terapeuta.

Las consideraciones finales cierran este reporte, redondeando y concretando las experiencias y aprendizajes que se desarrollaron a lo largo de la formación como terapeuta familiar.

## **CAPÍTULO I: ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR**

Se ha considerado importante, antes de adentrarnos en el mundo de la terapia familiar sistémica y posmoderna, hacer un recorrido de la situación del campo psicosocial que impera en nuestro país, conociendo así sus características en diferentes niveles de contexto, haciendo énfasis en la cultura y sociedad en general, en las instituciones y en las familias mismas, ya que una de las premisas sistémicas es considerar la importancia del contexto, ya que este influye en las familias de manera circular. Posteriormente se describen de manera más específica las principales problemáticas que enfrentan las familias, muchas de las cuales son resultado de la interacción entre contexto-familia y familia-contexto, para obtener una visión clara sobre la realidad en que vivimos. Aunado a esto, se hace referencia a la manera en que la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna es una alternativa útil e idónea para abordar la problemática señalada.

Para el análisis del contexto se inicia con la descripción del campo social para después detectar como éste afecta a cada uno de los escenarios donde se trabajó, y ver cómo lo anterior influye en el tipo de tratamiento ofrecido a las familias así como la explicación de la forma de trabajo en cada uno de los escenarios.

### **1.1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar**

#### **1. Características del campo psicosocial**

Para realizar un análisis de lo que es el campo psicosocial en el que estamos inmersos, haré referencia a un esquema que engloba los diferentes pero interrelacionados contextos que conforman dicho campo. En primer lugar existe un contexto global que es la sociedad en general, que también podemos llamar como el macro contexto; en este nivel están interrelacionadas las cuestiones económicas y políticas así como las sociales. En un segundo contexto están las instituciones, como la escuela, instituciones de salud, instituciones gubernamentales, las asociaciones civiles, que son las estructuradas por la sociedad para administrar la organización y el bienestar de las personas que la conforman así como hacer valer los derechos y obligaciones que cada una de ellas tiene. Otro de los



contextos contempla a las familias, que son un espacio donde las personas se desarrollan física, emocional y socialmente, para después enfrentarse a la vida por sí mismas y elegir el tipo de vida que deseen.

En esta lógica, abordaré primero la situación del contexto mayor que incluye a los demás mencionados, para luego hablar de la problemática que viven las familias y en la cual pondré mayor énfasis ya que es el contexto directo en el cual la psicoterapia familiar incide directamente.

El desarrollo de nuestro país ha sido difícil; históricamente se ha enfrentado a grandes retos como el haber sido conquistados y sometidos por otro país, la lucha por la independencia, así como la revolución para conseguir igualdad y equidad para cada individuo mexicano. Sin embargo en la actualidad, nos encontramos envueltos en una crisis en diferentes áreas; principalmente a nivel económico y político, pues a pesar de que cada nuevo gobierno pone como objetivos básicos implementar estrategias para combatir dicha crisis, la realidad es que México arrastra con una deuda externa que sigue creciendo y aunado a un inadecuado manejo económico y político, esto se ha convertido en un impactante y serio problema para nuestra sociedad, pues las consecuencias y repercusiones de ello afecta la vida del mexicano, como se menciona a continuación.

Una de las situaciones que pertenecen al macro contexto y que es trascendente en México, es la pobreza y los fenómenos de exclusión social relacionados con ella, los cuales constituyen un problema muy antiguo. El Instituto Internacional de Estudios Laborales, afirma lo siguiente:

...a pesar de que el bienestar es un compromiso constitucional y de que todas las fuerzas políticas del país han coincidido en la necesidad de un sistema económico productivo capaz de proporcionar empleo, educación y salud a toda la población, no se ha podido construir un modelo económico estable capaz de atenuar la pobreza, extender la igualdad de oportunidades y generar un mínimo de bienestar para todos los habitantes. Las políticas de asistencia y distribución aplicadas por el Estado y por algunos actores sociales han tenido un éxito muy relativo en aliviar la pobreza, en tanto que las desigualdades generadoras de exclusión se han agravado (Figueiredo, 2005).

Esto para la mayoría de los mexicanos, tiene que ver con la mala e injusta distribución de la economía en el país, con que se privilegien sólo a ciertos sectores de la

sociedad y otros queden excluidos, sin tomar en cuenta que todos tenemos derecho a vivienda, alimentación y trabajos dignos.

En este sentido, el creciente desempleo según Berumen (2004), es una manifestación de las irregularidades de la política económica aplicada, al no responder a la demanda de mayores fuentes de trabajo, con salarios, sueldos y prestaciones, que garanticen mejores niveles de vida para los trabajadores y sus familias. Ya que se observa una política en la económica que se inclina a concentrar la riqueza en determinados grupos nacionales, beneficiando al capital privado extranjero; esto es parte de una reestructuración económica como respuesta a la globalización, no a los intereses de la mayoría de la población.

De acuerdo con Figueiredo (2005), la concentración geográfica ha sido un factor importante en las actividades económicas, pues también tuvo efectos en la política asistencial y de seguridad social, cuyo gasto se aplicó de manera prioritaria a las zonas metropolitanas. La asignación estratificada de recursos conformó una línea de exclusión, ya que la población con derecho a la seguridad social se concentra de manera prioritaria en las zonas urbanas. La seguridad social, se encuentra sumamente jerarquizada y centralizada, tanto desde el punto de vista geográfico como administrativo. Esto se comprueba particularmente en el trato con los servicios de salud, que toman como criterios de acceso: (i) el lugar de residencia, y (ii) la pertenencia a alguno de los sistemas de seguridad social, lo que presupone, para cada ciudadano, estar ligado a las relaciones formales de trabajo. Como consecuencia, esto discrimina al trabajador agrícola, a la mayor parte de la población rural, a los trabajadores domésticos, al pequeño comercio y a quienes se ubican en la economía informal, ya sea como trabajadores de empresas o por cuenta propia. Según Lozano, (1993), en Figueiredo (2005), "...la organización de la seguridad social en lugar de coadyuvar a una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud, ha tendido a profundizar las diferencias" (p. 126). Sin embargo, aun cuando Figueiredo (op.cit.) habla de la jerarquización y centralización de la seguridad social en cuanto a los servicios de salud, la realidad es que no hay un adecuado nivel de atención en las zonas metropolitanas, por lo tanto el nivel de eficiencia de ellos no es satisfactorio ni en estos lugares favorecidos por la concentración geográfica.

Las profundas y extremas desigualdades sociales conducen a la exclusión y discriminación cuando generan estructuras y condiciones de competencia en las que amplios sectores de la población, por diferentes razones, no pueden tomar parte; como ya

se mencionó, principalmente por la concentración geográfica, la jerarquización de los servicios, la mala administración económica y de recursos naturales, así como por la discriminación. Así, se impide el acceso a la satisfacción de necesidades básicas, como la alimentación y la atención a la salud, de vastos sectores de la población. La cobertura de los servicios de salud en nuestro país, aumentó en los últimos años, pero es claro que el esfuerzo realizado es todavía muy insuficiente para brindar protección a toda la población. De esta situación se desencadenan efectos negativos en otras áreas importantes de la vida de las personas y familias; al no tener derecho a los servicios de salud la estabilidad económica de los hogares se ve afectada y por lo tanto la satisfacción de necesidades básicas no es la adecuada, lo que produce una baja calidad de vida, entendiendo por esto que no estén cubiertas las necesidades de alimentación, vivienda, vestido, educación y empleo. Las extremas distancias geográficas ocasionan que también exclusión, pues en gran medida llevan a una lógica de abandono en los sectores más vulnerables.

La situación que vive nuestro país no es tan simple, pues además de la pobreza, la exclusión a los servicios de salud y a la falta de empleos suficientes para nuestra sociedad, se vive un ambiente de inseguridad social; la violencia es la mayor evidencia de ello, tanto por la dimensión que ha adquirido la muerte por dichas causas, como por los efectos materiales y emocionales que ocasiona, y cuyo origen es multifactorial (Jiménez, 2000). Entre las múltiples formas de violencia que se presentan, la delincuencia es una de las que más dañan a la sociedad; en nuestro país se puede considerar resultado de conductas delictivas, la impunidad, el soborno, el crimen organizado y el vandalismo, que amenazan la integridad individual y colectiva, que de acuerdo a Jiménez (op.cit.), es en lo cualitativo el resultado de la crisis económica, social, política y cultural de México de principios del siglo XXI.

No se puede dejar de mencionar el grave problema de las adicciones presente en nuestro país, el cual se considera que es una de las salidas que las personas tienen ante la realidad tan crítica que vivimos en México; los diagnósticos nacionales arrojan cifras alarmantes acerca de miles de personas en México que están siendo afectadas por alguna adicción (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, entre otras) y la tendencia creciente de dicha problemática. De los casi 100 millones de mexicanos que hay en el país, cerca de 400 mil personas pueden considerarse como "usuarios fuertes" de drogas ilegales como: marihuana, cocaína e inhalantes (Tercera encuesta nacional de adicciones, 2002).

Todas las situaciones mencionadas están relacionadas unas con otras pues en tanto la crisis económica avanza, crece también el desempleo y con ello la delincuencia en la sociedad; una situación lleva a la otra hasta que se convierte en un problema multifactorial con consecuencias devastadoras; es decir que afecta no sólo en lo económico, sino a nivel de salud por la falta de suficiente acceso a los servicios de salud, en la falta de empleos y salarios justos, en la seguridad pública por la delincuencia y violencia social, entre otros más. A continuación se abordará las problemáticas que afectan directamente a las familias y las cuales de acuerdo a esta lógica, son afectadas por las crisis y problemas que se viven en el macro contexto y que han sido expuestas en párrafos anteriores.

## **2. Principales problemáticas que enfrentan las familias**

La familia es el ámbito social donde la mayoría de la población se organiza para satisfacer sus necesidades esenciales. Es ahí donde se inicia el aprendizaje del comportamiento y se reafirman los valores, actitudes y costumbres que imperan en la sociedad.

En México, de acuerdo al INEGI (1999), "...los hogares familiares predominan en el conjunto de las unidades domésticas y dentro de éstos los más frecuentes son los hogares conformados por el padre, la madre y al menos un hijo" (p. 75). En las últimas décadas, en la familia han incidido las transformaciones geográficas, sociales y económicas antes mencionadas, las cuales han repercutido en las funciones y roles establecidos tradicionalmente, como son, entre otros, el descenso de la fecundidad y su impacto en el proceso de formación familiar; la creciente inserción de las mujeres en el mercado laboral; el incremento de las oportunidades educativas tanto para los hombres como para las mujeres aunque no todos tengan la igualdad de condiciones para tener éxito y, como consecuencia, el mayor nivel de instrucción de las generaciones jóvenes de algunas clases sociales; el retraso en la edad al unirse en pareja; el incremento de las disoluciones conyugales y el constante deterioro de las remuneraciones al trabajo, que obliga a las familias a incorporar más miembros en el mercado laboral para obtener ingresos. Todas estas situaciones tienen que ver con los avances tecnológicos así como con cambios sociales a nivel mundial, como la globalización a nivel económico, político y social. Lo anterior ha provocado la reestructuración de las familias en cuanto a los papeles y responsabilidades asignadas a sus miembros, derivando en una diversidad de arreglos

domésticos que divergen al prototipo de la familia (papá, mamá e hijos), siendo cada vez más frecuentes en los que hay proveedores secundarios, quienes no siempre son varones, y los casos en que no hay un hombre al frente de la familia, por lo que la responsabilidad del grupo familiar recae en una sola mujer (Hogares Familiares, INEGI, 1999).

Estos cambios y transformaciones de roles y funciones, más la angustia por el contexto global, afecta en las familias creando una desesperanza social, económica y política, que a juicio de la autora es desviada desarrollando síntomas que hacen referencia al desequilibrio y a la problemática que viven las familias día a día. Se mencionan las principales problemáticas que la familia enfrenta, donde como profesionales de la salud mental, es necesario tener claridad de lo que ocurre con ellas, tanto a nivel intrafamiliar como extrafamiliar en los diferentes contextos en los que se encuentran inmersas, para ofrecer alternativas de cambio que beneficien a su estabilidad y que coadyuven a largo plazo a un bienestar social.

El macro contexto afecta a las familias y las familias afectan al macro contexto, respondiendo a su impacto de diferentes formas como: la violencia en todas sus facetas, las adicciones, los suicidios, los divorcios, la deserción escolar y la amplia gama de enfermedades psicosomáticas entre otras.

Los conflictos intrafamiliares, han sido presentados como un aspecto al que se le ha dado énfasis en los planes de desarrollo social y familiar; pues el mundo familiar no es sólo un espacio de afectividad y seguridad emocional, sino de tensiones y conflictos, cargados de ambivalencias y asimetrías internas que en ocasiones desembocan en el ejercicio de la violencia física en contra de algunos de los miembros, usualmente las mujeres y los niños. Sobre las tensiones y conflictos, creo conveniente decir que están asociados con la situación de crisis económica que vivimos a nivel nacional y mundial y cualquier esfuerzo de política pública encaminado a proporcionar atención a las familias mexicanas, debe partir no sólo del conocimiento de su dinámica interna, sino del contexto que impacta en dicha dinámica.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias (2005), siete son los motivos que constituyen la primera causa de conflicto entre las familias mexicanas. En el nivel nacional y en orden de importancia, las causas más frecuentes son: 1. asuntos económicos; 2. problemas relacionados con la concesión de permisos y la

autoridad; 3. dificultades de convivencia y comunicación; 4. problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos, y con las diferencia de carácter o de opinión; 5. cuidado y orden del hogar; 6. adicciones; y 7. celos, infidelidad y violencia. Estas causas dan cuenta del 88.7% de los motivos verbalizados por los entrevistados. Se puede distinguir que en estos datos cuestiones económicas ocupan un lugar muy importante, lo cual confirma las tesis antes postuladas. Otros de los conflictos están relacionados con la comunicación, la educación y conducta de los hijos, y aspectos como las adicciones y la violencia aparecen en último lugar, sin embargo considero que tiene que ver con una cuestión cultural de no hablar de ello ya sea por pena y temor al juicio social, pero en realidad son hechos más comunes y frecuentes de los registros y estadísticas reportados en esta encuesta.

La violencia familiar que afecta a la población en general es un tema que adquiere relevancia y que es motivo de una gran preocupación social, ya que afecta a niñas y niños, mujeres, personas de la tercera edad y discapacitados. Esta preocupación la manifestó el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC), de la Organización de Naciones Unidas, por los altos índices de violencia doméstica que se registran en el país contra mujeres y niños (Ballinas, 2004).

En el caso de violencia contra las mujeres, diversos estudios (Mujeres y hombres, INEGI, 2007) han demostrado que este tipo de violencia no distingue grupos socioeconómicos, edad, niveles educativos, ni ámbito de ocurrencia. Uno de los aspectos más preocupantes de la violencia contra las mujeres es la que proviene de la pareja conyugal. La violencia conyugal se manifiesta de muy diversas formas, puede ser emocional, física, económica y sexual. Por ejemplo: 1 de cada 5 mujeres (21.5%) sufre de violencia de la pareja actual; 1 de cada 3 mujeres (34.5%) ha sufrido violencia de la pareja alguna vez en la vida; 2 de cada 3 mujeres (60.4%) han sufrido violencia familiar alguna vez en la vida; 55 de cada 100 mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja viven más de un tipo de violencia; seis de cada cien padecen los cuatro tipos de violencia: emocional, económica, física y sexual.

El maltrato infantil, se presenta en la mayoría de las ocasiones en un contexto de violencia familiar sin importar también los niveles económicos, sociales e intelectuales, y donde las madres son quienes ejercen el maltrato infantil con mayor frecuencia, seguidas por los padres, los padrastros, las madrastras y los abuelos. Datos estadísticos del 2004

reflejan que el 23% de menores han sido maltratados físicamente, 21% emocionalmente, 27% con omisión de cuidados, 7.7% por abandono, 8% con negligencia y 3.8% por abuso sexual (DIF, Dirección de Asistencia Jurídica, INEGI, 2004).

La violencia es reforzada por las concepciones socioculturales basadas en premisas de género; pues muchos de los comportamientos del mundo familiar hallan su explicación en los valores sociales que organizan las pautas de interacción entre sus miembros:

Entre estos valores revisten singular importancia los que tienen que ver con significados sociales alrededor de la diferencia sexual anatómica entre los seres humanos, la construcción social del género, pues es a partir de ella que se legitiman las relaciones asimétricas en el ámbito familiar. (DIF, Dirección de Asistencia Jurídica, INEGI, 2004, p. 78).

Es importante decir que la generación de estadísticas sobre violencia familiar, se enfrenta a la dificultad del arraigo cultural de las premisas sociales que “normalizan” la violencia, tanto en lo que atañe a la percepción de que es un tema de índole privado como en las reacciones de vergüenza, temor o desprestigio que conlleva el reconocer el maltrato.

También claramente se denota el amplio respaldo que tiene todavía el modelo tradicional en la desigualdad de géneros. En efecto, sólo una tercera parte de los mexicanos aprueba la idea de que las mujeres trabajen fuera de la casa si tienen niños pequeños. A su vez, el 42.8% de la población urbana y el 50.6% de la rural, las responsabiliza a ellas de la cohesión o integración familiar (DIF, Dirección de Asistencia Jurídica, INEGI, 2004). En los medios de comunicación no es tan común que se hable de la desigualdad de género y los conflictos que de ello surgen en las parejas y por supuesto en las familias, pues estas concepciones de género están inmersas en el actuar y pensar de hombres y mujeres y tienen un gran peso al educar y ser educados, lo cual se ve reflejado en cómo se establecen las relaciones entre las personas, hacia el interior y exterior de la familia.

El divorcio es un fenómeno social que en la actualidad se presenta de manera más frecuente, y reviste gran importancia debido a que los cambios en la economía se están evidenciado en el modo de vida y expectativas sociales, económicas, culturales y políticas de la población, particularmente en la mujer mexicana que se inserta cada vez más en la

vida productiva del país. Ello repercute en la forma tradicional en que se da la relación hombre-mujer y consecuentemente en la modificación de roles que cada uno debe cumplir; el incremento de las cifras de divorcios evidencia que el matrimonio como institución es cada vez más vulnerable. El índice de disolución conyugal fue en 1990 de 7.2%, en el 2000 de 7.4% y en el 2002 de 9.8%. Uno de cada 13 matrimonios en México termina en divorcio; en el Distrito Federal, el promedio es de uno por cada ocho y al año se registran aproximadamente 52 mil divorcios (INEGI, Divorcios, 2005).

Las adicciones forma parte de las situaciones difíciles que enfrentan las familias en nuestro país; ante esto, Larralde (2006), expresa que los estudios cualitativos han mostrado que a pesar de la existencia de una red estatal de atención de los adictos, el mayor peso del tratamiento contra las adicciones lo asumen las familias de los propios adictos, lo que trae como resultado un desgaste importante en la economía y las relaciones dentro de las familias. Se puede decir que muchos de los casos de adicción, están relacionados con los problemas de violencia, delincuencia y vandalismo. Posteriormente se abordará que el síntoma cumple una función dentro de la familia.

Las crisis que se dan ante el desempleo o la falta de servicios de salud, provocan la impotencia y desesperación en las personas cuando tratan de satisfacer las necesidades principales de su familia y no lo consiguen. Lo anterior produce altas dosis de preocupación y frustración en las familias mexicanas que se ha visto reflejado en el incremento de intentos de suicidios y suicidios llevados a cabo. Otros de los factores de riesgo que predisponen la consumación del suicidio, son el abuso del alcohol y las drogas, los antecedentes del maltrato en la familia, el aislamiento social, la depresión y otros trastornos psiquiátricos. Lo anterior no significa una postura causa efecto en la determinación de estos problemas ya que el marco de referencia resalta la circularidad entre los hechos, en capítulos posteriores se explicarán estos conceptos.

En México se registraron 3780 intentos de suicidio en el 2005, de los cuales se consumaron 3553 (94%). Ocurren más suicidios de hombres que de mujeres; por cada 100 suicidios de hombres se producen 20 de mujeres, en tanto que hay más intentos fallidos en mujeres que en hombres: 110 por cada 100 (Mujeres y hombres, INEGI, 2007).

Entre los intentos de suicidio con causa registrada en el 2005, destaca el disgusto familiar, con 31.3%, le siguen los motivos amorosos, con el 15.9%, las enfermedades mentales que explican el 6.6% del total, y la dificultad económica, con 5.7%. Entre los



suicidios con causa definida destacan: el disgusto familiar 8.8%, las razones amorosas 7.7% y la enfermedad grave 5.5%, en los hombres. En las mujeres el disgusto familiar alcanza el 12.5%, le siguen las causas amorosas con 9.1%, y la enfermedad mental, la cual absorbe el 7%. Estos porcentajes son sólo de los casos registrados, pues existen muchos casos de los cuales no se conocen las causas (Mujeres y hombres, INEGI, 2007).

Otra situación no menos importante que sufre nuestra población y que se ve reflejada en las familias mexicanas es la deserción, la reprobación y el rezago escolar. Un estudio realizado en la Delegación Tláhuac del Distrito Federal, refleja que la deserción escolar tiene que ver con diferentes causas, algunas de ellas son: "...la edad de trabajar, falta de dinero, dinámica familiar, aunque no se puede afirmar que una variable de las mencionadas es la principal causa de deserción, si se puede precisar que la más frecuente es el ingreso percibido por los padres de familia..." (Segura Pérez, 2002).

Hablando de la deserción escolar y su vinculación con las relaciones familiares, éstas también tienen un peso importante ya que la motivación de los estudiantes tiene que ver no sólo con el impulso del ambiente escolar y social, sino de los padres, aunque puede suceder que los hijos tengan comportamientos como dejar sus estudios y hasta ingerir alcohol y/o drogas, para así desviar la atención de los padres ante la situación que enfrentan de crisis ya sean de pareja, económica, política, social y de valores humanos que están presentes desde hace tiempo en nuestro país y en el mundo.

### **3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada**

La Universidad Nacional Autónoma de México es una de las instituciones públicas que ha puesto en sus prioridades el bienestar social como uno de los objetivos en el perfil de sus egresados y en los diferentes servicios que presta a la sociedad. En este sentido el programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica ha sido desarrollado como una importante aportación de esta casa de estudios a la intervención, prevención y tratamiento a las principales problemáticas por las que pasan las familias mexicanas.

La terapia sistémica y narrativa es el enfoque con una visión integrativa, que permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y otros

sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), tomando en cuenta los diferentes contextos en que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político, económica, etc.)... (Programa de Residencia en Terapia Familiar UNAM, 2001, p. 19).

Desde esta postura, el objetivo del trabajo a realizar trasciende a los diferentes contextos antes mencionados, pues la perspectiva sistémica conceptualiza a la familia y a la sociedad misma conformadas por elementos o miembros que interactúan entre sí y se retroalimentan, en tanto el comportamiento de uno de ellos afecta a los demás, éstos reaccionan respondiendo y se dará una nueva reacción de los primeros y así sucesivamente. Viéndolo así, hay una constante retroalimentación tanto hacia el interior de la familia como hacia el exterior, es decir tocando los diferentes contextos en los que influye y a su vez es influida.

Una de las principales funciones de la UNAM es estar comprometida en la solución de problemas que aquejan a la sociedad mexicana, en este caso las que se reflejan en la salud mental, ya que se considera que la crisis puede disparar con mayor probabilidad situaciones de estrés, violencia, agresión, alcoholismo, desintegración familiar, entre otros (Programa de Residencia en Terapia Familiar UNAM, 2001). La idea sistémica es congruente con el análisis que se presentó sobre las problemáticas que enfrenta la familia, pues lo que pasa en el contexto social amplio repercute directa e indirectamente en las familias; de esta manera una alternativa adecuada y viable para dichas problemáticas es la Terapia Sistémica.

El enfoque sistémico puede identificarse precisamente como una de las aproximaciones para el estudio y atención de los procesos humanos en función del contexto y las relaciones. Así mismo, como proceso terapéutico se caracteriza por su brevedad y por la posibilidad de brindar atención a problemáticas psicológicas diversas que se presentan en individuos, parejas, familias y/o grupos. Dichas características han resaltado la viabilidad y efectividad de este enfoque en el trabajo clínico en instituciones (op.cit.). La alternativa de terapia familiar es viable porque se trabaja con todos los miembros interviniendo directamente en su dinámica familiar, así como la conveniencia de los costos que son más económicos que los de una terapia individual.

## 1.2. Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico

### **1.2.1. Descripción de los escenarios**

El Programa de Maestría en Psicología se imparte en tres entidades académicas: la Facultad de Psicología, la FES Iztacala y la FES Zaragoza. La Residencia en Terapia Familiar es impartida en dos entidades, la Facultad de Psicología y en la FES Iztacala, cada una tiene varios escenarios clínicos en los cuales se lleva a cabo el trabajo con las familias.

En lo que a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se refiere, se tienen tres escenarios clínicos; uno de ellos es la Clínica de Terapia Familiar, ubicada en la planta alta del edificio de Endoperiodontología de la Facultad, en Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Edo. De México. La Clínica tiene la infraestructura necesaria para la atención a las familias que llegan a solicitar el servicio. Se cuenta con cámara de video, videocasetera, televisión, interfón, espejo unidireccional entre dos amplias salas, una para el equipo terapéutico y otra para el terapeuta y la familia.

Aquí se atienden las demandas de la comunidad cercana a la FES Iztacala, así como a los universitarios docentes, trabajadores o estudiantes que solicitan el servicio o que son canalizados por otros departamentos. El servicio se lleva a cabo en el turno matutino dos veces por semana y se cobra una cuota de cincuenta pesos, que son pagados en la caja de la Clínica Universitaria y el recibo se entrega al terapeuta.

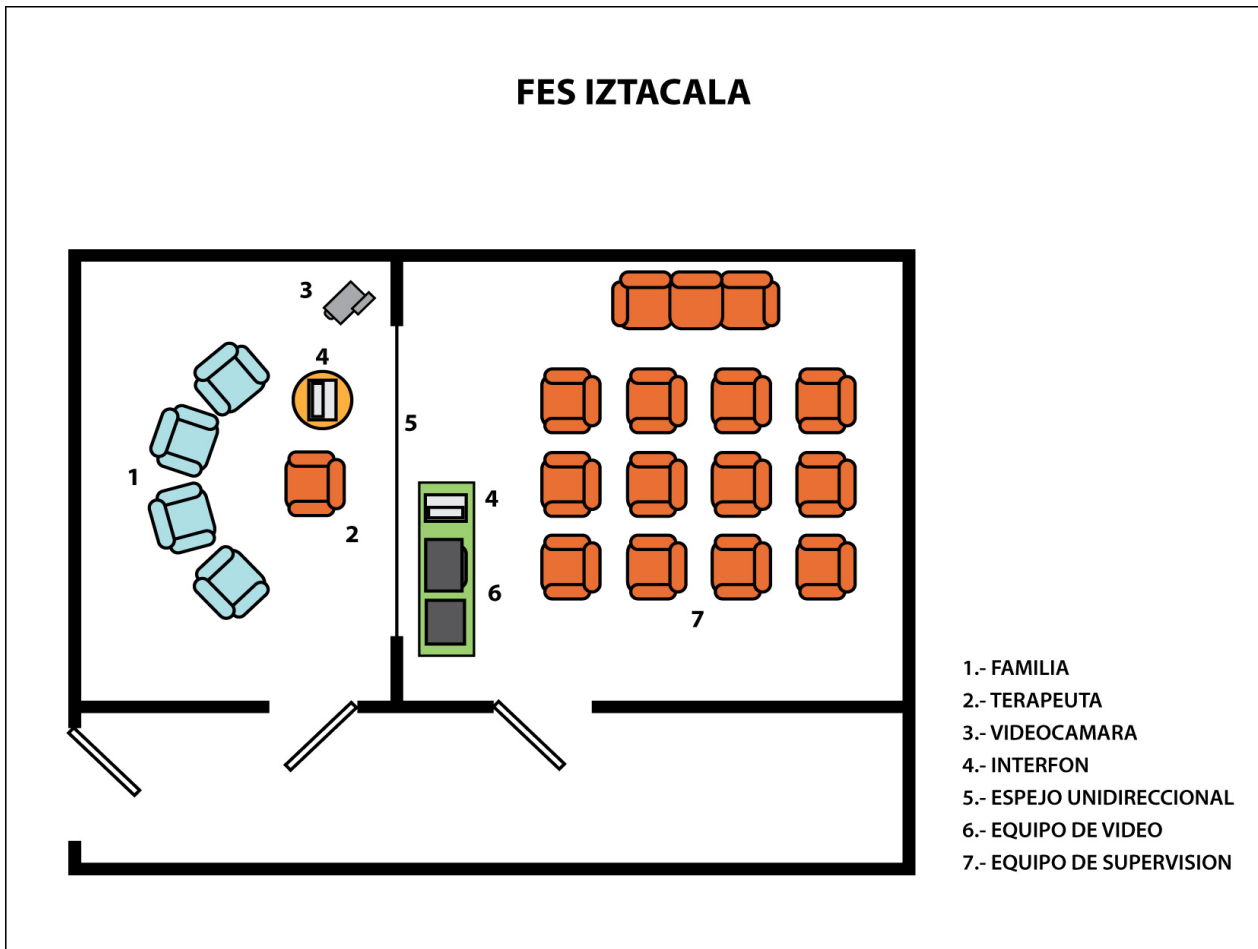
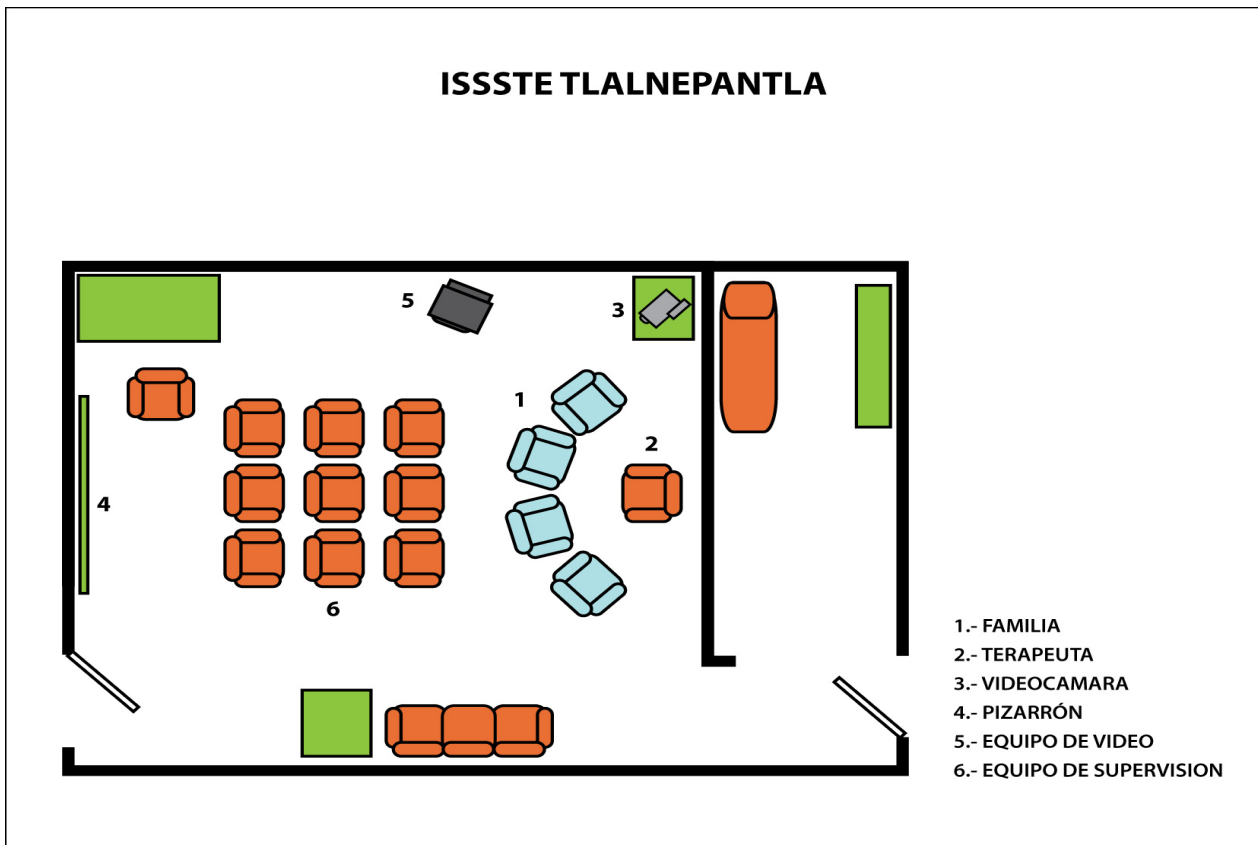


Figura 1. Distribución física de la Clínica de Terapia Familiar de la FESI

Otro escenario clínico de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica está en la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado de México (ISSSTE) en Valle Ceylán Tlalnepantla, Edo. De México.

En este escenario clínico la atención se presta una vez por semana en un consultorio de la psicóloga titular de la Clínica. La atención se basa en el modelo médico; no hay cámara de Gessel, por lo tanto el equipo terapéutico está en el mismo espacio que la familia y el terapeuta; se cuenta con una televisión, videocasetera y un pizarrón para el uso de la supervisión en lugar del interfon.

El terapeuta es considerado por los usuarios como parte del personal médico de la clínica y los pacientes son por lo general canalizados por los médicos familiares, en la minoría de los casos las personas llegan al área de Psicología y la psicóloga a cargo los canaliza para recibir atención en la modalidad de Terapia Familiar.



## Figura 2. Distribución física de la Clínica de Terapia Familiar del ISSSTE Tlalnepantla

Se tiene también como escenario clínico el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco (CCHA), el cual se encuentra en Av. Aquiles Serdán, Ex Hacienda el Rosario Del. Azcapotzalco.

El espacio donde se atiende a las familias cuenta con la infraestructura necesaria para llevar a cabo las sesiones de terapia, como cámara de Gessell donde el equipo observa y escucha a la familia, cámara de video, televisor, videocasetera, interfon y una sala amplia para el terapeuta y la familia. En este lugar las personas atendidas son canalizadas por el departamento de psicopedagogía del Colegio y se presta el servicio gratuitamente a estudiantes y sus familias, así como al personal docente y administrativo del plantel que lo solicite.

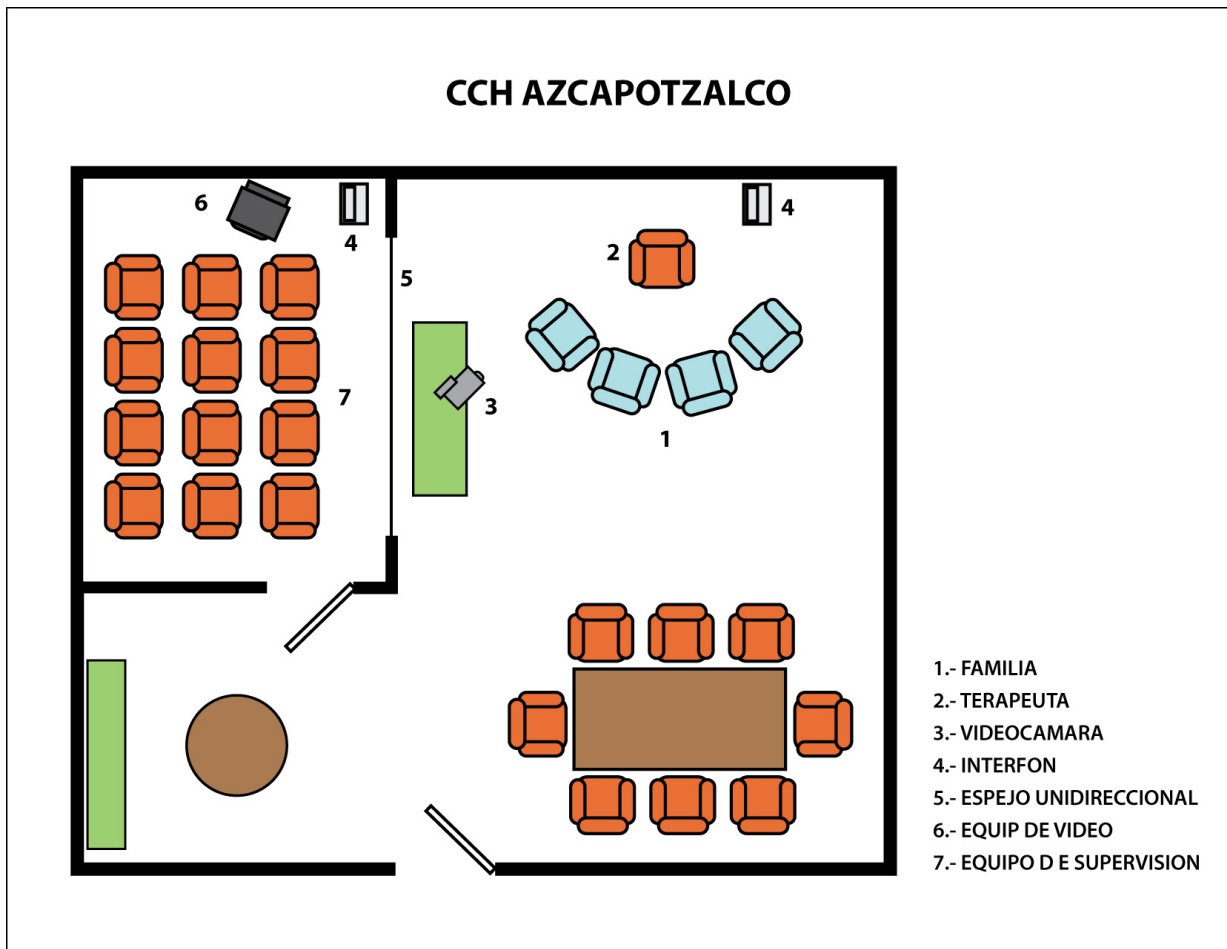


Figura 3. Distribución física de la Clínica de Terapia Familiar del CCHA

### 1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios

En este espacio abordaré primero algunos aspectos que tienen que ver con la misión y visión de las instituciones donde se encuentran los tres escenarios clínicos, para después integrarlos a un análisis sistémico en cuanto a cómo funciona cada escenario, tomando en cuenta cómo ello influye en el trabajo con las familias.

La **FESI**, Facultad de Estudios Superiores Iztacala es una entidad académica de la UNAM, en la cuál se imparten carreras universitarias en el área de la salud, como: Medicina, Odontología, Biología, Optometría y Psicología. En esta Facultad se crearon clínicas que proporcionan servicios de acuerdo a cada disciplina, los cuáles son dirigidos a la comunidad estudiantil, docente, administrativa, así como a la comunidad externa.

La clínica de Terapia Familiar en la FESI, es creada en sus inicios por la apertura de Diplomados con enfoque Sistémico, en los cuales se pudo constatar su calidad, organización, buenas instalaciones y costos accesibles. Posteriormente se propone ante el Consejo Técnico de la UNAM un programa que tome como base los Diplomados de Terapia Familiar, para conformar la maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica (Eguiluz, 2004).

El programa de Maestría en Psicología está conformado por un tronco teórico-metodológico y por actividades propias de la residencia. El plan de estudios es mixto, ya que consiste en una combinación de cursos formales escolarizados y actividades de enseñanza y práctica supervisada en escenarios clínicos, donde la clínica de Terapia Familiar de la FESI es uno de ellos y donde actualmente se brinda el servicio de Terapia Familiar con enfoque sistémico y posmoderno (Eguiluz, 2004).

Este escenario se encuentra ubicado física y profesionalmente en la entidad académica que lo vio nacer y que respalda su funcionamiento, ya que la institución provee las facilidades teórico-metodológicas para que la clínica pueda ofrecer un servicio terapéutico de calidad y de compromiso ético en bien de la comunidad atendida.

El **ISSSTE**, creado por decreto presidencial el 30 de diciembre de 1959, es un organismo descentralizado con administración, personalidad jurídica y patrimonio propio, éste último conformado por las aportaciones de los trabajadores por dos conceptos fundamentales: fondo de pensiones y servicio médico y maternidad. A ello se suman las aportaciones que hace el Gobierno Federal en los mismos conceptos por cada uno de sus empleados. Su administración está presidida por una Junta Directiva, principal órgano rector integrado por cinco representantes del Gobierno Federal y cinco de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, además del propio Director General.



Y desarrolla las siguientes funciones: médicas, deportivas, culturales, económicas, de investigación o recreación, para conformar el concepto de seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado.

Actualmente el ISSSTE, ha celebrado convenios con gobiernos estatales y organismos públicos descentralizados para ofrecer seguridad social a sus trabajadores. Atiende a más de dos millones de trabajadores y a más de cuatro derechohabientes por trabajador en promedio, con lo que en este momento son más de diez millones de mexicanos beneficiados. Su principal función es la seguridad social, pues el Instituto se sustenta en el derecho constitucional a la protección de la salud de los servidores públicos, por lo que está obligado a dar cumplimiento a la Ley General de Salud y a todo el marco normativo inherente a su función primordial.

Misión: Contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes, mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de los servicios: médicos, prestaciones económicas, sociales y culturales, vivienda, tiendas y farmacias y servicios turísticos.

Visión: La derechohabiencia deberá contar con servicios acordes a sus necesidades y expectativas, normados bajo códigos de calidad y calidez que permitan generar valores y prácticas para la mejora sostenida de bienestar y calidad de vida, en las áreas económica, de salud, vivienda, formación y actualización; así como una diversificación de las actividades en materia de deporte, cultura y recreación.

Haciendo un contraste de lo que se vive en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Tlalnepantla con relación a lo aquí referido, nos hemos dado cuenta de las condiciones de servicio al derechohabiente; hablaré en lo referente al servicio de Psicología en el cual está incluida la Terapia Familiar. A pesar de que esta clínica ha prestado un espacio desde hace años para que la UNAM dé este servicio, se puede ver y sentir falta de apoyo para ampliar la atención con esta modalidad.

Durante el tiempo en que he estado atendiendo derechohabientes del ISSSTE, los pacientes han expresado lo satisfechos y sorprendidos que se quedan al recibir la

atención de terapia familiar con el trabajo hecho por nuestro equipo terapéutico, pues están acostumbrados a un trato más impersonal y con un contacto humano con menor calidad por la rapidez con que dan los diversos servicios. Es importante mencionar que el servicio de terapia familiar solo se da en esta clínica y hay personas que preguntan en qué otras clínicas hay este servicio.

El **CCH**, el Colegio de Ciencias y Humanidades, surgió como consecuencia de una demanda educativa que tiene como marco político el movimiento estudiantil de 1968, y la necesidad del Estado de impartir educación media superior y superior a un número cada vez más grande de personas; ésto llevó al gobierno en 1970, a promover una reforma educativa a nivel nacional en el plano de la enseñanza media superior.

La reforma educativa proponía un plan de estudios que pretendía innovar y modernizar la enseñanza y el aprendizaje, presentando una gran flexibilidad al alumno para que pudiese cambiar de vocación o de profesión, aprender a combinar profesiones distintas y a realizar actividades interdisciplinarias, caracterizándose principalmente en tratar de combatir el vicio de la educación tradicional e intentando incidir más en la formación del estudiante, capacitándole mejor para seguir distintas alternativas, estudios profesionales, investigación o su incorporación al mercado de trabajo en salidas laterales.

La Universidad Nacional Autónoma de México, justifica la creación del Colegio de Ciencias y Humanidades como una institución tendiente a lograr que la nación sea más independiente y soberana, con menos injusticias y carencias. El CCH tiene como objetivos fundamentales en el nivel bachillerato: que el alumno desarrolle en forma integral su personalidad como miembro de la sociedad; que constituya un ciclo de aprendizaje combinando el estudio en las aulas y en el laboratorio y proporcionando la formación académica a nivel medio superior indispensable para aprovechar las alternativas profesionales. La enseñanza está enfocada a estimular a los estudiantes con técnicas y metodología para la investigación, ampliando sus conocimientos en todas aquellas áreas que le permitan adquirir una actitud científica y crítica, así como una formación literaria, filosófica, histórica y política.

En cuanto a la dinámica que se vive en el ambiente del CCH Azcapotzalco, es muy común la agrupación de alumnos denominados “porros”, los cuales llevan a una

inestabilidad en el funcionamiento del colegio, ya que al no estar de acuerdo con determinadas políticas de éste toman el plantel y lo cierran parando así las clases y actividades académicas. Esta situación ha llegado a afectar también a la clínica donde se da el servicio de terapia familiar, pues en ocasiones ha coincidido el cierre del plantel con este servicio. También son tantas las áreas y departamentos en los que está organizado el CCH, que hay dificultades de comunicación que lleve al conocimiento de todos el trabajo de la clínica, tanto para canalizar, como para priorizar y promover el servicio.

En promedio se atienden alrededor de 15 familias por semestre, pues el espacio que se presta para el servicio de terapia sólo es dos veces por semana lo que no da oportunidad de trabajar con más familias, sin embargo cualitativamente es significativo, ya que se han resuelto benéficamente casos con problemáticas severas.

### **1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico**

El trabajo realizado en los escenarios clínicos tiene aspectos básicos que son comunes entre sí, así como ciertas particularidades; los aspectos en común se refieren a que la terapia se realiza en colaboración con un equipo de terapeutas, en donde uno funge como el terapeuta frente a la familia y el resto (4 o 5 personas), observa y aporta ideas detrás de un espejo unidireccional. El equipo puede intervenir comunicándose a través de un interfon, entrar a decirle un mensaje a la familia o realizar las reflexiones sobre lo tratado en sesión y que la familia los escuche.

Además en el equipo de terapeutas uno o dos de ellos funge como supervisor(a), quien se encarga de guiar, revisar y retroalimentar el trabajo realizado por cada miembro del equipo. Esta supervisión incluye tanto el caso clínico que se está trabajando, así como el propio desempeño del terapeuta que está frente a la familia, donde se revisarán con ayuda del supervisor aciertos en la intervención, así también posibles dificultades en la persona del terapeuta. El trabajo del equipo terapéutico detrás del espejo también es supervisado y retroalimentado.

Es importante mencionar que las familias o casos atendidos en las clínicas, son responsabilidad de todo el equipo terapéutico, independientemente del terapeuta que esté

frente a la familia acompañándola directamente.

Cada persona y familia registran sus datos en la instancia correspondiente al servicio. Primero solicitan la cita y luego se acuerda a través de una llamada telefónica por el terapeuta. En la primera sesión terapéutica se pide autorización por escrito para que las sesiones de terapia puedan ser grabadas en audio y video, ya que esto es un instrumento muy valioso y útil para intervenir en el trabajo terapéutico, pues posibilita revisar el trabajo realizado y elaborar un acta de cada sesión con los aspectos esenciales en información y metodología. El contenido de las actas lleva los siguientes puntos:

<b>Acta de entrevista telefónica</b>	<b>Acta de sesión</b>
Fecha de la llamada	Num. de sesión
Fecha de la primera sesión	Fecha
Nombre de la familia	Nombre de la familia
Terapeuta	Terapeuta
Supervisora	Supervisora
Equipo de supervisión	Equipo de supervisión
Motivo de consulta	Motivo de consulta
Familiograma/genograma	Familiograma/genograma
Personas que asistirán a la sesión	Personas que asistieron a la sesión
Antecedentes del problema y de tratamiento	Resumen de la sesión
Hipótesis preliminar	Mensaje o cierre de sesión
	Hipótesis
	Intervenciones
	Modelo que sustenta el trabajo
	Objetivos para la siguiente sesión

En todos los escenarios el trabajo con cada familia tiene momentos y actividades específicos a saber: se da un tiempo para revisar junto con el equipo el acta, discutiéndola y planteando la intervención en la nueva sesión, luego hay un tiempo para intervenir con la familia, seguido de un corte en donde el terapeuta se reúne con el equipo y elaboran el cierre de la sesión que luego se le trasmite a la familia. Después de ello el supervisor hace una retroalimentación guiada al terapeuta y al equipo sobre su desempeño.

Cada miembro del equipo terapéutico tiene espacio para fungir como terapeuta frente a las familias, así como para ser parte del equipo atrás del espejo. De los cuatro semestres que dura la residencia, en el primero los alumnos son observadores del trabajo de otro equipo terapéutico; esto tiene por objeto que los terapeutas en formación se adecuen a la modalidad de trabajo clínico-supervisado. Posteriormente, se asignan dos

familias por semestre a cada terapeuta. Cada equipo consta de 5 alumnos, teniendo así un total de 10 familias atendidas al semestre. Cuando está frente a la familia el alumno tiene el rol de terapeuta principal, y cuando no, éste funge como parte del equipo terapéutico.

En cuanto a las diferencias del trabajo clínico en los escenarios, se tiene que en la FESI y en el CCHA la familia y el terapeuta están en un espacio diferente al del equipo; en la clínica del ISSSTE no es así; aquí las sesiones se llevan a cabo en un solo espacio físico y el equipo se encuentra detrás de la familia. La comunicación entre terapeuta, familia y equipo es más directa y con mayor interacción por la cercanía física y para los mensajes propuestos por el supervisor, se utiliza un pizarrón que está en la parte posterior de la sala a espaldas de la familia. Para el corte de la sesión, generalmente se pide a la familia que salga de la sala a los pasillos de espera.

Otra de las diferencias entre los escenarios clínicos tiene que ver con la supervisión, ya que es diferente el modelo terapéutico con el que se lleva a cabo el trabajo con las familias. Esto depende de varios factores; por un lado se requiere de tener práctica supervisada con los diferentes modelos en Terapia Sistémica, entonces cada supervisora está especializada más en ciertos modelos terapéuticos. Y otra situación está relacionada con la filosofía y las necesidades que influyen en la forma de trabajo de la institución, por ejemplo en el ISSSTE por ser un ambiente médico, hay ciertos modelos que se adecuan más a los requerimientos de atención rápida, por lo que en esta clínica las terapias breves son muy utilizadas.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA LA FORMACIÓN TERAPÉUTICA

Este segundo capítulo está reservado para dar a conocer los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan la formación de terapeutas familiares en el presente programa de maestría. Primero se desarrolla un análisis sobre las bases epistemológicas de la terapia familiar con enfoque sistémico y posmoderno, y posteriormente sobre los diferentes modelos de intervención terapéutica derivados de dichos enfoques.

### 2.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna

Realmente es de suma importancia que toda persona que ejerce una profesión, deba conocer claramente el marco teórico y epistemológico que sustenta lo que se está desempeñando, por ejemplo, dentro de la Psicología existen diversas corrientes teóricas con diferentes marcos epistemológicos; en este caso nos corresponde abordar lo concerniente a los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica.

Lo que hace distinta a la terapia familiar sistémica de otros marcos teóricos es que trabaja con las interacciones que se dan entre los miembros de la familia, vista ésta como un sistema, en el cual el comportamiento o conducta de cada uno de los miembros afecta a los demás y viceversa A → B, la respuesta de los demás afecta al primero que emitió una conducta. Tomando en cuenta esto, la terapia familiar conlleva un proceso que altera el funcionamiento habitual de la familia, tiene que ver con la manera en que interactúan y se comunican sus miembros, como están establecidos los roles y las jerarquías entre ellos, así como las reglas y otros patrones de relación.

Sin embargo, ¿cómo es que se llega a adoptar este estilo de trabajo terapéutico con las familias? Haciendo un recuento histórico sobre la terapia familiar, hay varios terapeutas que fueron marcando un camino a seguir, fueron cambiando la manera de trabajar, pues fueron incluyendo poco a poco en los procesos terapéuticos a otros miembros de la familia además del paciente identificado; esto se dio debido a que se daban cuenta de que al tratar a los pacientes individualmente, éstos tarde o temprano recaían al estar en su propio ambiente familiar. Es entonces cuando empezaron a integrar

a la familia en el proceso terapéutico y comenzaron a notar cambios que estabilizan y mejoran la situación del paciente. Por mencionar a algunos de estos terapeutas tenemos a Virginia Satir, Nathan Ackerman, Karl Whitaker, Milton Erickson, Don Jackson; todos ellos fueron pioneros de la terapia familiar sistémica. Algunos autores que desarrollaron las bases epistemológicas del enfoque sistémico son Gregory Bateson, Ludwing Von Bertalanffy, Paul Watzlawick y Keeney.

Hay temas que son básicos analizar en este espacio, ya que dejan ver en gran manera como los postulados o premisas las cuales conforman el fundamento teórico y epistemológico de la terapia familiar con enfoque sistémico.

### **2.1.1. La Teoría General de los Sistemas**

Esta teoría es uno de los pilares en que se sustenta la terapia familiar, pues de ella se toma el concepto de sistema. El principal exponente de dicha teoría es Von Bertalanffy (1976) y él desarrolla la idea de sistema haciendo referencia "...a una serie de elementos que en conjunto son más que la suma de éstos, es decir, forman una entidad distinta" (p. 104). Un sistema es un conjunto de elementos que forman una unidad, una totalidad y no puede ser explicada a través del estudio de sus partes en aislado, sino que toma sentido sólo en función del conjunto en sí. De esta manera el grupo familiar es tomado como un sistema familiar.

Una definición más específica de los sistemas dice que es "...un conjunto de objetos y sus relaciones, y las relaciones entre los objetos y sus atributos..." (Andolfi, 1985, p. 18), transfiriéndolo a la familia como un sistema, los objetos son los individuos que forman la familia y entre ellos se establecen relaciones a través de la interacción y comunicación, y los atributos son las características de cada individuo; por ejemplo los diferentes roles que ejercen, la jerarquía y las funciones que realizan son atributos que los diferencian unos de otros y dan pauta a que las relaciones sean diferentes unos con otros miembros de la familia.

Además los sistemas se caracterizan por ser abiertos o cerrados; se define como abierto "...un sistema que intercambia materiales, energías o información con su ambiente" (Andolfi, 1985, p. 18), en el caso de la familia, nos referimos a un sistema

abierto, ya que están en constante interacción entre sí y en continuo intercambio con el exterior. Por lo que respecta a los sistemas cerrados, tiene que ver con los que no intercambian energía o información con su ambiente.

La teoría de los sistemas se proponen varias características básicas de los sistemas: una de ellas es la totalidad que se define "...como lo opuesto de la sumatividad y es una característica fundamental de los sistemas abiertos: el conjunto de las partes constituye algo más y distinto de la suma de éstas" (Andolfi, 1985, p. 18). Es decir la familia como sistema debe ser tomada como un todo y no como la suma de sus miembros para poder entenderla y comprenderla. Otra característica importante es la homeostasis, misma que se refiere a la constancia que se necesita para mantener una estabilidad, sin embargo también hay un estado de cambio que lleva los sistemas familiares a una evolución. Esto tiene mayor claridad cuando se habla de los conceptos de retroalimentación, donde el "(feed-back) está orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis (retroalimentación negativa), o bien hacia el cambio (retroalimentación positiva)" (op.cit.). Por ejemplo en las familias una retroalimentación negativa se refiere a una predominancia de la estabilidad en situaciones disfuncionales y una retroalimentación positiva es cuando dentro de la homeostasis se abre paso al cambio para modificar lo que ya no funciona y avanzar a otros niveles de desarrollo.

Los sistemas familiares tienden a la homeostasis y a la transformación, ambas tendencias son necesarias para la supervivencia de la familia, pues ésta tiene un desarrollo en diferentes etapas por las que tiene que pasar; tanto la estabilidad como el cambio estarán en un continuo en dicho desarrollo. Esto tiene que ver con el ciclo vital que viven las familias; no es lo mismo una familia con hijos pequeños, que con hijos adolescentes o cuando estos dejan la familia de origen para formar la suya propia; cada miembro de la familia tendrá que hacer modificaciones en su comportamiento para dar paso a las siguientes etapas. Cuando una familia se aferra a cierta homeostasis, no permite que se den los cambios necesarios para avanzar a las etapas siguientes, se dice que no está funcionando como debiera y está truncando el desarrollo adecuado de sus miembros.



Ahora pasemos a revisar la epistemología cibernética, la cual da un panorama muy amplio a partir de cómo se percibe a los sistemas familiares y cómo se decide trabajar con ellos.

### **2.1.2. Epistemología cibernética**

Si lo que nos compete aquí es analizar los fundamentos de la terapia familiar sistémica, la epistemología cibernética es uno de los conceptos básicos para la comprensión de este enfoque. Keeney (1987) en su libro sobre la estética del cambio, aborda este tema y hace referencia a la obra de Castaneda que cuestiona el realismo ingenuo que podamos tener acerca de nuestro mundo, para que empecemos a examinar de qué forma lo construimos.

La epistemología se ocupa de las reglas que gobiernan el funcionamiento de la cognición humana. Por definición, trata de establecer “de qué manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden” (Bateson, 1979, en Keeney, p. 27). La epistemología estudia pues, cómo es que los organismos entre ellos el ser humano conoce o se apropia de su realidad, ésta puede ser física, psicológica y social.

Dentro del campo de la Psicología existen diferentes enfoques terapéuticos, que parten de distintos marcos teóricos y epistemológicos. En el caso de la terapia sistémica, la manera de abordar el trabajo con las familias depende de cómo el terapeuta concibe el proceso terapéutico, lo cual marcará la forma en que piense y decida al momento de llevar a cabo la terapia. Para tener claro cual es la epistemología de la que parte la terapia familiar sistémica, a continuación se desglosarán aspectos básicos.

A Bateson (1979), se le reconoce en gran manera porque a través de su trabajo vio que para dar el primer paso hacia la necesaria reorientación filosófica de las ciencias humanas se necesitaba tener una nueva epistemología, una nueva forma de concebir la realidad, el mundo. Para esto se buscaron los elementos que ayudaron a la construcción de esta nueva epistemología.

La Cibernética según los expertos podía proporcionar una base epistemológica y un lenguaje apropiado para referirse al cambio personal y social, la cual se define como

“...parte de una ciencia general de la pauta y la organización. Adoptar una concepción cibernética es ingresar en un mundo de descripción radicalmente distinto de lo habitual...” (Keeney, 1987, p. 20). Adoptar una concepción cibernética dentro de la terapia nos lleva a mejorar la comprensión que tiene el clínico del contexto en que se encuentra y del cual él es un miembro participante, por lo tanto esto lo llevará a modificar su forma de pensar y actuar, dentro y fuera de la terapia.

Esta manera de concebir los hechos, parte de una epistemología recurrente, en la cual el terapeuta es un miembro del sistema observado que es la familia, y en el proceso terapéutico existe una interacción en donde el terapeuta afecta a la familia y la familia al terapeuta, se da una retroalimentación. Es decir se deja de lado el sólo tomar en cuenta lo que pasa con la familia, también se analiza lo que ocurre con el terapeuta, éste no es el único que impacta en la familia sino que la familia también impacta en él, lo que es una forma diferente de actuar y pensar en la terapia.

Lo anterior se relaciona al término “epistemología” que designa las premisas básicas subyacentes en la acción y la cognición de las personas, en este caso de los terapeutas familiares, por que al saber que en el trabajo terapéutico existe una retroalimentación entre la familia y el terapeuta, el foco de análisis se amplía y el terapeuta ya no va a actuar pensando sólo en el sistema familiar, sino en un sistema mayor que lo incluye a él. Para Keeney (1987):

....el cambio epistemológico es el más profundo que los seres humanos son capaces de manifestar, ya que significa transformar la propia manera de vivenciar el mundo....

....la cibernética ofrece una comprensión estética del cambio, un respeto, aprecio y admiración por los sistemas naturales, que según Bateson suele faltar en los diversos campos de la psicoterapia... (p. 21)

“Es imposible que alguien carezca de una epistemología....” (Keeney, 1987, p. 28), por ejemplo, la epistemología lineal progresiva tradicional es atomista, reduccionista y anticontextual, y se atiene a una lógica analítica que se ocupa de las combinaciones entre elementos aislados, a diferencia de la epistemología recurrente, que pone el acento en la ecología, la relación y los sistemas totales. Es congruente con la interrelación, la

complejidad y el contexto. Esta epistemología alternativa es la que pone de manifiesto aquellos terapeutas que entienden que su relación con los pacientes forma parte de un proceso de cambio, aprendizaje y evolución.

Keeney, apoyándose en Auerswald (1973) divide a los terapeutas de familia en tres clases, según sus puntos de vista epistemológicos: 1) los que siguen una epistemología lineal progresiva tradicional; 2) los que siguen una epistemología recursiva, y 3) los que se hallan en un periodo de transición de la primera a la segunda.

### **Cibernética simple y cibernética de la cibernética**

La principal idea que dio origen a la Cibernética es que existe una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales y uno de los elementos básicos de estos procesos es la retroalimentación que Wiener (1954/1967) en Keeney (1987), definió así:

....es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado... Si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje (p. 83).

En el caso de los sistemas familiares, hay una organización en el proceso de interacción entre sus miembros y una retroalimentación que regula dichas interacciones. Esto también tiene que ver con un mecanismo que implica cambio y estabilidad en el sistema; la familia necesita una estabilidad para mantenerse unida pero al mismo tiempo esta estabilidad da pie a cambios que hacen que evolucione el sistema pero siempre regresando a una estabilidad que a su vez requerirá de un cambio y así sucesivamente. Se puede decir que hay una homeostasis y una dinámica que mantiene al sistema familiar, pues si se pasa a lo largo de varias etapas, como la llegada de los hijos y el crecimiento de estos, la familia está en un desarrollo continuo, en un proceso de cambios pero los cuales necesitan de una estabilidad que proteja la integridad de dicha familia.

Ahora bien, el observar el sistema familiar, sus interacciones, su retroalimentación etc., como foco del terapeuta estamos hablando de una cibernética simple o de primer orden, pero al momento de incluir al terapeuta en y al sistema familiar, se forma otro foco

de observación, en el cual interesa la interacción y la retroalimentación entre la familia y el terapeuta. Esta es llamada cibernética de la cibernética o cibernética de segundo orden, donde se "...señala la inclusión y participación de los observadores en el sistema..." (Wiener (1954/1967), op. cit. p. 93).

Hasta este momento he hablado sobre la Teoría de los Sistemas y sobre la Epistemología Cibernética, ahora se abre paso para abordar la Teoría de la Comunicación Humana desarrollada por Paul Watzlawick, que también aportó de manera importante a la terapia sistémica.

### **2.1.3. Teoría de la comunicación humana**

Hablar de comunicación humana es fundamental para la terapia familiar, ya que si lo que importa son las interacciones entre los miembros de las familias, dichas interacciones están cargadas de comunicación, un proceso de enviar y recibir mensajes. Watzlawick (1987), es quien desarrolló una nueva teoría de la comunicación humana (a diferencia de la teoría tradicional que existía) y desglosa una serie de axiomas que explican el proceso en el que dos o más personas se comunican entre sí.

Podemos definir la comunicación como un factor determinante de las relaciones que el individuo establece con otros individuos; abarca una diversidad de formas en la manera en que la gente transmite información: qué da y qué recibe, cómo utiliza dicha información, de manera verbal y/o no verbal y cómo le da significado (Satir, 2002). Pero Watzlawick (1987), le da un sentido más allá que la trasmisión de información; aborda la comunicación en un sentido de interacción entre las personas y desarrolla cinco axiomas que a continuación se describen.

1. La imposibilidad de no comunicar: indica que toda conducta es comunicación, por lo tanto es imposible no comunicarse, si hay conducta o mensaje de parte de alguien, éste se está comunicando y si la persona tiene ausencia de conducta física o verbal, también está comunicando algo; de acuerdo con Watzlawick (1987), "...no hay no-conducta, o, para expresarlo de modo aún más simple, es imposible *no* comportarse..." (p. 50).

2. Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación: se refiere a que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional; el contenido es la información incluida en el mensaje, y el aspecto relacional se refiere a la definición de la relación entre las personas, qué tipo de mensajes son y cómo deben entenderse.

3. La puntuación de la secuencia de los hechos: habla de que la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. El intercambio de mensajes entre comunicantes es interacción; una serie de comunicaciones se puede entender como una secuencia ininterrumpida de intercambios. La puntuación organiza los hechos de la conducta, lo que resulta vital para las interacciones.

4. Comunicación digital y analógica: al hablar de un lenguaje digital nos referimos a una sintaxis lógica del lenguaje, por su parte el lenguaje analógico posee una semántica en donde se trasmite un sentido y significado a la comunicación y por lo tanto a las relaciones humanas.

5. Interacción simétrica y complementaria: los intercambios comunicacionales que están basados en la igualdad corresponden a la simetría; sin embargo "...en una relación simétrica existe siempre el peligro de la competencia..." (Watzlawick (1987, p. 104) y los que se basan en la desigualdad corresponden a la complementariedad; en estas relaciones uno de los participantes ocupa la posición superior o primaria mientras que el otro ocupa una posición inferior o secundaria.

Cada uno de estos axiomas pueden ser aplicados a los patrones de comunicación de la familia, siempre hay algo que se está comunicando, entre los miembros se da una comunicación digital y de contenido y al mismo tiempo hay un aspecto relacional y analógico que le da sentido y significado a dicha comunicación, de igual manera se dan relaciones simétricas cuando los comunicantes buscan una igualdad en la jerarquía o en otros casos se establece una relación complementaria.

Ahora toca el turno de hablar del Constructivismo, teoría que plantea que la realidad es construida y de ahí se deduce que el conocimiento es construido.

#### **2.1.4. Constructivismo**

La terapia familiar sistémica también toma fundamentos teóricos de la perspectiva constructivista del conocimiento; en este sentido "... los constructivistas creen por definición que los seres humanos construyen activamente el conocimiento que dicen poseer..."(Jay y Salvatore, 1994, p. 68) es decir, que a través del contacto con la realidad las personas van construyendo su conocimiento, sin embargo se parte de que no se puede conocer la realidad tal como es, entonces sólo se reconoce o describe la realidad como dice Simon, Stierlin y Wynne 1984, citado por Limón, A. "...solamente puede construir un modelo que se ajuste a ella... que se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente... (p. 33).

Si nos remontamos al constructivismo radical, dice Glasersfeld (2001), citado en Pakman comp. (?), se encuentran dos cuestiones básicas que versan sobre la adquisición del conocimiento; por un lado, que ni los sentidos, ni la pasividad, ni la comunicación son medios para ello, sino que se construye de manera activa, y por otro lado, que se lleva a cabo la construcción a través de la función de la cognición, la cual es adaptativa y es la que organiza el mundo de experiencia de las personas.

Estas ideas fueron retomadas de varios estudiosos sobre el conocimiento, para Glasersfeld (2001), uno de ellos fue Jean Piaget (1967), quien investigó más ampliamente sobre el desarrollo cognitivo, describiendo procesos como la asimilación y la acomodación lo que hace que se incorpore la información del ambiente y se integre al bagaje de experiencia ya adquirido por el individuo. Además marcó que la experiencia de un ser humano siempre incluye la interacción social con otros sujetos cognoscentes.

Haciendo énfasis en la interacción con los otros, se puede decir que está en juego la comunicación, el lenguaje que se da entre los seres humanos. Y se destaca el hecho de quien usa el lenguaje, debe construir individualmente el significado de las palabras, oraciones y textos. (Glasersfeld, 2001, p.23)

De acuerdo con Jay y Salvatore (1994), una de las contribuciones más importantes del Construccinismo es la precisión que le da al lenguaje, pues en éste reside el significado y a la vez es donde se forman lo que llamamos problemas.

Al trasladar estas ideas al plano de la psicoterapia, se observa que los clínicos constructivistas apoyan la idea de que hacer terapia es una conversación co-construida. En este sentido se trabaja por medio de conversaciones con los significados formados por el lenguaje. Desde esta postura los psicoterapeutas son educadores, consultores de investigación y líderes, ayudan a las personas a diseñar y evaluar planes vitales para ellas; claro que los pacientes se encuentran activos en su propio proceso de cambio.

### **2.1.5. Construccinismo Social**

En la modernidad la forma de ver y manejarse en el mundo occidental en el campo de la psicoterapia era utilizando el conocimiento; el cual daba poder sobre otros, en ese sentido el terapeuta tiene el papel de experto ante el paciente que necesita de él para que lo ayude; desde esta perspectiva la relación terapéutica es unilateral.

En la posmodernidad se comienza a cuestionar los discursos de verdad ya sea religiosos o científicos que la modernidad había instaurado como verdades dominantes. Ésto da pauta a una de las principales ideas que revolucionaron la modernidad con la siguiente cita:

...el reconocimiento de la función constructiva de los individuos en sus relaciones con el mundo constituye el fundamento para liberar al discurso científico de los elementos mecanicistas, como también el uso de metáforas lógicas de inacabables procedimientos matemáticos (Bateson, 1972, 1979; Bateson y Bateson, 1987). El conocimiento surge como una construcción autorreferencial; una recurrencia de las descripciones que generan otras descripciones (Von Foerster, 1981)... (Fruggeri, 2001, p. 61).

Lo anterior nos remite a dos aspectos básicos, a la función de construcción vinculado a las relaciones con el mundo y la construcción autorreferencial del conocimiento. Esto refiere que la cuestión del conocimiento no es un proceso mecánico ni tampoco que se da de experto a inexperto, más bien se construye de manera autorreferencial en donde cada información nueva que el individuo recibe a través de la interacción social y con el mundo, se asimila de acuerdo a los referentes anteriores y así se genera una nueva descripción de lo que conoce, de su experiencia, de su vida.

El Construccinismo Social generó revisiones conceptuales y metodológicas en el enfoque sistémico. Muchos terapeutas, se encuentran actualmente en una fase de transición, pretendiendo integrar los primeros modelos y sus certezas con las nuevas premisas. El asunto en cuestión no han sido tanto la epistemología y las técnicas terapéuticas, sino la psicoterapia en sí y la identidad del terapeuta, pues "...cuestiona los fundamentos mismos de la psicoterapia, como fenómeno científico y social" (Fruggeri, 2001, p. 62).

La situación se inclina a cuestionar los conceptos de neutralidad y objetividad que tanto alaba el positivismo; la verdad científica; ¿Existen en realidad estos conceptos? o ¿Son llevados a cabo por el terapeuta? ¿Son de utilidad para las personas que acuden a terapia? ¿Socialmente cuál es su beneficio? Éstas son algunas preguntas que surgen al reflexionar en dichos conceptos. Desde el constructivismo social, "...la psicoterapia, como todos los asuntos humanos, se basa en el círculo hermenéutico de interpretación... los psicoterapeutas construyen, a través de su propia comprensión y sus descripciones, el proceso interactivo en el que están involucrados junto con los pacientes (Fruggeri, 2001, p. 61).

Desde el Construccinismo Social se cuestionan las verdades nombradas como universales en diferentes ámbitos, no sólo hacia la sociedad o cultura en general sino también hacia las personas mismas, situación que se da como resultado de un trabajo mutuo, en el contexto terapéutico. Pues como dice Pakman (2001):

...El construccinismo social... tiene sus principales raíces en el pensamiento crítico, ya sea social, cultural, político o lingüístico. El pensamiento crítico es por definición un intento de revisar nuestros propios sesgos, determinantes y supuestos. En ambos casos la reflexión no es algo que hacemos en el aislamiento, sino un proceso social de aprendizaje mutuo, de observación mutua... (p. 255)

Otro punto importante en este marco construccinista es que se reconceptualiza también la patología, lo importante no es la etiología de los síntomas, sino los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que mantiene dichos síntomas (Fruggeri, 2001, p. 69). El proceso terapéutico hace una revisión de las historias del consultante, en donde el terapeuta ayuda a interpretar las experiencias de vida del cliente de manera que cuando



se relatan a sí mismos o a otros lo que les está sucediendo, pueden ir descubriendo que la historia se ha renovado. Como dice Parry (2001) "...podría decirse que nuestro trabajo consiste en cambiar los viejos libretos por otros nuevos". (p. 351).

Las creencias que construyen estas realidades no son ideas en las mentes de la gente, sino que se generan en los procesos de comunicación. Por lo tanto el círculo hermenéutico de interpretación-acción puede describirse así: las creencias sostenidas por los individuos construyen realidades y las realidades se mantienen a través de la interacción social, lo que a su vez, confirma las creencias que, entonces, se originan socialmente (Fruggeri, 2001).

Aquí la psicoterapia deja de ser concebida como una práctica unilateral, pasando a ser un proceso de comunicación entre el terapeuta y los consultantes que construyen papeles recíprocos en un contexto interpersonal y el saber se convierte en un acto donde el significado surge a través de la coordinación de las creencias de ambos.

En este marco el terapeuta carece del poder para cambiar o para determinar la dirección del cambio, pues las personas son las que saben y conocen de su historia, el terapeuta sólo ayudará a co-construir nuevas historias con alternativas diferentes y satisfactorias para ellas.

Puntos clave de las terapias construccionistas:

1. El sistema no es una realidad de hecho autónoma e independiente, sino una realidad de significado producida, entre otras cosas, por el acto cognoscitivo del terapeuta.
2. La metáfora hermenéutica de la historia y de la vida como un texto (el mapa o sistema de Bateson con el añadido de la dimensión del tiempo) es un instrumento cognoscitivo eficaz para describir la vida.
3. La verdad objetiva deja el espacio a una multiplicidad o pluralidad de ideas.
4. La idea de la familia como sistema homeostático deja el campo a la visión de sistemas sociales generativos, en los que los estados de desequilibrio son útiles y normales.

5. La familia es vista como un sistema social organizador de problemas que serán después mediados a través del lenguaje.
6. La mutua construcción de lo real (clientes-terapeutas) es la metodología de bases para la terapia.
7. Se propone una perspectiva “horizontal” en la que el terapeuta comparte la responsabilidad con el cliente, suplantando la idea de terapia jerárquica con un terapeuta/experto.

Cada uno de los conceptos y propuestas teóricas descritos aquí, forman parte del fundamento teórico y epistemológico de que dieron pie a la creación de modelos con técnicas específicas para el abordaje terapéutico desde la perspectiva sistémica y posmoderna.

## 2.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

Es interesante conocer la variedad de escuelas y modelos terapéuticos que fueron creados y desarrollados por diferentes profesionales de la salud, en su mayoría de formación médica y psiquiátrica, mismos que se vieron influidos por la Teoría de la Comunicación, la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética de segundo orden, así como el Constructivismo y Construcciónismo Social. A continuación se expone cada uno de los modelos terapéuticos desarrollados desde esta visión, tomando en cuenta: antecedentes del modelo, representantes principales, principios básicos y técnicas de intervención. Al término se presenta un cuadro comparativo con todos los modelos expuestos, agregando un análisis sobre similitudes y diferencias entre ellos.

### 2.2.1. Modelo Estructural

El modelo estructural fue desarrollado a través de investigaciones sociales realizadas durante la década de los años sesenta del siglo XX. La terapia planteada era reconocida por las acciones terapéuticas demostrativas, decididas, atrevidas y directas. Se desarrolló este estilo gracias a la experiencia de trabajar con familias de extrema pobreza que requerían soluciones a algunos de sus problemas. Además se buscó una

manera adecuada de intervenir en dichas familias y en este proceso se sistematizó un modelo terapéutico original poniendo el énfasis en la evaluación estructural de cada sistema familiar.

Salvador Minuchin de nacionalidad Argentina, famoso por su estilo terapéutico carismático, atrevido y claro, es quien desarrolla este modelo de Terapia Estructural. En 1973 publicó el primer libro introductorio de la terapia familiar estructural: "Familia y terapia familiar" gracias al cual muchos de los terapeutas familiares pudieron revisar de manera más formal este modelo terapéutico. Desde esta perspectiva se busca comprender las relaciones entre los miembros de la familia con base en la metáfora de la estructura que nos permite percibir su organización.

Según Minuchin (1974), su modelo de terapia es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social, e intenta modificar la organización de la familia con el fin de que se modifiquen las experiencias de cada individuo. Pero para poder realizar esto, se requiere toda una visión y forma de trabajo.

### **Principios básicos**

La terapia estructural se basa en tres axiomas: el primero dice que "...El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción. Sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema, y estas características incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas..." (Minuchin, 1974, p. 30).

El segundo axioma marca lo siguiente: "...que las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema..." (op. cit. p. 30-31).

El tercer axioma que refiere "...que cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con una familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema terapéutico... que gobierna la conducta de sus miembros" (op. cit. p. 31).

Entonces, este modelo terapéutico se basa fundamentalmente en el estudio e intervención de la estructura familiar, y no se centra en el individuo como tal, sino que ve a la familia como el contexto en el cual se explica el por qué del comportamiento de la persona, pues si la base teórica es sistémica, la explicación es que la familia está formada por un grupo de individuos que interactúan entre sí influyéndose unos a otros; es decir, lo que un miembro haga influye en los demás y viceversa. El objetivo de esta terapia es modificar la organización familiar pues Minuchin argumenta que cuando se transforma la estructura de la familia se modifican también las posiciones de los miembros del grupo y, por lo tanto, se modifican las experiencias de cada uno.

### **Estructura familiar**

A lo largo de la historia se ha conceptualizado a la familia como una célula social, en la cual el individuo crece, es protegido y educado para luego formar su propia familia. Para Minuchin y Fishman (1992), "...La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rigen el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca...." (p. 25). En esta definición sobre la familia, se puede observar que algo que se ve como fundamental son las interacciones que se dan entre los miembros de la familia y cómo dichas interacciones son las que rigen y definen el funcionamiento de toda ella.

La estructura familiar es un aspecto a definir, ya que como se mencionó en párrafos anteriores, el objetivo es modificar su organización. "La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia..." (Minuchin, 1995, p. 86), dicha estructura está conformada por una serie de subsistemas y sus respectivos límites como a continuación se presenta.

### **Subsistemas**

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas; los individuos son subsistemas en el interior de una familia, las díadas como

marido-mujer, madre-hijo, pueden ser subsistemas, estos pueden estar formados por generación, sexo, interés o función. Para Minuchin los subsistemas principales son:

*El subsistema individual:* esta formado por cada individuo del sistema familiar.

*El subsistema conyugal:* se constituyen cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas o funciones específicas, vitales para su funcionamiento. Para estas tareas es necesario la complementariedad y el acomodamiento mutuo. Este subsistema debe poner un límite que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas.

*El subsistema parental:* cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. Ahora la pareja deberá desempeñar tareas de socializar a los hijos sin renunciar a su espacio como subsistema conyugal. De acuerdo a los requerimientos del desarrollo de los hijos, el subsistema parental se tendrá que modificar para satisfacer dichas demandas. La relación de paternidad requiere la capacidad de alimentación, guía y control.

*El subsistema fraterno:* se refiere a las relaciones entre hermanos o iguales, donde el niño puede socializar, hacer amigos, negociar, cooperar, competir. Los límites de este subsistema deben proteger a los niños de la interferencia adulta, para que puedan ejercer su derecho de privacidad.

## **Límites**

“Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera” (op.cit., p. 88); la función de los límites implica proteger la diferenciación del sistema familiar, como de los subsistemas existentes. Al interior del sistema se establecen límites entre los subsistemas familiares (individual, conyugal, parental y fraterno) y pueden ser de tres tipos:

- *Claros*, que definen las reglas de interacción con precisión.
- *Difusos*, que no definen las reglas de interacción con precisión y caracterizan a las familias con miembros muy dependientes entre sí.

- *Rígidos*, que definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes, desligados.

En los subsistemas los límites deben ser firmes, pero lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian. También existen límites al exterior de los subsistemas, que implican reglas de interacción entre la familia y otros sistemas.

### **Otros componentes de la estructura**

- *Jerarquía*, que hace referencia a la autorización y ejercicio del poder en la familia.
- *Centralidad*, se refiere a la posición con base en la cual gira la mayor parte de las interacciones familiares; un miembro que tiene centralidad puede destacarse por cuestiones positivas o negativas.
- *Periferia*, posición menos implicada en las interacciones familiares.
- *Alianzas*, se refieren a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro.
- *Coaliciones*, son la unión de dos o más personas que se unen en contra de otra.
- *Hijo (a) parental*, es aquel miembro de la familia que asume el papel de padre o madre.
- *Triángulo*, donde en la relación entre dos personas se inserta un tercero para encubrir y/o desviar un conflicto.

### **Técnicas de intervención**

Una vez expuestos algunos de los conceptos básicos de la terapia estructural, pasaremos a lo que corresponde al trabajo terapéutico. Para llegar a tener la información necesaria al intervenir con las familias, conocer su estructura, su forma de interactuar, sus pautas de relación, entre otros, se necesita de la coparticipación que tiene el terapeuta con la familia y de la cual se va a hablar a continuación.

### **Coparticipación**

Hablar de coparticipación es hablar de la posición que toma el terapeuta para con la familia; por ejemplo, la posición cercana en donde el terapeuta toma una posición de proximidad. “...Busca aspectos positivos y se empeña en reconocerlos y premiarlos. También detecta sectores de sufrimiento, de dificultad o de tensión y... responderá a ellos con delicadeza.” (Minuchin y Fishman, 1981, p. 47). Otra posición es la intermedia, en la cual toma el papel de un oyente activo y neutral, la gente cuenta lo que le pasa y así el terapeuta puede rastrear y recopilar datos importantes. Un tercer tipo de coparticipación es la posición distante, en donde el terapeuta se instala en su posición de especialista para crear un contexto terapéutico competente para las familias y sientan la esperanza del cambio. El terapeuta en esta posición es más directivo y funge como el provocador del cambio.

## **Cambio**

De acuerdo al panorama sobre las familias, su estructura y sobre la posición del terapeuta, es momento de hablar del cambio. Se supone que cuando una familia acude a terapia es porque necesita un cambio en su estructura para que funcione en armonía. “...El abordaje estructural considera a la familia como un organismo: un sistema complejo que funciona mal. El terapeuta socava la homeostasis existente, produce crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento...” (op.cit., p. 79-80). Entonces el objetivo es llevar a la reorganización familiar mediante el cuestionamiento de su estructura y configuración. Para esto existen tres estrategias principales y cada una dispone de un grupo de técnicas.

*Cuestionamiento del síntoma:* La tarea fundamental en esta estrategia es cuestionar la definición que la familia da al problema, así como la respuesta a dicho cuestionamiento. Esto se puede hacer de manera directa o indirecta y “...El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes...” (op.cit., p. 81), para esta estrategia hay tres técnicas que son la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad.

*Cuestionamiento de la estructura familiar:* Básicamente la reestructuración del sistema familiar es el objetivo principal de la terapia estructural; esta estrategia está

enfocada a modificar la estructura familiar, donde se interviene propiciando una reorganización de las jerarquías, reglas y pautas de interacción entre los diferentes subsistemas de la familia. Se proponen tres técnicas para modificar la estructura familiar: la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la complementariedad.

*Cuestionamiento de la realidad familiar:* Las familias, como sistemas, construyen una serie de verdades o realidades con las que se rigen a lo largo de su permanencia; esta realidad es la que marca las pautas de interacción que se viven entre los miembros de la familia. Si dicha realidad es causa de conflictos en la interacción familiar, será necesario modificar la visión de la realidad por la que se rige la familia; se necesitan elaborar nuevas formas de interacción entre los miembros y para esto las técnicas a utilizar son: los constructos cognitivos, intervenciones paradójicas y lados fuertes de la familia.

El trabajar con este modelo terapéutico ha dejado ver muchas ventajas, ya que hay una gran cantidad de familias que han tenido muy buenos resultados al modificar su estructura y sus pautas de relación, rompiendo patrones disfuncionales y relacionándose de manera diferente que hace que exista un buen funcionamiento en el sistema familiar.

### Técnicas del Modelo Estructural

<b>Cuestionamiento del síntoma</b>				
<b>Nombre de la técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Riesgos</b>
Escenificación	Conseguir que los miembros de la familia interactúen dentro del contexto terapéutico.	Discutir ciertos problemas o desacuerdos que se consideran disfuncionales para el sistema familiar.	Se abre la posibilidad de observar las formas verbales y no verbales de cómo se controlan las interacciones de unos miembros hacia otros.	Que a través de la escenificación se llegue a generar violencia entre miembros de la familia.
Enfoque	Cuando el terapeuta tenga una visión mas clara sobre la situación familiar, elegirá un enfoque y elaborará un tema para	Trabajar sobre un tema en especial.	La ventaja de esta técnica radica en que es más eficaz enfocarse en un tema en especial e intervenir sobre él con una	Si el terapeuta se deja llevar por el contenido de las historias relatadas, lo más seguro es que no lo lleven a ningún lado.



	trabajar sobre él.		mayor posibilidad de cambio.	
Intensidad	Hacer intensidad sobre un tema en particular.	El terapeuta necesita hacer que la familia se escuche a sí misma y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia.	Varían según el grado de participación del terapeuta.	Que se exacerben las emociones y se afecte más a la o las personas.

### Cuestionamiento de la estructura familiar

Nombre de la técnica	Descripción	Objetivo	Ventajas	Riesgos
Fijación de fronteras	Promover distancia psicológica entre los miembros y la duración de la interacción dentro de un subsistema significativo.	Marcar límites entre los subsistemas.	Que los límites, los roles, así como las jerarquías de vuelvan claros.	Que el terapeuta no sea lo suficientemente sensible a las necesidades del sistema y quiera imponer su necesidad.
Desequilibra miento	Gracias a que en el contexto terapéutico, el terapeuta coparticipa con la familia como un líder, al cual se le confiere poder, el cual utiliza para mover los vínculos dentro de la familia y así cuestionar y modificar la distribución del poder en el sistema familiar.	Cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema, restituyendo así las jerarquías que han sido anuladas y tomen el lugar que les corresponde de acuerdo a la estructura familiar.	Romper con la homeostasis negativa y cuestionar las interacciones rígidas.	Que al quitar una regla del sistema, no se facilite la generación de una nueva regla que sea flexible y vuelva a equilibrar al sistema.
Complementari edad	Indagar con la familia a través de cuestionar su comportamiento, cuál ha sido su participación en el problema o conflicto familiar.	Que la familia sepa y entienda que parte de un todo, de un sistema que los incluye y que está organizado por las interacciones	Metacomunicar la relación.	Crear una responsabilidad donde no corresponde. En casos de violencia se debe tener mucho cuidado al utilizar esta técnica.

		que se dan entre ellos como miembros del sistema familiar.		
--	--	--	--	--

<b>Cuestionamiento de la realidad familiar</b>				
<b>Nombre de la técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Riesgos</b>
Construcciones	Dar una visión más flexible y plural. Presentar una explicación distinta de la realidad y basarla en su experiencia o conocimiento.	Convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma, y a una visión de la realidad más flexible.	Cuestionar un sistema de creencias que mantiene el problema.	Tratar de imponer el sistema de creencias del terapeuta. No facilitar que la familia genere nuevas construcciones de su realidad.
Paradojas	Hacer intervenciones con mensajes que aparentemente son contradictorios.	Para vencer las resistencias que presenta la familia para realizar cambios.	Tiene efectos precisos y rápidos en el sistema familiar.	Si no se plantea adecuadamente se pueden crear más conflictos.
Lados fuertes	La familia tiene también lados fuertes, los cuales el terapeuta tendrá que conocer para resaltarlos y mostrarlos ante la familia.	Validar esta parte servirá para fortalecer e impulsar al cambio.	Que al recibir la validación y reconocimiento de sus fortalezas, los cambios sean más rápidos ya que se impulsarán en ellas.	Marcar o validar lados fuertes que afecten a uno o varios miembros de la familia.

### **2.2.2. Terapia Breve Centrada en Problemas**

“La terapia breve centrada en problemas consiste en qué y cómo hacer para ayudar a solucionar de manera efectiva problemas humanos persistentes” (Fisch, Weakland y Segal, 1982, p. 19). Los creadores de este enfoque de trabajo terapéutico son John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick, quienes integraron el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto fundado por Don D. Jackson en 1959.

Este grupo se caracterizó por su trabajo que consistía en intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación

problemática, pero cuyo resultado es ineficaz. Este tipo de terapia es breve como su nombre lo indica; su duración no sobrepasa las 10 sesiones, y se basa en estrategias eficaces para evitar que sigan presentes los factores que mantienen el problema que aqueja a los pacientes.

Uno de los elementos importantes con los que se trabaja es la postura del paciente, la cual está basada en su estilo de vida, "...Toda conducta humana intencionada depende en gran medida de las opiniones o premisas que posean las personas, ya que dichas opiniones son las que rigen su interpretación de las situaciones, los acontecimientos y las relaciones." (Fisch, et. al. 1982, p. 23). Esta postura será de gran importancia para poder intervenir con las familias en tratamiento.

Todo modelo terapéutico tiene fundamentos teóricos con los cuales argumenta sus intervenciones con los pacientes. En este caso la terapia centrada en problemas desarrolla una concepción general de los problemas y del tratamiento, con la que se hallan vinculadas las prácticas concretas en la intervención. Entonces es necesario tener claro a qué se le llama problema y lo que gira en torno a él y, en función a ello y a las soluciones intentadas por los pacientes, planear un tratamiento que ayude de manera eficaz a resolver el problema.

## **Principios básicos**

### **Conceptualización del problema**

Fisch, Weakland y Segal (1982), describen el concepto de lo que constituye un problema de la manera siguiente:

1. Un cliente expresa preocupación acerca de una conducta-acciones, pensamientos o sentimientos- desarrollada por él o por alguna otra persona con la que se halla significativamente comprometido.
2. Dicha conducta es descrita como a) desviada, infrecuente o inadecuada, o incluso anormal, y b) aflictiva o dañosa, inmediata o potencialmente, para el sujeto (el paciente) o para los demás.

3. Se informa que el paciente o que los demás han realizado esfuerzos para detener o para modificar esta conducta, pero que no han tenido éxito.
4. En consecuencia, el paciente o los otros implicados buscan la ayuda del terapeuta para cambiar la situación, que no han sido capaces de cambiar por sí solos.

Se concede importancia a la identificación de la conducta problemática aquí y ahora: qué es, en qué aspecto es considerada como problema, y por quién. Así mismo hay que tener en cuenta que el funcionamiento y la persistencia de la conducta problemática se establece por actos que lleva a cabo una persona. Entonces "...para que constituya un problema, una conducta tiene que realizarse de modo repetido... es una dificultad que se prolonga en el tiempo..." (Fisch, et. al. 1982, p. 30), esto quiere decir, para que una conducta indeseada llegue a ser un problema, ésta tiene que presentarse de forma repetitiva y por un largo periodo de tiempo. También en un problema está la importancia del contexto formado por otras conductas, así como las interacciones que se dan entre los miembros de la familia.

Es importante mencionar que los problemas surgen como motivo de alguna dificultad de la vida cotidiana, dificultades que jamás suelen faltar. "...Para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; 2) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis elevada de la misma <<solución>>." (Fisch, et. al. 1982, p. 32). Esto hace notar que la dificultad se convierte en un problema cuando se aborda de manera equivocada y cuando se desea solucionar siempre de la misma forma sin que de resultado.

No se cree que la persistencia de las actitudes inadecuadas frente a las dificultades implique necesariamente la existencia de defectos fundamentales en la organización familiar o un déficit mental en alguno de los miembros de la familia. Más bien las personas persisten sin darse cuenta en actividades que mantienen vivos los problemas y a menudo lo hacen con la mejor de las intenciones. Para obtener buenos resultados en la terapia, el papel del terapeuta es ser un agente activo del cambio; éste tendrá que tener una excelente capacidad de maniobra.

### **La capacidad de maniobra del terapeuta**

...una cosa es saber cuál es la mejor manera de actuar en un tratamiento y otra muy distinta tener la libertad de actuar en la forma que uno considere más adecuada o, en otras palabras, ser capaz de poner en práctica lo que uno juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento... (Fisch, et. al. 1982, p. 39).

A esto se le llama <<capacidad de maniobra del terapeuta>>, lo que implica que el terapeuta tenga la posibilidad de emprender acciones con un propósito, a pesar de los obstáculos o barreras que se presenten.

En este caso el terapeuta necesita conocer y conservar sus propias opciones, limitando al mismo tiempo las del paciente. Finalmente el terapeuta sabe que el paciente lo necesita más de lo que él necesita al paciente. Para lograr una buena capacidad de maniobra se han descrito algunos medios como: Oportunidad y ritmo, el tiempo necesario, el uso de un lenguaje condicional, el cliente debe concretar una postura comprometida, actitud igualitaria, sesiones individual y conjunta.

Cuando llegan los pacientes con el terapeuta, es importante que se dé cuenta de cuándo dichos pacientes están en posturas de no colaboración con el tratamiento. Ante esto, el terapeuta deberá cuidar su capacidad de maniobra y convertir a éstos en verdaderos clientes.

### **La postura del paciente**

...Lograr que el paciente abandone su propia solución y se decida por un enfoque que por lo general considerará alocado o peligroso constituye un factor decisivo para realizar con brevedad la terapia. Para esta tarea la postura del paciente es de una importancia enorme... (op.cit., p. 109).

La postura del paciente está conformada por sus propios valores, creencias y prioridades, que están fuertemente consolidados y esto determina el modo en que actuará o no actuará en el transcurso de su vida. Entonces, al tener clara dicha postura, el terapeuta podrá utilizarla para estimular a los pacientes para que acepten las directrices del tratamiento.

Para evaluar la postura del cliente, es muy importante que desde la primera sesión se ponga atención a las palabras que utiliza, su tono de voz y hasta el énfasis con que lo hace al expresarse. La escucha girará en torno al problema que aqueja al paciente y la relación con el tratamiento y el terapeuta. Hacer buen uso de la postura del paciente y evitar que se formen en él resistencias hacia el tratamiento, tiene que ver con reconocer y validar los valores que posean, aceptar sus afirmaciones y evitar los comentarios provocativos o desprovistos de credibilidad.

### **Planificación del caso**

Antes de empezar a intervenir en cualquier caso, es necesario planificar con cuidado qué es lo que se va a hacer para resolver el problema o situación problemática que se tiene enfrente. Hay que tener claros varios elementos de suma importancia para que el tratamiento tenga éxito:

- a) Establecer el problema del cliente.
- b) Establecer la solución intentada por el cliente.
- c) Decidir qué se debe evitar.
- d) Formular un enfoque estratégico.
- e) Formular tácticas concretas.
- f) Encuadrar la sugerencia en un contexto <<vender>> la tarea.
- g) Formular objetivos y evaluar el resultado.

### **Técnicas de intervención**

La terapia breve pretende influir sobre el cliente para que su problema originario se solucione a satisfacción de éste. Esto se logra a través de las intervenciones que el terapeuta realiza a lo largo del tratamiento. Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas: *Las intervenciones principales* y *las intervenciones generales*. Con éstas se pretende interrumpir la secuencia de las soluciones intentadas que sin ayudar a eliminar el problema lo siguen manteniendo.

### **Las intervenciones principales**

...se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta... este tipo de intervenciones están dentro de un contexto formado por cinco intentos básicos de solución que suelen observarse en la práctica clínica... (Fisch, et. al. 1982, p. 148).

1. El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.
2. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.
3. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.
4. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.
5. La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

### **Las intervenciones generales**

...poseen un ámbito de aplicación mucho mayor. Pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento, y son lo bastante amplias como para usarse en una amplia gama de problemas... Hay momentos en los que el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general, con objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica... (Fisch, et. al. 1982, p. 180).

1. No apresurarse.
2. Los peligros de la mejoría.
3. Un cambio de dirección.
4. Como empeorar el problema.

### **La terminación del tratamiento**

En la terapia breve la terminación del tratamiento no se considera un acontecimiento especial como en otros enfoques terapéuticos. En este caso, como el proceso es corto y los objetivos son muy claros, no se favorece el desarrollo de una relación estrecha entre el terapeuta y los pacientes; de acuerdo con esto se afronta con rapidez el cierre del tratamiento.

La terminación se puede dar cuando el problema ya ha sido resuelto, lo cual sucede cuando el cliente manifiesta en la sesión que la situación problemática que lo aquejaba cuando llegó al tratamiento, ahora ha aminorado bastante (o es su caso se ha eliminado) y él se encuentra muy satisfecho. Esto es lo ideal de acuerdo a este modelo. También se llega a concluir el tratamiento aún cuando el problema no ha sido resuelto; esto se puede dar cuando el número de sesiones ha llegado a su límite, pues aunque el problema siga se tiene que finalizar con el proceso. Sin embargo, muchas veces a pesar de que no hubo resolución de la problemática, los pacientes expresan satisfacción, ya que la visión y percepción que tenían sobre su problema ha cambiado y esto los hace sentirse mejor o más aliviados; entonces se puede dar término al tratamiento.

### Técnicas de la Terapia Breve centrada en Problemas

<b>Intervenciones principales</b>				
<b>Nombre de la técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Riesgos</b>
El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo	Se centra en solucionar problemas de rendimiento (físico o corporal), en invertir el intento del paciente de superar el problema; para lo cual le suministramos unas razones y unas directrices que lleven al paciente a fracasar en su rendimiento.	Se prescribe el síntoma con fines diagnósticos, sin embargo de esta manera el paciente se dará cuenta de que la manera de obtener buenos resultados es dejando de esforzarse demasiado.	Cambios rápidos y precisos, que se pueden dar cuando el paciente entiende el sentido de la tarea. En pacientes deprimidos, si ellos se viven ofendidos, puede generarse así la energía y el coraje desplazado hacia el terapeuta.	No conocer la postura del paciente, por lo que puede sentirse no entendido, no comprendido ni acompañado. En caso de depresión el riesgo de que el paciente canalice su enojo hacia el terapeuta; el costo es perder la alianza terapéutica.
El intento de dominar un acontecimiento o temido aplazándolo	Implica exponer al cliente al problema o acontecimiento temido, con un dominio incompleto impidiéndole terminar la tarea con éxito.	Se prescribe una paradoja para que deje de aplazar el acontecimiento temido.	Generar la fuerza para el cambio, a partir de la prescripción paradójica.	Aumentar el conflicto o hacer más de lo mismo en donde la ausencia de energía se hace cada vez más evidente.



El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición	Se le pide al cliente o paciente que eliminen la actitud dominadora.	El objetivo de la intervención es que el que exige adopte una postura de inferioridad y así desaparecerá la conducta provocadora de rebeldía u oposición.	Sorprende al otro. Disminuye los enfrentamientos así también la simetría, volviendo más complementaria la relación.	Crear más conflicto. No utilizar adecuadamente la visión del mundo y postura del cliente. No saber elaborar la paradoja de 180° real.
El intento de conseguir sumisión a través de la librería aceptación	Se le pide al cliente que detecte qué es lo que necesita y desea del otro u otros y analice su colaboración en su actuación, para así dejarle que pida con claridad y directamente sus requerimientos.	Que la persona pueda expresar su deseo o necesidad hablándolo directamente.	Si se incorpora un breve análisis para que el cliente comprenda de donde se origina o donde aprendió sus patrones relacionales, es muy probable que el cambio se mantenga.	Si no se incorpora el origen del patrón relacional, puede ser que los cambios sean a corto plazo.
La confirmación de las sospechas del acusado o mediante la autodefensa	El juego se acabaría si una de las partes abandonara su papel repetitivo; de acusador o de defensor, por lo que se prescribe que uno de ellos abandone su rol.	Interrumpir la secuencia de acusaciones y justificaciones.	Ayuda a frenar las escaladas simétricas.	Si el que cambia es el defensor, es probable que las acusaciones del otro sean más exacerbadas, lo que seguramente afectará la estima de la persona.

### Intervenciones generales

Nombre de la técnica	Descripción	Objetivo	Ventajas	Riesgos
No apresurarse	Se le da instrucciones generales de que no se hagan cambios apresuradamente.	El cambio exige una adaptación	Disminuye la ansiedad por la expectativa y deseo de cambio.	Que alguna persona puede sentir que el terapeuta dude de su capacidad.
Los peligros de la mejoría	Explicarle al paciente sobre los posibles peligros o inconvenientes si se da una mejoría	Propiciar que el paciente elija de manera consciente los cambios, preparándolo así	Que el cliente visualice las ventajas y desventajas del cambio, no cambio.	Que elija el no cambio.

	de la situación que lo aqueja.	para el cumplimiento de las tareas.		
Un cambio de dirección	El terapeuta variará su postura o estrategia que hasta el momento había llevado a cabo y le da una explicación al paciente sobre dicha variación.	Cambiar la dirección en la terapia cuando no está habiendo resultados.	Promover en el terapeuta la observación del sistema terapéutico total.	Los cambios de dirección pueden ser fuera de timing, si no se observa adecuadamente fuera de tiempo.
Como empeorar el problema	Cuando el cliente ya se ha resistido a varias sugerencias que el terapeuta le ha dado, es posible causar un impacto si se le da una sugerencia como instrumento para que las cosas empeoren.	Que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucederá si continua haciendo acciones anteriores y se aleje de las cosas que empeoran el problema.	Enfrentar a la persona con su realidad en su ser y hacer, para promover el cambio.	Que la persona se rigidice en su actuar y en sus relaciones, manteniendo el problema.

### 2.2.3. Terapia Estratégica

Ahora se presentará otro modelo terapéutico revisado, este es la terapia estratégica, que forma parte de los enfoques sistémicos en psicoterapia. La terapia estratégica fue iniciada como tal por Jay Haley y Cloe Madanes en los 80', ambos trabajaron en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia y fundaron el Instituto de Terapia de la Familia; tanto Haley como Madanes son psiquiatras, sin embargo a través de su experiencia con diversas problemáticas, empezaron a dejar el enfoque individual por uno más social.

Las bases de este modelo se derivan de las ideas sobre comunicación de Gregory Bateson; otra importante influencia fue Milton Erickson, quien en terapia trabajó con la comunicación, donde se motivaba a la gente para que siguiera directivas y para que influyan en ella a través de las palabras, el tono de voz y movimientos corporales.

### Principios básicos

La terapia Estratégica se ha desarrollado para diseñar un enfoque particular para cada problema presentado por las personas; la forma de trabajo consiste en que el terapeuta es quien lleva la iniciativa en gran medida durante el proceso. Para poder trabajar desde este modelo, hay que "...identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz." (Haley, 1980, p. 5). El objetivo principal aquí es solucionar los problemas dentro de una visión familiar, abordando cada problema con técnicas de intervención adecuadas a cada situación; el terapeuta deberá realizar un trabajo de planeación sobre las técnicas con las cuales se pretende modificar la situación social del cliente.

### **Definición del problema**

Haley habla de problemas como síntomas, los cuales define operativamente con la mayor precisión posible; es decir, este trabajo se centra más en la situación (unidad social) que en la persona. El problema es definido como "...un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas..." (Haley, 1980, p. 6) y es en la secuencia de estas conductas, donde la terapia se concentra. Desde esta visión el terapeuta está obligado a definir la unidad social que él puede cambiar, para ayudar así a resolver el problema del cliente.

Así como otros modelos con una visión sistémica, la terapia Estratégica deja en claro que el terapeuta debe incluirse a sí mismo dentro del problema, ya que él es quien lo define y lo trabaja. También, como parte del problema presentado en situaciones médicas, se encuentran incluidos el equipo de médicos y psiquiatras.

### **La primera entrevista**

El modelo estratégico, el cual tiene como objetivo estructurar intervenciones específicas a cada problema; la entrevista de inicio es el primer espacio y contacto que se tiene con el cliente para establecer un contrato terapéutico sobre un problema resoluble y para adentrarse a la situación social que lo genera. Es importante concertar tiempos, lugar, honorarios, quienes asistirán al tratamiento; además el terapeuta puede solicitar a los clientes alguna acción que iniciará con el cambio requerido.

Cuando se realiza la entrevista es mucho mejor hacerlo con el grupo natural o social en donde se manifiesta el problema a tratar, lo cual ayudará a que de inmediato se inicie la búsqueda de la solución. Por lo general antes del primer contacto personal, las personas solicitan la entrevista y esto se aprovecha para obtener información importante básicamente sobre el motivo de consulta; el terapeuta debe pedir que asistan a la primera entrevista todos los que habitan en el hogar.

En la primera entrevista se da pie a las siguientes etapas propuestas por Haley (1980):

1. Etapa social.
2. Etapa de planteo del problema.
3. Etapa de interacción.
4. Definición de los cambios deseados.
5. Conclusión de la entrevista.

## **Técnicas de intervención**

### **Impartir directivas**

La razón de ser de las directivas es ampliamente justificable, y se define como: "Toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo; en este sentido está impartiendo una directiva..." (Haley, 1980, p. 50). Esto nos deja ver que todo lo que se haga en la terapia puede ser visto como una directiva.

Las directivas pueden impartirse de dos formas: 1. Decirle a la gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan. 2. Decírselo con el propósito que no lo cumplan, de que cambien por la vía de la rebelión. Se pueden dar directivas a una o varias personas, así como a toda la familia.

### **Cómo motivar para que se cumplan las directivas**

El motivar a las familiar tiene que ver con transmitirles el mensaje de que lo que se les está proponiendo que hagan los beneficiará para llegar a los objetivos deseados. Este es un trabajo muy importante del terapeuta, ya que tiene que ser capaz de persuadir a las personas, o de “venderles la idea”, como se le llama en el modelo de terapia centrado en problemas; las familias tienen que creer que efectivamente las tareas o directivas que se les están dando los van a ayudar en lo que se quiere alcanzar.

Para motivar, el terapeuta puede decir a la familia que “...conoce y comparte su deseo de resolver el problema que los aqueja. Una vez convenido el objetivo, se ofrece la tarea como un medio de alcanzar el fin deseado a través de la terapia.” (Haley, 1980, p. 53), es decir, el terapeuta trasmite su unión al sentir de la familia, utilizándolo para persuadir a la familia y convencerla de que lleven a cabo las directivas impartidas.

Las tareas deben ser adecuadas para las personas o familias que asisten a terapia y se necesite ver la forma en la que serán descritas, ya que el impacto tiene diferentes resultados, pues cada familia es diferente y tienen características de organización y maneras de manejarse muy específicas. Por ejemplo: “...a algunas familias les parecerá que una tarea grande es demasiado para ellas, en tanto que otras despreciarán una tarea pequeña; deben satisfacerse los requerimientos de ambos tipos de gente” (Haley, 1980, p. 55).

Otro aspecto que el terapeuta debe tener en cuenta es que puede ejercer autoridad de diversas formas. El terapeuta puede hacer uso de su posición de experto y conocedor de lo que hay que hacer, pues la mayoría de las familias tienen la visión de que el terapeuta los puede ayudar porque para eso estudió, entonces hay que valerse de esto para motivar a la familia a la ejecución de las tareas.

Además de la motivación, hay algunas características básicas para impartir tareas; se dice que más que sugerirlas, se deben dar abiertamente; conviene más ser muy claro y preciso diciendo exactamente lo que se quiere que haga. Esto mismo ayudará para saber que cuando hay incumplimiento de la tarea, no será por falta de claridad al momento de dar la instrucción.

Saber quién o quiénes de la familia quiere el terapeuta que participen en las tareas es otro punto a tomar en cuenta. De acuerdo a la circunstancia se podrá excluir a alguien con un fin específico, sin embargo se trata de que todos cooperen en el trabajo; por ejemplo se dan instrucciones de lo que cada uno hará para llevar a cabo la tarea, algunos ayudarán o supervisarán la ejecución. "...El propósito de involucrar a todos en la tarea es hacer hincapié en la unidad familiar total..." (Haley, 1980, p. 57).

Una vez que la familia está enterada de lo que tiene que hacer y que el terapeuta le ha ordenado, se les puede pedir que repasen cada una de las cosas que van a realizar así como qué parte les toca a cada uno, lo cual ayudará a saber si se entendió correctamente lo que se les ha pedido. En la siguiente sesión se solicita a la familia el informe de la tarea y se tienen tres resultados posibles: la tarea se ha cumplido, no se ha cumplido o se ha cumplido parcialmente. Cuando sí se ha cumplido se felicita a la familia, cuando no se completó hay que indagar las razones que hubo de por medio y cuando la familia no cumplió con la tarea y no hay una excusa válida, el terapeuta debe mostrarse firme y decir que ellos han fracasado y que se han fallado a ellos mismos y no a él.

Cuando la familia alcanza o logra los cambios deseados, le demuestran al terapeuta que sí pueden ser como el común de las personas y éste debe aceptar y reconocer lo que la familia ha conseguido y dejar que le manifiesten su error al no creer en ellos. Haley (1980) dice:

...Si se desea asegurar el cambio puede advertirles que quizá sea temporario y sufran una recaída, con lo cual se empeñarán en continuarlo para demostrarle que no es transitorio... también puede hacerlo alentándolos a volver a la situación anterior; esto asegura que no habrá tal retroceso... (p. 66).

Utilizar estos mensajes ayuda a que los cambios se mantengan y continúen avanzando sin regresar a la situación problemática de la que salieron.

<b>Técnicas de la Terapia Estratégica</b>				
<b>Nombre de la técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Riesgos</b>
Directivas directas	1. Decirle a la gente qué debe hacer con el	Crear nuevos hábitos que mejoren la	La manera en que reacciona la gente al recibir	Que se acostumbren los clientes a las

	<p>propósito de que lo cumplan. Comprende dos tipos:</p> <p>a) ordenarle a alguien que deje de hacer algo.</p> <p>b) pedirle que haga algo diferente.</p> <p>Se pide un cambio de comportamiento diferente al habitual.</p>	<p>situación y relación familiar.</p>	<p>una directiva es esclarecedora con respecto a ellos mismos y a cómo responderán a los cambios deseados. Lo anterior como resultado de que los clientes llegan solicitando soluciones.</p>	<p>directivas del terapeuta sin generar sus propias soluciones, como resultado de la ausencia de un análisis de patrones de conducta y relacionales. Si la persona es desafiante es probable que no las siga.</p>
<p>Directivas indirectas</p>	<p>Decirle a la gente qué debe hacer con el propósito que no lo cumplan y que cambien por la vía de la rebelión.</p> <p>1. Tareas metafóricas: Es utilizar una frase, expresión o cuento que se asemeja a lo que el terapeuta quiere decirle a la familia.</p> <p>2. Tareas paradójicas: Se dice a los clientes que se les quiere ayudar a cambiar pero también se les pide que no cambien.</p>	<p>Hacer que la gente se comporte de manera diferente.</p> <p>Las directivas son un medio de generar la energía hacia el cambio.</p>	<p>El uso de la metáfora es que el mensaje llega al hemisferio derecho, generando como lo afirmaba Erickson la posibilidad del cambio.</p> <p>Si la lógica es resistirse a las directivas abiertas el darles una paradoja los pone en una situación de cambiar por rebeldía y finalmente llegan al cambio que el terapeuta quiere.</p>	<p>El empleo inadecuado de la metáfora.</p> <p>Que el cliente no sea desafiante y no responda a la paradoja.</p>

#### 2.2.4. Terapia Breve Centrada en Soluciones

Uno de los modelos terapéuticos considerados en el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, es la Terapia Breve Centrada en Soluciones; este modelo de terapia tiene importantes aportaciones a la práctica clínica, principalmente en que "...se aparta de las explicaciones, los problemas, y la patología y se

dirige hacia las soluciones, competencias y capacidades.” (O`Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 14).

Lo que hace la terapia centrada en soluciones es un cambio de enfoque, deja la patología, las dificultades y los déficits en lo cual muchas teorías psicológicas se han centrado buscando una explicación, para enfocar los lados fuertes, las capacidades y los recursos de las personas y de la terapia, se inclina totalmente a la búsqueda de soluciones que funcionen para el individuo, la pareja o la familia que acuden a terapia. “Tradicionalmente, la terapia estaba orientada sobre todo hacia el pasado, buscando en la infancia del cliente las raíces de los síntomas actuales... los nuevos enfoques se centran en el presente y se ocupan de cómo se resolverán.” (O`Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 22,23).

Entre los precursores están Milton Erickson quien desarrollo la hipnoterapia; de él se retoma la idea del “enfoque de utilización” que mantiene que el terapeuta debería emplear todo lo que el cliente le presenta, que existe una fuerte tendencia normal a que la personalidad se adapte si se le da una oportunidad y subraya la importancia de respetar las capacidades del cliente. La clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) es otro precursor, del cual se tomó la modalidad de trabajo con un límite prefijado de 10 sesiones y la directriz de intentar resolver el problema presentado en vez de reorganizar las familias o producir insight, pues se considera que los problemas son de naturaleza interaccional; además se utilizan sus estudios sobre el uso del lenguaje.

Del equipo de BFTC, las aportaciones que fueron importantes para la terapia de soluciones son que “...dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja... para dedicarse a identificar lo que funcionaba y amplificar estas secuencias de solución...” (O`Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 32), lo cual deja claro ya el paso de los problemas al abordaje de las soluciones. Otras influencia son el posmodernismo y el enfoque de colaboración ya que en la terapia centrada en soluciones hay un manejo menos directivo con los clientes y la terapia se desarrolla por medio de un trabajo en conjunto terapeuta-cliente.

Los representantes principales de este enfoque terapéutico son: Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, William O`Hanlon William, Weiner Davis y Matthew Selekman.



## **Principios básicos**

En las siguientes líneas se enlistan las premisas fundamentales de las que parte la orientación hacia las soluciones.

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

### **Co-crear problemas resolubles**

“...Como terapeutas influimos mucho durante el proceso de la entrevista sobre las percepciones y la experiencia que los clientes tienen de su situación...” (O`Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 63), es decir, en la terapia se participa activamente en la co-creación de la realidad de los clientes. Una de las cosas básicas es ofrecer nuevas definiciones del problema, de manera que pueda ser abordable y así buscar la forma de solucionarlo.

En este sentido se puede decir que “...La “realidad” no es algo dado, fijo, estático” (O`Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 67), Está influida por la cultura, las interacciones entre las personas, por el lenguaje y las visiones del mundo. Teniendo esto presente, se hace

énfasis en que la terapia es como una pequeña cultura o sociedad, la cual tendrá influencia en los sentimientos, pensamientos y percepciones de los clientes.

El objetivo aquí es crear problemas manejables ante los ojos del cliente sacando provecho de los momentos en que no se experimenta el problema y sobre todo hacer que dichos clientes se sientan con la preparación y los recursos para resolver sus dificultades.

### **Una conversación para el cambio: uso del lenguaje**

Uno de los pilares principales para lograr el cambio y la solución del problema es el uso consciente y creativo del lenguaje, ya que éste nos ofrece la posibilidad de crear contextos en los que las personas lleguen a percibir el cambio como inevitable y por lo tanto a producir cambios en la conducta.

Al trabajar con el lenguaje, se inicia utilizando las palabras y expresiones que usan los clientes y se empieza luego a "...encauzar los significados de esas palabras en una dirección productiva..." (O`Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 78), empleando palabras y frases distintas enfocadas al futuro y a la apertura de posibilidades.

## **Técnicas de intervención**

### **La entrevista centrada en soluciones**

"...Los clientes van hacia algún sitio y nosotros estamos constantemente despejando el terreno delante de ellos para ayudarles a conducir sus pensamientos y acciones hacia las soluciones y los objetivos..." (O`Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 89). Para ir despejando el terreno de lo que no sirve y ayudar a los clientes a encontrar un camino que los lleve a conseguir la solución de su demanda, es importante reconocer y validar lo que han estado pensando y sintiendo, para luego, encaminarlos a pensar, sentir y actuar de forma más satisfactoria.

Es importante decir que la terapia centrada en soluciones es un enfoque flexible al momento de llevarlo a la práctica, los diferentes tipos de preguntas pueden ser utilizados

en distintos momentos de la sesión y del proceso mismo, dependiendo del cliente y del criterio del terapeuta.

Algo que es básico en el trabajo con este modelo es el uso del lenguaje, pues a través de él se va llevando al cliente a que se apropie de las diversas posibilidades que puede haber para solucionar sus problemas, a tener otros puntos de vista sobre las situaciones difíciles y a lograr alcanzar las metas que se proponga. Una vez que el cliente comience a realizar cambios dirigidos al objetivo que desea, la tarea del terapeuta será marcar y ampliar, pero sobre todo de atribuir el control al cliente de dichos cambios y así empoderarlo; para que él mismo se sienta con la capacidad y habilidad de afrontar de la mejor manera las dificultades que se le presenten.

<b>Técnicas de la Terapia Breve Centrada en Soluciones</b>				
<b>Nombre de la técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Riesgos</b>
Excepciones del problema	Se indaga con los clientes sobre lo que es diferente en los momentos en que no se presenta el problema.	Conducir a la persona a observar y detectar las situaciones favorables de su vida, de donde puede extraer sus recursos y soluciones.	Se enfoca en la parte sana de la persona y sus relaciones.	Crear que no hay excepciones; no escuchar el discurso del cliente. Que el cliente no se sienta acompañado y comprendido en el aquí y en el ahora de su vivir.
Preguntas presuposicionales	Son preguntas que presuponen que sucedieron cosas positivas. Regla básica: mantener las preguntas abiertas, evitando que se pueda contestar con un "sí" o con un "no."	Explorar diferencias existentes entre los momentos problemáticos y los no problemáticos. Indagar sobre lo que se ha hecho para superar el problema.	Detectar excepciones sin adentrarse en problemas. Identificar posibles soluciones, recursos en la persona y en el contexto.	La o las personas pueden no sentirse escuchadas.
Normalizar, despatologizar y elogiar	Se normalizan determinadas conductas o situaciones que los clientes platican.	Esto con el fin de hacerles ver que en diversas ocasiones lo que sucede es	Que el cliente se sienta comprendido y reconocido, lo cual propicia una buena	Trasmitir que no hay problema, que todo está bien cuando en realidad sí hay situaciones que

		parte del desarrollo o etapa de vida. Con ello se consigue despatologizar el problema. Que la persona sienta que puede lograr lo que desea.	disposición para el cambio terapéutico.	necesitan solución.
Se elogian y reconoce cada logro o cambio hecho por los clientes,				
Presunta de escala	Se pide al cliente que se evalúe (en ciertas áreas de su vida) dentro del proceso terapéutico. Para dicha evaluación se plantea una escala que el terapeuta determine.	Permite establecer metas, identificar avances y atribuir la responsabilidad por los cambios conseguidos.	Son utilizadas como una forma de poder trabajar en los casos en que la queja y los objetivos son muy vagos.	Si se da mucha importancia a la evaluación, se puede perder la visión cualitativa de los hechos. En los casos de depresión es peligroso usar estas preguntas para que el propio cliente evalúe su depresión.
Preguntas de avance rápido	Son preguntas orientadas al futuro. Éstas consisten en pedir a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es.	Encontrar la solución al problema, pues después de que el cliente hace la descripción, ha descrito también la solución.	Es viable hacer estas preguntas cuando se observa en los clientes la dificultad para recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las cuales sacar provecho. Da pauta a los objetivos del tratamiento.	Inhabilidad del terapeuta.
Intervención sobre el patrón de la queja	Consiste en que los clientes introduzcan alguna modificación pequeña en el desarrollo de la queja.	Alterar el contexto para que la queja desaparezca gradualmente o de forma abrupta.	Son intervenciones claras, fáciles y generan cambios rápidos.	Que los clientes no la realicen, pues no le encuentran relación o sentido.
Intervención sobre el patrón del contexto	Consiste en modificar patrones de acción que	Alterar las pautas personales o interpersonales	Son intervenciones claras, fáciles y generan	Que los clientes no la realicen, pues no le encuentran

	rodean a la queja.	que rodean o acompañan la queja para eliminarla.	cambios rápidos.	relación o sentido.
--	--------------------	--	------------------	---------------------

### 2.2.5. Modelo de Milán

El que se tenga una determinada forma de trabajar con las familias ha sido el resultado de un largo tiempo de trabajo e investigación clínica. En este caso, la Escuela de Milán, un grupo encabezado por Mara Selvini Palazzoli realizó una serie de trabajos que lo fue llevando a tomar decisiones sobre cómo funcionaba mejor la terapia. Este grupo nace en 1971, con Luigi Boscolo, Giofranco Cecchin y Giuliana Prata, quienes asumen una orientación sistémica.

La formación profesional de M. Selvini Palazzoli tiene lugar sobre bases psicoanalíticas ortodoxas, pero con un entrenamiento realizado sobre todo a través de supervisiones que sitúan el foco de atención en la relación paciente-terapeuta, lo que favorece la tendencia sistémica. Luego sienta las premisas teóricas de un enfoque con una mayor coherencia relacional.

Había una gran insatisfacción de tipo clínico por la lentitud y la limitación de los resultados obtenidos con la psicoterapia individual, lo que llevó a Selvini a tomar una opción radical, la experimentación de una nueva modalidad de trabajo; la terapia familiar conjunta y al estudio de la comunicación y de las relaciones en las familias que presenten un miembro con determinados síntomas.

En su libro de Paradoja y contraparadoja (1991) Selvini y su equipo, describen una investigación que realizaron con familias con miembros psicóticos y esquizofrénicos. Sobre los resultados de dicha investigación basándose en la cibernética y la comunicación humana llegan a la hipótesis siguiente: "...la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores" (p. 13). Estas reglas tienen un carácter comunicacional a nivel verbal y no verbal.

También encuentran que las familias diagnosticadas como patológicas se caracterizan por mantener reglas y relaciones patológicas. Mencionan que para poder

influir sobre los síntomas y cambiarlos, no queda otra alternativa que cambiar las reglas, pues la repetición de conductas y de comunicación es lo que permite mantener las reglas y por ende las relaciones patológicas. Se piensa que al cambiar una regla fundamental, se puede desaparecer el comportamiento patológico. En este sentido hay una influencia clara de la Teoría General de los Sistemas, pues lo anterior habla de la tendencia homeostática que mantiene en equilibrio al sistema, pero que en los sistemas patológicos la tendencia es cada vez más rígida imposibilitando los cambios de adaptación necesarios, y se mantiene la tendencia debido a la retroalimentación que se da en el sistema familiar.

Otro elemento que se retoma es la Teoría de los Tipos Lógicos de Russell ya descrita, la cual propone que existe una discontinuidad entre la clase y sus miembros; es decir, la clase no puede ser un miembro de sí misma. Esto, según Bateson (1979), no es respetado en las relaciones humanas y por ello se crean paradojas con consecuencias patológicas. Estos pensamientos lo llevaron a desarrollar su Teoría del Doble Vínculo. La comunicación paradójica fue observada con mayor frecuencia en familias con pacientes esquizofrénicos.

Milán es una terapia que se apoya en la teoría de la Comunicación de Watzlawick, Beavin y Jackson, (1995); se enfoca en el estilo comunicativo de la familia, en el lenguaje analógico y digital, la secuencia de interacción, la necesidad de definir la relación, la posición de simetría y complementariedad así como la paradoja (doble vínculo) (Selvini, 1991).

Este modelo fue muy preciso desde sus inicios en la forma de trabajo con las familias; el equipo de Mara Selvini constituido a fines de 1971, estaba compuesto por cuatro miembros, dos hombres y dos mujeres, psiquiatras psicoterapeutas; se empleaba una pareja heterosexual para trabajar con la familia y la otra pareja observaba desde la cámara detrás de un espejo unidireccional. El dividirse de esta manera tiene que ver con la cuestión de género y los estereotipos culturales al respecto.

## **Principios básicos**

Los aspectos que fundamentan la intervención vienen del trabajo que el equipo de la escuela de Milán realizó con familias con transacción esquizofrénica, en las cuales

encontraron una serie de características que a continuación se describen. Es importante comentar que las observaciones obtenidas del trabajo con estas familias los llevaron a formular hipótesis de las que resultan dichas características.

- Se habla que la familia es un grupo natural regulado en su interior por una simetría llevada a la exasperación y que se mantiene encubierta.
- Hay un rechazo marcado a definir la relación entre los miembros de cómo delimitan su comportamiento entre ellos.
- En la primera generación la manera en que estas familias resuelven problemas o se enfrentan a dificultades lo hacen mediante normas rígidas y repetitivas. No se realizó la confirmación del otro porque podía ser tomado como debilidad.
- En la segunda generación se observa cautela para exponerse por temor al rechazo del otro, pues hay un gran deseo de una confirmación que no se obtuvo de la anterior generación.
- Por el miedo a definir la relación se vuelven expertos en el uso de la paradoja, utilizando dobles mensajes en la comunicación.
- Se da una constante descalificación del otro.
- Los padres de familia de un miembro esquizofrénico son personas frágiles, aferrados uno al otro por temor al abandono y a la intimidad.
- Lo que se hace en la familia con transacción esquizofrénica es una jugada al servicio de perpetuar las reglas del juego, pues se protege la homeostasis del sistema.

En este tipo de familias el juego esquizofrénico y la homeostasis permiten enmascarar el *status quo*. Y el pensamiento: “algún día lo lograré”, aun cuando se haya repetido innumerables veces lo mismo. Lo que está detrás es el terror de perder a los otros como personas y de encontrarse solos sin su apoyo. La variedad de jugadas en esta lucha llega al infinito, manifestándose con erotismo, incesto, fuga, dependencia, independencia, deterioro, hostilidad, etc. esto aunado a trastornos de pensamiento que evitan que se metacomunique lo que sucede en realidad.

Esto es para Bateson un doble vínculo, la modalidad comunicacional de la familia es apta para transmitir y mantener un desafío sin alternativas y por lo tanto sin fin. Es decir, se da una indicación verbal, seguida por una descalificación casi siempre no verbal.

Y se agrega el mensaje que está prohibido metacomunicar la contradicción y salirse del campo. Entonces el receptor no puede hacer nada, dado que la indicación no es clara, tampoco puede desobedecer dado que no sabe ante que rebelarse. Sobre la solución ante esta situación dice Mara Selvini (1991):

... tanto la prohibición de metacomunicarse como la de dejar el campo están ya implícitas en la imposibilidad de asumir una posición definible en la interacción: o simetría o complementariedad... una posición bien definida permite ya la metacomunicación, ya el abandono del campo, o sea la redefinición de la relación. (p. 43).

### Técnicas de intervención

Todo lo que el terapeuta hace es intervención y debe basar sus intervenciones en hipótesis sistémicas, en la circularidad y neutralidad.

La entrevista en la terapia de Milán aborda el presente, explora el pasado y las expectativas hacia el futuro, para lo cual se utilizan las preguntas de secuencia de interacción, reflexivas, de comparación y clasificación para explorar las reacciones, creencias, valores, pensamientos y sentimientos de la familia. Al tener una claridad general y ya que las hipótesis han sido tentativamente confirmadas, se puede llevar a cabo el interrogatorio circular interventivo para cambiar los modelos de interacción de la familia.

Se deben tomar en cuenta las consecuencias del cambio en cada uno de los miembros de la familia y en todo el sistema; en este sentido el terapeuta deberá ser sensible a cada familia, flexible y creativo en el uso del interrogatorio lineal o circular y toda intervención que realice.

Las estrategias de intervención propuestas por el modelo se basan en la paradoja y contraparadoja.

<b>Técnicas de la Escuela de Milán</b>				
<b>Paradoja y contraparadoja</b>				
<b>Nombre de la técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Riesgos</b>
Connotación positiva	Se connotan positivamente las conductas sintomáticas como una tendencia	Descubrir la función del síntoma para cada uno de los miembros del	Define el vínculo familia-terapeuta como complementario y define el	Que el terapeuta no crea la connotación que ofrece, lo que lo podría llevar a



	<p>homeostática del sistema familia (no de las personas). De tal suerte que el síntoma resulta ser un sacrificio por parte del sintomático para su familia. Es importante explicitar que dicho sacrificio ninguno de los padres lo solicitó.</p>	sistema familiar	<p>contexto terapéutico. Se hace explícita la definición de la relación entre los miembros de la familia.</p>	<p>que critique el síntoma, cayendo en una contradicción. Si no se aclara la certidumbre del terapeuta a que ninguno de los padres pediría dicho sacrificio, se puede generar mucha culpa en ellos.</p>
Prescripción de la paradoja en la primera sesión	<p>Al término de la primera sesión el terapeuta da una prescripción a la familia; dada la connotación positiva se explicita la necesidad de que el sintomático se siga sacrificando porque lo necesita cada uno de sus familiares.</p>	<p>Generar un espacio donde haga lo que haga la familia está bien. Si cambia está bien y si no cambia también está bien, saliéndose del doble vínculo.</p>	<p>Salirse del doble vínculo en donde hagan lo que hagan cada uno de los miembros de la familia siempre está mal.</p>	<p>Que la familia no sienta auténtica la intención del terapeuta y por lo tanto abandonen la terapia.</p>
Rituales familiares	<p>Se trata de una acción o una serie de acciones, combinadas con formulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia, y para que el ritual sea eficaz, tiene que implicar a toda la familia. Para aplicar esta técnica hay que conocer bien la historia familiar y la evolución de creencias o mitos.</p>	<p>Cambiar las creencias, mitos familiares y/o reglas del juego, que incluso se pueden haber construido a través de varias generaciones. Cambiar la epistemología familiar sin recurrir a explicaciones o críticas.</p>	<p>Plasmarse en concreto el mito y dar la posibilidad de ruptura, ya que permite que cada uno de los miembros de la familia, vivencie su impacto y los riesgos de continuar con el mito. El ritual abre la posibilidad a un juego nuevo, donde las normas nuevas sustituyen a las anteriores.</p>	<p>Ver a esta técnica como una receta que se puede repetir en las familias; cada familia necesita estudiarse bien para saber si se puede trabajar con un ritual y hay que ser muy creativos para elaborar un rito a la medida de cada familia. Que la familia no tenga un nivel ritualista y no los ejecuten. Que el ritual sea demasiado cerrado y no contemple las características familiares.</p>

De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo	Se trata de trasladar la etiqueta de enfermo que lleva el paciente designado, a uno o más hermanos o hermanas considerados sanos por la familia, señalando que el enfermo designado por la familia fue el único que intuyó que los hermanos se encuentran en peores condiciones que él y necesitan su ayuda.	Romper la rivalidad entre los hermanos, modificando al sintomático de problemático a ayudador.	Se despatologiza al sintomático. Se invita a los padres a mirar a los otros hijos.	Que los hermanos reaccionen dramáticamente en defensa de su statu quo. Que el terapeuta no indague con precisión cuáles son los riesgos en que se colocan los otros hijos, al no observarlos.
Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos	Consiste en referir exclusivamente a nosotros mismos (terapeutas), en el momento oportuno, los problemas de la relación intergeneracional en presencia de los padres.	Desviar la simetría dentro del sistema familiar, usándose así mismo paradójicamente.	De deja en manos del sintomático la solución del dilema. Se impide que los padres se culpabilicen.	Que el terapeuta no tenga la suficiente fuerza para colocarse asumiendo que el conflicto es con él, por haber cometido un error.
Los terapeutas aceptan sin objeciones una mejoría sospechosa	Aceptar sin objeciones una mejoría o una desaparición del síntoma que no parece justificada. Ante esto, se le dice a la familia que se prefiere concluir la terapia, pero recordando que pueden regresar si lo requirieran.	No entrar en simetría con la familia.	Mediante esta táctica paradójica se logra anular el posible movimiento sabotador, abriendo a la familia la posibilidad de regresar en caso de necesitarlo. Si la familia regresa está bien y si no también.	Si no se acepta la mejoría se pueden originar descalificaciones hacia la terapia, entrando en simetría con la familia.
Cómo recuperar a los ausentes	Cuando se ausenta algún miembro de la familia a terapia, en lugar de dar el	Lograr que uno o algunos miembros regresen a terapia después	Hacer notar la importancia de toda la familia para el trabajo terapéutico.	Entrar en una simetría para que el ausente regrese a terapia.

	<p>mensaje en la sesión, se manda por escrito una carta para que se lea en casa en presencia del miembro ausente pues la conclusión debe incluir a éste.</p> <p>Esta carta puede ser primeramente de invitación y posteriormente paradójica.</p>	de haberse ausentado.	Romper con la simetría encubierta entre el ausente y el resto de la familia, donde a través de la paradoja si regresa está bien, y si no regresa también está bien.	
Cómo eludir la descalificación	Es importante aceptar la descalificación para devolver en la siguiente jugada la prescripción que ponga en evidencia el tipo de relación.	Romper con el juego familiar: simetría encubierta.	Es importante estar alerta a que todo lo que se le presenta al terapeuta es una seducción y una descalificación al mismo tiempo, con lo que se evita el juego simétrico entre familia y terapeuta.	Que al terapeuta no tenga la fuerza interna para aceptar la descalificación. Que la familia se quede con la idea de que el terapeuta no los puede ayudar y tal vez no regrese a terapia.
El problema de las coaliciones negadas	Las coaliciones se invierten de tal suerte que al que esta dirigida la coalición se le asocia como aliado connotando positivamente esta alianza en beneficio de la familia. El mensaje debe ser paradójico e intolerable.	Romper la coalición a través del abandono en el sintomático del rol que está jugando dentro de ella.	La explicitación de la definición de las relaciones dentro de la familia siguiendo el juego familiar de mantener encubierta la coalición.	La no detección de la coalición negada. Que el terapeuta quede atrapado en el juego familiar.
Los terapeutas declaran la propia impotencia sin reprochárselo a nadie	Decir a la familia, que a pesar de su voluntaria colaboración: que ha hecho todo lo posible por ayudarnos, nos encontramos confusos e incapaces de hacernos una idea	Que el terapeuta tenga el control de la terapia, a partir de declarar su impotencia rompiendo con el juego simétrico.	Se libera al sintomático y al sistema del juego exacerbado de descalificaciones. El fijar la siguiente cita y cobrar los honorarios,	Que el terapeuta no tenga la suficiente fuerza para declararse como inadecuado. Esta intervención no puede efectuarse muy precozmente, es

	clara y de prestar ayuda, el tono usado no será indiferente, pero tampoco dramático. Después del mensaje se hace una pausa y se fija la próxima cita.		comunica una seguridad profesional completamente en contraste con la impotencia.	decir, requiere de un timing fundamental para que funcione.
Los terapeutas se prescriben la paradoja extrema	Son dos paradojas; la primera es connotar como justo y legítimo la petición de "sólo podrás ayudarme no siendo lo que sois". La segunda es que concierne sólo al equipo terapéutico acceder a este pedido.	Evitar descalificaciones y críticas entre los miembros de la familia y mostrar lo absurdo e ilógico de la petición: "sólo podrás ayudarme no siendo lo que sois"	Que la familia descubra lo ilógico y loco de sus peticiones, permitiendo que generen deseos de cambio.	Que el terapeuta se le dificulte en caso de que el paciente no anule su petición, el cumplimiento de la demanda.
Los terapeutas abandonan la función paterna, prescribiendo la paradójicamente a los miembros de la última generación	Se les pide a los hijos que en caso de requerirlo la familia, regresen en auxilio de ésta. Al abandonar la función parental, el terapeuta envía un mensaje confirmatorio a los padres en cuanto a que ellos pueden responder como padres si así lo quieren y lo deciden.	Prescribir paradójicamente el retorno de los roles antiguos posibilitando así la mantención de los cambios.	Dejar claras las funciones entre cada uno de los subsistemas familiares.	Que se diluya la intervención, olvidando tanto padres como hijos la paradoja, regresando al juego anterior.

El grupo que en un inicio conformó la escuela de Milán sufrió una división, pues en 1978, Boscolo y Cecchin iniciaron su retirada del equipo. Se dice que la separación se empezó a dar dentro del mismo centro y fue hasta 1982 que se anunció públicamente. Posteriormente Selvini y Prata se trasladaron a otra sede, en donde se asociaron con nuevos colaboradores como: Steffano Cirillo, Ana María Sorrentino y Mateo Selvini; con

los cuales fundaron un nuevo centro de investigación llamado “Nuevo Centro para el Estudio de la Familia” (Rodríguez, C. 2004, en: Eguiluz, 2004).

Por su parte Boscolo y Cecchin, continuaron su trabajo con algunos de los lineamientos que estableció la escuela de Milán, pero además han incorporado la perspectiva del tiempo así como otras técnicas; consideran que es de gran ayuda tomar de otros modelos lo que es útil, situación que facilita la flexibilidad del terapeuta y lo enriquece. Una de sus principales aportaciones es que han encontrado que los tiempos son subjetivos, refiriéndose al tiempo de la familia, de la cultura, de las instituciones y del individuo mismo; en este sentido esta amplia gama de subjetividad y diversidad requiere de un trato específico y cuidadoso a la hora de intervenir terapéuticamente (Rodríguez, C. 2004, en: Eguiluz, 2004).

### **2.2.6. Terapia Narrativa**

Michael White y David Epston, son los representantes de la terapia Narrativa; hablando sobre su preparación e influencias White se desarrolla personal y profesionalmente en Australia del sur; en 1967 inicia su carrera como asistente social. En esta fase su interés por la aproximación sistémica y la psicoterapia hace referencia a los modelos sistémico-estratégicos en boga, en particular el del MRI. Los trabajos de Karl Tomm lo llevan a profundizar en los trabajos de Bateson sobre la semántica de la comunicación y construcción de significados. Desde 1980 estudia las ideas de Michael Foucault sobre la relación entre el conocimiento y el poder, junto a las de Goffman y Derrida. Esta formación le permite desarrollar una amplia reflexión sobre los procesos de desinstitucionalización del conocimiento y del poder del conocimiento del experto. En la década de 1990 comienza a estudiar el Construccinismo Social, especialmente los trabajos de Gergen (1985) y además está influido por la Psicología de Bruner (1986,1990).

La primera formación académica de David Epston es en Sociología de la Medicina; luego profundiza en los estudios de Antropología, disciplina en la que reconoce una influencia directa sobre su modo de hacer terapia. Afirma que la Antropología y los estudios etnográficos y transculturales son metodologías muy cercanas a la práctica terapéutica. Epston pone a la psicoterapia fuera del modelo médico y de la metáfora de la enfermedad. Utiliza a la psicoterapia como un instrumento que facilita el paso; el terapeuta es un entrenador de la familia y el individuo y les ayuda a encontrar las transiciones justas

a través de sus propias evoluciones existenciales, respetando la identidad de cada pequeña cultura familiar.

## **Principios básicos**

### **La analogía del texto**

Uno de los primeros conceptos que ambos representantes toman en cuenta para empezar a tejer la Terapia Narrativa es la analogía textual; señalan que “Los investigadores en ciencias sociales se interesaron por la analogía textual después de observar que si bien la manifestación del comportamiento se produce en el tiempo, de modo tal que cuando se le presta atención ya no se está dando, el significado que se adscribe a ese comportamiento se prolonga en el tiempo...” (White y Epston, 1993, p. 26, 27). Esta analogía hizo también posible concebir la evolución de las vidas y las relaciones en términos de lectura y escritura de textos, en la medida en que cada nueva lectura de un texto es una nueva interpretación de éste, y una nueva forma de escribirlo.

Según White y Epston (1993), las personas buscan dar un sentido a su vida, ante lo cual tiene que organizar su experiencia en secuencia temporal, para darle coherencia consigo mismas y con los que las rodean. Entonces, el éxito de la narración de la experiencia vivida por las personas, les da un sentido de significado y continuidad a sus vidas y además pone las bases para ordenar e interpretar sus experiencias posteriores. Sin embargo es importante decir que el narrar no puede abarcar toda la riqueza de la experiencia vivida.

Desde la analogía del texto, los relatos o narraciones que viven las personas determinan su interacción y su organización y, además, la generación de significados está comprometida con los relatos dominantes del o los contextos donde las personas se desenvuelven.

La estructura de una narración requiere la utilización de un proceso de selección por medio del cual dejamos de lado, de entre el conjunto de los hechos de nuestra experiencia, aquellos que no encajan en los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollamos acerca de nosotros mismos. Así, a lo largo del tiempo y por necesidad, gran

parte de nuestro bagaje de experiencias vividas queda sin relatar y nunca es contado o expresado. Permanece amorfo, sin organización y sin forma (White y Epston, 1993, p. 29).

### **La analogía del texto y la terapia**

¿Cómo explicamos entonces la experiencia que una persona tiene de sus problemas y la representación de éstos en la terapia? Esta pregunta nos lleva a conocer cómo se parte para trabajar en la terapia narrativa.

Cuando las narraciones de las personas se han sometido a los significados impuestos desde los relatos dominantes, frecuentemente se encuentran insatisfactorias, cerradas y en contradicción; no hay el espacio para narrar las experiencias que por dichos relatos dominantes no es posible expresar y por lo tanto la experiencia significativa vivida no puede ser representada. En la terapia un resultado aceptable para las personas podría ser la identificación o generación de los relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados, posibilidades más deseables, más útiles y con final abierto (White y Epston, 1993, p. 31).

### **Relatos dominantes y alternativos**

Los relatos dominantes tienen que ver con las verdades instauradas por el contexto sociopolítico que gobierna a la cultura, haciendo uso del poder ante las personas y ante sus experiencias vividas. En este sentido para White y Epston (1993), la analogía de texto no sólo proporciona un marco que permite tener en cuenta el contexto sociopolítico de las personas, sino también estudiar la acción y los efectos del poder sobre sus vidas y sus relaciones. Se ha pasado frecuentemente por alto la perspectiva del poder en el ejercicio terapéutico en general, sobre todo en la visión de nuestras propias prácticas.

Los aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante son una fuente llena de riqueza para la generación o regeneración de relatos alternativos. Estos aspectos que quedan fuera del relato dominante son llamados acontecimientos extraordinarios los cuales, al ir identificándolos en las narraciones de las personas, dan la pauta a relatos alternativos, con nuevos significados que van engrosando las historias. Los acontecimientos extraordinarios son el puente para que las personas se liberen del poder

que las subyuga, que las vuelve cuerpos dóciles para apoyar y aceptar los conocimientos unitarios.

### **La externalización del problema**

“La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen...” (White y Epston, 1993, p. 53) En la terapia el problema se trabaja como algo separado de la persona, externo a ella y a la relación a la que se atribuye.

De acuerdo a la experiencia de White (1994), cuando los miembros de familias explicaban los problemas por los que solicitaban terapia, presentaban lo que él denominó una <<descripción saturada por el problema>> de su vida familiar, lo que equivale al <<relato dominante de la vida familiar>>. Entonces, al ayudarlos a separarse y separar sus relaciones del problema, se abría la posibilidad de que se describieran a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada por el problema; la externalización permitía el desarrollo de una historia alternativa de la vida familiar, más atractiva para la familia y abierta a otras posibilidades.

La externalización de los problemas ayuda a las personas en su lucha contra los mismos y además:

1. Hace disminuir los conflictos personales más estériles incluyendo las disputas en torno a quién es responsable del problema.
2. Combate la sensación de fracaso que aparece en muchas personas ante la persistencia del problema pese a sus intentos de resolverlo.
3. Allana el camino para que las personas cooperen entre sí, se unan en una lucha común contra el problema y logren sustraerse a su influencia.
4. Abre nuevas posibilidades de que las personas actúen para apartar sus vidas y relaciones de la influencia del problema. Agencia personal.
5. Permite a las personas afrontar de un modo más desenfadado, más eficaz y menos tenso problemas que parecían terriblemente serios.
6. Ofrecen opciones de diálogo, y no de monólogo, sobre el problema.



## **Acontecimientos extraordinarios**

Al realizar la externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y a sus relaciones. Al hacerlo, recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida; los <<acontecimientos extraordinarios>> los cuales ayudan a desarrollar nuevos significados, mismos que construyen una historia alternativa.

Los acontecimientos extraordinarios pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema, indagando sobre sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones, y así facilitar la creación de nuevos significados en el presente. También los acontecimientos extraordinarios pueden situarse en el presente durante la sesión y en el futuro, pues "...pueden identificarse revisando las intenciones o planes que tiene la persona para escapar de la influencia del problema, o investigando sus esperanzas de liberarse de ciertos problemas." (White y Epston, 1993, p. 73).

## **Técnicas de intervención**

Como primer paso hay que ayudar a la persona a describir el problema y ponerle nombre, ya que permite recuperar el control de su vida; bautizarlo, es tomar la iniciativa y permite dar ánimos, aclara y normaliza los problemas de modo que la persona puede tomar una postura diferente (Payne, 2002).

Se invita a la persona a que narre la influencia del problema en su vida y en sus relaciones considerando diferentes áreas como el sentir, el pensar y el hacer. Luego se externaliza para que la persona se relacione de manera diferente con el problema y descubra sus capacidades al mismo tiempo que se indaga un evento extraordinario que son aquellos actos que contradicen la historia del problema y que invitan a la persona a crear nuevos significados en el presente. En el caso del futuro se pueden incorporar revisando los planes o la esperanza que tienen de liberarse de los problemas (Suárez, 2004).

Después se deconstruye: descubriendo eventos excepcionales, se rastrea la historia y el significado de los eventos extraordinarios (a través de las preguntas de panorama de acción, de identidad y se nombra la historia alternativa); se engrosa la historia con conversaciones de re-membranza, documentos y cartas terapéuticas. Posteriormente se divulga la noticia y se realizan rituales y ceremonias definicionales, en las cuáles puede estar presente un público, conformado por personas significativas para los consultantes.

Respecto a los documentos terapéuticos, White y Epston (1993), recomiendan el uso de cartas de invitación, certificados, declaraciones, entre otros, con el propósito de convertir las vivencias en una narración o relato; demuestran su aplicación en una gama de problemas y advierten que éstas deben de usarse de manera diferente con cada persona atendiendo a su historia y discurso como un recurso más en el proceso terapéutico.

<b>Directrices de la Terapia Narrativa</b>				
<b>Nombre de la técnica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Riesgos</b>
Externalizar el problema	Es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. El problema se trabaja como algo separado de la persona, externo a ella y a la relación a la que se atribuye.	Posibilitar que las personas se describan a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada por el problema.	Hace disminuir los conflictos personales. Combate la sensación de fracaso ante la persistencia del problema pese a los intentos de resolverlo. Abre nuevas posibilidades para desarrollar agencia personal. Permite a las personas afrontar de un modo más eficaz y menos tenso problemas que parecían terriblemente serios.	Se puede caer en la desresponsabilización de las personas ante sus acciones y actitud e las situaciones que enfrentan.
Acontecimiento	Consiste en	Que se	Se puede	Que el terapeuta

s extraordinarios	indagar sobre sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre las vidas y relaciones de las personas.	recupere la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida; los cuales ayudan a desarrollar nuevos significados, mismos que construyen una historia alternativa.	conectar el pasado, presente y futuro en relación a los logros.	pierda la visión contextual ante la situación que se analiza.
Explicaciones, redescrpciones y posibilidades	Se realizan preguntas que lleven a una nueva narrativa.	Para dar nuevo significado a la historia.	Se iluminan aspectos no vistos de la historia de las personas.	Que el terapeuta no tenga la suficiente habilidad y curiosidad para preguntar sobre los aspectos importantes a iluminar.
Medios narrativos, escritos y hablados	Uso de cartas de invitación, certificados, declaraciones.	Convertir las vivencias en una narración o relato. Engrosar la historia alternativa.	Demuestran su aplicación en una gama de problemas y advierten que éstas deben de usarse de manera diferente con cada persona atendiendo a su historia.	Usarlos sin fundamentos sólidos que las respalden.

### 2.2.7. Enfoque Colaborativo

Los terapeutas posmodernos ven a la terapia como una tarea de colaboración, en donde la relación entre el cliente y el terapeuta debe ser horizontal; siguiendo con este principio, el enfoque colaborativo se basa en un aspecto fundamental: que el cliente y terapeuta tienen la misma dignidad en cuanto a la experiencia vivida y que siendo la experiencia rica en significados no es lícito interpretarlas sobre la base de un criterio teórico.

Los representantes de la terapia colaborativa son Harry Goolishian y Harlene Anderson. Goolishian fue un terapeuta que participó en la primera fase de las terapias familiares; trabajó durante veinte años en el Mental Research Institute, con una orientación estratégica. Se separó de esta orientación y se enfocó en el impacto conversacional, pasando a una posición flexible y fluida, tanto en su concepción cultural como en la práctica terapéutica, siguiendo con esto al Construccionismo Social. En 1988, publicó junto a Harlene Anderson "Sistemas humanos y sistemas lingüísticos", donde desarrollan los puntos centrales de la visión conversacional en terapia familiar. En 1992 publicaron "El cliente es el experto". Ambos fundaron junto con Dell y Pullian el Galveston Family Institute.

### **Principios básicos**

El enfoque conversacional se basa en el no saber, base primordial de la terapia... es necesario escuchar las historias de los clientes de un modo peculiar, implicándose en la conversación con el cliente... Las preguntas no derivan de ideas preconcebidas del terapeuta... derivan del esfuerzo sostenido y constante por no entender, por no saber (Anderson, 1993, p. 330).

Tomando en cuenta esta cita, es prioritario tener una actitud de no saber, ya que así la curiosidad llevará al terapeuta a unirse en colaboración con los clientes para ir tratando de interpretar y comprender los temas tratados. En la conversación terapéutica, el terapeuta y el cliente codeciden cómo participar, codefinen límites, y coseleccionan las metas del tratamiento (Anderson, 1997).

El lenguaje es un aspecto básico para la terapia colaborativa, pues se dice que los sistemas humanos son sistemas relacionales basados en la interacción lingüística y los significados son generados a través del lenguaje. Esta generación de acuerdo con Anderson (1997), tiene que ver con las conversaciones habladas, con las no habladas, con las interacciones con otros y con nosotros mismos. Desde este punto de vista, el sistema terapéutico es un sistema lingüístico relacional y la conversación que se gesta ahí, entre terapeuta y clientes genera significados y permite que evolucionen sus historias.

Para este enfoque, los problemas se forman en el lenguaje; "...Un problema y el significado que le atribuimos no son sino realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas en el lenguaje..." (Anderson, 1997, p. 113). Es claro que aquí los problemas no son creados por el sistema familiar o social; se crean en el lenguaje y por lo tanto las conversaciones terapéuticas son un medio eficaz no para resolverlos, sino para disolverlos.

Continuando con los sistemas relacionales, la definición de la familia es una realidad basada en la comunicación; para Anderson (1997), hay tantas familias como miembros en el sistema hay, incluido el terapeuta, además cada miembro la vive, la describe y la explica de manera distinta. Una familia es un sistema relacional y en terapia se trabaja con las personas relacionadas con los clientes que son significativas para ellos, sin importar su parentesco, lo importante es la relación significativa que hay.

### **Técnicas de intervención**

Para llevar a cabo este tipo de terapia, el terapeuta deberá establecer una oportunidad para el diálogo y, a través de éste, crear oportunidades de libertad y posibilidades para cada cliente y su situación en cuyo desarrollo él cliente. Para Anderson (1997), "...el cambio ocurre conforme el diálogo fluye" (p.136).

El consultante y el terapeuta se asocian para contar, preguntar, interpretar y dar forma a las historias, no hay guías preconcebidas, sino más bien con una postura filosófica, en donde la pericia de ambos se combina y se funde. Se toma en cuenta que el cliente es experto en sus experiencias vividas, y el terapeuta es experto en el proceso, participar con el cliente desarrollando diálogos de narrativa en primera persona. Un aspecto central es la capacidad honesta y sincera del terapeuta para recibir, invitar, respetar, escuchar y involucrarse en la historia de las personas (Anderson, 1997).

La reflexión y las reflexiones sobre las reflexiones, son otro aspecto o postura básica de este enfoque de colaboración, que conciernen al coproducir y construir y son una forma de saber. Basado en el posmodernismo, tiene que ver con "...un proceso generativo de aprendizaje, que va más allá del simple aprender la historia del cliente..." (Anderson, 1997, p. 146), nos lleva no sólo a reflexionar en acción, sino a reflexionar

sobre nuestro reflexionar en acción. Otra característica que no se puede dejar de lado es la responsabilidad en el proceso terapéutico, pues cuando un terapeuta invita a un cliente a colaborar, la responsabilidad se hace compartida.

### **2.2.8. El Equipo Reflexivo**

La idea de que un grupo de trabajo es un sistema, y que los principios sistémicos de relación entre las partes pueden ser utilizados con el mayor provecho en las organizaciones, además de en la clínica, lleva a Tom Andersen y a su equipo a tomar contacto con los principales laboratorios sistémicos del mundo como por ejemplo los de: L. Hoffman, L. Bóscolo, Cecchin, Goolishian, H. Anderson, P. Penn, Maturana, V. Foerster y V. Glasersfeld.

Tom Andersen fue quien propuso el equipo reflexivo, quien trabajaba como psiquiatra en Noruega. Las principales influencias para Andersen fueron Minuchin, Haley, Watzlawick, el Galveston Institute, el Ackerman Institute, así como el grupo de Milán.

En un inicio el trabajo que realizaba Andersen se caracterizaba por decirle a los clientes lo que tenían que actuar y pensar en relación al problema, las premisas que sustentaban esta forma de trabajar provenían de su formación cibernética y constructivista. Pero en 1988, escuchó a Goolishian, logró tener una comprensión más clara del habla como composición del ser, y esto, aunado a las ideas constructivistas, le permitieron modificar la orientación de sus ideas hacia una comprensión relacional del significado (Beltrán, 2004).

### **Principios básicos**

Los equipos reflexivos se apoyan en la idea de que el mejor modo de comprender a la persona es concentrar la atención en sus conversaciones y su lenguaje, y que la forma en que comprendemos es en gran medida por lo que ya hemos vivido. Andersen (2005), habla de círculo hermenéutico a la influencia de la comprensión previa sobre la comprensión real. Los procesos reflexivos pueden ser vistos como círculos hermenéuticos. Esta modalidad de intervención, puede llevarse a cabo con o sin espejo

unidireccional y se pide consentimiento a la familia para su comodidad. Cabe aclarar que esta modalidad de trabajo es flexible y se puede adaptar a las condiciones en las que se realice la terapia.

Para lograr el cambio Tom Andersen afirma que se requiere que las personas sean expuestas a algo poco usual, pero familiar. Es decir deben exponerse a situaciones sociales, terapéuticas e inusuales, pero no demasiado alejadas de su visión. Las nuevas narraciones tienen que ser familiares para las personas, tener significado en su contexto, de otra manera no tienen sentido para ellos.

El equipo reflexivo debe poseer ciertas características específicas, principalmente: basar la reflexión sobre algo que se mencionó en la conversación, no se deben plantear connotaciones negativas, evitar hacer interpretaciones, no tener contacto visual con los consultantes, no dar consejos ni emitir juicios (Andersen, (1995), en Beltrán, 2004).

### **Técnicas de intervención**

Desde este enfoque, la estructura general de la sesión tiene una primera parte en donde el terapeuta se reúne con las personas que acuden a terapia, y un tiempo para conocerse, hablar sobre su situación, experiencias o narraciones; durante ese lapso, los miembros del equipo reflexionan entre ellos sobre lo que escucharon. En seguida el equipo intercambia el lugar con los consultantes para que ellos escuchen las reflexiones que surgieron de escucharlos. Y en una tercera parte, el terapeuta se reúne de vuelta con las personas y les pregunta acerca de sus experiencias al escuchar las reflexiones del equipo terapéutico. En este sentido los consultantes escuchan desde una perspectiva de varias conversaciones interiores y exteriores; perspectivas múltiples y además, realizan reflexión sobre las reflexiones, es decir reflexionan sobre las reflexiones del equipo que hacen de sus historias y así llegan a una nueva forma de percibir sus situación, le dan un nuevo significado y se abren otras posibilidades.

#### **2.2.9. Análisis comparativo de los modelos**

A continuación se muestra un cuadro comparativo sobre los modelos antes expuestos, enfatizando en los aspectos de: Representantes, Antecedentes teóricos,

Definición del modelo, Enfoque del modelo, Concepción de familia y las Estrategias de intervención. Posteriormente se presenta un análisis comentando dichos aspectos, marcando similitudes y diferencias entre los modelo terapéuticos.



**Cuadro comparativo de los Modelos en Terapia Familiar**

	<b>MODELO ESTRUCTURAL 1970</b>	<b>TERAPIA ESTRATÉGICA 1980</b>	<b>TERAPIA BREVE (PROBLEMAS) 1967</b>	<b>TERAPIA BREVE (SOLUCIONES) 1980</b>	<b>ESCUELA DE MILÁN 1972</b>	<b>TERAPIAS POSMODERNAS 1990</b>
<b>REPRESENTANTES</b>	Salvador Minuchin.	Jay Haley y Cloe Madanes.	Weakland, Fisch, Segal, Jackson y Watzlawick.	Steve de Shazer, William O'Hanlon, Insoo Kim Berg, Weiner Davis y Matthew Selekman.	Mara Selvini Palazoli, Giuliana Prata, Luigi Boscolo, y Giofranco Cecchin. En 1982 el grupo se separa: 1. Selvini, G. Prata, M. Selvini, S. Cirillo y A. Sorrentino. 2. Luigi Boscolo, y Giofranco Cecchin.	Michel White, David Epston, Harlene Anderson, Harold Goolishian y Tom Andersen.
<b>ANTECEDENTES EN EL MARCO TEÓRICO</b>	Fue desarrollado a través de investigaciones sociales durante los años sesenta. Gracias al trabajo con familias de extrema pobreza que requerían la resolución urgente de su problema. Sistematizó su modelo terapéutico original poniendo el énfasis en la <i>e v a l u a c i ó n</i> estructural de cada sistema familiar. Tomó como aspecto básico de su teoría el ciclo vital de la familia.	Las ideas sobre comunicación de Gregory Bateson y Weakland. Milton Erickson, quien trabajó la terapia con énfasis en la comunicación, para motivar a la gente a seguir directivas e influir en ella a través de las palabras, el tono de voz y movimientos corporales. Un acercamiento hacia la familia orientado por las ideas de Minuchin y Montalvo.	Resultado de años de investigación clínica en el Centro de terapia breve Mental Research Institute (MRI) Previa labor sobre terapia familiar interactiva. La obra de Milton Erickson, utilizando el manejo del lenguaje. Los análisis sobre la ecología de la mente de Gregory Bateson. El pensamiento constructivista.	La hipnoterapia desarrollada por Milton Erickson; tomando la idea de emplear todo lo que el cliente le presenta. El Mental Research Institute (MRI), de quien se toma la modalidad de trabajo. Los análisis sobre la ecología de la mente de Gregory Bateson. El posmodernismo y la colaboración en el trabajo terapéutico. El pensamiento constructivista.	Influidos por Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson. El trabajo con familias con algún miembro que <i>p r e s e n t a b a</i> conductas psicóticas y/o diagnóstico de esquizofrenia. Las bases de su preparación como <i>p s i c o a n a l i s t a s</i> ortodoxos, pero con un entrenamiento inclinado a la atención en la <i>r e l a c i ó n</i> paciente-terapeuta.	El Construccionalismo Social al destacar las <i>i n f l u e n c i a s</i> interpersonales y culturales en las historias principales que se tienen sobre uno mismo. El método interpretativo de Gregory Bateson. Es posmoderna por su interés en la <i>n a t u r a l e z a</i> cambiante múltiple, compleja e interactiva de la vida humana. El pensamiento de Foucault sobre el conocimiento y poder.
<b>DEFINICIÓN DEL</b>	Es un cuerpo de	El terapeuta es quien	La terapia breve	Busca un cambio de	Se enfoca en el estilo	Se da énfasis en la

<b>MODELO</b>	teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social, e intenta modificar la organización de la familia con el fin de que se modifiquen las experiencias de cada individuo.	lleva la iniciativa y tiene que "... i d e n t i f i c a r problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para a l c a n z a r l a s , examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz" (Haley 1980).	centrada en problemas consiste en qué y cómo hacer para ayudar a solucionar de manera efectiva problemas humanos persistentes. Se trata en esencia de un modelo no patológico que se describe con más detalle en cambio.	enfoque, deja la patología, las dificultades y los déficit para centrarse en los lados fuertes, las capacidades y los recursos de las personas y de la terapia, se inclina totalmente a la búsqueda de soluciones que funcionen para el individuo, la pareja o la familia que acuden a terapia.	comunicativo de la familia, la claridad de los mensajes y la capacidad de metacomunicar, el modo de calificar los mensajes propios y los de los demás (confirmándolos, negándolos o desconfirmándolos), la existencia de contradicciones o incongruencias lógicas en la c o m u n i c a c i ó n (paradojas).	desconstrucción de las historias dominantes y de las p r á c t i c a s subyugadoras del self. La propuesta es la externalización al situar a la persona y al problema como entidades distintas y así liberar a la persona de los d i s c u r s o s dominantes y reconstruir su historia.
<b>ENFOQUE DEL MODELO</b>	Sistémico, directivo.	Sistémico, directivo.	Sistémico, directivo.	S i s t é m i c o , colaborativo.	Sistémico, directivo.	P o s m o d e r n o , colaborativo-horizont al.
<b>CONCEPCIÓN DE FAMILIA CON SÍNTOMA Y/O PROBLEMAS</b>	Considera a la familia como un organismo, un sistema complejo que funciona mal. En la terapia se t r a b a j a desequilibrando la h o m e o s t a s i s existente, produce una crisis empujando al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento.	La familia se analiza como una organización social, que debe ser vista en términos jerárquicos. Haley habla de problemas como síntomas, los cuales d e f i n e operativamente con la mayor precisión posible; este trabajo se centra más en la situación (unidad social) que en la persona.	Se considera un sistema evolutivo que pasa por crisis o dificultades y cuyo mal manejo dará origen a problemas y/o síntomas particulares. Se puede trabajar con una persona (motivada a realizar cambios) y el proceso lleva a incluir a la familia completa o viceversa. Se pretende dar un giro de 180° a la secuencia de las	Se establece que los problemas que la gente lleva a terapia son referidos a patrones de c o m u n i c a c i ó n , pensamiento y a c c i ó n constantemente cambiantes. Se puede trabajar con una persona (motivada a realizar cambios) y el proceso lleva a incluir a la familia completa o viceversa.	Las familias que m a n i f i e s t a n c o n d u c t a s diagnosticadas como patológicas en algún miembro. Características de familias: Rígidas Con dificultad para comunicación. Con escalada simétrica. Imposibilidad de definir la relación. Doble vínculo.	La familia es una realidad basada en la comunicación. Hay tantas familias como miembros del sistema hay (de sangre o no de sangre), incluido el terapeuta que lo define. Los síntomas están vinculados a ciertas narraciones o historias evocadoras del discurso social del poder.

			s o l u c i o n e s intentadas que mantienen el problema.			
<b>HERRAMIENTAS PARA EL PROCESO TERAPEUTICO (TÉCNICAS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Cuestionamiento del síntoma</li> </ul> <p>Escenificación Enfoque Intensidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Cuestionamiento de la estructura familiar</li> </ul> <p>Fijación de fronteras Desequilibramiento complementariedad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Cuestionamiento de la realidad familiar</li> </ul> <p>Construcciones Paradojas Lados fuertes</p>	<p>Las directivas pueden impartirse de dos formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ <b>D i r e c t i v a s</b> directas con el propósito de que lo cumplan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ordenarle a alguien que deje de hacer algo.</li> <li>2. Pedirle que haga algo diferente.</li> </ol> </li> <li>♣ <b>D i r e c t i v a s</b> indirectas con el propósito de que cambien por la vía de la rebelión: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tareas metafóricas</li> <li>2. Tareas paradójicas</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ <b>Intervenciones principales</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.</li> <li>2. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.</li> <li>3. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.</li> <li>3. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.</li> <li>4. La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.</li> </ol> </li> <li>♣ <b>Intervenciones generales</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No apresurarse.</li> <li>2. Los peligros de una mejoría.</li> <li>3. Cambio de dirección. Cómo empeorar el prob.</li> </ol> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excepciones del problema.</li> <li>2. Preguntas presuposicionales.</li> <li>3. Normalizar, despatologizar y elogiar.</li> <li>4. Definición de objetivos.</li> <li>5. Preguntas de escala.</li> <li>6. Regreso al futuro: preguntas de avance rápido.</li> <li>7. Preguntar sobre el problema.</li> <li>8. Alterar la "forma de actuar" y la "forma de ver" el problema: intervención sobre el patrón de la queja e Intervención sobre el patrón del contexto.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Connotación positiva</li> <li>2. Prescripción en la primera sesión.</li> <li>3. Rituales familiares.</li> <li>4. De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo.</li> <li>5. Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos.</li> <li>6. Los terapeutas aceptan sin objeciones una mejoría sospechosa.</li> <li>7. Cómo recuperar a los ausentes.</li> <li>8. Cómo eludir la descalificación.</li> <li>9. El problema de las coaliciones negadas.</li> <li>10. Los terapeutas declaran la propia impotencia.</li> <li>11. Se prescribe la paradoja extrema.</li> <li>12. Los terapeutas abandonan la función paterna, prescribiéndola paradójicamente a la última generación.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ <b>Enfoque Narrativo</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Externalizar el problema:</li> <li>2. Acontecimientos extraordinarios: Preguntas de influencia relativa.</li> <li>2. Explicaciones, redescripciones y posibilidades únicas: Preguntas sobre logros aislados. Preguntas relativas a la explicación única. Preguntas relativas a la redescrición única. Preguntas sobre posibilidades únicas.</li> <li>3. Uso de medios narrativos, escritos y hablados.</li> </ol> </li> <li>♣ <b>Enfoque reflexivo</b> Equipos de reflexión.</li> <li>♣ <b>Enfoque colaborativo</b> Diálogos sobre los diálogos.</li> </ul>



Teniendo una visión general y clara de cada modelo que se ha revisado aquí, se consideró conveniente realizar un análisis comparativo haciendo énfasis en aspectos básicos de cada uno; para ello se tomará como referencia el cuadro anteriormente presentado.

En cada uno de los modelos se pueden identificar aspectos muy particulares en cuanto a sus antecedentes e influencias, así como aspectos en común en algunos de ellos; por ejemplo, a nivel teórico conceptual las ideas y análisis de Gregory Bateson, son tomados en cuenta para la formación de la terapia estratégica, la terapia breve centrada en problemas y soluciones, la escuela de Milán así como la terapia narrativa (posmoderna); en este sentido, estos modelos teóricos retoman lo que Bateson desarrolla sobre la pauta como una forma de relación y de comunicación, que trasladado a la terapia es de gran relevancia, ya que se utiliza para referir que en la interacción y comunicación de las personas en este caso de los miembros de las familias existen pautas que conectan; esto lo podemos entender como las reglas de una relación, lo que se repite como elemento que mantiene estable una forma de relación. Para las terapias posmodernas lo relevante del análisis de este autor, es que la pauta exige un contexto determinado, lo cual le da significado y relevancia, pues de acuerdo a los diferentes contextos las pautas adquieren diferentes significados.

El trabajo de Milton Erickson es otra de las influencias significativas en la terapia familiar, en lo que respecta a sus trabajos sobre la comunicación, la manera en que utilizaba el lenguaje para impactar a los pacientes, lo cual se considera todo un arte, así como también la utilización de todo lo que la gente presenta en la terapia. Los modelos de terapia breve y estratégica tienen fuertes fundamentos en la utilización del lenguaje que el terapeuta usa para que los pacientes accedan a las intervenciones prescritas para el cambio deseado.

Refiriéndose a las terapias breves, éstas tienen en común una base constructivista, la cual establece que las personas forman su propia realidad, que están en un proceso constante de comprenderse a sí mismas y a su experiencia; señalan que todo conocimiento o realidad es resultado de ese

proceso. En este sentido importa la experiencia de los clientes y la percepción que tengan de dicha experiencia, a diferencia del modelo estructural, el cual trabaja con una estructura familiar, que prioriza un buen funcionamiento familiar.

Es importante mencionar que la mayoría de estos modelos terapéuticos han sido fruto de años de trabajo e investigación clínica, por ejemplo la Terapia Estructural de Salvador Minuchin fue resultado de investigación social y del trabajo con familia de extrema pobreza que requerían soluciones prontas para sus problemas; la Terapia breve, que antes de constituirse como tal, sus representantes realizaron investigación clínica en el (MRI); por su parte la escuela de Milán tuvo sus inicios en el trabajo con familias con transacción esquizofrénica, diagnósticos de psicosis, así como con mujeres anoréxicas. Se puede decir que la forma de concebir e intervenir de dichos modelos tiene que ver con el tipo de trabajo e investigación clínica que realizaron y más directamente con las características particulares de las familias en cuestión. Aunado a esto no se puede dejar de lado la historia personal del terapeuta.

Como fundamento epistemológico, cada uno de estos modelos forman parte de una visión sistémica de la familia, donde el trabajo que se realice con las personas, las parejas o familias completas van encaminadas a que los cambios realizados por una persona van a impactar en los demás miembros de la familia; en este sentido el cambio es sistémico. Sin embargo las terapias Posmodernas parten de una postura diferente a la sistémica; pues sus principales influencias teóricas son el Construccionismo Social de Gergen, y los estudios de poder y conocimiento de Foucault; el primero da un giro al hablar sobre cómo es que las personas construyen su conocimiento de la realidad, de su realidad, lo que implica la interacción social en diferentes contextos sociales y culturales y no sólo enfocándose en la familia u otros contextos cercanos. La terapia posmoderna trabaja con los significados que las personas construyen, los cuales hacen relevantes sus historias de vida. Estas historias se construyen con la influencia de los discursos de poder que cada contexto tiene como

verdad, entonces ante ello la posmodernidad viene a cuestionar dichos discursos para construir historias alternativas en los consultantes.

Sobre el propósito que tienen los modelos con visión sistémica, el foco está en una intervención que beneficie a la familia, generalmente el proceso terapéutico se realiza tomando en cuenta a todos los miembros de la familia aunque no estén presentes, como en la terapia Estructural y Milán. En otros casos se trabaja sólo con los más interesados en resolver el problema y/o quienes lo presentan, como en las terapias breves (centradas en problemas y soluciones). Independientemente de con quiénes se trabaje, se persigue obtener cambios en todo el sistema familiar. Además es importante mencionar que en los modelos sistémicos se tiene la visión de que en las familias hay uno o varios miembros sintomáticos, donde el síntoma cumple con una determinada función en el sistema; por ejemplo para mantener la homeostasis del funcionamiento familiar. En el caso de las terapias posmodernas cambia la perspectiva en el sentido de que el foco está en trabajar con el self, con la identidad de las personas, se persigue que se co-construyan nuevas historias en los consultantes que los lleven a tener una vida más satisfactoria para ellos, pero no hacen mención en particular a una influencia en la familia, sino que se toman en cuenta todos los contextos posibles en los que se relaciona e interactúa cada persona.

Saltan a la vista ciertas similitudes y diferencias en cuanto a la definición de cada modelo; Minuchin define a la terapia Estructural como un teoría y técnica encaminada a modificar la organización familiar y a su vez las experiencias de cada integrante de dicha familia, además establece una serie de características sobre la estructura familiar (subsistemas, límites hacia dentro y afuera del sistema, funciones y roles de cada miembro), en la cual se basan las intervenciones terapéuticas. El modelo de Milán también hace un énfasis en la intervención con las familias, partiendo de ciertas características que están obstaculizando un buen funcionamiento del sistema familiar; aunque aquí los aspectos a trabajar tienen que ver con la dificultad de definir la relación, lo que conduce a comunicación paradójica e interacción rígida entre las personas.

En cuanto a los enfoques breves difieren de lo anterior ya que la terapia centrada en problemas trabaja con los intentos de solución que las personas realizan repetidamente y que sólo mantienen el problema; no se toma en cuenta que las personas o la familia tienen que adecuarse a una estructura, sino que se acepta cada visión de la realidad que tengan y su postura es muy importante para ayudarlos a resolver sus problemas. La terapia centrada en soluciones se enfoca en los recursos de las personas y se trabaja con las excepciones del problema, para retomar y aplicar lo que ha funcionado en otros momentos o cuando no se ha presentado el problema. Aquí también se respeta la postura del cliente, pero a través del lenguaje se encausa para que tenga una visión de múltiples posibilidades para resolver problemas. En estos modelos es muy común que sólo se trabaje de manera individual o con díadas.

El trabajo sistémico se caracteriza por que se realizan hipótesis de lo que está pasando con las familias y sus integrantes, de la relación síntoma-sistema, lo que da las líneas de intervención que se han de llevar a cabo. Esta es una marcada diferencia con las terapias Posmodernas, ya que en éstas no se elaboran hipótesis sistémicas, más bien se trabaja con lo que la persona relata acerca de su propia vivencia, la forma en que define lo que le pasa y los significados atribuidos a ello, aunque si hay una serie de preguntas que van guiando el proceso de la terapia, en particular en el enfoque narrativo. Otra diferencia está en la relación terapeuta-cliente, ya que en las terapias sistémicas a excepción de la terapia de soluciones, la relación es jerárquica, con una directividad marcada del terapeuta, en la terapia de soluciones se deja de lado la directividad dando paso a un trabajo más colaborativo entre cliente y terapeuta. Por su parte las terapias posmodernas trabajan estableciendo una relación horizontal entre terapeuta y consultante, se propicia un ambiente de colaboración, donde ambas partes co-construyen una nueva historia de vida del consultante.



Por último puedo expresar que se observa un común denominador en todos los modelos, y es que todos cambian historias, cambian las narrativas, sólo que lo hacen de manera diferente.

## **CAPÍTULO III: COMPETENCIAS PROFESIONALES APLICADAS Y DESARROLLADAS**

En toda formación profesional se tiene previsto que la persona en entrenamiento deberá desarrollar, potencializar y aplicar determinadas competencias profesionales. En lo que respecta a la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, son varias las competencias que deben ser adquiridas por los terapeutas: habilidades clínicas terapéuticas, habilidades de investigación, habilidades de enseñanza, difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria, así como habilidades de compromiso y ética profesional, además de las teórico-conceptuales abordadas en los capítulos anteriores. Estas habilidades tienen fundamental importancia en este reporte, por lo que en este capítulo se hace la presentación del trabajo realizado durante la residencia, de tal manera que pueda reflejar el desarrollo y potencialización en tales habilidades. En cuanto a la ética profesional, ésta se describe en el capítulo IV.

### **3. 1. Habilidades Clínicas Terapéuticas**

Lo correspondiente a la consolidación de habilidades clínicas está directamente relacionado con la práctica clínica, con la experiencia de formar parte del sistema terapéutico total que enseguida se analiza. Posteriormente se desarrolla el proceso terapéutico de tres casos con una problemática en común, mostrando a través de cuadros las intervenciones realizadas y su justificación.

#### **3.1.1. Análisis del Sistema Terapéutico Total basado observaciones clínicas**

La Terapia Familiar Sistémica es una corriente terapéutica con características muy especiales y particulares. A continuación, se aborda el tema de los diferentes sistemas que se toman en cuenta para trabajar de una manera sistémica con base en la Cibernética de segundo orden.

La cibernética de segundo orden es una epistemología que pone la atención desde los “sistemas observados” hasta “los sistemas que observan”, entendiendo a toda noción cibernética (a toda noción en general) como dependiente del observador. ¿Cómo conocemos? es una pregunta que va más por los procesos, por la generación del

problema estudiado, que por su sustancia. La pregunta ya no es ¿qué es lo que conocemos? sino ¿Cómo es que conocemos? (Maturana y Foerster, 1988).

La terapia sistémica no se limita a tratar a los pacientes como personas individualizadas, sino que pone el foco en los sistemas, por ejemplo la familia, en donde el comportamiento de cada uno de los miembros influye en los demás y viceversa. Es decir que las interacciones que se dan entre las personas son muy importantes para el sistema familiar y hablar de interacciones es hablar de la manera como se relacionan unos con otros en el contexto familiar y también en interrelación con otros.

En un primer momento se consideraba que el terapeuta es un observador de lo que pasa en el sistema familiar, y pone atención en la interacción y la retroalimentación entre los miembros de la familia que ayuda a mantener determinado estilo de relación. Esto es visto como cibernética de primer orden donde sólo se observa la interacción y retroalimentación del sistema familiar. Ahora bien, la cibernética de segundo orden amplía el foco de análisis e incluye al terapeuta en el sistema, pues es observador de la familia pero se convierte en observado; ya que en el contexto terapéutico la familia reacciona ante el terapeuta que lo está tratando y éste reacciona ante la familia; en este sentido se da una retroalimentación entre la familia y el terapeuta. Es aquí donde se observa lo que afirman Maturana y Von Foerster (1988), no sólo interesa qué conocemos, sino cómo lo conocemos.

Institucionalmente el ejercicio de la Terapia Familiar Sistémica se lleva a cabo con equipos de terapeutas trabajando desde la cibernética de segundo orden. Lo anterior se utiliza para tener una visión global de lo que pasa en el contexto terapéutico, además de ser un medio usado en la enseñanza de terapeutas en formación.

Troya y Aurón (1998), realizan una distinción de los posibles sistemas que están presentes en esta forma de trabajo. A continuación se muestra un gráfico con los sistemas incluidos en las descripciones que le siguen:

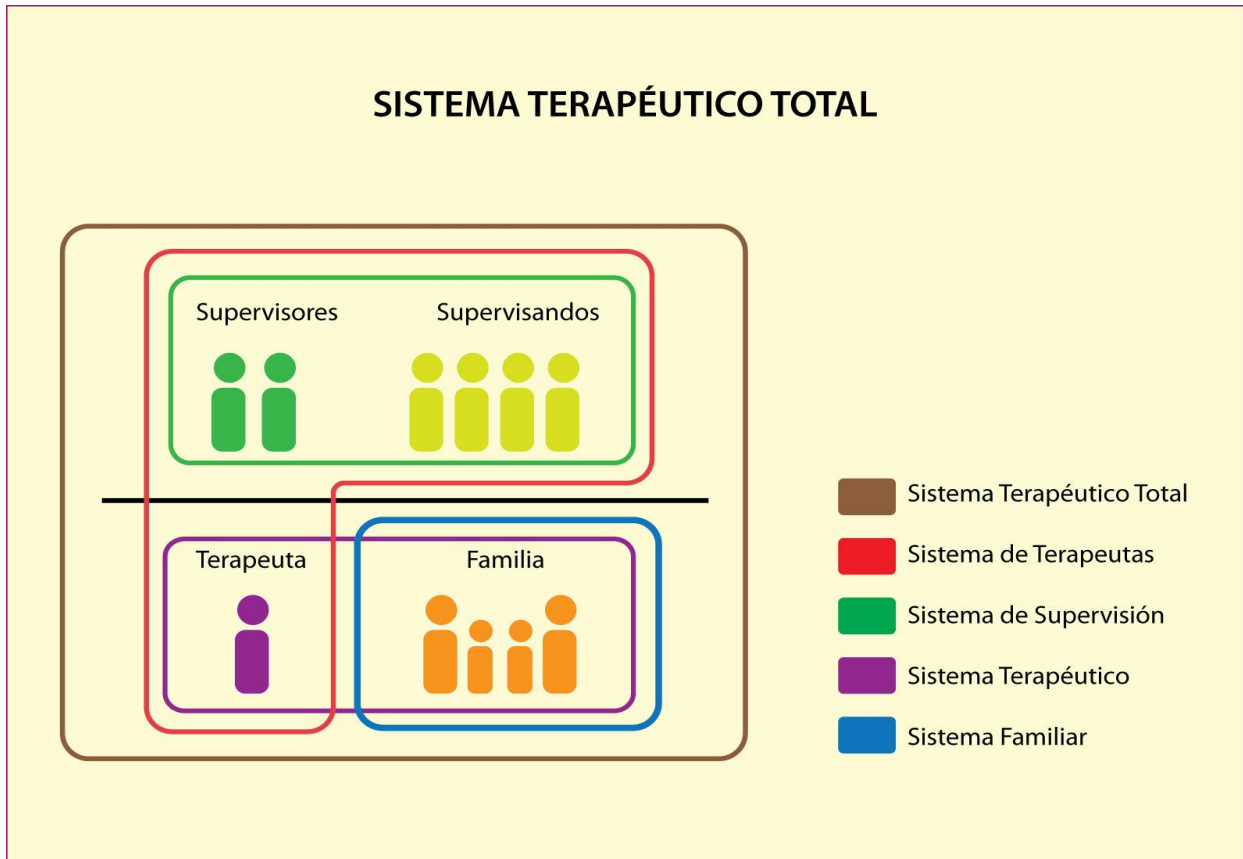


Figura 1. Representación del Sistema Terapéutico Total

El terapeuta más la familia que atiende conforman el sistema terapéutico (S. T.). De acuerdo con Desatnik, et. al. (2002), "...A cada terapeuta se le asigna una familia, considerando el tipo de demanda que presentan y el nivel de formación del terapeuta, tratando de que sean compatibles" (p. 50).

En el desarrollo terapéutico se utiliza la supervisión y para esto se trabaja con un grupo de terapeutas (supervisandos) y un supervisor que participan del proceso en conjunto con el terapeuta y a la suma de estos elementos se le denomina sistema de terapeutas (S. de T.).

Cuando el sistema terapéutico (terapeuta y familia) es observado y analizado por el grupo de terapeutas (supervisandos) y el supervisor que participan desde la cámara Gessell, se forma el sistema de supervisión (S. de S.).

Y, finalmente, la suma de todos estos elementos o sistemas forman lo que se llama sistema terapéutico total (S.T.T.).

Troya y Aurón, (1988), dicen que cada uno de los sistemas tiene su propia organización, con particulares normas, constructos y objetivos. Además es importante tener en claro que una misma persona que esté dentro del sistema terapéutico total, forma parte de dos o mas instancias y puede ejercer roles y funciones diferentes; por ejemplo un supervisor puede ser al mismo tiempo maestro y director de la institución, o supervisando y coordinador de algún área académica de dicha institución. Así mismo el terapeuta puede tener también en otro momento el rol de supervisando.

Es importante tener presente que si el sistema terapéutico total se desarrolla dentro de una institución, "...se relaciona con otras organizaciones y personas (escuelas, hospitales, guarderías, terapeutas, médicos, abogados etc.) que no sólo son fuentes de derivación o consulta sino que, frecuentemente, son sistemas parcial o globalmente interesados y "participantes" del diagnóstico, proceso y destino de la familia..." (Troya y Aurón, 1988, p. 5). Esto se corrobora cuando las familias son derivadas de una escuela porque un hijo presenta problemas emocionales o de aprendizaje, o cuando una familia es derivada de un centro de salud para afrontar la noticia de una enfermedad terminal de uno de sus miembros.

Sobre el sistema familiar se puede decir que llega a cumplir diferentes roles para diferentes instituciones, por ejemplo ser diagnosticada de maneras diversas y hasta contradictorias, por lo que estas diferencias pueden crear confusión y conflictos a individuos e instancias institucionales incluyendo al S.T.T. En este sentido toma importancia el sistema de supervisión, ya que tiene que indagar los contextos de derivación de las familias y las relaciones que mantienen ambos para que desde el inicio del proceso se discriminen roles, funciones, jerarquías y responsabilidades y así la terapia se desarrolle en términos estables.

Por otro lado está el terapeuta que, siguiendo con lo que se aborda en el artículo de Troya, y Aurón (1988), tiene su propia concepción sobre la familia, sobre la terapia familiar y su papel como profesional. Todo esto tiene que ver con su experiencia de vida y de diversas maneras influirá en su desempeño, además es susceptible de bloquearse ante ciertas situaciones, sistemas, interacciones y personas. Entonces será necesario el apoyo

del equipo de supervisión para que le ayude a identificar los aspectos personales o profesionales propios, que están limitando el proceso terapéutico o pueden llegar a bloquearlo. “En la medida que el terapeuta pueda diferenciar y diferenciarse, desarticularse y desentramarse podrá evitar dificultades e intervenir con mayor soltura, libertad y eficiencia” (Troya y Aurón, 1988, p. 7).

La familia que llega a terapia pone a disposición del terapeuta sus sentimientos, conductas, experiencias y además llega a actuar y reproducir las relaciones que existen entre sus miembros y para que la terapia camine por buen camino, el terapeuta deberá actuar con eficacia tomando en cuenta lo siguiente:

1. Mantener constantemente una visión global del S.F. que debe irse modificando y enriqueciendo a medida que procese e incluya información.
2. Simultáneamente interactuar con los distintos subsistemas e individuos desde lugares y roles diferentes en función de los objetivos y estrategias terapéuticas que se propongan.
3. Registrar y comprender la retroalimentación de sus intervenciones en el sistema familiar, sus subsistemas e individuos, no como observador sino como parte del S.T. Para esto cuenta con su propio registro como con la información que le proporciona el equipo detrás del espejo. (Troya y Aurón, 1988, p. 9).

No es fácil realizar estos tres aspectos, se necesita de un proceso de aprendizaje y entrenamiento, así como análisis personal y supervisión.

Referente al proceso de supervisión, Troya y Aurón (1988), la definen como:

...un espacio de integración teórico en el que se diagnostica a la familia y al sistema terapéutico, se deciden las modalidades de intervención adecuadas, se retroalimenta y acompaña al terapeuta para optimizar su desempeño en el sistema terapéutico como experto, se puntualizan objetivos terapéuticos y se da continuidad al proceso (p. 5).

Es decir, que el trabajo terapéutico se apoya en un espacio en el que el supervisor experto facilita el análisis del trabajo terapéutico en relación a la familia y al terapeuta. El supervisor observa interacciones desde una visión más amplia que el terapeuta y en conjunto con los demás terapeutas del equipo trabajan para encontrar la mejor solución a las demandas de la familia, a través de realizar un buen diagnóstico, definir los objetivos,

la forma de intervención y de guiar el desempeño del terapeuta (Desatnik, et. al. 2002). Otra función del supervisor es tener la capacidad de ver la diversidad de sistemas y relacionarlos, además de retroalimentar, acompañar y respaldar a los terapeutas en formación.

Realmente esta metodología de trabajo de la terapia familiar sistémica tiene elementos muy significativos e importantes que la distinguen de otros enfoques terapéuticos que carecen de todo el respaldo que aquí se muestra. El trabajar tomando en cuenta varios sistemas, amplía la visión que se tiene de lo que pasa dentro y fuera del contexto terapéutico; además, el realizar un análisis del sistema terapéutico total desde una cibernética de segundo orden, lleva a resultados más favorecedores que analizarlo desde un enfoque lineal.

### **Experiencia en el proceso de formación como terapeuta familiar**

Este espacio se abre para expresar la vivencia que tuve en mi proceso de formación como terapeuta familiar, siendo parte del Sistema Terapéutico Total. En este sentido hago referencia a mi experiencia como observador, como supervisando y como terapeuta.

Antes quiero mencionar que de acuerdo a los diferentes escenarios clínicos, la forma de llevar a cabo la terapia, se ve permeada por la política institucional; por ejemplo en el caso de la clínica del ISSSTE, el enfoque más utilizado es la terapia breve, ya que debido a las necesidades de la institución de atender a mucha gente en el menor tiempo posible, este enfoque tiene resultados eficaces en el trabajo con las familias y personas atendidas en este contexto.

En el caso de la clínica de Terapia Familiar de la FESI y del CCHA, son escenarios terapéuticos donde se da la libertad de trabajar con las familias el tiempo necesario, tomando en cuenta el contrato terapéutico de acuerdo a objetivos alcanzables. Además estos espacios forman parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, a donde pertenece este Programa de Maestría en Terapia Familiar y por lo tanto respaldan la formación de terapeutas y el servicio a la comunidad interna y externa a la universidad.

El cuadro que se presenta a continuación marca la distinción, además de los tres roles mencionados, de los diferentes sistemas involucrados en el ejercicio de la Terapia Familiar Sistémica.

<b>Sistemas</b>	<b>Experiencia y aprendizajes como Observador</b>
S.T. Sistema terapéutico (familia + terapeuta)	<p>El poder estar en una cámara de Gessell y poder observar el desarrollo de una sesión terapéutica fue novedoso.</p> <p>Fue muy interesante observar las interacciones que se daban entre los miembros de la familia, así como entre ésta y el terapeuta; por ejemplo cómo los padres expresaban sus opiniones y sentimientos de lo que estaban viviendo, ver cómo reaccionaban sus hijos ante las demandas de sus padres, algunos con enojo y otros con evasión. En casos de pareja, observé la manera en que expresaban acuerdos y desacuerdos, unos en contenido y otros en la relación, así como la expresión de emociones mayormente en las mujeres.</p> <p>En cuanto al terapeuta, pude ver cómo iba estableciendo un joining con la familia, pareja o personas, y generar así un vínculo terapéutico para trabajar. Algunos de los terapeutas que observé desarrollaban joining cercano, otros joining intermedio, lo cual dependía de las características de la familia y también a las del terapeuta. Además observé cómo las respuestas de la familia impactaban en el terapeuta, había quienes respondían con flexibilidad y agilidad, y también hubo quien era más rígido y directivo en sus intervenciones. En este sentido, observé el estilo y los recursos de cada terapeuta para abordar la sesión con la familia; esto me abrió el panorama de cómo se usa la persona del terapeuta y de la importancia de realizar un excelente joining para que la familia soporte los cuestionamientos, confrontaciones o movimientos fuertes que se realicen.</p> <p>La interacción de las familias y la postura del terapeuta, me dio la oportunidad de entrelazar la teoría (modelos terapéuticos) con lo observado.</p>
S. de S. Sistema de supervisión (supervisandos + supervisor)	<p>Compartí el espacio con el sistema de supervisión, observando su función e interacción al observar al S.T.</p> <p>El supervisor planteaba los posibles caminos o preguntas terapéuticas ante los supervisandos y al terapeuta al frente de la familia, así también los supervisandos comentaban sus observaciones del caso en cuestión.</p> <p>La clínica de Terapia Familiar de la FESI, fue escenario donde estuve como observadora; ahí las supervisoras guiaban la presesión dando lugar al terapeuta a que expusiera el caso a tratar, luego hacían comentarios y sugerencias al respecto propiciando la participación en la discusión de los supervisandos (compañeros de la 4ta generación) tomando en cuenta sus aportaciones y retroalimentándolas.</p> <p>En el transcurso de la sesión, las supervisoras y supervisandos comentaban sobre cómo se estaba dando la terapia y sobre las líneas a seguir de acuerdo a lo observado.</p>
S. de T. Sistema de terapeutas (sistema de supervisión + terapeuta)	<p>Siguiendo con la presesión, el equipo de supervisión expresa sus ideas, opiniones y sugerencias ante la exposición del caso que hace el terapeuta. Lo que yo observé fue una participación general de cada supervisando así como una buena disposición de las supervisoras en la forma de guiar a los compañeros en formación a desarrollar una capacidad analítica sistémica ante los casos familiares. Al mismo</p>



	<p>tiempo se le daba libertad al terapeuta para integrar lo que él consideraba conveniente desde su visión y recursos hasta ese momento desarrollados.</p> <p>Durante la sesión, las supervisoras a través del interfón le hacían saber al terapeuta cómo interviniera de acuerdo a las respuestas que la familia estaba teniendo. Además reforzaban los recursos y herramientas que el terapeuta manejaba con éxito en su desempeño.</p> <p>Al final de cada sesión, se realizaba una retroalimentación sobre el desarrollo terapéutico; que incluía a la familia y al desempeño del terapeuta, haciéndole ver sus recursos y cualidades terapéuticas, y los aspectos a mejorar. Al respecto las supervisoras preguntaban al terapeuta cómo se sintió trabajando con la familia y con el apoyo del equipo, dando la libertad de expresar su vivencia y si ésta fuera no gratificante, buscar las alternativas de mejora; luego le exponían cómo observaron su desempeño con la familia, los aciertos y errores y aspectos que tenían que ir mejorando. Los supervisandos retroalimentaban el desarrollo de su compañero de una manera empática en general y basada más en sus logros y aprendizajes.</p>
S.T.T. Sistema terapéutico total (sistema terapéutico + sistema de supervisión)	<p>Me di cuenta de cómo cada sistema está relacionado entre sí, como se retroalimentan y como se desarrolla una interacción con particulares funciones y posturas de acuerdo al rol que cada quien ocupa.</p> <p>Pude ver la retroalimentación que se da entre todos los sistemas mencionados, incluso cómo las familias toman en cuenta al equipo de supervisión que los observaba detrás del espejo, esperando la pregunta u opinión al sonar el interfón.</p>

La riqueza de haber tenido la experiencia de ser observador y parte del S.T.T. antes de iniciarme en la práctica terapéutica, es que me fue incorporando en la visión teórico-práctica de la terapia familiar sistema, facilitando el conocimiento y comprensión de la forma de trabajar sistémicamente bajo la visión de la cibernética de segundo orden.

<b>Sistemas</b>	<b>Experiencia y aprendizajes como Supervisando</b>
S.T. Sistema terapéutico (familia + terapeuta)	<p>Este es un rol distinto al de observador, en esta posición hay un papel más activo en el desarrollo terapéutico y un total compromiso tanto con la familia que se observa como con el equipo de compañeros terapeutas.</p> <p>La experiencia de estar observando a la familia y al terapeuta en su interacción es muy rica e interesante, pues desde una postura con más elementos teórico-prácticos, hay una aportación al caso terapéutico.</p> <p>Como supervisando estuve en los tres escenarios clínicos de la residencia.</p> <p>En el CCHA la mayoría de los casos atendidos eran adolescentes estudiantes del propio plantel, algunas veces asistían con los padres o alguno de ellos, pero en general tomaban la terapia de manera individual. Se observaba como los terapeutas generaban joining cercanos, intermedios y fuertes con los adolescentes, permitiendo un buen desarrollo terapéutico.</p> <p>En la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, la población que llegaba a terapia eran personas maduras y adultos en plenitud, y algunos casos de familias (pareja, o mamá e hijos). Al respecto de acuerdo a lo</p>

	<p>que viví y observé en esta sede, considero que no fue tan fácil la conexión emocional con las personas atendidas y los terapeutas al frente, teniendo que ver probablemente las edades y que era el primer encuentro terapéutico con este tipo de población. Además en esta sede tanto el sistema terapéutico como el equipo de supervisión estábamos en un mismo espacio (no existe cámara de gesselle), lo cual hacía distinta la dinámica y la adaptación a la forma de trabajo. En la Clínica de Terapia Familiar de la FESI los casos que se atendían eran más variados, sin embargo asistían más familias.</p>
S. de S. Sistema de supervisión (supervisandos + supervisor)	<p>En esta posición, en el transcurso de las sesiones terapéuticas, podía generar y expresar ideas sobre líneas de intervención en el trabajo con las familias. En este sentido el equipo de terapeutas donde se me asignó fue alcanzando muy buena integración y adaptación para el trabajo con las familias y nuestro crecimiento como terapeutas, pues en particular siempre me sentí con la confianza de opinar y expresar mis ideas tanto sobre los casos como sobre nuestra dinámica de trabajo. Además podía participar en las aportaciones al caso terapéutico y expresar mis dudas ante mis compañeros y las supervisoras.</p> <p>No puedo dejar de mencionar que hay una responsabilidad muy importante como parte de este sistema, pues aunque no se está al frente con la familia, el trabajo terapéutico también nos compete como tal, ya que el caso que se está trabajando es de todo el equipo.</p>
S. de T. Sistema de terapeutas (sistema de supervisión + terapeuta)	<p>En los momentos en que nos reunimos el equipo de terapeutas, el que cada uno expresara su postura y sus ideas sobre el caso, fue muy enriquecedor, ya que se ampliaba mi visión de las múltiples formas de trabajar con las familias. Además en la medida en que pasábamos el tiempo trabajando juntos nuestras ideas se unificaban, como resultado de priorizar los objetivos terapéuticos en función del bienestar de la familia.</p> <p>La interacción que se da entre nosotros (supervisandos) y las supervisoras era de gran relevancia, ya que podíamos enriquecernos con la retroalimentación de ellas hacia nosotros y entre nosotros mismos. Considero que en general, el papel de las supervisoras me dejó mucho aprendizaje, tanto en la discusión y retroalimentación de los casos así como durante las sesiones. Al verlas dirigir e intervenir en los procesos con las familias, impulsaban el desarrollo de mi potencial como terapeuta sistémico.</p>
S.T.T. Sistema terapéutico total (sistema terapéutico + sistema de supervisión)	<p>La interacción que se da entre el sistema terapéutico, las supervisoras y los supervisandos como yo, tomó trascendencia para mí al reconocer que desde la cibernética de segundo orden en cada sistema se da una retroalimentación y el equipo de supervisión ayuda a ampliar la visión de lo que pasa con la familia y con el terapeuta. Aunado a esto, como supervisando crecía nuestra formación como terapeutas al ser entrenados clínicamente de esta manera.</p>

La riqueza de ser parte del sistema de supervisión como supervisando, la sintetizo en dos aspectos principales; en la posibilidad de ser guiados y enseñados a través del análisis, discusión, retroalimentación y observación de los casos terapéuticos, y en la oportunidad de aportar mis ideas y sugerencias a los casos, descubriendo mis aciertos y

mis lados fuertes como terapeuta; así como ser un apoyo y respaldo al compañero que esté al frente de la terapia.

<b>Sistemas</b>	<b>Experiencia y aprendizajes como Terapeuta</b>
S.T. Sistema terapéutico (familia + terapeuta)	<p>El estar en la posición de terapeuta frente a la familia es una experiencia trascendente para mi persona, ya que es donde se realiza o consume vivenciar la gran responsabilidad de guiar y facilitar un espacio y una función terapéuticos.</p> <p>En este rol se pusieron a prueba mis recursos y cualidades potenciales como terapeuta, me enfrenté a sentir qué partes de mi persona fluían con las personas que atendía y cuáles aspectos me dificultaban el trabajo y conexión terapéutica.</p> <p>También pude experimentar obstáculos personales para el trabajo con las familias; dichos obstáculos tenían que ver con algunas partes de mi historia personal, mi subjetividad, manejo de emociones así como con la no adecuada aplicación de las técnicas de intervención (timing).</p> <p>Tuve que empezar a flexibilizarme y a relajarme para poder generar joining que se adecuara a las personas, pues en algunos casos me costaba trabajo despojarme del papel de experto, sobre todo por no contactar con las emociones y temer perder el control terapéutico.</p> <p>Con personas jóvenes considero que desarrollé buena alianza terapéutica, pudiendo conectarme con sus sentimientos y necesidades.</p> <p>Con respecto a la experiencia con familias, considero que el trabajar con ellas fue de mucha riqueza para mi formación, ya que tuve que ir moldeando mi forma de intervenir, pues me enfrenté a padres y parejas con poca capacidad de escucha ante el otro, no reconocían su parte de responsabilidad ante la situación o problema plantado, poniéndola en los demás. En este sentido tuve que ir adecuando mi forma de intervenir, de manera que llevara a la familia a un trabajo claro, en momentos más directivo, en otros más flexible, pero siempre tratando de mantener la guía de la sesión a favor de lograr lo objetivos planteados en conjunto con las personas.</p> <p>Un aspecto crucial en mi formación fue ir desarrollando un buen “timing” en el trabajo terapéutico.</p>
S. de S. Sistema de supervisión (supervisandos + supervisor)	<p>El equipo de supervisión y las supervisoras son un gran apoyo en todo el desarrollo terapéutico; como terapeuta me sentí cuidada, guiada y respaldada al estar frente a las familias y personas que atendí, sabía que desde su compañía me harían saber cómo estaba desempeñando mi rol y cómo lo podía mejorar en beneficio de las familias.</p>
S. de T. Sistema de terapeutas (sistema de supervisión + terapeuta)	<p>Considero que en la medida que como equipo en formación terapéutica nos fuimos integrando y consolidando como tal, tanto de manera personal como profesional, facilitó que la interacción entre nosotros potencializara mi crecimiento como terapeuta. Las supervisoras en particular me retroalimentaban haciendo énfasis en mis aciertos, avances en mi conexión y empatía con los pacientes, en el uso de intervenciones adecuadas, y en el “timing” que iba logrando, así como en los aspectos que tenía que trabajar para mejorar mi desempeño; como fueron: cierta rigidez, falta de timing, falta de flexibilidad y de fluidez ante las necesidades de las personas y familias que atendía.</p>

	<p>Algo que considero muy rico en aprendizaje para mí, fue el haber tenido varias supervisoras (8), pues cada una tenía estilos personales diferentes, así como manejo experto en modelos terapéuticos distintos. En este sentido cada supervisora me aportó su visión, su estilo y postura para analizar, abordar e intervenir en el trabajo con las familias.</p> <p>En cuanto a mis compañeros supervisandos, compartían sus observaciones de mi desarrollo terapéutico, transmitiéndome su empatía y apoyo para mejorar y potencializar mi trabajo y así tener un buen resultado terapéutico con las familias.</p>
<p>S.T.T. Sistema terapéutico total (sistema terapéutico + sistema de supervisión)</p>	<p>Es impresionante experimentar la interacción entre cada uno de los sistemas mencionados; como terapeuta fue muy enriquecedor sentir un gran respaldo y apoyo cuando el sistema de supervisión intervenía más directamente con la familia para lograr determinados cambios. Es impactante ver la manera en que se colabora con el cambio de las familias al utilizar las intervenciones directas e indirectas del equipo de supervisión, pues fue muy claro ver el impacto positivo que se daba en ellas. También era muy grato ver como las familias atendidas integraban y tomaban en cuenta al equipo de supervisión (estuviera detrás del espejo o en el mismo espacio) conforme avanzaba el proceso de terapia y ello ayudaba al cambio deseado.</p> <p>La interacción que se daba en todos los sistemas mencionados, aportaba no sólo a lograr las metas de la familia, sino a formar terapeutas familiares, en este caso, el haber formado parte de esta forma de trabajo, me ayudó a crecer desarrollando y potencializando mis habilidades y capacidades como terapeuta familiar sistémico, teniendo la posibilidad de la guía y retroalimentación de las diferentes supervisoras, así como de la de mis compañeros supervisandos.</p>

La riqueza de ser terapeuta atendiendo en total a seis familias y trabajando en conjunto con el equipo de supervisión dejó en mí una gran experiencia como persona y terapeuta para fluir dentro del espacio terapéutico con seguridad y auto-observación. Así puedo concretar que no sólo las familias y personas me formaron al trabajar con ellas, sino el haber tenido supervisoras que guiaban mi desempeño, formándome y potencializando mis recursos/habilidades como terapeuta, que me hacían sentir el respaldo y apoyo en la gran responsabilidad de facilitar el espacio para lograr los cambios que las familias desean y necesitan; así mismo el apoyo y acompañamiento de mi equipo de supervisión, que me animaba a seguir creciendo para mejorar y ser más eficaz en mi ejercicio como terapeuta familiar sistémico.

### **3.1.2. Descripción y análisis de la intervención clínica con cada una de las familias**

En este apartado se presenta el trabajo clínico desarrollado durante la residencia en mi formación como terapeuta familiar. Primeramente se muestra algunos cuadros con datos generales de los casos clínicos que se trabajaron por semestre en cada una de las sedes. Cada uno de los cuadros marca el rol que desempeñé en la supervisión de dichos casos. Luego se da lugar al desarrollo de tres casos clínicos, mostrando cómo fue el proceso terapéutico de cada uno de ellos; describiendo y analizando la intervención realizada.

<b>Casos atendidos en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI (Papel de observador 1º semestre)</b>				
<b>No. caso</b>	<b>Pacientes/Familias</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>No. de sesiones</b>	<b>Alta/Baja</b>
1	Mujer de 37 años	Refiere que su hijo de 9 años presenta problemas de ansiedad, nerviosismo e incontinencia.	5	Alta
2	Mujer de 34 años Hijo varón de 10 años	La madre desea tener una sana relación con su hijo, una familia integrada. Ella presenta síntomas de gastritis, vómitos, llanto, e hipertensión sin causa orgánica.	5	Alta
3	Pareja: hombre de 46 años mujer de 46 años	Su hija de 23 años presenta síntomas de depresión, disminución de actividad física y descuido personal.	8	Alta
4	Adolescente mujer de 13 años, mamá de 51 años	La madre desea que la hija sea más responsable es sus tareas.	5	Baja
5	Pareja: mujer de 24 años hombre de 25 años	Conflictos de pareja; discusiones y desacuerdos.	3	Baja
6	Pareja: mujer de 35 años hombre de 32 años	Discusiones y agresiones verbales entre la pareja y hacia los hijos.	4	Alta
7	Mujer de 25 años	Cree tener depresión por no haber hecho cosas que quería hacer y piensa que siempre hace lo que los demás quieren.	5	Alta
8	Mujer de 36 años	Dice encontrarse en un momento de crisis, pues se siente enojada con todo, con la vida, no tiene fuerzas y ánimos para hacer las cosas.	4	Alta
9	Mujer de 31 años	Se siente limitada y minimizada por su esposo, él no le permite opinar ni tomar decisiones, por lo cual desea impulsarse a hacer las cosas por sí misma, como retomar sus estudios y trabajar.	4	Baja
10	Pareja:	El esposo refiere que tiene problemas	7	Alta

	mujer de 27 años hombre de 33 años	con su esposa ya que es celosa, posesiva, le cuesta trabajo comunicarse con la gente, no hace amistades, siente que su esposo la hace a un lado de pareja y han llegado a los golpes.		
--	---------------------------------------	---	--	--

<b>Casos atendidos en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE (Papel como terapeuta y equipo de supervisión 2º semestre)</b>				
<b>No. caso</b>	<b>Pacientes/Familias</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>No. de sesiones</b>	<b>Alta/Baja</b>
11	Mujer de 37 años	Depresión y problemas familiares originados por la infidelidad del esposo.	5	Alta
12	Mujer de 30 años	Quiere divorciarse y desea estar bien informada y preparada para ello, necesita orientación y saber como apoyar a sus hijos.	4	Alta
13	Mujer de 49 años	Depresión y problemas con hija adolescente.	7	Alta
14	Niño de 10 años y mamá de 43 años.	Bajo rendimiento escolar y la madre quiere descartar la posibilidad que tenga TDA.	5	Alta
15	Niña de 8 años y mamá de 32 años	El médico familiar refiere que la niña padece posible bulimia.	1	Alta
16	Adolescente mujer de 17 años, madre de 38 años	Cambios de estado de ánimo radicales, depresión e intento de suicidio.	3	Alta

<b>Casos atendidos en la Clínica de Terapia Familiar del CCH (Papel como terapeuta y equipo de supervisión 2º semestre)</b>				
<b>No. caso</b>	<b>Pacientes/Familias</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>No. de sesiones</b>	<b>Alta/Baja</b>
17	Adolescente mujer de 18 años, adolescente mujer de 17 años mamá de 48 años	La madre refiere que su hija de 18 años tiene problemas cuando se enoja ya que trata de chantajear a su mamá y amenaza con irse de la casa o cortarse las venas. Su madre tiene miedo de que un día se suicide.	7	Alta
18	Mujer de 22 años	Depresión desde hace tres años, ha intentado suicidarse en dos ocasiones y agrede físicamente. Se	2	Baja

		siente frustrada porque le gustaría apoyar a su familia.		
19	Adolescente hombre de 19 años	Fracaso escolar, depresión, alcoholismo y violencia.	14	Alta
20	Adolescente de 16 años	No controla sus emociones, se altera fácilmente, cuando se enoja grita y avienta las cosas.	7	Alta
21	Adolescente mujer de 17 años	Depresión.	4	Baja
22	Adolescente de 16 años	Problemas escolares, conflictos con la madre e intento de suicidio.	2	Baja
23	Adolescente mujer de 17 años	Problemas en la relación madre-hija.	6	Alta

<b>Casos atendidos en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI (Papel como terapeuta y equipo de supervisión 3º semestre)</b>				
<b>No. caso</b>	<b>Pacientes/Familias</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>No. de sesiones</b>	<b>Alta/Baja</b>
24	Mamá de 33 años e hija de 3 años	Problemas de comportamiento de la niña, grita, pega y hace berrinche, su mamá no sabe como controlarla.	10	Alta
25	Mamá de 54 años e hijas de 32 y 29 años	Describen que el padre es muy impulsivo, arrebatado y se muestra apartado en la relación familiar, desean que cambie.	9	Alta
26	Pareja: Mujer de 45 años, hombre de 37 años	La mujer manifiesta tener angustia, coraje, miedo, desesperanza, inseguridad, le cuesta trabajo tener contacto con la gente, le da miedo contagiarse de virus y no sale de casa. Se altera fácilmente y tiene problemas de relación con su hija y esposo.	18	Alta
27	Adolescente mujer de 15 años, mamá de 40 años, niño de 10 años	Tiene cambios de actitud, agresividad, dice que se va a suicidar y su mamá no sabe cómo tratarla.	2	Baja
28	Mujer de 24 años	Depresión, baja autoestima, enojo, no hay dominio de emociones. Violencia.	6	Alta
29	Mujer de 31 años	Problemas emocionales debido a la muerte trágica del esposo presenciada por la familia.	1	Baja
30	Mujer de 31 años	Divorcio y desea afrontarlo de la mejor manera para que ella y su hijo estén bien.	5	Alta
31	Hombre de 48 años	Toma de decisión sobre quedarse en casa o independizarse de su esposa e hija.	9	Alta
32	Niño de 11 años,	Problemas de aprendizaje del niño	6	Alta

	papá de 47 años y mamá de 42 años	por disfunción cerebral, situación que se relaciona con problemas en la relación familiar por no saber cómo tratarlo.		
33	Pareja: Hombre de 48 años y mujer de 51 años	Problemas de pareja; patrones de comunicación simétricos, Violencia.	8	Baja
34	Mamá de 34 años, papá de 41 años, hijo de niño de 6 años	Lo enviaron de la escuela por conducta inapropiada, agrede a sus compañeros, se enoja y dice groserías.	1	Baja
35	Adolescente mujer de 16 años, papá de 47 años, mamá de 48 años	Problemas de los padres con su hija, no pueden ejercer autoridad sobre ella y no quiere colaborar en casa.	5	Baja
36	Pareja: hombre de 27 años, mujer de 29 años Hijos: niño de 4 años, niño de 3 años	Los hijos pelean mucho, el esposo se ha vuelto muy agresivo, se altera y grita fácilmente, además ambos padres no se han sobrepuesto a la muerte de su primer hijo.	16	Alta

**Casos atendidos en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE  
(Papel como terapeuta y equipo de supervisión 4º semestre)**

No. caso	Pacientes/Familias	Motivo de consulta	No. de sesiones	Alta/Baja
37	Mujer de 40 años	Problemas con el esposo, violencia verbal de él hacia ella. Desea saber si ella está fallando, si es la culpable de que su esposo se comporte y trate así. Quiere saber qué puede hacer ante la situación.	6	Alta
38	Adulto mayor femenino de 63 años	Depresión detonada 11 años antes por vivir cáncer de seno. Problemas de pareja.	7	Alta
39	Mujer de 44 años	Problemas en la relación con su hija.	1	O
40	Mujer de 36 años	Sufre violencia por parte de su ex-pareja.	1	O
41	Mamá de 37 años, hijo de 7 años	Problemas en el niño de rendimiento académico y rebeldía.	1	O
42	Mujer de 42 años, hija adolescente de 13 años e hijo de 11 años	Infidelidad de su esposo. Indecisión ante separarse de su esposo o seguir adelante con la relación.	5	Alta
43	Mujer de 39 años	Problemas de ansiedad por estrés laboral.	6	Alta

**Casos atendidos en la Clínica de Terapia Familiar del CCH  
(Papel como terapeuta y equipo de supervisión 4º semestre)**

No. caso	Pacientes/Familias	Motivo de consulta	No. de sesiones	Alta/Baja
44	Adolescente hombre de 17 años	Problemas de depresión, inseguridad y baja autoestima.	5	Alta
45	Adolescente mujer de 17 años	No está a gusto con su apariencia, se siente demasiado "llenita", lo cual	6	Alta



		provoca que se sienta con inseguridad y baja autoestima, además se aísla de sus familiares o amigos.		
46	Adolescente hombre de 18 años, mamá de 35 años	Bajo rendimiento escolar y consumo de drogas.	2	Baja
47	Adolescente mujer de 15 años	Se siente muy presionada por la situación que está viviendo su familia.	7	Alta
48	Adolescente mujer de 15 años, padre de 47 años, madre de 44 años, hermana de 17 años, hermana de 8 y hermano de 7 años	Rebeldía, no obedece, tiene bajo rendimiento escolar y lleva mala relación con su familia.	8	Alta
49	Adolescente de 17 años, padre de 47 años, mujer de 34 años	Mala actitud con la familia, bajo rendimiento escolar. Tiene conflictos de relación con su madrastra y no obedece a su padre.	14	Baja

#### Cuadro de casos clínicos atendidos como terapeuta

No. caso	Familias	Motivo de consulta	Escenario clínico	No. sesiones	Observaciones
1	Mujer de 49 años	Depresión y problemas con hija adolescente.	ISSSTE	7	Se concluye el proceso terapéutico dando de alta a la paciente, al cubrir su demanda y viendo relegados los cambios tanto en su persona como en sus relaciones familiares.
2	Adolescente de 19 años	Fracaso escolar, depresión, alcoholismo y violencia.	CCH A	14	Se da término a la terapia, considerando que el adolescente está preparado para enfrentar los obstáculos y situaciones que se presenten en su vida.
3	Pareja: Mujer de 51 años Hombre de 48 años	Problemas de pareja; patrones de comunicación simétricos. Violencia.	FES I	8	La pareja deja de asistir a la terapia, refiriendo la señora que ya no continuarían asistiendo debido a que su esposo estará en otros proyectos, y pidió que se le volviera a poner en lista de espera.
4	Mujer de 25 años	Depresión, baja autoestima, enojo, no hay dominio de emociones.	FES I	6	Durante las sesiones se logró trabajar cada una de las demandas expresadas con éxito, dando de alta y

		Violencia.			obedeciendo a las necesidades de la persona consultante.
5	Adolescente de 17 años, padre de 47 años, mujer de 34 años	Problemas familiares. La hija refiere tener mala relación con la esposa de su padre y le ha repercutido en su rendimiento escolar.	CCH A	14	La familia dejó de asistir a la terapia expresando en una llamada telefónica que dejarían la terapia por un tiempo, esperando que se reflejaran cambios de lo que se trabajó en las sesiones.
6	Mujer de 39 años	Problemas de ansiedad por estrés laboral.	ISSSTE	6	Se trabaja la demanda de la paciente, obteniendo cambios importantes y benéficos en su persona así como en sus relaciones familiares y laborales. Concluyendo la terapia dándola de alta.

Los aspectos que se abordan en la descripción y análisis de los casos son:

- Número de caso.
- Personas que asisten a la terapia.
- Escenario clínico.
- Familiograma.
- Motivo de consulta.
- Antecedentes del problema.
- Ciclo vital.
- Hipótesis.
- Descripción por sesión y las intervenciones terapéuticas realizadas.

Lo casos expuestos a continuación, se atendieron en escenarios clínicos diferentes, lo que influyó en la manera en que se desarrollaron, como se describe en el capítulo I. El primer caso presentado se atendió en la Clínica de Terapia Familiar del CCHA, el segundo se trabajó en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI de la UNAM, y el tercero fue atendido en la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE. Además, en cada escenario clínico, las terapeutas a cargo de la supervisión tienen estilos muy particulares de abordaje con las familias, con enfoques terapéuticos distintos, lo cual también permeó el trabajo terapéutico realizado. En cuanto a la identidad de las personas que se exponen,

sus nombres han sido cambiados por su seguridad y protección emocional, así como por el compromiso ético profesional.

### Caso 1.

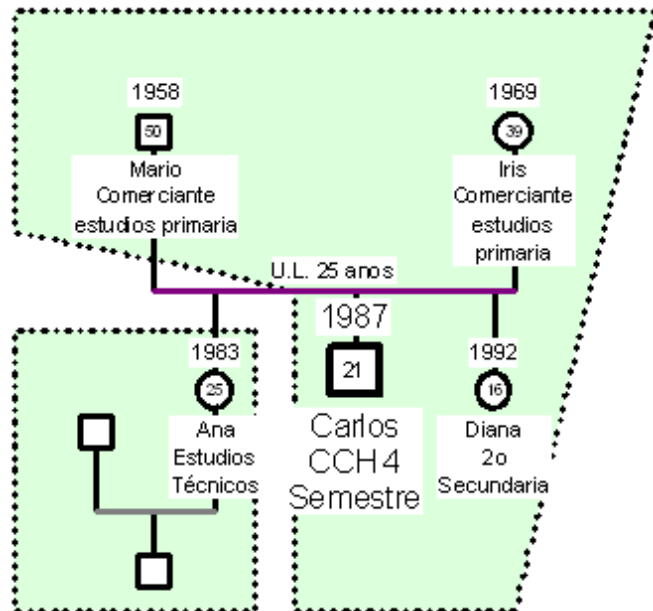
#### Personas que asistieron a la terapia:

Carlos, Iris, Mario y Ana

#### Escenario clínico:

CCH Azcapotzalco

Familiograma



#### Motivo de consulta

El motivo por el cual Carlos pide el apoyo terapéutico es por fracaso escolar, ya que lleva 14 materias reprobadas, las cuales “trae arrastrando” desde primer semestre; actualmente está terminando el cuarto semestre. Además comenta que se siente muy inseguro por tal situación y que quiere saber cómo hacer para resolver su situación escolar.

#### Antecedentes del problema

Carlos comenta que en la primaria y secundaria iba bien en la escuela; sus calificaciones lo reflejaban, pero que ahora en el bachillerato eso cambió; tiene 14 materias reprobadas desde primer semestre. La forma en la que Carlos explica esta situación es que no hace las tareas y no entra a sus clases, lo cual hace que repruebe, pero dice que no sabe cómo hacer para cumplir con sus tareas, que se siente inseguro y que cuando se propone hacer lo que le encargan vuelve a caer en que no las hace y no

vuelve a entrar a las clases. Carlos dice que se le dificulta tomar decisiones, que se confunde y no sabe qué hacer.

En cuanto a su familia, comenta que su mamá lo apoya y motiva para que él se supere, pero en cambio su papá no lo apoya, por ejemplo; dice Carlos que cree que es alcohólico, y que cuando toma su papá lo compara con un indigente y él espera en lugar de esto palabras de apoyo. Además siente que su ambiente familiar no le ayuda, ya que considera que no se expresan el afecto que debería haber, en especial de su padre hacia él; se queja de que no tuvo una figura de autoridad cuando la necesitó y ahora su padre le exige cosas que no le exigió a su tiempo. En cuanto a la relación con sus hermanas menciona que con la mayor se lleva bien, que son como cómplices en la diversión en los paseos, pero que no platican de situaciones muy personales; con su hermana menor la relación es conflictiva, ya que dice que son de carácter muy parecido y chocan mucho, ambos siempre discuten y terminan peleados.

### **Ciclo vital**

La etapa de ciclo vital que se observa en este caso es de familia con hijos adolescentes y jóvenes. Carlos se encuentra en la etapa de la adolescencia, está en el proceso de búsqueda de su identidad, autonomía e independencia del sistema familiar; donde implica que la manera de relacionarse entre padres e hijos es más compleja, particularmente en marcar límites y reglas claras para cada subsistema. Las redes de apoyo con las cuales cuenta son básicamente su hermana Ana y su mamá.

### **Hipótesis preliminar**

Probablemente con el fracaso escolar que presenta Carlos (las materias reprobadas), está manifestando un enojo hacia su padre, pues él hubiera querido sentir la autoridad de su padre desde chico y ahora piensa que ya no es tiempo de que lo reprenda; es como si a través de su resultado en la escuela quisiera llamar la atención del padre y pedir cercanía, pero a la vez dice no necesitar su ayuda para salir adelante y alcanzar sus

metas. Carlos tiene una gran necesidad de que su padre le demuestre afecto, pero como lo que recibe de él son regaños y le exige que sea responsable, la respuesta de Carlos es demostrarle al padre lo contrario, comportándose como un niño irresponsable.

### Hipótesis posteriores

¿Qué tanto está reprobando como una forma de poderse separar de los padres, por encontrarse en la adolescencia?, ¿Qué tanto ayuda al padre a acercarse a él a través de regaños recriminaciones y de exigencias?, ¿Qué tanto ayuda a la madre a estar atenta con él para no ver el vacío que hay en su relación de pareja?, ¿Qué tanto ayuda a la hermana para ser la hija ejemplar?

El problema del alcohol es otra de las situaciones que vive Carlos, ante lo cual es probable que se refugie en ella para evadir su sentimiento de dolor por la violencia y no demostración de afecto de su padre hacia él y como una salida a la depresión que pueda tener por no saber cómo manejar lo que vive.

### Desarrollo terapéutico por sesión

#### SESIÓN 1

##### Objetivos

- Hacer el encuadre terapéutico
- Generar joining con el paciente y/o familia
- Abordar el motivo de consulta: fracaso escolar
- Rastrear la situación escolar y las relaciones familiares de Carlos con su familia

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA TÉCNICA
<p>En esta primer sesión se conversó con Carlos sobre las actividades que realiza y lo que le gusta hacer; él comenta que le gusta convivir con sus amigos de la escuela, “echar relajo” con ellos y tiene otro grupo de amigos con quienes convive por las tardes, con ellos se va en bicicleta y les gusta hacer piruetas en ella.</p> <p>Al abordar sus relaciones familiares, manifiesta que con su hermana mayor sale a pasear y a fiestas, que se lleva bien pero no hay una relación muy profunda; con su hermana menor hay diferencias atribuyéndolas a la igualdad en carácter lo que hace que choquen. Sobre sus padres, expresa que la madre lo reprende y lo trata de orientar, el padre lo regaña y Carlos piensa que lo arremete para que él entienda.</p>	<p>Se comienza a entablar un joining intermedio para generar confianza en Carlos. Se rastrean las relaciones con cada uno de los miembros de la familia en busca de alianzas y/o coaliciones.</p> <p>(Modelo estructural)</p>

<p>Sobre su situación escolar Carlos refiere que le gusta la escuela, que tiene deseos de terminar una carrera universitaria, pero que no se sabe organizar, no tiene hábitos de estudio ni realiza tareas, no entra a clases y frecuentemente se va de fiesta con los amigos; se siente inseguro para tomar decisiones y llevarlas a cabo. Al escuchar esto se le preguntó ¿qué cosas de su vida estarán conectadas con este fracaso escolar? o ¿qué situaciones estarán relacionadas con ello?; Carlos manifiesta de que el ambiente familiar en su casa es algo que se conecta a lo que pasa en la escuela, que no tiene mucho contacto con sus padres y que casi no hay comunicación en casa, (justificando sus fallas en la escuela).</p>	<p>Se cuestiona la realidad: La percepción que Carlos tiene de su problema. Las creencias de las conexiones con el problema.  (Modelo estructural)</p>
<p>Se le valida y reconoce su interés por cambiar y mejorar su situación escolar por ser una persona que a su edad reflexiona y busca ayuda profesional para salir adelante. Aunado a esto se le hace un invita a preguntarse ¿estás tratando de decir algo con tu reprobación? Y si así es ¿a quién se lo estás tratando de decir?</p>	<p>Cuestionamiento del realidad (Modelo estructural)</p>

## SESIÓN 2

### Objetivos

- Revisar el impacto del cuestionamiento que se le hizo y que se le pidió reflexionara.
- Indagar su estado emocional y la relación con la familia.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Al preguntar a Carlos sobre sus reflexiones, comenta que pensó muchas cosas y cree que es a su padre en especial al que le quiere decir algo con su comportamiento, pues siente que no le tiene confianza, le trasmite sus miedos, se opone a lo que quiere hacer, no le demuestra cariño, no tiene tacto para ordenarle las cosas y no lo vive como figura de autoridad. Al indagar en cómo afecta lo anterior, Carlos piensa que le impiden encontrar respuesta a sus dudas, y le falta la fortaleza para hacer las cosas.</p>	<p>Se retoman las preguntas que se le hicieron en la sesión anterior. Rastrea el estado de ánimo de Carlos, encontrando tristeza y aparente depresión.</p>
<p>Al abordar la relación de sus padres, Carlos refiere que los observa distanciados y fríos, “piensa que él ante esa situación no estaría con una persona en esas condiciones, no le encuentra sentido”.</p>	<p>Se rastrea la relación en la pareja para validar la hipótesis de que Carlos esta desviando el conflicto entre los padres. (Modelo de Milán y estructural)</p>
<p>El equipo le da un mensaje: “el equipo está dividido, una parte cree tu enojo pero la otra no creemos que <i>tengas nada de enojo hacia tu padre, pues si realmente estuviera enojado le demostraría quién es Carlos, y por el contrario es como si le dijeras que tiene razón, que eres un fracasado. Pensamos, que si has aguantado esa indiferencia de tu familia es por la fuerza que tienes y la puedes poner el servicio de tus estudios y de pasar las materias y seguir adelante pero aquí</i></p>	<p>Se cuestiona la realidad sobre el enojo que dice tener para mover su energía. (Modelo estructural)</p>

<p><i>tu decides</i>". Se le pide que se cuestione sobre esto y en la siguiente sesión nos cuente qué pensó. Al salir pregunta si puede invitar a su madre, a lo que se le responde afirmativamente.</p>	
--	--

### SESIÓN 3

#### Objetivos

- Retomar los aspectos significativos para Carlos de la sesión anterior.
- Si asiste la madre, hacer joining, conocer su percepción de la situación de Carlos, sus principales preocupaciones y los sentimientos que éstas le generan.
- Rastrear desde diferente mirada la dinámica familiar.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Asisten Carlos y la madre. Se abordan las preocupaciones de la familia, de donde surgen como temas principales el alcoholismo de Carlos, la dificultad de relacionarse con su padre y el desinterés total y absoluto de Carlos ante su casa y su vida lo cual lo ha llevado a tener ideas suicidas. Ante lo anterior la madre expresa gran preocupación y tristeza, sentimientos que comparte con su hijo de manera expresiva. Carlos refiere estar conmovido por la respuesta de la madre pero expresa no ser esto suficiente. Aunado a esto cada uno expresó el amor que se tienen uno al otro, así como el apoyo tan importante que se dan, ya que para Carlos su madre es el principal apoyo y cariño que tiene, y ella expresa que quiere mucho a Carlos y lo va a apoyar en todo lo que él haga y siempre que lo necesite.</p>	<p>Se inicia la sesión con un joining inicial intermedio para aproximarse a un cercano que propicie que la madre exprese no sólo sus preocupaciones sino sus sentimientos a través de una escenificación. Esto con el fin de fortalecer el vínculo afectivo entre ambos. (Modelo estructural)</p>
<p>Se indaga si los dos tienen el mismo deseo de que Carlos se acerque al padre, él responde que "va a salir adelante con él o sin él, como ya se lo ha dicho", mostrando su enojo abierto ante el padre. Ante lo cual el equipo le devuelve la siguiente pregunta: "¿qué tendrías tú que hacer para demostrar realmente y no sólo a través de palabras esto que le has dicho?" La madre informa que el padre no pudo asistir y que la próxima sesión se integrará.</p>	<p>Se rastrea la calidad de vínculo entre Carlos y su padre, con el objetivo de verificar si mantiene el enojo hacia él y ponerlo al servicio del cambio.  Se está cuestionando la realidad de Carlos, para llevarlo a la toma de consciencia de que el sólo decir y desear no lleva a la acción y que la realidad exige acciones. (Modelo estructural)</p>

### SESIÓN 4

#### Objetivos

- Crear un puente de comprensión entre padre y hijo, para fortalecer a Carlos.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Se integra Mario, el padre de Carlos a la terapia. Se indaga cuál es la principal preocupación del padre al asistir a la terapia, el cual mantiene un discurso de queja sobre su hijo,</p>	<p>Joining intermedio para integrar al padre. Se rastrean las</p>

<p>ya que quiere que Carlos demuestre que tiene planes acerca de su vida; refiere que es un flojo que va mal en la escuela y que toma; al escucharlo se le valida dicha preocupación como padre. Posteriormente se indagó sobre aspectos de la historia del Mario, en particular cómo fue educado por sus padres, comentando que a los 8 años se salió de su casa a trabajar porque había mucha necesidad económica y por esto su padre lo golpeaba y le decía que parecía un niño de la calle; esto provocó en Mario un impulso de seguir trabajando y salir adelante económicamente. También comentó que su padre, abuelo de Carlos murió a causa del alcohol y que él también toma pero no igual como lo hacía su padre.</p>	<p>preocupaciones del padre hacia Carlos y la percepción que tiene de su hijo.</p>
<p>Una persona del equipo interviene en la sesión para dar un mensaje, el cual fue dirigido principalmente al Sr. Mario y a Carlos. Se les dijo “que parecía que hay una historia que se repite, el abuelo era alcohólico y muere a causa de eso, el padre actualmente hace lo mismo que el abuelo y el hijo (Carlos) parece que ha empezado a repetir la misma historia” y con un tono de voz alto y fuerte se les dice que el abuelo con su muerte les dejó un mensaje valioso para que no hagan lo mismo, pero no ha servido de nada pues pareciera que no se dan cuenta de las consecuencias y los riesgos de ser alcohólico.</p>	<p>Se cuestiona la historia y realidad del papá, la realidad familiar, a partir del análisis de la historia trigeracional. El objetivo es hacer ver al padre que Carlos no es el único que tiene problemas y que deben tomar postura ante ellos. Se desafía el síntoma. (Modelo estructural)</p>

## SESIÓN 5

### Objetivos

- Revisar qué pasó con el mensaje que se les dio en la sesión anterior para saber el impacto que tuvo en Mario, Carlos e Isela.
- Hacer énfasis en que se hagan conscientes de la responsabilidad que tiene cada uno en su historia familiar.
- Propiciar la creación de un vínculo afectivo positivo entre Carlos y su padre.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Para iniciar se les pregunta a Carlos, a Isela y a Mario <i>¿qué recuerdan o qué fue significativo de la sesión anterior?</i> Toma la iniciativa Mario diciendo que tiene mucha razón el mensaje que se les dio, referente a que no ha servido de nada la muerte de su padre; sin embargo dice que él no tiene el vicio del alcohol. Por su parte Irene comenta que estuvo pensando en que ella llegaba a tomar una cerveza una vez al año, pero se dijo a ella misma “si yo quiero que César no tome, yo tengo que ponerle el ejemplo para poderle decir que no lo haga”.</p>	<p>Se busca la reflexión de los padres en relación a su historia de alcoholismo en la familia, propiciando la toma de conciencia. Foco-intensidad sobre responsabilidad. (Modelo estructural)</p>
<p>En un segundo momento, Carlos comenta que no tiene confianza con su papá ya que éste le ha dicho cosas que lo han herido mucho, lo comparara con un indigente cuando toma; al escuchar esto Mario le pide disculpas a Carlos por ello, ya que él desconocía que eso le dolía mucho y que estaba dispuesto a que le enseñe la forma en que quiere que lo trate, Carlos responde que desea que lo trate más afectuosamente y con más cercanía. Mario lo escucha atentamente y pide a Carlos que aprenda a hacerse</p>	<p>Se trabaja con los sentimientos y necesidades afectivas de Carlos, promoviendo la comunicación con una escenificación. (Modelo estructural)</p>



responsable y que colabore con ellos en su negocio y casa.	
Se pide a Mario y a Carlos que se digan lo que sienten uno por el otro; Mario le dice: “que es un hijo muy querido, que se siente orgulloso de tener un hijo hombre y que desea que en un futuro tome su lugar como continuación de la familia y que lo va a seguir apoyando con sus estudios”, Carlos le dice: “que lo quiere mucho, que no se imagina una vida sin él y que desea que haya una buena relación y comunicación.	Se da lugar a la expresión de sentimientos entre padre e hijo a través de una escenificación, con el fin de darle un nuevo significado a la relación, fortaleciendo el vínculo afectivo entre ambos. (Modelo estructural)
Se les reconoce a ambos, la disposición que han mostrado para escucharse y expresar lo que sienten, lo que contribuye a mejorar su relación. También se les dice que cada uno ha vivido situaciones difíciles y que el equipo cree que cada uno aprende de forma diferente. Se enfatiza que cuando el padre de Mario lo comparaba con un niño de la calle, esto lo impulsaba a seguir trabajando, pero en el caso de Carlos no es igual, pues el compararlo con un indigente, le provoca un estancamiento dolor y enojo.	Se reconoce y valida la disposición de cada uno para escucharse y expresar sus sentimientos, fortaleciendo sus lados fuertes. Foco e intensidad en cuanto a las intenciones positivas del padre en su actuar con Carlos, con el objetivo de que éste comprenda y perdone al padre y que Mario comprenda los sentimientos de su hijo. (Modelo estructural)

## SESIÓN 6

### Objetivos

- Conocer si el inicio de comprensión de Carlos hacia su padre se ha reflejado en cambios positivos.
- Identificar la percepción de los padres acerca de los posibles cambios de Carlos.
- En caso de la aparición de cambios, realizar fortalecimiento de ellos.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
Carlos comenta que se ha sentido mucho mejor: más tranquilo, relajado, menos presionado; que llegó a pensar en dejar la terapia y reflexionó en que es un tratamiento y no lo puede dejar a medias. Se pregunta a Carlos qué cambios ha notado en su persona; menciona sentirse más alegre, menos triste y más relajado, que las cosas que se ha propuesto las ha llevado a cabo, que ha empezado a controlar su manera de beber, así como su comportamiento con su hermana y que platica más con sus papás. Al escuchar esto se remarcan cada uno de estos logros y se reconocen ante la familia.	Se <i>rastrea</i> a detalle los cambios de Carlos, <i>marcando</i> cada uno de ellos ante él y sus padres. Se refuerzan los <i>lados fuertes</i> de Carlos en presencia de los padres. (Terapia breve centrada en soluciones)
Se pregunta a los padres lo que han observado en Carlos; la Sra. Isela dice que ha notado que se acerca más a ella y a su esposo, que su actitud con su hermana Diana es de tolerancia y no ha discutido con ella como antes. Diana le ha comentado que ve y siente a Carlos diferente, mejor. Mario menciona que ha visto en su hijo cambios mínimos pero que ha tenido la iniciativa de acercarse a él y él a Carlos, que ha	Se busca conocer la percepción de los padres ante los cambios que Carlos ha mostrado, así como la percepción de su hermana Diana, haciendo uso de <i>preguntas lineales</i> y

<p>visto que ya no toma tanto, pero que no se nota mucha madurez como él espera. También se hacen preguntas para saber qué piensa Carlos de cómo lo están viendo sus hermanas ahora; expresando que le dirían que sí ha cambiado por su alegría, por su cambio en la actitud al hacer las cosas, por su sensatez y controlar su carácter explosivo con su hermana menor.</p>	<p><i>circulares</i>. Esto con el fin de <i>reafirmar los cambios</i> que ha ido logrando Carlos integrando a su familia como testigos de ello. (Preguntas de tipo Kart Tomm)</p>
<p>Se reconocen los cambios que comenta la familia sobre el comportamiento y actitud de Carlos y el equipo les manda decir: “ven que Carlos ha iniciado un cambio positivo, que irá creciendo y madurando con el tiempo, como una bola de nieve que va creciendo conforme va rodando, y en este caso la bola ya empezó a dar vueltas, que tal vez vean que estas vueltas van lento, pero una vez que empezó a rodar, no se detiene, así Carlos poco a poco irá madurando si él y la familia desean seguir este rumbo, este camino a mejorar como personas y familia”.</p>	<p>Se reconoce el esfuerzo que Carlos está haciendo para mejorar su actitud y a través de una <i>metáfora</i> se les trasmite que todo cambio requiere de un proceso que va a ir madurando y no se da de la noche a la mañana; con lo cual se normaliza el proceso. (Modelo estructural y Terapia breve centrada en soluciones)</p>

## SESIÓN 7

### Objetivos

- Saber si los cambios de mejoría en Carlos se han mantenido. Si es así marcar, ampliar y atribuir el control.
- Corroborar hipótesis.
- Redefinir los objetivos terapéuticos con Carlos.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>A esta sesión asistió Carlos sólo y al rastrear cómo se siente, comenta que mejor, más alegre y con ganas de hacer las cosas, que ha tratado de hacer sus tareas y se ha puesto al corriente pidiendo los apuntes de las clases a las que no ha asistido; al escucharlo se le reconoce la disposición que está mostrando para mejorar su rendimiento escolar y se le pregunta ¿qué cosas ha hecho para sentirse mejor, más alegre y con energía? Manifiesta que le ayudó mucho platicar con su papá, que se dio cuenta de que se estaba escudando en la queja hacia él sobre que no lo toma en cuenta y al platicar con sus padres lo hizo darse cuenta de que la mayor parte de la culpa es de él. Ante esto se le dice que se está dando cuenta de la responsabilidad que tiene ante su comportamiento y que cada cosa que haga tiene repercusiones en su vida.</p>	<p>Se rastrea su estado de ánimo y los cambios positivos que sigue teniendo.  Se le hace esta pregunta para identificar las cosas específicas que Carlos está haciendo para atribuirle el control en su actuar, así como en las consecuencias de cada una de sus acciones logrando se responsabilice ante ello. (Terapia breve centrada en soluciones)</p>
<p>En relación a los resultados de su actuar anterior, se le pide que piense en las cosas que ha aprendido en las últimas sesiones que han asistido a terapia y comenta “saber lo que piensan sus papás lo ha ayudado a sentirse mejor, a estar más cerca y a tener mejor comunicación con ellos.”</p>	<p>Se promueve la reflexión de los aprendizajes a través de <i>preguntas reflexivas</i>.</p>
<p>En el cierre de la sesión el equipo y el terapeuta le manifiestan: “que han observado una toma de</p>	

<p>responsabilidad sobre sus actos, además de encontrar disposición a escuchar el sentir y pensar de sus padres, lo que dejan ver su sensibilidad y despertar de madurez”. Le piden que piense en objetivos concretos que desee llevar cabo, que le ayudarán a mejorar su vida; Carlos elige empezar por la escuela, comprometiéndose a cumplir con las tareas, llegar temprano y entrar a las clases. El equipo le manda decir que una parte de éste no está convencido de los cambios que ha dicho y que por lo tanto no creen que cumpla con lo que se comprometió; la otra parte del equipo cree que si está listo para llevar a cabo los objetivos que se ha propuesto y el terapeuta se une a esta segunda parte del equipo y le reitera que cree que si lo logrará.</p>	<p><i>El lenguaje es muy importante al trabajar con el depresivo.</i></p> <p><i>Coro griego, con el objetivo de desafiar a Carlos y de fortalecer la alianza terapéutica.</i> (Instituto Ackerman)</p>
--	--

## SESIÓN 8

### Objetivos

- Revisar cómo se sintió Carlos con el mensaje de la sesión anterior, saber si pudo llevarlos a cabo las tareas auto propuestas, en caso de lograrlas hacer foco sobre las acciones que llevó a cabo para lograrlo; en caso negativo indagar los obstáculos.
- Continuar marcando los cambios positivos que siga haciendo, ampliarlos y atribuir el control.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Se abordan las actividades de compromiso de Carlos, refiere que empezó a llegar temprano a la escuela, pero le costaba mucho trabajo, sólo llegó temprano cuatro días aproximadamente, y los días que llegaba tarde no podía entrar a clases y no llevaba tareas. En este sentido se le planteó que pensara ¿qué fue diferente de los días que llegó temprano a sus clases y los que no? responde que sintió más seguridad al llegar temprano ya que estaba al tanto de lo que pasaba en sus clases. Sobre esto se le pregunta ¿quién se dio cuenta de ello? refiriere que su mamá se sorprendía y sus compañeros también, pues algunos no lo conocían ya que no asistía a determinadas clases. Además dice que cumplió con algunas tareas y una de sus maestras lo felicitó por haber cumplido, situación que hizo sentir a Carlos “raro” ya que no está acostumbrado a recibir este tipo de comentarios. Al escuchar estos esfuerzos para mejorar en sus clases, se le felicita y motiva a seguir cumpliendo como estudiante.</p>	<p>Se retoma el compromiso que hizo Carlos para saber qué pasó.</p> <p><i>Pregunta reflexiva</i> con la intención de que Carlos descubra las ganancias del cambio.</p> <p><i>Pregunta circular</i> para indagar si alguien más se dio cuenta de lo que empezó a hacer con el fin de ampliar los cambios. (Modelo estructural Terapia Breve centrada en soluciones)</p> <p>Se reconoce su esfuerzo en mejorar, <i>focalizando sus lados fuertes.</i> (Modelo estructural)</p>
<p>Se pide a Carlos que piense en ¿qué gana y qué pierde al no entrar a clases y al sí asistir a ellas? Carlos habla de las ventajas y las desventajas sin embargo agrega que sabiendo organizar su tiempo, podrá cumplir con sus clases, jugar y estar con sus amigos, lo que demuestra que la reflexión lo lleva a descubrir a que puede combinar las dos cosas.</p>	<p><i>Pregunta reflexiva.</i> Con el propósito de que Carlos encuentre postura al dilema de pasarla bien y jugar con sus amigos todo el tiempo o asistir a sus clases.</p>

## SESIÓN 9

## Objetivos

- Fortalecer cualidades personales.
- Indagar en los aspectos positivos de sus relaciones interpersonales.
- Hacer preguntas reflexivas dirigidas a conocer su sentido de vida.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Carlos manifiesta que el terapeuta junto con el equipo terapéutico le ha ayudado a pensar las cosas bien, a centrarse en lo que tiene que hacer y lo que es su responsabilidad; pero que no sabe por qué no logra hacer las cosas. En este sentido el equipo terapéutico le plantea algunas preguntas como: ¿qué crees que la vida te demande? ¿Qué te imaginas que como ser humano puedes darle a la vida? a lo que responde que su familia principalmente sus papás, esperan que les ayude en actividades de casa y que escolarmente le demanda ser un profesionalista, pero duda lograrlo en estos momentos.</p>	<p><i>Pregunta reflexiva</i>, con el objeto de que Carlos descubra qué posee de valioso para darle al mundo. <i>Lados fuertes.</i> (Modelo estructural)</p>
<p>Se le plantea que hable de los momentos en donde ha compartido cosas positivas con las personas que lo rodean, Carlos menciona que con sus amigos comparte una amistad, salen a fiestas, se divierten juntos, y que además ellos lo animan y lo ayudan en sus tareas; ante esto se le habla de la importancia y el valor que tiene compartir su tiempo, ser amigo y apoyarse en la gente que lo quiere.</p>	<p>Se hace foco en las actividades que le dan gratificación, con la intención de redescubrir valores vivenciales y así ampliar sus posibilidades y atribuirle el control. (Modelo estructural y soluciones)</p>
<p>Una de las personas más significativas de Carlos es su hermana Ana, entonces se le pregunta ¿qué cree que su hermana valore y vea en él como persona única e irrepetible? Refiere que Ana lo ve muy inteligente, que puede hacer las cosas si le hecha ganas, lo valora como hermano y que se quieren mucho; al escuchar esto se rescata cada uno de los aspectos positivos que Ana valora de Carlos y se le refleja que ella cree en él, en su inteligencia y en el excelente hermano que es, y que es una persona muy agradable y todo esto lo hace ser una persona única e irrepetible.</p>	<p><i>Pregunta circular reflexiva</i>, con el fin de fortalecerlo como persona.  Foco-intensidad, lados fuertes. (Modelo estructural)</p>
<p>Se le da un mensaje de parte del equipo: “se le hace ver que él es una persona única, que nadie es como él ni exterior ni interiormente, que la manera en la que utiliza su inteligencia, como se relaciona con los demás, por eso Ana le dice: “para mí eres importante porque eres único e insustituible, porque solo tu puedes mirarme como me miras, solo tu eres leal y sensible como mi hermano”, pero se le enfatiza que el problema es que él no mira su esencia, que no valora lo que es y lo que tiene para dar”.</p> <p>Se le deja de tarea, que cada día ante cualquier situación que se le presente y que le está demandando algo, tiene que decidir si hace o no hace lo que pide la situación y finalmente que elija libremente si da lo que posee o elije tirarlo a la basura.</p>	<p>Se busca <i>fortalecer las cualidades individuales</i> de Carlos, haciéndolo reflexionar en que se mire y reconozca su propio valor a través de la mirada de su hermana Ana con quien tiene un fuerte vínculo afectivo. Tarea que le facilite la toma de conciencia de cómo responder a cada situación y de la libertad que posee en la elección.</p>

## SESIÓN 10

## Objetivos

- Conocer qué de la sesión anterior fue significativo para Carlos, cómo se sintió y el impacto de lo anterior en el transcurso de estas dos semanas.
- Continuar reforzando las cualidades y características únicas que tiene Carlos, para que se reconozca como una persona única y con cosas por dar y compartir.
- Si asiste Ana (su hermana), rastrear las interacciones entre ambos, fortalecer el vínculo afectivo como hermanos, fortalecer la persona de Carlos y promover un compromiso de auto cuidado en él a través de Ana.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
A esta sesión Carlos llega acompañado de su hermana Ana. Se procede a integrar a Ana a la forma de trabajo y a la terapia.	Se hace joining intermedio para facilitar su cooperación en el proceso terapéutico de Carlos.
Se rastrea lo que Carlos recuerda como significativo de la sesión anterior; manifestando que se le dijo que es una persona única e irreplicable, lo cual hace que se sienta muy bien. Ante ello se le refuerzan dichas cualidades.	Foco-intensidad en sus cualidades para fortalecer su concepto positivo de sí mismo. (Modelo estructural)
Al preguntar a Ana sus preocupaciones por Carlos, resalta lo que viene para su futuro, que toma alcohol cada fin de semana y lo siente sin fuerzas para hacer las cosas. Ante esto se refleja la relación cercana que tienen y el interés de ella para con su hermano. Se da un tiempo para que expresen su sentir como hermanos; Carlos expresa su agradecimiento a su hermana por todo el apoyo que recibe de ella, tanto material como emocional, así como el tiempo que comparten juntos y le expresa lo mucho que la quiere; por su parte Ana le reitera su cariño, remarcando que es una persona muy inteligente y le pide que utilice su inteligencia para lo bueno y no para hacerse daño, que es una persona muy valiosa por su sinceridad y amistad. En este sentido se marca cada una de las cosas que Ana valora de su hermano.	<i>Pregunta lineal</i> con el objeto de que Carlos palpe el interés, la preocupación y el amor de su hermana hacia él. Se realiza <i>escenificación y foco-intensidad</i> para fortalecer el vínculo afectivo, a través de la expresión de sentimientos. (Modelo estructural)  Se marcan las cualidades de Carlos. (Terapia breve centrada en soluciones)
Se trabaja con Ana pidiéndole que evoque recuerdos pasados sobre una de las peores escenas del padre alcoholizado, llevándola a la expresión y encuentro con los sentimientos producidos por la escena. Ana habla del dolor que siente al ver a su padre alcoholizado y del miedo de perderlo; logrando simultáneamente una confrontación a Carlos del impacto de su actuar alcohólico. Ana expresa su preocupación de querer rescatar a Carlos porque lo necesita como hermano y como tío de su hijo.	Se realiza un <i>psicodrama</i> con la hermana, con el objetivo de hacer reflexionar a Carlos, los alcances y el impacto emocional que tiene la vivencia del alcoholismo en su hermana; así como movilizar su energía al servicio del cambio.
Se retoma la necesidad que expresa Ana de tener a su hermano, de que ella y su hijo lo necesitan, se le pide a Carlos que responda a esta petición de manera honesta, invitándolo a que se comprometa ante su hermana de dejar de tomar o continuar haciéndolo a pesar del dolor y sufrimiento que a ella le causa. Carlos responde que no sabe cuánto trabajo le va a costar pero va a tratar de dejar de tomar, Ana le reitera su apoyo sobretodo en este compromiso que está haciendo. Se le reconoce a Carlos el tomar esta decisión con “coraje”,	Una vez que se llega a la reflexión, se intensifica el impacto negativo de su alcoholismo en Ana, y se lleva a Carlos a tomar una decisión en cuanto a continuar o dejar de beber, remarcando que afecta a su familia. Se focaliza su fuerza

motivándolo a que cada día utilice su fuerza interna y decida no tomar, recordando la petición de su hermana y su bienestar propio.	posibilitando que él elija usarla día a día. (Modelo estructural)
---	--

## SESIÓN 11

### Objetivos

- Conocer de qué manera impactó la sesión anterior en Carlos.
- Retomar lo que se trabajó con su hermana, para que Carlos reflexione y exprese su sentir ante el compromiso que hizo con ella.
- Hacer foco en el apoyo y recursos personales con los que cuenta Carlos para enfrentar su realidad.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
A esta sesión asiste Cesar solo. Se abordó lo significativo de la sesión anterior, Carlos recuerda que su hermana le pidió que dejara de tomar y reflexionó: “lo que hacemos sentir a nuestros familiares que están cerca de nosotros”, menciona que tomó mucho en cuenta el sentir de Ana pues es con la que tiene más cercanía; pensó muchas cosas y ha tratado de no tomar, aunque no lo hizo completamente, sin embargo en un mes solo tomó en dos ocasiones y de manera moderada.	Se rastrea el impacto de la sesión anterior en Carlos y su conducta.
Se pregunta a Carlos: “¿una vez que te comprometiste con tu hermana de tratar de no tomar, cómo viviste este tiempo, como te sentiste?” A esto responde que estuvieron presentes las invitaciones de sus amigos y él pudo mantenerse firme, sin embargo sentía ansiedad. Se le pregunta: “¿qué hacías cuando sentías esa ansiedad?” él expresa varias formas en las que buscó controlarla, como el salir con su cuñado, pasear, ver la televisión, escuchar música o salir en bicicleta, además de haber contado con el acompañamiento de su hermana.	<i>Pregunta reflexiva</i> , con el fin de que Carlos explore sus vivencias ante el compromiso con la hermana.
El terapeuta, retomando lo anterior hace énfasis en dos aspectos importantes, por un lado el apoyo y cuidado de la hermana hacia Carlos y por otro que al escuchar lo que ha estado haciendo referente a su forma de beber alcohol está mostrando mucha fuerza que lo está ayudando a controlarse. Que es muy importante que esté descubriendo que cosas lo distraen y lo alejan de pensar y mantener el deseo de tomar, se le invita a seguir haciéndolas para protegerte de esa ansiedad y deseo de beber, así como a ser responsable y cumplir la promesa que le hizo a su hermana.	Foco-intensidad en que cuenta con una red de apoyo y en sus recursos personales, para enfrentar y resolver el alcoholismo y la ansiedad al abstenerse. (Modelo estructural)
Mensaje del equipo: <i>“te vemos diferente, hablas diferente, te comportas diferente como si hubieras crecido, muestras esa fuerza de la que creemos estás tomando contacto aunque tienes miedo que se te escape, y que quiero decirte que la fuerza no se escapa porque está dentro de ti, no se puede ir, apenas la estás conociendo y no se puede ir porque es tuya”</i> . También se le expresa que es entendible su miedo a volver a tomar, pero que él está encontrando formas de distraerse y controlar su ansiedad. Se le invita a mantenerse firme utilizando sus recursos y el apoyo de su hermana.	Se remarcan sus lados fuertes. Se desafía la construcción de su realidad. (Modelo estructural)  Se valida su sentir al enfrentar la ansiedad y se le reconoce el control que está teniendo ante la situación. (Modelo estructural y

## SESIÓN 12

### Objetivos

- Indagar si los cambios logrados hasta la sesión anterior se han mantenido.
- En caso de haberse mantenido los cambios positivos, ampliarlos en lo posible. En caso contrario indagar los bloqueos o dificultades.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>En esta sesión Carlos llega con la nariz lastimada y refiere una pelea con un compañero de la escuela, ambos estaban tomando con sus amigos. El compañero provocó a Carlos llegando a los golpes. Carlos se describe no muy tomado. Al preguntarle ¿cómo lo hizo sentir dicha situación? responde que mucha frustración, pues perdió la pelea ya que él era el más golpeado y el muchacho lo ha seguido provocando pero él se ha estado conteniendo pues no quiere crear un problema mayor, a pesar de que algunos de sus amigos lo han motivado a vengarse, pero piensa que eso sólo lo llevaría a tener una consecuencia mayor pues tendrá satisfacción por unos momentos y luego estará en un gran problema.</p> <p>Se le reconoce la gran fuerza que está teniendo al no caer de nuevo en la provocación y se hace énfasis en que aunque es muy dura esta situación está teniendo mucho aprendizaje, ya que está reflexionando en las consecuencias de sus actos.</p>	<p><i>Pregunta lineal</i> para explorar los sentimientos alrededor de la situación.</p> <p>Lados fuertes. (Modelo estructural)</p>
<p>Se indagó cómo reaccionó la familia; Carlos manifiesta que de inmediato sus papás lo llevaron al hospital, no lo regañaron, ni culparon, le expresaron su preocupación. Se le pregunta ¿cómo lo hizo sentir esta reacción de sus padres? respondiendo que se ha dado cuenta que sus padres son las personas que siempre van a estar para ayudarlo y protegerlo, su amor es incondicional pues él esperaba reproches y por el contrario recibió el apoyo de ellos y esto lo hace sentir bien.</p>	<p>Se indaga el impacto del pleito y de los golpes en Carlos en sus padres. <i>Se focaliza</i> el apoyo de los padres hacia Carlos a través de una <i>pregunta lineal</i> dirigida a las emociones. (Modelo estructural)</p>
<p>Para el cierre de la sesión el equipo le manda decir: “es duro lo que has vivido en esta pelea, pero al escucharte hablar eres otro, te vemos con una capacidad de reflexionar, de analizar, de conciencia que antes no mostrabas, la tenías dormida. Estás teniendo mucho aprendizaje, además tus padres te están demostrando cuanto te aman cada uno a su manera, tu padre acompañándote y su madre más afectivamente pero sabes que cuentas con los dos”.</p> <p>Se le pregunta ¿hacia donde te empuja este aprendizaje, hacia beber o dejar de beber? ¿cómo es más fácil engancharse en la violencia del otro? Carlos refiere a estar sobrio. Se le expresa que él decide cómo actúa, que ante esto, con el análisis y reflexión que ven en él, decidirá lo que mejor le convenga y en este momento lo más adecuado sería alejarse del alcohol.</p> <p>Finalmente se remarca su capacidad de decisión y se le felicita por el grado de conciencia y madurez que muestra.</p>	<p><i>Mensaje reflexivo</i>, enfatizando en lados fuertes de su propia persona y de su familia. (Modelo de Milán)</p> <p><i>Pregunta reflexiva</i> para toma de postura ante el alcohol.</p> <p>Lados fuertes. (Modelo estructural)</p>

## SESIÓN 13

### Objetivos

- Indagar la postura de Carlos ante el alcohol.
- Indagar si el apoyo de la familia hacia Carlos a ha mantenido.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Carlos comenta que en días pasados se fue con sus compañeros y bebió alcohol, una de sus maestras se dio cuenta de ello y lo sacó de clase. Llegó a consulta antes de su hora reprogramándole su sesión 15 días después.</p> <p>Al llegar, Carlos comenta estar de acuerdo con la acción de la maestra de haberlo sacado de clases y no haber recibido la sesión de terapia en esas condiciones; ante esto se le pregunta ¿cómo vivió ese momento? A lo que refiere que si lo hubieran aceptado, diría “<i>si me aceptaron una vez, dos por qué no</i>”, lo sintió como una lección, además él mismo se cuestiona su comportamiento pues es lo que está trabajando en terapia.</p>	<p>Se indaga en las conductas de Carlos en relación al alcohol.</p> <p><i>Pregunta reflexiva</i> con el fin de facilitar la toma de consciencia de los costos del alcoholismo. (Modelo Milán)</p>
<p>El equipo le manda decir que están viendo un aprendizaje en él y le preguntan ¿qué descubre al vivir esta situación? A esto responde que el hecho de ir tomado le ha generado malestar y rechazo en sus amigos y en la gente que lo rodea, recalándose a sí mismo que no es adecuado estar así (tomado). El equipo y el terapeuta le dicen que confían en los aprendizajes y recursos que tiene y que se han ido fortaleciendo en la terapia, pues se están haciendo cada vez más grandes en su persona.</p>	<p><i>Foco-intensidad</i> para promover la toma de consciencia a través de una pregunta reflexiva.</p> <p>Lados fuertes. (Modelo estructural)</p>

## SESIÓN 14

### Objetivos

- Indagar la postura de Carlos ante el alcohol.
- Evaluación del grado de conciencia de su auto percepción en cuanto a sus recursos y aprendizajes.
- Ampliar los aspectos positivos de Carlos.
- Detección de áreas a trabajar y fortalecer en un futuro.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Después de que Carlos informa sobre su mantenimiento en la toma de postura en relación a alejarse del alcohol y asistir a clases y estudiar, se le pide que enumere los aprendizajes más significativos, manifestando tener más control de sí mismo, ser menos indeciso, se siente más capaz de opinar y decidir sobre lo que quiere hacer, más centrado en lo que quiere, su forma de pensar ha cambiado mucho pues se dio cuenta que tenía una mala imagen de su familia; con respecto a su papá entiende que así es la forma en que demuestra su cariño, ha aprendido a reconocer cuando él (Carlos) no tiene la razón; a pensar más las cosas y a darse cuenta en que las respuestas están en él mismo, refiere que su manera de beber ahora es moderada, está consciente y llega controlado a su casa, antes tomaba cada tercer día y</p>	<p>Conocer qué tanta conciencia tiene Carlos de las acciones que han resaltado sus lados fuertes.</p>



<p>ahora lo hace como cada semana y media. Se le refleja que al hablar de sus aprendizajes lo hizo de manera muy fluida y con seguridad, lo que muestra que son aprendizajes sustentados en el trabajo que él ha hecho, que ha estado asimilando y avanzando paso a paso.</p>	<p><i>Foco-intensidad</i> en sus logros y crecimiento personal.  (Modelo estructural)</p>
<p>Se le pregunta sobre lo importante a realizar por él; refiere el recuperarse en la escuela, ya que ahora siente que tiene la capacidad para hacerlo; seguir trabajando con su forma de beber ya que le traerá muchas cosas buenas, por ejemplo mejorará mucho su autoestima así como la relación con su familia, pues ve que se llevan mejor, que son más tolerantes y están poniendo todo de su parte. Se le plantea ¿qué cosas ya está haciendo que le indican que va por buen camino? Expresando que ha estado pensando cómo organizarse en cuanto a la escuela, sabe que tiene que pensar bien lo que va a hacer para sacar sus materias adelante. El terapeuta lo amina a seguir haciendo lo necesario para cumplir con sus metas.</p>	<p><i>Pregunta reflexiva</i> con el fin de reevaluar la dirección de sus cambios, los recursos que posee para lograrlos y los beneficios que conllevan.  <i>Pregunta presuposicional</i> para facilitar la toma de consciencia de los avances logrados. (Modelo estructural y soluciones)</p>
<p>Mensaje con equipo de reflexión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Carlos sabe reconocer la realidad, las dificultades a las que se puede enfrentar y esto habla que es una persona realista, sabe lo que ha logrado pero también ve las dificultades a las que se enfrentando</i></li> <li>• <i>Esto hace pensar que la vida solamente pone pruebas difíciles y caminos con obstáculos a las personas que tienen fortaleza y capacidad, para salir adelante.</i></li> <li>• <i>En un momento determinado cuando él camine sin nuestra compañía física, él va a ser uso de sus potenciales.</i></li> <li>• <i>Carlos ha tomado muy inteligentemente lo que se ha hecho aquí y se lo va a llevar, nos va a llevar en su mente y nuestras voces van a ir y lo van a acompañar siempre que lo necesite”.</i></li> </ul>	<p>Lados fuertes.  Lados fuertes  Empoderamiento de sus recursos.  Foco-intensidad de empoderamiento (Modelo estructural)</p>

Se llevaron a cabo 14 sesiones de terapia, las cuales se trabajaron con Carlos, sus padres y su hermana Ana, lo que colaboró a un mayor fortalecimiento de los cambios obtenidos. Después de la última sesión se llamó por teléfono a Carlos preguntándole cómo se sentía, a lo que contestó que estaba tranquilo y que la terapeuta y el quipo ya le habían ayudado lo suficiente, ahora a él le toca llevar a la práctica todo lo que ha aprendido en el transcurso de la terapia. Carlos agradeció el apoyo y de igual manera se le agradeció a él por la confianza, la disposición y la oportunidad que le dio al equipo de conocerlo y aprender de él. En este sentido se dio término al proceso terapéutico valorándolo como alta, de acuerdo a cada uno de los cambios obtenidos en Carlos, fortaleciendo sus vínculos familiares de manera positiva y animándolo a ir haciendo cambios en beneficio de su vida.

## Caso 2.

### Personas que asisten a la terapia:

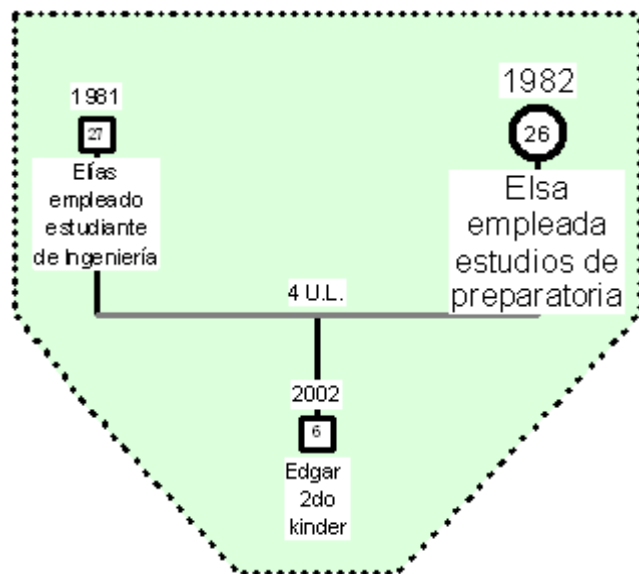
Elsa

### Escenario clínico:

Clínica de Terapia Familiar

FES Iztacala UNAM

### Familiograma



### Motivo de consulta

Depresión, baja autoestima, enojo, no hay dominio de emociones.

### Antecedentes del problema

Elsa comenta que se siente muy “ligada” a su pareja, muy acostumbrada a él y se le dificulta hacer cosas por sí misma, es decir, no hace las cosas sin él. Esto la hace sentir con mucho enojo hacia sí misma. Menciona también que al no controlar sus emociones, habla “muy feo”, “golpeado” y esto le provoca problemas con Elías su pareja. En lo que respecta a su hijo, Elsa siente que lo descuida y que como ella tiende a estar muy irritada le preocupa estar así por él.

Hace un año, ella y Eduardo tomaron Terapia Familiar en esta clínica. Asistieron alrededor de 5 sesiones, dejaron la terapia porque Elías ya no quiso asistir; él dijo que ellos mismos podían resolver sus problemas. Hace 4 meses ambos estuvieron asistiendo a un grupo de AA y NA, Elsa fue a 5 reuniones después de vivir la experiencia del grupo. Lo dejó porque no le gustó y considera que la terapia si la puede ayudar.

### Ciclo vital

Elsa forma parte de una familia con hijos preescolares, no pasó por la fase de formación y consolidación de pareja, pues se une con Elías por el embarazo, traslapando así las fases mencionadas, y dejando inconclusas y/o frustradas sus expectativas individuales, conyugales y familiares.

## **Hipótesis**

Lo que Elsa refiere en el motivo de consulta de sentirse con baja autoestima, deprimida, con enojo y que no domina sus emociones, parecerían que son aspectos muy individuales, sin embargo al escuchar lo que cuenta, se observa una gran conexión de dicho motivo con todo lo que ha estado viviendo, pues siente mucha culpa, principalmente por situaciones que se dieron desde el inicio de la relación con Elías su esposo. Además seguramente lo que ha vivido como mamá y esposa no es lo que ella esperaba, pues entre ella y Elías hay diferencias de opinión en la forma de organizarse y no hay correspondencia en lo que cada uno espera del otro. Elsa decidió asistir sola a la terapia, ya que Elías no apoya esta idea y no lo considera necesario, situación que provoca en ella mucha frustración, lo que conecta con la depresión y el enojo que siente.

Retomando el ciclo vital que está viviendo (familia con hijos preescolares); con respecto a su hijo, hay sentimientos encontrados en Elsa por la manera de cómo tratarlo, pues por un lado se desespera y le llega a pegar y gritar, pero por otro no quiere ser igual de agresiva como ve a Elías cuando corrige al niño. En esta etapa requiere de hacer ajustes y cambios en la organización familiar, lo cual no es fácil y puede estar provocando inestabilidad en la pareja y en la familia.

¿Qué tanto la culpa hace que ella haga cosas para que su esposo le reclame y la trate sin respeto? ¿Será en Elsa la depresión como una manera de “saldar” sus culpas ante lo que pasó en el inicio de la relación con su esposo? ¿La culpa la hacía no pedir/exigir respeto de su esposo? ¿Puede ser la depresión una forma en que Elsa atrae a Elías hacia ella y obtener de él afecto y protección que probablemente no obtuvo antes?

## **Desarrollo terapéutico por sesión**

### **SESIÓN 1**

#### **Objetivos**

- Encuadre de la forma de trabajo

- Crear joining
- Rastreo de información alrededor del motivo de consulta
- Indagar acerca de las relaciones familiares

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>En esta primera sesión se comienza a conocer a Elsa conversando sobre aspectos como su trabajo, actividades diarias de ella y con su familia.</p> <p>Habla de las actividades de su familia, donde Elsa refiere que sus ideas chocan con las de su esposo, cuando platican no están de acuerdo y se enojan. Elsa refiere que platica a su esposo lo que pasan en el día, principalmente sobre su hijo y él se molesta pues espera que ella tome decisiones sobre el hijo.</p> <p>Antes vivían en casa de sus suegros, éstos consentían mucho a su hijo y ella no estaba de acuerdo. Se le pregunta ¿cómo ha sido vivir ya aparte, en casa propia? ¿Qué cosas han cambiado? Manifiesta que realmente no ha cambiado mucho, esperaba hacer sus cosas como mamá y esposa con apoyo de Elías, pero no recibe respuesta, él trabaja y estudia y ella lo trata de justificar pero ve que no pone interés.</p>	<p>Se establece joining intermedio.</p> <p>Se conversa sobre la organización y relación familiar, acuerdos y desacuerdos, verificando que no hay acuerdo en la relación de pareja.</p> <p><i>Pregunta lineal</i> con el fin de indagar la posible existencia de diferencias en los contextos.</p> <p>(Modelo estructural)</p>
<p>Se aborda el tema sobre los acuerdos entre Elsa y su esposo; por ejemplo sobre la educación y trato a su hijo, a lo que refiere que se siente mal ya que ambos le pegan y le gritan y esto la hace sentir mal, entonces ella y Elías están de acuerdo en ya no pegarle. Se marca la importancia de acordar como padres mejorar el trato hacia su hijo. Sin embargo Elsa expresa que la invade una desesperación y le vuelve a pegar.</p>	<p>Se indaga sobre los acuerdos como padres, para ver si en algunas ocasiones podían llegar a acuerdos de contenido.</p> <p>Se reconoce su preocupación acerca de la necesidad de acordar como padres un buen trato a su hijo. Lados fuertes</p> <p>(Modelo estructural)</p>
<p>Se retoma la información sobre el motivo de consulta: su depresión, su baja autoestima y enojo, así como su preocupación en el trato con el hijo, las diferencias con Elías, preguntándole: ¿qué de todo esto te llevó a tomar la decisión de solicitar la terapia de nuevo? ¿Lo comentaste con Elías?, ¿qué dice él? ¿Cómo es que estás aquí? Elsa al respecto habla de las confusiones que sucedieron cuando iniciaba la relación con su pareja Elías, ya que no habló con claridad sobre aspectos importantes que le pasaron y eso la hacía sentirse muy “tonta”. Al hablar de esto Elsa llora y la terapeuta le manifiesta que “muchas veces las personas no nos explicamos el porqué de cosas que hacemos, que parecen no tener sentido y los demás las ven como ilógicas, y estas situaciones nos hacen estar inestables”.</p>	<p><i>Pregunta lineal</i> con el fin de priorizar lo más relevante en el momento actual, emergiendo en su respuesta el tema de la culpa, lo que valida la hipótesis referente a la depresión.</p> <p>Se <i>normaliza</i> la situación que vive Elsa para bajar su angustia y ansiedad.</p>
<p>Se cierra la sesión expresándole agradecimiento ante las cosas tan importantes que ha compartido sobre su vida y lo difícil que ha de ser sentirse confundida y con tantas situaciones sin tener claridad. Se le aclara que tal vez ella quiera buscar y encontrar las causas de su confusión, sin embargo lo que en terapia se puede hacer es ayudarte a ir aclarando y reorganizando de una manera diferente lo que ha vivido. Como tarea se le pide que piense en ¿Cómo se</p>	<p>Se <i>valida su postura</i> para fortalecer la alianza terapéutica.</p> <p>Se <i>reencuadra la función de la terapia</i>, aclarando el encuadre terapéutico.</p> <p>Tarea para conocer sus expectativas a nivel</p>

Imaginaba que iba a ser su vida ahora, como mujer, mamá y esposa? ¿Qué expectativas tenía sobre esto?	personal, conyugal y como madre, para ver el nivel de logro y/o frustración de acuerdo a lo que ella esperaba, y el nivel de idealismo. (Modelo estructural)
---	---

## SESIÓN 2

### Objetivos

- Fortalecer a Elsa su decisión de solicitar la terapia y su deseo de cambiar y estar bien.
- Conocer las expectativas de la terapia en Elsa.
- Trabajar con los sentimientos que le provoca la confusión que esta viviendo en relación a su pareja, al ser madre, al vivir independiente de los suegros, etc
- Conocer cuáles son las expectativas que Elsa tenía en cuanto a su persona, como madre y esposa, y ver que tanto estas difieren de la realidad.
- Seguir indagando en la relación de pareja (interacciones) así como en la relación familiar.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
Se inicia preguntando a Elsa ¿Cómo le fue en los días anteriores? a lo cual contesta que ha tenido “altas y bajas”, le preocupa como hacerle para ser diferente y piensa que la terapia le va a ayudar. El terapeuta reafirma su decisión de asistir a terapia, de buscar un apoyo profesional.	Se indaga cómo se sintió durante los días anteriores.  <i>Lados fuertes.</i> (Modelo estructural)
Se retoma ¿Qué fue lo que la llevó a tomar la decisión en este momento de tu vida de iniciar la terapia? ¿Pasó algo que te hiciera venir? Y ¿Con quien lo comentaste?; Elsa responde que desde hace tiempo tenía la idea pero no lo había hecho, que el sentirse “como una x o un cero a la izquierda” la hizo decidirse, se siente insegura y con problemas de carácter. Refiere tener muchas discusiones y peleas con él, que se reconcilian pero al poco tiempo ambos vuelven a sus actitudes anteriores. Se le reconocen a Elsa que haya decidido darse la oportunidad de tomar la terapia, de darse un espacio para ella aún a pesar de la opinión de su esposo. Además se le pregunta ¿qué es lo que espera de la terapia y del terapeuta? Manifestó que espera orientación y apoyo, que le ayuden a dar respuesta a sus preguntas. Se le marca que en la terapia se le va a acompañar, se le ayudará a aclarar y organizar de una manera diferente su vida, sin embargo no se buscarán las causas de lo que ha pasado.	Se busca la verificación del motivo prioritario actual que la impulsaron a tomar la decisión de asistir a terapia.  Se empodera su decisión de asistir a terapia focalizando que es importante que se preocupe por su bienestar emocional. Se abordan las expectativas sobre la terapia, con el fin de aclarar la relación terapéutica. (Modelo estructural)
Se le pregunta ¿Con quién comparte lo que pasa? ¿A quién le platica cómo se siente? ¿De quién recibe apoyo? Elsa refiere que con su familia no puede acercarse porque son de un carácter muy explosivo y que en vez de ayudarla la hacen sentir peor; su hermana le dice que se porte igual que Elías, que sea dura, le dicen palabras que descalifican su persona y ello la hace sentirse muy mal. Se le expresa que hay formas diferentes de ver las cosas, que su familia, su hermana, su	Se indaga sobre las redes de apoyo que tiene.  <i>Cuestionamiento y reencuadre de su realidad.</i> Y

<p>mamá y su esposo ven desde la lógica y no ponen atención en lo que ella siente, les importa más lo racional que la parte sensible que ella si expresa, validando la dificultad de estar en su situación.</p> <p>Se le devuelve que al oír su discurso, se observa que la mayor parte del tiempo escucha las voces de los demás, de su familia y de su esposo y que ahora es importante que se empiece a escuchar a ella, que ahora es tiempo de darse la oportunidad pues su voz es muy valiosa.</p>	<p>se trabaja con <i>lados fuertes</i> al validar y reconocer sus cualidades.</p> <p><i>Foco</i> en que se escuche a sí misma. (Modelo estructural)</p>
<p>Conversando sobre sus expectativas, en lo personal se imaginó estudiar una carrera (derecho), trabajar, tener una pareja estable, convivir, pasear y después casarse y que su pareja la apoyara en casa y disfrutar “como en la tele”; como mamá disfrutar a su hijo, pues refiere que su embarazo lo vivió con mucho dolor. Elsa se siente sin salida y al recordar lo que vivió es como si lo volviera a vivir lo que le produce coraje por todos los errores que tuvo.</p> <p>Se le hace ver la importancia de su presente y futuro, pero también del pasado, del cual se puede aprender y tomar las cosas positivas y negativas para utilizarlas y aplicarlas ahora en el presente, no se puede borrar el pasado pero nos sirve para vivir de manera diferente ahora y en el futuro.</p>	<p><i>Foco-intensidad</i> en que del pasado se aprende de las cosas positivas y negativas para vivir el presente y el futuro. (Modelo estructural)</p>

### SESIÓN 3

#### Objetivos

- Fortalecer su sensibilidad: lados fuertes
- Hacer énfasis en que escuche su propia voz
- Seguir reforzando la idea de que: del pasado se pueden extraer aprendizajes en beneficio de su presente y futuro.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Elsa inicia esta sesión expresando que el pasado ya es pasado y que tomará las experiencias malas para no cometer los mismos errores e ir cambiando actitudes; ante esto se le marca que también su pasado tiene cosas buenas de las cuales puede aprender y sacar provecho ahora. El equipo le dice que están observando que está hablando en pasado y que la ven con más claridad, dándose cuenta que puede retomar las cosas que ya pasaron para mejorar lo que está viviendo ahora, Elsa afirma estar de acuerdo con ello.</p>	<p>Se hace <i>foco-intensidad</i> en los aprendizajes del pasado y utilizarlos en beneficio de su presente y futuro.</p> <p><i>Se le reconoce el cambio</i> de actitud que está mostrando. (Modelo estructural)</p>
<p>Refiere que ha pensado en que necesita actuar para solucionar sus los problemas, devolviéndole que ha empezado a escucharse a sí misma; se le felicita y lo afirma. Comenta que ahora está teniendo muy en cuenta el respeto que ella y su hijo merecen de su esposo, siente que él ahora está a la defensiva. Se le pregunta ¿qué estará viendo él en ella ahora? Elsa refiere que a él no le agrada que ella tenga iniciativa, que opine y tome decisiones.</p>	<p><i>Foco</i> en que está empezando a escucharse a sí misma.</p> <p><i>Pregunta circular</i> para conocer de qué manera el cambio de actitud de Elsa está afectando a Elías.</p>
<p>Ante este cambio que ha iniciado Elsa manifiesta sentirse con menos carga, más ligera, pues es como un costal que traía en la espalda y al escuchar esta frase de “cargar un costal en</p>	<p>Se indaga en los cambios que ha sentido E en su persona.</p>

<p>la espalda” se trabaja con ella utilizando una mochila llena de libros que se puso enfrente a ella pidiéndole que fuera sacando libro por libro y le pusiera el nombre de lo que ha estado cargando; Elsa mencionó: culpa, dolor, inseguridad, su pasado y egoísmo.</p> <p>Se le reconoce la claridad que tiene sobre lo que ha estado cargando y que ya inició el camino de ir sacando algunas de estas cargas a su propio ritmo y en la medida en que se vaya quedando vacío su costal hay que ir pensando de qué cosas lo va a llenar. Entonces se le pidió que pensara ¿de qué cosas desea llenar su costal cuando quede vacío de sus cargas?</p>	<p>Se hace uso de la <i>metáfora</i> que ella proporciona, para que detecte cada uno de los obstáculos que le impiden vivir libremente.</p> <p>Se deja tarea con el objeto de que descubra el reemplazo de los obstáculos por recursos personales.</p>
--	--

## SESIÓN 4

### Objetivos

- Revisar la tarea para conocer en qué cosas positivas pensó y que desea cargar ahora en su costal.
- Retomar estas cosas positivas y hacer que Elsa piense en cómo ellas le pueden ayudar a mejorar su presente y futuro.
- Marcar y ampliar los cambios nuevos que esté logrando.
- Seguir trabajando con las diferentes voces que hay en Elsa para que ella se de cuenta de cómo dichas voces influyen en su vida.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Elsa comparte que tuvo una discusión con Elías en donde ella no estuvo de acuerdo con la actitud irrespetuosa de él hacia ella; ante esto se le reconoce que exprese y defienda su necesidad, además el equipo refiere que: “creen que Elías está viendo a una Elsa diferente, lo que lleva a Elías a sentir incertidumbre porque sus reacciones no son las de antes y así como él, otras personas también estarán viendo cosas diferentes en ella”. Y se le felicita por empezar a hablar con Elías sobre lo que no le agrada y la hace sentir mal.</p>	<p>Se hace evidente que Elsa está marcando límites ( <i>f r o n t e r a s</i> , complementariedad) con Elías y se enfatiza en que está escuchando su voz al estar pensando en ella, en sus necesidades lo que le abre posibilidades de expresarse. (Modelo estructural)</p>
<p>Retomando la tarea sobre las cosas que Elsa desea meter a su “costal” en la medida que se vaya vaciando de la carga, ella eligió tener confianza en ella misma, paciencia y tolerancia para con su hijo, seguridad en lo que hace, compromiso para hacer las cosas que se propone y estabilidad en su carácter.</p>	<p>Lados fuertes (Modelo estructural)</p>
<p>Elsa comenta que ha estado pendiente de su manera de tratar a su hijo, que piensa y se contiene para no pegarle. Se valora que piense antes de actuar y recapacite su reacción ante su hijo, lo que da muestra de la consciencia de sus actos y de la búsqueda de otras formas de disciplinarlo.</p>	<p>Se marcan los cambios en la relación madre-hijo. (Terapia breve centrada en soluciones)</p>
<p>Se felicita a Elsa por su firme decisión de hacer cosas diferentes para su bienestar y el de su hijo, realmente está haciendo un gran esfuerzo. Se le manifiesta que no es fácil, pues en el camino habrá obstáculos y llevará su tiempo, pero ya no hay regreso, ella sabrá donde detenerse y darse un</p>	<p>Se trabaja con lados fuertes, se marcan los principales cambios, y se normaliza el proceso de cambio. (Modelo estructural)</p>

descanso, que es muy válido. Se le da la instrucción de hacer un ritual sobre el costal, donde simbólicamente dejara ir lo que ha llevado cargando en ese costal que sólo la perjudica y ahora lo llenara de lo que desea cargar, de las cosas positivas que ya mencionó.	Ritual tipo Milán.
--	--------------------

## SESIÓN 5

### Objetivos

- Revisar cómo le fue con el ritual (costalito) que se le prescribió para conocer:
  - Lo que pasó en ella, si ha habido más cambios positivos y en qué sentido.
  - Quién se ha dado cuenta de esas diferencias y cómo ha reaccionado.
  - Saber qué nuevas inquietudes han surgido a partir de este ritual.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
Sobre el ritual Elsa menciona que al quemar los papelititos que representaban lo que venía cargando se sintió tranquila pero también se sintió sin fuerza por varios días y al hacer el costalito y representar lo que ahora desea que tenga sintió mucha alegría. Ante esto se le expresa que el estar dejando salir toda esa carga es un proceso que tiene que pasar para volver a tomar nueva fuerza y poco a poco reforzarse cada vez más.	Se normaliza el proceso de cambio. (Terapia Breve centrada en soluciones)
Se enumeran cada uno de los cambios que Elsa ha estado realizando en su persona como: haciendo valer su voz, expresando su sentir y necesidades, reconociendo lo que no ha hecho bien, pensar antes de actuar, darse espacio para ella, etc. motivándola a buscar más recursos en su persona para enfrentar las situaciones difíciles que se presenten. A esto responde Elsa que poco a poco a estado cambiando en su forma de enfrentar las situaciones difíciles con su pareja (han llegado a acuerdos y tienen nuevos planes juntos) y sabe que es un proceso que es poco a poco.	Se marcan los cambios y se fortalecen sus recursos personales. (Terapia Breve centrada en soluciones)
Indagando sobre los momentos en que hay acuerdos y armonía con su familia y con Elías, Elsa responde que cuando han tenido logros como su casa propia y los arreglos que le van haciendo es muy emotivo compartirlo con Elías, que ahora platican y se ponen de acuerdo en la educación de su hijo, reconociéndole que en realidad hay muchas cosas buenas que se están dando en su familia y con Elías, que no es fácil llegar a acuerdos y dialogar sobre las cosas que ameritan hacerlo y por ello se le felicita. El equipo pregunta ¿cómo se siente y qué cosas descubre de ella al ver todos estos cambios y avances positivos en su familia? Elsa manifiesta que si se puede cambiar, si se puede ser diferente para mejorar y estar bien, que ha logrado tener más paciencia más seguridad y se enfatiza que en efecto su paciencia y seguridad han crecido y ella es cada día más fuerte.	Se exploran los acuerdos a los que ha llegado con su esposo, reconociendo y valorando los logros al respecto.  Pregunta reflexiva, para que Elsa se de cuenta de los recursos que tiene para salir a delante y lograr los avances mencionados. Lados fuertes. (Modelo estructural y Terapia Breve centrada en soluciones)



## SESIÓN 6

### Objetivos

- Se reafirma la toma de decisiones en Elsa, marcando cada uno de los cambios y logros que ha tenido en el transcurso de la terapia.
- Conocer cuál es su percepción del desarrollo terapéutico y en qué la ayudó.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Elsa habla de la oportunidad que se le está dando en el trabajo de tener talleres de desarrollo personal y cursos de ingles situación que la tienen más saturada de tiempo; además se siente muy segura porque sabe que puede hacer las cosas y las hace lo mejor que puede, entonces decidió dejar la terapia y realizar sus demás actividades ya que así lo desea hacer para ella. El terapeuta le refleja la seguridad ahora en la manera de tomar decisiones con firmeza e cuanto a lo que quiere para ella.</p>	<p>Se trabaja con lados fuertes, así como se refuerza y valida su toma de decisiones. (Modelo estructural)</p>
<p>Se le pregunta ¿qué de la terapia le ayudó?: Elsa refiere el que se le escuchara, que se le dieran las opciones para reorganizar si vida, sentirse apoyada, que le brindaran palabras de apoyo.</p> <p>Se le pregunta ¿qué de lo que se hizo le gustó y qué no le gustó?: manifiesta que le gustó mucho la actividad del ritual, para dejar atrás lo malo y retomar las cosas buenas. No hay cosas que no le sirvieron. Expresa que hay que rescatar lo bueno, que no todo lo pasado es malo. Se le refleja que ella pudo girar en esa forma de pensar y rescatar lo bueno de su pasado pues es su historia y ha decido aprender de ella para vivir su presente y futuro. Se le felicita y reconoce este gran cambio de actitud.</p> <p>Se le pide a Elsa ¿que le sugiere a otras mujeres y personas que pasan por situaciones similares a las de ella para que puedan salir adelante?: responde “que se escuchen ellas mismas, a su voz interior y de ahí partir, hay que trabajar las emociones que no dejan que estemos bien, darle importancia más a lo positivo que a lo negativo y hacer lo que nos gusta, esto nos va a ayudar a estar tranquilos”.</p> <p>Se le hace la pregunta de escala para evaluar su sentir, donde 0 es muy mal y 10 es excelente: E refiere que recién llegó estaba en un 3 y hasta la última sesión se evalúa en un 8. Ante esto se reconoce que hay un gran trabajo realizado ya que ha avanzado 5 puntos en la escala, ella refiere que desea llegar al 10 y considera que tiene que seguir trabajando la paciencia y tolerancia ante el estrés así como el trato con su hijo.</p> <p>Comenta que ha llegado a una estabilidad en su trabajo, a una estabilidad con su pareja, donde ella ha tomado decisiones de expresar su pensar, de que su voz vale y ahora buscan un intermedio buscando alternativas donde lo que cada uno opina y necesita es importante, deciden ambos y hay interés mutuo. Se le pregunta ¿cómo se da cuenta de ello? Refiere que se da cuenta ya que Elías se lo demuestra verbalmente y en su actitud; él expresa gran gusto que ella esté creciendo, que esté más segura y decidida. Se le</p>	<p>Preguntas de evaluación a la eficacia del trabajo terapéutico.</p> <p>Pregunta presuposicional para activar los recursos de Elsa.</p> <p>Pregunta de escala para identificar avances y atribuir la responsabilidad por los cambios conseguidos.</p> <p>Se abordan los logros como resultado de los cambios realizados por Elsa.</p> <p>Pregunta para indagar cómo se da cuenta de los cambios en la relación con su pareja.</p>

<p>comenta que esto es resultado de los cambios que ella ha hecho en sí misma y que él ha visto. Si le preguntáramos a Elías ¿cómo está viendo a Elsa ahora, qué diría? Responde Elsa que su esposo está muy orgulloso de ella, que se ha dado cuenta que vale mucho como pareja y persona y admira los cambios que ha hecho para mejorar como pareja, como madre y como persona.</p>	<p>Pregunta para ampliar los cambios logrados por Elsa.  (Terapia centrada en soluciones)</p>
<p>Para cerrar se le manifiesta que es muy grato escucharla hablar de cada uno de los cambios y avances que ella ha realizado en su persona, que el espacio de la terapia es para que las personas descubran posibilidades para mejorar sus vidas y Elsa es una de ellas, quien ha aprovechado al máximo las experiencias de crecimiento tanto en la terapia como en otros espacios; se le felicita por los cambios tan evidentes que ha logrado motivándola a seguir con la toma firme de decisiones, escuchando su propia voz y reflexionando en su actuar con los demás. Finalmente se le agradece por lo que ella aporta al terapeuta y al equipo en el trabajo terapéutico, Elsa también agradece todo el apoyo, por estar escuchando y analizando así como dándole palabras de aliento y orientación; así mismo se le reconoce la decisión y valentía de buscar ayuda y salir adelante.</p>	<p>Se le reconoce y hace foco e intensidad en los cambios que ha logrado.  Se le motiva a seguir trabajando en los cambios que ha logrado. Se le agradece por parte del terapeuta y del equipo la oportunidad de trabajar con ella así como de acompañarla en su proceso terapéutico. (Modelo estructural y soluciones)</p>

El presente proceso terapéutico tuvo un total de 6 sesiones, utilizando como eje de intervención el Modelo Estructural, y haciendo uso de técnicas del Modelo de Terapia Breve centrada en Soluciones. Se concluyó la terapia dando de alta a Elsa, valorando los importantes cambios positivos y avances en su vida, así como por las necesidades laborales y de crecimiento personal que se le han presentado.

### Caso 3.

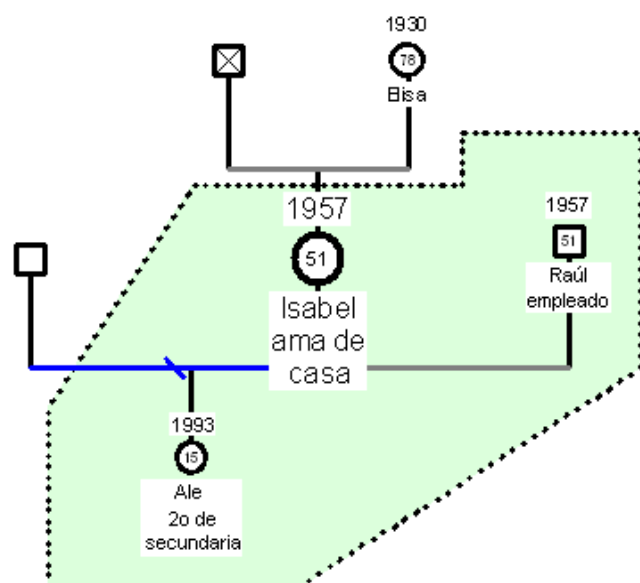
#### Personas que asistieron la terapia:

Isabel

#### Escenario Clínico:

Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE

Familiograma



### **Motivo de consulta**

La señora Isabel solicita el apoyo terapéutico ya que dice tener problemas con su carácter, desde hace tiempo ha estado muy ansiosa, deprimida, se enoja mucho. Refiere que esto inició cuando ella se dio cuenta de que ya “es grande de edad y que no hizo lo que quiso haber hecho”; comenta que se siente así desde que nació su hija. También ha estado teniendo problemas con su hija Ale, ya que es rebelde, desobediente y no hace caso a lo que ella le ordena.

### **Antecedentes del problema**

Isabel es la única de cuatro hermanos que cuida a su mamá de 76 años de edad que padece de Alzheimer y vive en el edificio que está frente a su casa. Expresa que el hecho de hacerse cargo de su mamá, algunos problemas con su pareja, su climaterio y la adolescencia de su hija, la están “desquiciando”. Refiere que ella es de carácter fuerte pero poco tolerante y con su hija tiene muchos problemas pues Ale está rebelde e Isabel desea poder demostrarle afecto y entenderse mutuamente; no desea causarle más daño para que no se frustre como ella. Piensa que no debió haber nacido porque todo en la vida le ha salido mal y fue egoísta al querer tener una hija a quien no le podía dar un buen porvenir.

Isabel refiere que su mamá fue muy dura con ella desde niña, no fue afectuosa por lo que ella tampoco puede darle afecto a su hija. Siente mucho coraje y resentimiento hacia su madre, por lo que también le es difícil ser tolerante con ella. En una ocasión inició un proceso de terapia psicológica el cual duró un mes y medio, ya que lo tuvo que suspender porque cambió de trabajo y no tenía tiempo; menciona que la terapia le ayudó a sentirse mejor. En ese entonces trabajaba en un taller mecánico como secretaria, se cambió a un restaurante pero también lo dejó debido a que se fracturó un pie y desde hace medio año no trabaja. Raúl su pareja se hace cargo de los gastos del hogar.

## Ciclo vital

Isabel es una mujer adulta, que forma parte de una familia con hija adolescente y a cargo de su madre con enfermedad crónica. Isabel se encuentra enfrentando cuestionamientos propios de lo que ha logrado en su vida, con una hija adolescente que la confronta con una generación diferente a su manera de pensar, y con la responsabilidad del cuidado de su madre, una persona de la tercera edad con principios de Alzheimer. Como redes de apoyo, Isabel tiene a su hija Ale, a la cual considera el motivo de su vida, y la clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, que es otro apoyo importante, ya que recibe atención médica y psicológica.

## Hipótesis

Es probable que tenga dificultades al aceptar la etapa de vida que está viviendo, ya que no está conforme con lo que ha hecho a lo largo de su vida y siente que no ha logrado ser útil, sentimiento que es reforzado por sus familiares en especial su mamá y su pareja. Aunado a esto, la adolescencia de su hija le recuerda lo que ella no tuvo la oportunidad de vivir ya que su madre fue muy limitante con ella y esto hace que esté en conflicto con Ale. Puede ser que Isabel se ponga en la posición de víctima para poder tener a quién culpar de su situación de frustración, lo que le coloca en una posición más insuficiente con Ale y esto a su vez le refuerza el sentimiento de no hacer bien las cosas.

## Desarrollo terapéutico por sesión

### SESIÓN 1

#### Objetivos

- Hacer el encuadre terapéutico
- Generar joining con el paciente y/o familia
- Conocer el motivo de consulta
- Rastrear relaciones familiares

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
Se rastreó el problema que estaba experimentando y que le causaba gran malestar, pues se encuentra sobrecargada, ya que cuida a su mamá que tiene Alzheimer, tiene problemas con su pareja y conflictos con Ale su hija adolescente. El	Se generó joining intermedio así como se indagó información sobre el motivo de consulta.

<p>terapeuta le valida el apoyo y cuidado que tiene para con su madre, sin embargo Isabel dice que su carácter es “muy feo”, que todos le dicen que tienen miedo de hablar con ella porque siempre está de malas y por esto considera que no cuida bien a su mamá, y ella está de acuerdo con lo anterior.</p>	<p>Se valida su situación. (Terapia breve centrada en soluciones)</p>
<p>Isabel refiere que aunque esté sobrecargada de cosas, ella debería de hacerlo todo bien y su familia piensa que no da el ancho, se siente inútil y que no puede resolver sus problemas, además a veces a sentido que “quiere desaparecer”. El terapeuta le refleja que se siente muy preocupada y presionada por darle lo mejor a su hija, por la enfermedad de su madre y por la exigencia de su pareja, y le pregunta ¿qué de todo esto pondría como prioridad para trabajar en la terapia? Isabel manifiesta que tiene que empezar por ella misma, porque siente que si ella no está bien no va a poder solucionar sus problemas. El terapeuta dice que le parece una muy buena decisión, ya que ella siempre está viendo por los demás y no pone atención a sí misma, ella llora y expresa que se ha hecho mucho daño.</p>	<p>Se validan los sentimientos alrededor del motivo de consulta.</p> <p>Se exploran las prioridades de Isabel.</p> <p>Se fortalece su decisión de ver por ella misma.</p> <p>(Terapia Breve centrada es soluciones)</p>
<p>Se le pregunta ¿qué sentimientos son los que experimenta más y que está batallando con ellos? Responde que siente coraje con ella, decepción hacia su hija Ale porque ha cambiado mucho, se porta mal en la escuela y ha bajado en calificaciones, con su pareja por su cambio de actitud, ella siempre trata de darles lo que necesitan.</p> <p>Relata que desde niña estaba muy resentida con su mamá, aun cuando se embarazó, pensó tener un aliciente con ella y recuerda le dijo “por qué te embarazaste, si ni a casa llegas” entonces se bloqueo con esas palabras y ya nada le salió bien todo se le dificultó, se sintió tonta, vieja, inútil. Ahora que su mamá ya está grande quiere tenerle paciencia para cuidarla.</p>	<p>Se exploran los sentimientos que experimenta y que le provocan malestar. (Terapia narrativa)</p>
<p>Se le pregunta ¿de donde saca fuerzas para vivir y buscar una solución? Responde que por su hija Ale, que tiene que corresponder porque él le pidió una hija y tiene que sacarla adelante. Isabel comenta que lo que estaría dispuesta a hacer es bajar de peso, y tratar de ser positiva, pero el círculo es negativo y rápido le bajan las ganas. Se le pregunta que cuáles son las cosas buenas que ha hecho en su vida, pero refiere que siente que no ha hecho nada bueno.</p> <p>Se le pregunta ¿cómo son esos pensamientos que la atrapan y no la dejan? Comenta que esos pensamientos son negativos, que le dicen que ella no puede hacer bien las cosas, que es una tonta e inútil, califica a dichos pensamientos como negativos y la hacen sentir desesperación y la deprimen.</p>	<p>Se indaga la o las motivaciones de Isabel para salir adelante.</p> <p>Se indaga sobre la naturaleza de los pensamientos que provocan su malestar.</p> <p>(Terapia narrativa)</p>
<p>El equipo le manda decir que está conmovido por todo lo que ha vivido, porque lleva la mayor parte de su vida cargando con esos pensamientos que vienen de afuera. Se le felicita por la decisión que ha tomado de empezar a trabajar en su persona. Se le manifestó el apoyo y acompañamiento para luchar contra su enemigo (los pensamientos negativos) y que ella es la principal para poder ganar la batalla, la cual no será</p>	<p>Se utiliza postura del cliente.</p> <p>Se reconoce la decisión de asistir a terapia para trabajar su persona.</p> <p>(Terapia Breve centrada en</p>

nada fácil pero con su esfuerzo y disposición lo podemos lograr. Se le pide de tarea que dibuje o escriba sobre el enemigo que la atrapa; que marque la forma, el tamaño, el color, para conocerlo bien.	soluciones)  Se deja tarea para conocer al enemigo de Yolanda. (Terapia narrativa)
---	---

## SESIÓN 2

### Objetivos

- Revisar la tarea sobre los pensamientos que la atrapan.
- Conocer cómo son dichos pensamientos para Isabel, como los percibe.
- Externalizar el problema.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
Se indaga cómo le fue a Isabel el tiempo que no la vimos, refiriendo que hubo una pequeña mejoría aunque el ambiente no le ayuda. Indagando en la mejoría, comenta que su hija ha empezado a hacer cosas, a ayudar en los quehaceres de la casa y se le pregunta ¿Qué cambios o cosas diferentes vio Ale en Isabel para ayudar en la casa? A lo que responde que ella le dice “que bueno, que te cuesta, es tu obligación ayudar”. Se le sugiere que sería mejor sólo felicitarla y no decirle todo el sermón y funcionará mejor.	Se indagan cambios, se marcan y se amplían. (Terapia breve centrada en soluciones)
Se retoma la tarea que se le dejó la sesión pasada, preguntándole si la recuerda, ella contesta afirmativamente, saca una hoja y la muestra al equipo (es el dibujo sobre el enemigo: en el centro está ella y alrededor escribe los pensamientos negativos) y empieza a leerlo: “me siento tonta, miedosa, furiosa, tengo enojo, angustia desesperación, coraje, cansancio, mucha gula, decepción, ansiedad, desesperación, frustración, soy incapaz, mal pensada, impotencia, inútil, todo me duele, estoy gorda, vieja, (mientras lee llora). La supervisora entra a la sesión y le dice que ese enemigo es muy tramposo y la ha hecho creer que es ella (Isabel) el mismo enemigo, le comenta que le da gusto que el tamaño de ese enemigo es mucho más pequeño que ella.	Se hace externalización del problema. (Terapia narrativa)
Se indaga sobre el talón de Aquiles tanto del enemigo así como de Isabel; el de ella refiere que es el corazón. Se le comenta que hay que conocer cuál es talón de Aquiles del enemigo para poder vencerlo, Isabel escucha atentamente.	Externalización del problema. (Terapia narrativa)
Se pide a Isabel que identifique ¿en qué momentos de las semanas anteriores o de su vida le ha ganado al enemigo?, ella dice que no le gana, se le repite la pregunta y se queda en silencio por unos segundos y comenta: que ha estado asistiendo a una pláticas para padres en la escuela de su hija y eso la ha hecho sentirse muy bien, aunque convive poco con la gente le ha gustado convivir con papás de compañeros de su hija. Se le pide de tarea que escriba en una hoja lo que el enemigo le hace sentir así como los momentos cuando ella le gana al enemigo e identificar lo que le ayuda a ganarle (aliados de Isabel). Se valida el que haya tomado la decisión de ir a las pláticas	Preguntas de influencia relativa al problema. (Terapia narrativa)  Se validan acciones y

de padres.	decisiones de Isabel.
En el cierre de la sesión, el equipo le manda decir que está muy asombrado, porque a pesar de que ha estado atrapada durante mucho tiempo por ese enemigo, ha hecho un buen trabajo en identificarlo y tener claridad para poder luchar contra él. Sin embargo tiene que tener mucho cuidado para que durante las próximas semanas el enemigo no la atrape. La terapeuta por su parte expresa que tiene suficiente claridad y que va entablar una lucha muy fuerte para vencerlo.	Se reconoce el trabajo de reflexión y se previene una recaída. (Terapia breve centrada en soluciones)

### SESIÓN 3

#### Objetivos

- Revisar la tarea sobre los aliados identificados, para conocerlos y así hacer uso de ellos para combatir y luchar contra el enemigo.
- Seguir externalizando el problema.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
Isabel refiere que después de la sesión pasada el enemigo la acompañó, solo fueron unos momentos los que estuvo sin él pero volvió a sentirlo presente al entrar en la rutina diaria; la terapeuta le dice que era de esperarse ya que ese enemigo la ha acompañado por mucho tiempo. Sin embargo ella misma enseguida dice que no totalmente pues se ha sentido menos presionada y más tranquila y se le pregunta ¿cómo le hizo? A lo que refiere: “echando un poco de flojera para todo, no quise darle tanta importancia a lo que se me presentó, traté de tomar las cosas más tranquila, pero de todos modos sigo igual como antes”.	Se normaliza la situación difícil de empezar a desprenderse del enemigo  Se trabaja con las excepciones al problema; indagando en lo que hizo para liberarse del enemigo. (Terapia Breve centrada en soluciones)
Se pide a Isabel que evalúe a través de una escala, cómo llegó a la sesión anterior y cómo se encuentra en esta sesión; la escala está conformada de 1 al 10, donde 1 es sentirse muy mal y 10 significa estar excelente. Expresa que en la sesión pasada llegó en un 4 y que ahora está en un 6, ante lo cual se le comenta que la calificación aumento 2 puntos, lo que indica que hay mejoría. Indagando en qué hizo para subir en la escala se le pregunta ¿qué cosas hizo diferente? Contestando: trató de comunicarse mejor con su familia, en especial con su hija y su pareja. Dice que quizá si la han entendido, pues ha visto cambios en Ale (le ayuda más en los quehaceres de la casa y se han acercado afectivamente) y en su pareja ya que ella ha hablado con él expresándole lo que piensa de manera firme y directa. El terapeuta marca y reconoce cada una de estas acciones.	Pregunta de escala para evaluar cómo se siente en cuanto al motivo de consulta.  Buscando las excepciones al problema. Y se marcan los cambios realizados.  (Terapia Breve centrada en soluciones)
Se aborda la tarea sobre identificar los aliados que contrarrestan al enemigo. Isabel dice que sus aliados son: “asistir a mi terapia, ir al curso de la escuela de mi hija, investigar de lo que no sé, sentirme bien de lo que he aprendido en mi vida, organizarse para hacer las cosas, relajarse y hacer respiraciones profundas”. El terapeuta felicitó a Isabel por la firmeza que ha tenido con Ale y por el manejo de la relación con el padre de su hija en	Se identifican los aliados de Isabel para luchar contra el enemigo. (Terapia Narrativa)  Se reconocen los cambios.

<p>beneficio de su bienestar, por estas acciones se le reconoció como una muy buena madre.</p> <p>Comenta que se dió el tiempo y el permiso de salir a pesar, refiere que no sabía cómo hacerle ya que siempre está en la casa y atiende a la hora de la comida pero dejó la comida lista y se fue. Expresa que fue algo difícil porque se siente con la obligación de hacer todo a todos. El terapeuta le dice que estuvo muy bien lo que hizo, que encontró la manera de darse ese tiempo independientemente de lo que digan los demás y que está viendo que hay alternativas para hacer cosas para ella.</p>	<p>Se marcan los cambios. (Terapia Breve centrada en soluciones)</p>
<p>En el cierre se felicita a Isabel por los cambios que ha realizado en estas semanas.</p> <p>Se pide que de acuerdo a los aliados que ella mencionó, ahora identifique cómo y en qué momento los ha usado para que no la atrape el enemigo.</p>	<p>Se reconocen los cambios. (Terapia Breve centrada en soluciones)</p> <p><b>A c o n t e c i m i e n t o s</b> extraordinarios. (Terapia Narrativa)</p>

#### SESIÓN 4

##### Objetivos

- Ver cómo ha estado en el transcurso de la última sesión a ahora.
- Revisar la tarea para ver como ha estado utilizando los aliados identificados para combatir y luchar con el enemigo.
- Marcar los cambios y ampliarlos.
- Empoderarla (atribuir el control).

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Al llegar Isabel a la sesión se le observan cambios en su arreglo personal, se pintó el cabello y se ve mejor físicamente, lo cuál se re hace notar al enfatizar y reconocer dichos cambios.</p> <p>Se rastrea lo que pasó desde la última sesión; Isabel dice que se siente mucho mejor, aunque el enemigo llega y la atrapa pero ahora ya se da cuenta y trata de controlarlo (tuvo un pleito con Ale, le pegó pero Isabel inmediatamente le pidió disculpas y habló con ella expresándole su sentir).</p> <p>Refiere que antes no le gustaba estar y convivir con personas, que se sentía sucia y que no merecía estar en ningún lado, ahora ya no tiene ese sentimiento y le gusta y puede estar con más gente, dice que “todos somos iguales”.</p>	<p>Se reconocen cambios.</p> <p>Se le atribuye el control sobre los cambios. (Terapia Breve centrada en soluciones)</p>
<p>Isabel hace mención a la tarea que se le dejó la sesión anterior (chechar cuando la atrapa el enemigo y cuando y cómo ella lo ha controlado); refiere que cuando Ale no hace sus deberes se empieza a enojar y la maltrata, ahora ya comienza a controlar estos sentimientos, se relaja y tranquiliza, habla directamente con ella y se ha acercado a acariciarla y besarla (esto último no lo podía hacer, le costaba mucho trabajo). El terapeuta hace énfasis en estos cambios y le felicita.</p> <p>Con respecto a la relación de pareja, dice que ha desarrollado más tolerancia para con él, ahora en vez de enojarse lo trata de entender y comprender; ha identificado en él que también</p>	<p>Se trabaja con la identificación detallada de los momentos en que el enemigo la atrapa, así como la manera en que ha ido encontrando para controlar ella misma al enemigo. (Terapia Narrativa)</p> <p>Se marcan y reconocen los cambios; respecto a la relación con su hija, con su</p>



<p>hay un enemigo que lo atrapa y ella le ha empezado a motivar para que disfrute su vida. Isabel identifica con ayuda del terapeuta que ella y su pareja se parecen (en aspectos positivos y negativos) rescatando las cosas positivas y se reconoce que eso los hace que estén juntos.</p> <p>En cuanto a la relación con su madre expresa que es con quien no ha podido hacer cambios en la relación pero ha tratado de tener más paciencia, aceptarla y controlar sus pensamientos.</p>	<p>pareja y con su madre. (Terapia Breve centrada en soluciones)</p>
<p>Se le pregunta a Isabel ¿qué faltaría por hacer para seguir reforzando y mantener esos cambios? Ella responde que seguir trabajando en eso. También se le pregunta ¿en cuanto tiempo se llegará a la meta que ella propuso? Respondiendo que depende de su voluntad, dice sentirse ya mejor, pero no completamente, cree que en un mes o dos será tiempo suficiente.</p> <p>¿Qué seguiría para mantener y aumentar los cambios deseados? ¿Qué cosas específicas está dispuesta a hacer? A estas preguntas Isabel manifiesta que siempre se ha preocupado por los demás y nunca por ella, reconoce que siempre se ha dejado a un lado, ahora quiere empezar a ver por ella, refiere que desea ver a una amiga y platicar, ir al doctor para chequearse y convivir más con su familia.</p>	<p>Se atribuye el control a Isabel.</p> <p>Se invita a Isabel a plantearse acciones a realizar para continuar con los cambios deseados. (Terapia Breve centrada en soluciones)</p>
<p>El equipo está asombrado por los cambios que ha hecho, la felicita por ello, pues su postura es más segura y firme, y además hizo cambios en su aspecto físico (se pintó el cabello) que la hace lucir mucho más joven.</p> <p>Se le dejan las siguientes tareas: cuidarse física (ir al médico) y emocionalmente (salir con su amiga, platicar y darse tiempo para ella).</p>	<p>Se marcan los cambios.</p> <p>Tarea para reforzar su bienestar. (Terapia Breve centrada en soluciones)</p>

## SESIÓN 5

### Objetivos

- Revisar la tarea que se dejó y conocer cómo fue el proceso de realizarla.
- Seguir trabajando en las excepciones del problema.
- Cuestionar o hacer reflexionar qué va a pasar si se da una recaída.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Isabel llega a la sesión mencionando que no realizó la tarea que se le dejó, que las cosas con su familia vuelven a estar mal; refiere “de qué sirve que esté en terapia y asista a las pláticas de padres si los demás no cambian”. El terapeuta le refiere que no tenemos el control de lo que los demás hagan o quieran hacer, lo que sí podemos hacer es hacer cambios nosotros.</p> <p>Comenta Isabel que con su pareja ha tenido dificultades por que llega alcoholizado a la casa pero que la actitud de ella si ha mejorado, ya que antes discutía con él y ahora se controla, espera hasta que él esté sobrio expresándole su molestia. Al hacer esto ella observa que él cambia de actitud, la busca y le pide disculpas. El terapeuta le reconoce y marca lo que ella ha hecho diferente: piensa y reflexiona antes de</p>	<p>Se normaliza el proceso de cambio, haciendo foco en que el cambio proviene de adentro y no de afuera de la persona.</p> <p>Se abordan los cambios logrados.</p> <p>Se reconocen, marcan y amplían los cambios</p>

hablar, lo que le ayuda a no entrar en discusión, además Raúl está viendo cambios en ella y reacciona de manera positiva ante ello.	logrados. (Terapia Breve centrada en soluciones)
Manifiesta que ahora toma decisiones pensando más en ella pues siempre ha supeditado sus necesidades por las de su familia. Se le pregunta ¿quien se ha dado cuenta de los cambios que ha tenido? ¿hay alguien que se lo ha mencionado?, Refiere que su pareja no, pero ha estado actuando diferente, tiene una actitud de interés hacia ella. Su hija Ale si se lo ha hecho ver, al igual que una de sus sobrinas, expresándole que la ven más alegre y relajada. Se le hace de nuevo la pregunta de escala, evaluándose en un 7, enfatizando que desea llegar al 10, comentando que le falta mucho por hacer; tener más paciencia y tolerancia con las situaciones y con la gente, desea estar bien con todos y con ella misma.	Se amplían los cambios.  Pregunta de escala para evaluar cómo se siente en cuanto al motivo de consulta. (Terapia Breve centrada en soluciones)
El equipo le dice: <i>“qué bueno que las cosas están empezando a cambiar, parece que ya empezó un camino sin retorno para sentirse un poco mejor o estar menos mal, y esto nos da un poco más de optimismo, pero sabemos que hay muchos obstáculos en este camino sin embargo nos damos cuenta que está identificando y está tomando en cuenta las cosas que le han funcionado, que ha estado empezando a tener paciencia, tolerancia, apertura, expresa lo que piensa y reflexiona antes de actuar.</i>	Se marcan y reconocen los cambios. (Terapia Breve centrada en soluciones)

## SESIÓN 6

### Objetivos

- Revisar qué pasó con el mensaje que se le dio, si siguió avanzando o regresó en el camino hacia el cambio, (esto ayudará a saber si es su momento o no para cambiar).
- Rastrear qué pasó durante las dos semanas e identificar las situaciones que la hacen avanzar o regresar en el camino que emprendió para el cambio.
- Cuestionar que es lo que ella quiere hacer, sobre su vida y sobre su relación de pareja.
- Facilitar el espacio para que decida por ella misma lo que quiere para su futuro haciéndolo desde sus necesidades y sentimientos, pues siempre ha estado actuando en función de los otros.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
Empieza la sesión comentando que está estancada, que no ha retrocedido pero que tampoco ha avanzado, se ha sentido deprimida y no sabe por qué. Menciona que ni Ale, ni Raúl cambian, se queja de ellos y la terapeuta refiere lo ya dicho en la sesión anterior; que en el camino hay muchos obstáculos, los cuáles son los que nos hacen crecer y la vida así es, está llena de obstáculos. Isabel reconoce que debe tener más paciencia con su hija.	Se normaliza el sentir de Isabel, sobre su proceso de cambios y enfrentarse con obstáculos internos y externos. (Terapia Breve centrada en soluciones)
Isabel se queja de Raúl, menciona que él no entiende a los demás, que nunca va a cambiar. La terapeuta le refiere que	Se confronta a Isabel sobre la responsabilidad que ella

<p>al parecer todas estas cosas que ella comenta como obstáculos, le meten el pie y no dejan que se sienta bien. Sin embargo se marca que suena a echarle la culpa a los demás de las cosas que ella no hace. Se le pregunta ¿qué puede hacer para no echarle la culpa a los demás de lo que ella no hace?, a esto contesta: “no, no les hecho la culpa, Raúl es así y no va a cambiar...”. Se le expresa que ella está exigiendo demasiado tanto a Raúl como a Ale, y ella hace lo mismo con ellos, que se queja de algo que ella misma hace. Isabel afirma darse cuenta de ello y reconoce que en momentos es egoísta, pero que no sabe cómo hacerle para mejorar su situación. Se le dice que ya sabemos lo que no tiene que hacer, pero ¿qué es lo que sí tiene que hacer?</p>	<p>tiene en su proceso de cambio, planteándole ¿qué va hacer ante la situación?</p>
<p>Se enfatiza en que tiene que aprender a ponerse en “los zapatos del otro”; por ejemplo con Raúl se le pide que trate de ponerse en el lugar de él y que por un momento desde esa posición, va a decir qué es lo que quisiera escuchar de Isabel: a esto contesta después de un largo silencio que quiere que lo comprenda, lo acepte, lo respete y que sea accesible. Luego se le pregunta ¿cómo le va a hacer para ser respetuosa, comprensible y aceptar a Raúl como él quiere? Y se le deja reflexionando.</p>	<p>Se lleva a Isabel a que reflexione más allá de lo que ella experimenta y pueda ver cómo los demás también necesitan de ella.</p>

## SESIÓN 7

### Objetivos

- Revisar qué pasó con la tarea y el mensaje que se le dio sobre llevar a la práctica el ponerse en los zapatos de su pareja y comprobar si el equipo tenía razón o no sobre el resultado de la tarea.
- Seguir cuestionando su falta de humildad y de no ponerse en los zapatos de los demás.
- Hacer foco-intensidad en lo que ella hace que no le permite seguir avanzando.
- Promover que ella vea lo que puede hacer para seguir en el camino hacia estar bien con ella y con los demás.

BREVE DESCRIPCIÓN	ESTRATEGIA/TÉCNICA
<p>Isabel en esta sesión manifiesta sentirse mucho mejor, comenta que cada vez aprende mejor a controlar los pensamientos negativos que la atrapaban y sabe que no quiere volver a estar como antes, como cuando llegó a terapia.</p>	<p>Se indaga cómo le fue en las semanas anteriores.</p>
<p>Se le pregunta ¿qué es lo que ha aprendido de las personas que la rodean, de su pareja, de su madre, de su hija? Isabel responde que de su pareja que tiene una forma personal de quererla, que es muy cariñoso, humilde, y que él ha aprendido a no ser tan agresivo. De su mamá, que hay que expresar el cariño, a dar tiempo y tener paciencia. Y de su hija, a dejarse querer, ser más expresiva en lo que siente, y Ale ha aprendido de ella a ser responsable, organizada y limpia.</p>	<p><i>Pregunta reflexiva</i> para indagar aprendizajes en sus relaciones cercanas.</p>
<p>Se le reconoce a Isabel los cambios y avances que ha tenido en el transcurso del tratamiento y se le pregunta ¿qué tendría que pasar para regresar a donde estaba? Ella refiere que</p>	<p><i>Se marcan los cambios y se le atribuye el control</i> de ellos a Isabel.</p>

<p>nada, que ha decidido no volver a estar como antes. Luego se le pregunta ¿qué le gustaría que siguiera pasando? Respondiendo que seguir descubriendo como ir manejando y controlando su vida para sentirse bien, cuidarse físicamente y estar bien con los demás, convivir, comprenderlos y ser sensible a ellos.</p> <p>Se le pregunta ¿qué de la terapia le ha servido? y manifiesta que todo, las tareas para ver lo que no veía, ya que venía encerrada en su enojo y ver los errores ayuda a convertirlo en herramientas. La confrontación. Lo que no le gustó es que le incomodaba que la hicieran pensar.</p>	<p>Se evalúa la eficacia del proceso terapéutico, rescatando lo que para Isabel fue de ayuda para caminar hacia el cambio. (Terapia Breve centrada en soluciones)</p>
<p>Mensaje: “ha empezado un camino en el cual ha dado pasos firmes, y en él va a ver muchas cosas, se vale parar y tomar impulso pero estamos seguros que ya no hay retorno, el camino es largo y sin fin, este camino va hacia la felicidad. Este espacio está abierto para cuando lo requiera y necesite recargar las pilas”.</p> <p>Isabel agradece a cada uno por la gran ayuda que recibió en el transcurso de la terapia. Asimismo la terapeuta le agradece a Isabel el que haya permitido conocerla y aprender de su proceso terapéutico.</p>	<p>Se fortalecen los cambios y decisiones que Isabel ha tomado en beneficio de su bienestar, preparándola para afrontar cualquier obstáculo que se le presente. (Terapia Breve centrada en soluciones)</p> <p>Despedida.</p>

En este caso se realizaron 7 sesiones de terapia, las cuales fueron trabajadas combinando los modelos de Terapia Narrativa y Terapia Breve centrada en soluciones. A través de las sesiones se fueron consolidando cambios positivos importantes en la vida de Isabel cerrando así el proceso como alta, cumpliendo con la demanda que en un inicio ella planteó.

### 3.1.3. Análisis de un tema en relación a los casos presentados: Depresión

Poder aportar algo significativo al desarrollo de la terapia familiar, es un logro personal y profesional muy importante, por ello considero esta parte como la cúspide del trabajo realizado durante mi formación como terapeuta con una perspectiva sistémica y posmoderna.

Lo expuesto a continuación, es el análisis sobre el tema depresión, el cual se eligió a partir de los casos clínicos atendidos y descritos en el capítulo anterior, abordando la interacción entre: relación familiar, dinámica intrapsíquica y síntomas depresivos, analizando la utilidad de los modelos de intervención con que se abordaron los casos en cuestión.

Para llevar a cabo lo anterior se desglosan las aportaciones de la terapia familiar sistémica y posmoderna al tratamiento de la depresión; luego se aborda la interacción

entre los aspectos relacionales, la dinámica interna y los síntomas depresivos; se continúa haciendo referencia a lo que cada modelo aporta para intervenir en la depresión; finalmente se analizan los tres casos con dicha problemática y cómo la manera de abordarlos terapéuticamente ayudó a modificar las pautas de interacción de los consultantes para eliminar el síntoma de la depresión.

### **3.1.3.1. Aportaciones de la terapia familiar sistémica y las terapias posmodernas al tratamiento de casos con depresión**

Un número significativo de familias o personas que llegan a terapia, plantean la depresión como una de las situaciones difíciles que enfrentan; la terapia sistémica es uno de los enfoques terapéuticos rico por sus intervenciones ante diversas problemáticas que viven las personas. En este sentido, es necesario abordar la depresión desde una perspectiva sistémica, para conocer cómo es concebida, la función que cumple esta dentro del sistema.

En la búsqueda de información al respecto, se toman tres posturas teóricas que abordan el tema de la depresión, desarrollándolo con una aproximación sistémica, que a continuación se presentan:

#### **1. Conceptualización de la depresión de Elsa Jones y Eia Asen (2004)**

La terapia familiar sistémica parte de una epistemología diferente a los enfoques médicos y patológicos, pues en ella, los síntomas depresivos están conceptualizados en términos interaccionales, como lo mencionan Jones y Asen (2004).

...El PI es contemplado como partícipe de una variedad de contextos y de diferentes comportamientos, incluyendo los síntomas como elementos relacionados con éstos; éstos pueden incluir patrones de relación del aquí y ahora de las familias de origen y de otros contextos como el mundo del trabajo, la sociedad y la cultura. Las relaciones cercanas son consideradas como influyentes e influenciadas por el PI y por los síntomas. Así las respuestas de los miembros de la familia hacia el PI deben ser consideradas como un elemento mantenedor de la angustia y de los síntomas del PI... De esta manera, se

genera un sistema elaborado de retroalimentación que afecta un tanto a los síntomas del PI, como a los comportamientos y actitudes de los demás (p. 34,35).

La depresión es un tema que no se puede abordar como algo estático o causal en las personas; la cita anterior, deja ver la importancia de tomar en cuenta los diferentes contextos en los que están inmersas las personas y en los que establecen múltiples relaciones, en donde se genera una retroalimentación en las interacciones, ya que en los contextos se integran sistemas donde los comportamientos y las actitudes de las personas son influenciadas por otras personas y viceversa.

Es importante valorar las características individuales y las experiencias de quienes expresan tener depresión (pasado y presente, física, psicológica o cultural); además se considera que los comportamientos depresivos actuales son mantenidos principalmente por los diferentes contextos de los que una persona con depresión forma parte; en este sentido, la depresión tiene que ser abordada también desde una perspectiva relacional.

Jones y Asen (2004), mencionan que ante acontecimientos dados la o las personas están obligadas a adaptarse tanto interpersonalmente como intrapsíquicamente; lo anterior se relaciona con el estilo de adaptación aprendido, patrones y reglas familiares, aunados a los factores contextuales, que permiten a ciertas personas mejor que a otras enfrentar determinadas situaciones. Los que son menos capaces para adaptarse pueden manifestar síntomas o comportamientos depresivos.

Pensando en el por qué se da la depresión, Jones y Asen (2004), dicen: "...encuentro útil contemplar la depresión como una respuesta a la experiencia de la impotencia, en la que puede haber habido desencadenantes desde la infancia, experiencias familiares como abuso y negligencia, relaciones recientes como la pérdida de vínculos o la indefensión ante circunstancias de la vida, etc..." (p. 64) y esto lo conecta con situaciones como el aislamiento social, la pobreza, el desempleo, y las cuestiones de género, donde ciertas personas pueden convertirse en determinado momento en alguien incapaz de superar los efectos de la adversidad, haciéndola vulnerable a la depresión.

Así, podemos postular que la depresión cumple una función a nivel social, siendo ésta la de inmovilizar desde la impotencia a una gran franja de la población garantizando la permanencia de las estructuras sociales.

En la terapia familiar sistémica, uno de los pilares en el trabajo terapéutico es la elaboración de hipótesis, "...que son intentos preeliminares de explicar los síntomas presentes en el PI en función de los contextos en los que ocurren e incluyen tanta información como emerge durante la terapia: todos los participantes significativos, los acontecimientos conocidos y la relación en las interacciones que ofrecen una explicación y posibles soluciones" (Jones y Asen, 2004, p. 41, 42). En este sentido el objetivo de las hipótesis es intentar comprender cómo los problemas de los consultantes se conectan con su sistema relevante, familiar, laboral.

## **2. Conceptualización de la depresión de Miguel Ángel Haza Duaso, Belén González Jiménez y Pedro Vega Vega (2001)**

Desde una visión posmoderna, en las múltiples "caras" de la depresión se observa un mismo trasfondo: la tristeza, expresada como la incapacidad para disfrutar de las "cosas de la vida" y sobre todo, para "construir" un futuro. La persona depresiva "no tiene futuro", sólo tiene un presente y un pasado, que constituyen una historia congelada, su historia de la depresión.

Se parte de la idea de que cada "depresión" tiene una historia propia, unos personajes y actores únicos que toman sentido en el encuentro terapéutico y por tanto es importante en la terapia descubrir dónde están los anclajes de las descripciones de la realidad (depresiva), que tienen los personajes para poder cambiar dichas descripciones.

Tales descripciones o situaciones depresivas se intentan relacionar con los aspectos evolutivos, históricos (individuales y familiares) y complejos (narrativas) que les llenan de sentido. Para ello se han distribuido las "depresiones" en determinadas hipótesis o metáforas guía que pueden resultar útiles para planificar las intervenciones con los clientes deprimidos y su entorno. A continuación se presentan algunas metáforas sobre depresión que proponen Haza D., González J. y Vega V. (2001).

### *1. Las depresiones inesperadas o las crisis depresivas:*

Cuando se produce de manera abrupta e incomprensible la pérdida del objeto (real, imaginario o fantasmático). Entran en este rubro todos los trastornos por estrés postraumático y trastornos adaptativos en los que se crearían narrativas en las que la pérdida tiene gran fuerza e intensidad por la cercanía.

#### *II. Las depresiones en el ciclo vital:*

Son aquéllas que se producen en relación con la transición entre etapas del ciclo vital y acontecimientos inherentes a éstas (que no obstante pueden ser en ocasiones inesperados). Son "previsibles pero no se pueden evitar". Pueden tomar en el inicio formas de crisis depresivas, aunque en su evolución, pueden devenir en estados depresivos.

#### *III. Las depresiones estructurales:*

Toman la organización de estados depresivos. Se repiten ("o nunca terminan de remitir") sin que ya nadie sepa los motivos y ni siquiera intente comprenderlos.

El otro siempre tiene la culpa, hay una víctima y un victimario (se puede observar la incongruencia jerárquica). Por supuesto ambos piensan que el otro debe de dar el primer paso. Pero el miedo es tal que ninguno se atreverá a darlo.

La vida no tiene sentido y cíclicamente terminan sus escaladas simétricas con "amenazas y gestos"

Es el campo abonado para la depresión llamada neurótica o distímica (el rótulo condiciona la definición y ésta al rótulo).

#### *IV. Las depresiones y la incapacidad/delegación:*

Se caracterizan por una total y absoluta falta de capacidad para obtener placer y hay desinterés por el mundo. En este caso, nosológicamente, podríamos hablar de muchos tipos de depresiones que van camino de convertirse en "largas historias" individuales y familiares que obligan a todos los personajes inmersos en la trama depresiva a interpretar sus papeles de acuerdo con ella.

### **3. Conceptualización de la depresión de Juan Carlos Linares y Carmen Campa (2003)**



En el análisis de la depresión, abordada desde un enfoque sistémico, se encuentra también el trabajo realizado por Juan Linares y Carmen Campa (2003), quienes se dieron a la tarea de trabajar casos de depresión, retomando la clasificación del DSMIV sobre lo que respecta a la depresión de tipo mayor y a la distimia (que van a ser presentados con detalle en el siguiente apartado), haciendo un análisis sobre cómo es que estos tipos de depresión se desarrollan desde un contexto relacional en la familia de origen.

Al hacer un recuento de los modelos terapéuticos que han explicado el desarrollo de la depresión coinciden en que las pérdidas relacionales son trascendentes, tanto las actuales como las vividas en la familia durante la infancia. Entre estas pérdidas se destacan las siguientes: La imposibilidad de mantener una relación estable con los padres a pesar de los esfuerzos por satisfacer sus exigencias y sus expectativas poco realistas; figuras de apego representadas como inaccesibles, que rechazan y castigan y pérdidas reales, por muerte o separación, durante la niñez.

De acuerdo con Linares y Campa (2003), relacionalmente existen otros criterios básicos para abordar los fenómenos depresivos: las funciones parentales y las funciones conyugales, las primeras son ejercidas en la familia de origen por los padres para con los hijos y las segundas son ejercidas por los padres entre sí. Los autores refieren que en función de tales criterios, se puede defender la vigencia de dos modalidades de trastornos depresivos: la distimia y la depresión mayor.

Las depresiones mayores están relacionadas con las funciones parentales, donde la parte de socialización entre ellos está deteriorada ya que nunca es suficiente lo que realizan para lograr el reconocimiento, con lo cual se ven restringidas las funciones nutricias. Linares y Campa (2003) dicen que los niños, futuros pacientes y los depresivos mismos son personas hipersociabilizadas hacia el exterior, que poseen una gran habilidad para caer bien, puesto que se han sentido sometidos por los padres a un alto grado de exigencia, a una responsabilización exagerada.

Lo mencionado describe un contexto en donde se sientan las bases relacionales para una futura depresión, que espera a irrumpir en etapas más avanzadas del ciclo vital cuando la persona reviva la vivencia de condicionamiento de cariño y reconocimiento sin

posibilidad para obtenerlas. En este tipo de contexto relacional está prohibida la metacomunicación con una imposibilidad de definir la relación, pues predomina la importancia y necesidad de mantener una apariencia honorable en la familia.

Por otra parte, la distimia deriva de una disarmonía conyugal entre los padres. Las personas que padecen distimia viven triangulaciones denominadas manipulatorias de parte de los padres que se encuentran en conflicto conyugal. Un ingrediente que se agrega aquí es la pérdida, la cual se produce a nivel relacional como resultado del juego de alianzas que la triangulación llega a provocar, donde el hijo o pierde a la madre o pierde al padre, pero en cualquier situación siempre pierde a alguien valioso para su desarrollo.

### **Características relacionales del depresivo mayor**

La presencia de la depresión como tal, aparece en la plenitud de la edad adulta, por lo general después de que se realiza la formación de una pareja; "...Los síntomas son, en efecto, de comienzo tardío, pero el muy específico proceso de emparejamiento prepara al depresivo mayor para el pleno desarrollo de su dolencia (Vella y Loredio, 1990, citado por Linares y Campa, 2003, p. 28). Además el depresivo mayor es uno de los pocos pacientes psiquiátricos que de forma sistemática y significativa, forma una pareja ya que espera del otro cónyuge lo que no tuvo en su infancia.

En cuestión de género, se dice que: "...las mujeres que padecen la enfermedad superan ampliamente a los hombres. Y en este sesgo de género, hay que ver de nuevo la influencia de importantes factores relacionales micro y macro sistémicos, familiares y culturales" (Clarkin y otros, 1986, en: Linares y Campa, 2003, p. 28). En este sentido se pone de manifiesto el papel supeditado y sumiso que la familia tradicional reservaba a la mujer que embona con los atributos del rol de depresiva y en cambio del hombre se espera que luche, mientras que a la mujer se le pide que se deje proteger. Y, aunque en tiempos posmodernos la relación entre los géneros se transforma sin cesar, muchos aspectos de la familia patriarcal siguen vigentes.

Ahora bien, la familia de origen del depresivo mayor tiene características muy singulares; una de ellas es que los padres a menudo forman una pareja bien avenida en apariencia, sin embargo la manera de tratar al hijo es inadecuada. Es decir, las funciones

parentales son ambivalentes, ya que por un lado se ofrece todo en cuanto a lo material, pero el área emocional está atrofiada, pues el hijo no es lo suficientemente valorado y reconocido o es condicionado siempre a dar más con la promesa de quizá recibir esa valoración, por ejemplo:

...Hablan del hijo y de su torpeza con condescendencia pedante: <<No hace nada bien; Ellos tienen que sacarle siempre las castañas del fuego>>. Bajo una apariencia benévola que, desde luego, no descuida las necesidades materiales del hijo, subyace una actitud crítica y casi despectiva.

Es frecuente que estos padres atribuyan a sus hijos la causa de sus males: si discuten, es por culpa de ellos, y si están mal de los nervios, también (Linares y Campa, 2003, p. 29, 30).

En algunos casos, los padres de las personas depresivas mayores muestran un sesgo parental de acuerdo con Linares y Campa (2003), donde uno de ellos tiene una posición rechazante para con el hijo, mientras el otro asume un papel seudoprotector. El problema reside en que, el padre rechazante es cercano y proveedor efectivo, el supuesto protector permanece lejano y periférico. En este sentido, este sesgo parental podría ser descrito como un doble vínculo y, en cuanto a la nutrición emocional del hijo, "...constituye una combinación muy deficitaria: lo que el uno podría dar no alcanza a compensar lo que el otro quita" (Linares y Campa, 2003, p. 31).

Para que un hijo se sienta amado por sus padres, debe sentirse reconocido, valorado, querido y adecuadamente sociabilizado. SiN embargo, la nutrición emocional de la persona depresiva está hipotecada; esto debido a las altas exigencias que no son explícitas ante el hijo, pues se toman como algo inscrito en el orden natural de las cosas, además no se valora el esfuerzo realizado para responder a ellas y siempre se les considera insuficiente; lo que genera enojo, coraje y hasta rabia que no puede ser expresada hacia los padres por ser "tan abastecedores", por lo que el coraje se revierte hacia la propia persona. "Estas altas exigencias... pueden vivirse desde edades muy precoces y, en determinadas circunstancias, conducir al niño al suicidio que, casi siempre que se produce, suele dejar numerosas preguntas sin respuestas..." (Linares y Campa, 2003, p. 32).

Es importante mencionar que la familia de origen de la persona con depresión mayor, tiene un exceso de normatividad de tipo cognitivo a nivel de su organización; donde los valores y creencias asumidos de manera rígida, encierran un culto a las apariencias, a lo que está bien y a lo que debe de ser, situación que no admite críticas ni cuestionamientos. "...La organización en la familia de origen del depresivo mayor guarda, en concordancia con su mitología, una apariencia de aglutinamiento que no se corresponde con la situación relacional imperante a niveles más profundos..." (Linares y Campa, 2003, p. 34). Esto también tiene relación con los rituales como celebraciones y eventos familiares ya que impregnan la vida familiar frecuentemente con una apariencia nutricia, lejana de la experiencia íntima que de ello tiene la persona depresiva; esto tiene que ver con una rigidez coherente con lo descrito anteriormente.

El clima emocional en la familia del depresivo mayor es, por lo general, cordial en las relaciones superficiales, pero con matices de frialdad a mayor profundidad. No es que no haya cariño en estas familias, sino que la exigencia y la normatividad se priorizan enfriando las relaciones afectivas considerablemente.

Con respecto a la identidad y narrativa del depresivo, ésta se construye sobre esta imperiosa necesidad de ser y hacer lo que los otros "significativos" esperan que sea y haga; estos significativos incluyen a figuras de autoridad y prestigio, como padres, abuelos, jefes, así como también representantes de la sociedad en general, desde vecinos y compañeros de trabajo hasta socios, colegas, amigos y conocidos.

Linares y Campa (2003), marcan lo siguiente: "...la infravaloración de sí mismo y la autodescalificación se instalan también en la identidad del depresivo en un proceso de internalización de la mirada de los otros relevantes. El tono emocional resultante, coherente en la importancia de tales pérdidas, no puede ser otro que la tristeza" (p. 36), esto es resultado de la falta de nutrición emocional en la familia de origen y una superposición de la exigencia y normatividad. Y aun descalificado y triste, mantiene una exigencia normativa que le obliga a preservar una imagen respetable, no aceptando la situación real de sus relaciones.

Así como las vivencias relacionales llevan a construir una narrativa, ésta a la vez organiza también la experiencia relacional, manteniéndola abierta a transacciones con el entorno, en ella caben narraciones diversas:

...Como elementos cognitivos cabe mencionar vivencias de fracaso, incapacidad, insuficiencia, desesperanza, injusticia e inferioridad, así como de honorabilidad, dignidad y respetabilidad. A nivel emocional, destacarán la tristeza, la culpa, el rencor y la hostilidad encubierta, mientras que a nivel pragmático aparecerán contenidos de hipersociabilidad, pero también de inhibición, desmotivación, pereza y bloqueo (Linares y Campa, 2003, p. 37).

### **Características relacionales de la distimia**

Los orígenes familiares de la persona distímica, se pueden inscribir en una situación definida por un buen funcionamiento básico de las funciones parentales pero por una conyugalidad disarmónica, caracterizada por la dificultad de la pareja parental para resolver sus conflictos. De acuerdo con los autores:

...La forma clásica en que ello se produce no es otra que la involucración de los hijos en los juegos relacionales de los padres según pautas que podemos denominar de <<triangulación manipulativa>>. Los padres, en efecto, emiten mensajes dirigidos a los hijos solicitando su alianza en el juego que les enfrenta entre sí, y ofrecen a cambio una relación privilegiada que no puede sino resultar tentadora... (Linares y Campa, 2003, p. 91).

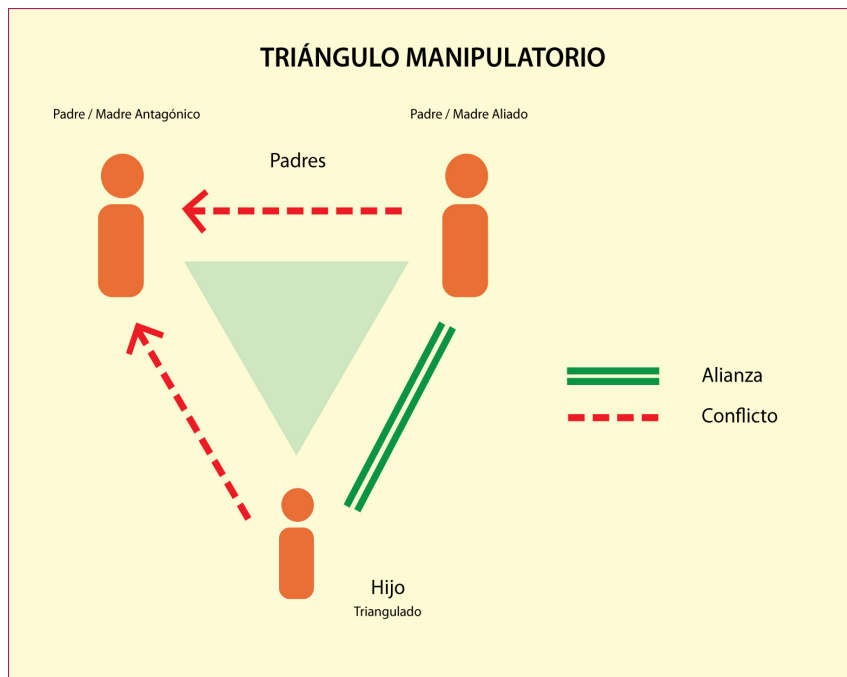


Figura 2. Esquema del Triángulo Manipulatorio.

Cuando el hijo, se encuentra ante la invitación de ambos padres a aliarse con ellos a favor de uno y en contra de otro, hay una vivencia muy complicada por parte del hijo, pues ¿cómo decidir por uno y no por otro? ¿qué no se supone que debería de tenerlos a los dos? Y entonces, al entrar en el juego de decidir por uno, relacionalmente hay una pérdida importante.

En el origen y desarrollo de la distimia las pérdidas son un evento crucial. Ante esto Linares y Campa (2003), afirman que la distimia es en parte consecuencia de una triangulación manipulatoria, donde las pérdidas relacionales ocupan una posición y peso preferente.

El escenario más significativo sería constituido por una pareja parental, uno de cuyos miembros solicita la alianza de un hijo en el conflicto que le opone a su cónyuge. El hijo acepta la invitación y el otro progenitor lo castiga relacionalmente. Ese castigo o retirada

relacional, de magnitud variable, constituye una primera y relevante pérdida para el futuro distímico, quien, muy probablemente, experimentará una tristeza que teñirá afectivamente la ansiedad vivida en el conflictivo proceso de aceptación de su alianza con el primer progenitor (Linares y Campa, 2003, p. 95).

El papel del género en la distimia ha marcado ciertas diferencias, se dice que es mas frecuente que las hijas se alíen con la madre y en función de ello son rechazadas por el padre, y que los hijos varones tienen menos tendencia a desarrollar un trastorno distímico, sin embargo no son inmunes a ellos, en cuanto a los padres "...lo que sí parece cierto es que las madres tienen capacidad para ganar aliados entre los hijos, con independencia del género de éstos, siendo su posición tradicional en la familia mucho más cercana" (Linares y Campa, 2003, p. 96).

Además de las pérdidas relacionales en el contexto familiar, se dan otras externas a la familia, aunque también asociadas con ellas; éstas tienen que ver con dificultades escolares o escasez de amigos, situación que se deriva del escaso poder de atracción del mundo extrafamiliar ya que se está entregado por completo a lo que ofrece la relación privilegiada con el padre aliado. Entonces un desarrollo escolar y académico pobre y una infancia y una adolescencia socialmente aisladas son parte del costo que el futuro distímico paga a cambio de su protagonismo familiar.

La persona con distimia tiene marcadas dificultades para socializar, situación que tiene que ver con el conflicto permanente que vive ante la exigencia del padre rechazante (antagónico) y la permisividad del padre aliado. En cuanto al momento en que los síntomas distímicos hacen una primera aparición, se lleva a cabo durante la adolescencia, en un contexto relacional de la familia de origen, entrelazándose con sistemas externos, el grupo de pares, la escuela, etc.

### **3.1.3.2. La interacción entre: relación familiar, dinámica intrapsíquica y síntomas depresivos**

Cuando se está en la terapia y llegan personas con una problemática relacionada con la depresión, independientemente del modelo con el cual se vaya a llevar el proceso terapéutico, se considera importante tomar en cuenta las características diagnósticas al

respecto, esto con el fin de tener una aproximación clara sobre la magnitud del caso a tratar ya que la vida de las personas con depresión puede correr riesgo; de esta manera se tratar de evitar intentos de suicidio en ellas.

La depresión ha sido muy estudiada en sus síntomas y desarrollo por la disciplina médica y psiquiátrica; la Asociación Americana de Psiquiatría a través del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, muestra una tipificación muy específica sobre la depresión, las formas en que se presenta y las características típicas para hacer un diagnóstico de ella; dichos postulados se encuentran como Anexo.

La intervención a nivel relacional resulta ser de gran efectividad; ésta se muestra en la modificación de las interacciones familiares y en la desaparición del síntoma; sin embargo en este apartado se incluye un nivel más de aportación que muestra su riqueza, siendo ésta la modificación de la estructura interna de la persona deprimida. Así en la figura 3, se muestra la interacción entre los niveles relacional, intrapsíquico y los síntomas, donde la circularidad se muestra al modificar cualquiera de las partes del sistema.



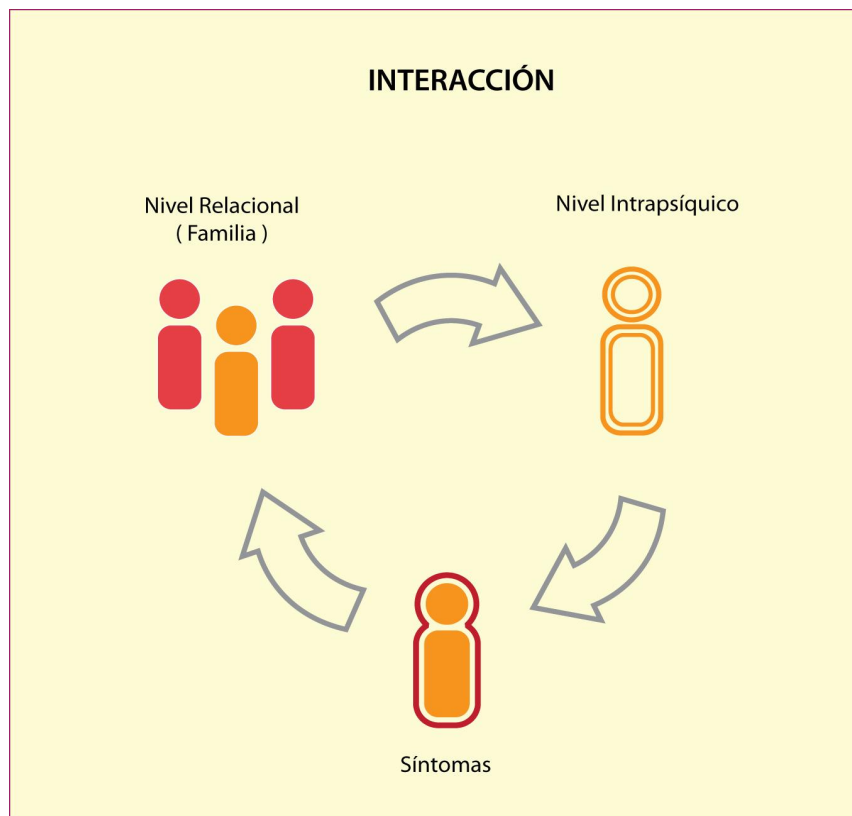


Figura 3. Esquema de la interacción entre el nivel relacional, nivel intrapsíquico y los síntomas.

Lo relacional afecta y genera lo Intrapsíquico, a su vez lo intrapsíquico retroalimenta lo relacional, dando origen a los síntomas que son actuados en el nivel relacional. Para comprender lo intrapsíquico, se aborda por un lado la postura de Pichon Riviére (1985), acerca de la teoría del vínculo en donde éste es reflejo de las relaciones de objeto que la persona mantiene en su estructura interna; así se describen las características del vínculo depresivo; y por otro lado se describen algunas consideraciones que Mackinnon y Michels (1991) ofrecen sobre la depresión; se muestra después cómo la terapia sistémica y posmoderna colabora en la reestructuración de la dinámica interna y en los cambios a nivel relacional.

Para Pichon Riviére (1985), el vínculo es una estructura dinámica que se encuentra siempre en continuo movimiento, engloba tanto al sujeto como al objeto interno y externo. Considera que esta estructura tiene características normales y alteraciones que denomina patológicas. El vínculo lo establece la totalidad de la persona; a esta totalidad la denomina

Gestalt en constante proceso de evolución.

La manera particular en que un sujeto se conecta o relaciona con otro u otros, crea una estructura que es particular para cada caso y cada momento; a esta estructura se le llama vínculo. Así el vínculo incluye a la conducta de la persona, “Ese vínculo interno está condicionando aspectos externos y visibles del sujeto.” (Riviére, 1985, p. 36), por vínculo interno se refiere a la naturaleza del objeto y la relación que establece el yo de ese sujeto con el objeto interno.

En ninguna persona existe un tipo único de vínculo, las relaciones de objeto, las relaciones establecidas con el mundo siempre son mixtas, aunque puede existir predominio de algún tipo. Pichon Riviére (1985), postula que “...si recogemos los diferentes tipos de relaciones que este paciente establece con su grupo familiar y consignamos los distintos tipos de conductas que manifiesta frente a cada miembro del grupo, obtendremos la descripción de un cuadro clínico en su adentro” (p. 24,25).

Para comprender el vínculo normal, se debe partir de analizar las características de las relaciones de objeto, donde se encuentran el objeto diferenciado que promueve relaciones de independencia y el no diferenciado que define las relaciones dependientes. Cuando el niño depende totalmente de su madre llamada objeto, deposita partes internas en ella y cuando la mamá hace otro tanto, pone en el niño partes internas de ella, realizándose una depositación cruzada, dificultando en ambos la diferenciación de lo propio y lo no propio. La situación extrema la vive el niño en su primera relación con el pecho, donde se establece una relación parasitaria que después cambiará a simbiótica cuando hay intercambio de emociones y afectos. Si esta situación se va disminuyendo, se logrará la diferenciación con un límite preciso. Se dice que un objeto en una relación adulta normal es un objeto diferenciado o sea que tanto objeto como sujeto tienen una libre elección de objeto, lo que se podría traducir como que ambos se eligen libremente. De esta manera se considera un vínculo normal a aquél que se establece entre un sujeto y un objeto en donde ambos tienen la posibilidad de hacer una libre elección de un objeto, como resultado de una buena diferenciación entre ambos.

Dentro de los vínculos patológicos que Riviére (1985) refiere, se encuentra el vínculo depresivo, el cual “se caracteriza por estar permanentemente teñido de culpa y expiación...” (p. 23). Toda relación de objeto está colocada dentro del campo de la culpa,

con una exacerbada preocupación por lo que el otro piensa y en la manera en que el otro va a administrar el castigo; de esta forma, el objeto internalizado es el que demanda el castigo. El carácter depresivo está teñido por la tristeza, así la cosmovisión que tiene la persona deprimida es predominantemente triste y su enfoque de los problemas es pesimista con miedo a la pérdida de la relación de objeto, “Siempre sintiendo y vivenciado culpa y siempre tratando de reparar.” (p. 29).

En la depresión, la persona experimenta ambivalencia, producida por los sentimientos contradictorios de amor y odio dirigidos al mismo objeto. En la ansiedad depresiva se juntan el amor y el odio, la persona llora la pérdida de ese objeto “...porque ese objeto es amado y odiado a la vez. El sujeto se siente a su vez amado y odiado por el objeto.” (Riviére, 1985, p. 43). Del sentimiento de ambivalencia se desprende la culpa por odiar a un objeto al que también se quiere; esta culpa es del yo por tener deseos destructivos con los objetos que también ama. De aquí se desprende para el autor la fenomenología de la depresión. La inhibición psicomotriz característica en el depresivo que no tiene fuerza para hacer cosas, se explica así como la inhibición de la agresión que se trata de controlar.

Si la creencia de la persona es que el objeto lo quiere y lo odia, esto ocasiona un sentimiento de amor reducido hacia sí mismo. Esto es apoyado por Mackinnon, y Michels (1991), cuando afirman que “...la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido...” (p. 162). La persona en esta situación siente que su seguridad está amenazada, y que es incapaz de enfrentarse a sus problemas puesto que otros no pueden ayudarle. Ante esta vivencia, todas las áreas de la vida, emocionales, mentales, fisiológicas y sociales, pueden verse afectadas.

Las características clínicas sobre la depresión que postulan Mackinnon y Michels (1991), implican un trastorno afectivo con una constricción de procesos de pensamientos, la espontaneidad es lenta y la conducta reducida, las relaciones sociales están empobrecidas y existen cambios fisiológicos que se pueden complicar por una preocupación hipocondríaca, que se explica desde lo que Riviére afirma como el miedo al castigo y la necesidad del mismo como mecanismo de expiación.

Afectivamente hay un descenso en el estado de ánimo que es descrito por los autores como tristeza, melancolía, desesperación, angustia, tensión, miedo o culpabilidad. Una característica particular de la persona deprimida es que pierde interés por la vida, en aquéllo que antes disfrutaba y le satisfacía hacer. La ansiedad como parte de la depresión se da como una respuesta al peligro pues frecuentemente siente que su bienestar es amenazado, así mismo el enojo se manifiesta en el afecto de las personas deprimidas.

A nivel de pensamiento hay una preocupación constante por sí mismo y el estado desalentador que vive, cavila sobre su pasado y se siente lleno de remordimientos y culpas. En cuanto a la conducta se dice que, en ocasiones las personas parecen agitadas y muy activas, lo anterior como muestra de ansiedad latente que en algunos casos acompaña a la depresión; en general la conducta está disminuida en la mayoría de las personas con de depresión.

En la depresión hay síntomas físicos, orgánicamente situados "...la velocidad metabólica del paciente es más baja, su funcionamiento gastrointestinal es anormal, y su boca está seca, dándose además cambios en casi toda función del cuerpo que se encuentra bajo el control neurohormonal." (Mackinnon y Michels, 1991, p. 166). Además se presentan dificultades para dormir, despertarse, pérdida de apetito, fatiga, pérdida de la libido, dolor de cabeza, etc. También se menciona que la elección específica de síntomas somáticos poseen un significado simbólico para la persona.

Las relaciones sociales de las personas deprimidas se ven afectadas, pues aunque se anhela el cariño de otros, dejan por sus síntomas de corresponder para mantener o fortalecer dicha relación. En los estados depresivos tempranos o moderados, podrá darse un aumento de actividad social, buscando el paciente la compañía de otros para distraerse de su dolencia y al empeorar la depresión, el paciente no puede enfrentarse a sus amigos y, se retrae en sí mismo.

De acuerdo a los factores precipitantes, se habla de depresiones exógenas o reactivas, las cuales se ven como respuesta a experiencias traumáticas en la vida del paciente, y las depresiones endógenas que se consideran como expresión de un patrón de reacción constitucionalmente condicionado, que está relativamente poco afectado por los

acontecimientos externos. En la experiencia del autor, la mayoría de los episodios depresivos, tanto psicóticos como neuróticos, se remontan a alguna causa externa precipitante, como las pérdidas, amenazas al amor propio y a la confianza en sí mismo, al éxito.

Para Mackinnon y Micheles (1991), la pérdida de un objeto amado es el precipitante más común de la depresión, que puede estar asociado a la muerte o la separación de una persona querida; en otros casos, se trata de una pérdida psicológica interna resultante de la perspectiva de que uno va a ser rechazado por su familia o amigos. En este sentido la pérdida del objeto es equivalente a una amputación de una parte del propio ego del paciente, lo cual concuerda con los presupuestos de Jones y Asen (2004).

La disminución en la confianza y la estima en la propia persona, son síntomas básicos de depresión; esto ocurre cuando la capacidad de adaptación de la persona se ven amenazadas por ejemplo ante una lesión o una enfermedad importante, lo ocasiona una vivencia de desamparo (Mackinnon y Michels, 1991).

Cuando Mackinnon y Michels (1991) estudian a los pacientes deprimidos, observan que con frecuencia provienen de familias con historia de depresión, por tener altas aspiraciones y una imagen mediocre de sí mismos lo cual se trasmite de generación en generación:

El paciente ha sido a menudo objeto de una cantidad más que corriente de esperanzas e ilusiones de sus padres. Con frecuencia, estos consideran haber fracasado ellos mismos y desean que su hijo triunfe allí donde ellos no lo lograron. El hijo se convierte así en vehículo de sus esperanzas, y siente que su cariño está ligado en cierto modo a su éxito proseguido... El clima manifiesto de la vida de la familia es de interés protector y afectuoso. Como consecuencia, el paciente ha de suprimir y negar todo sentimiento hostil. Es puesto duramente a contribución, no se le proporciona una base para la confianza en sí mismo y no se le permite quejarse (Mackinnon y Michels Robert, 1991, p. 182).

De esta manera se puede ver la coincidencia entre Mackinnon Y Michels (1991) y Linares y Campa (2003), confirmando su tesis en relación a lo que sucede en las familias de las personas que desarrollan la depresión de tipo mayor, donde desde pequeños son expuestos a grandes niveles de exigencia sin obtener la valoración y el reconocimiento

que necesitan y esperan. Así, incorporan un objeto que es bueno si se cumple con sus expectativas, pero que será acusatorio en el caso de fracaso, según lo expuesto en la estructura del vínculo que Riviére expone. Desde esta perspectiva, se explica que se conectan las relaciones familiares con el desarrollo de vínculos depresivos al interior de la persona.

Cuando la persona es adulta, cualquier golpe a su estima puede desencadenar una reacción depresiva, recreando los sentimientos de su infancia, sobre todo de necesidad y temor; "...Esta mezcla de cariño dependiente y agresión hostil constituye el comienzo de la relación ambivalente con objetos, que caracteriza al individuo depresivo." (Mackinnon y Michels, 1991, p. 183). Además, de acuerdo a estos autores, de esta ambivalencia la persona desarrolla un superego punitivo y sadista debido a la incorporación de sus padres exigentes y perfeccionistas, lo que Riviére llama objeto interno; en este sentido se concede poco placer a sí mismo y mide constantemente sus logros; y si éstos no están a la altura de las expectativas, se siente culpable. Entonces su equilibrio es muy frágil y si los fracasos son inevitables habrá una serie repetida de depresiones.

La persona deprimida experimenta una declinación en la imagen que tiene de sí misma y trata de reparar el daño y defenderse del trauma que vivió. Mackinnon y Michels (1991) hablan de ciertos puntos al respecto: como por ejemplo; cuando existe la muerte de un ser querido, su representación emocionalmente cargada sigue formando parte permanente del yo, o en su defecto, la persona modifica su autoimagen pero en determinadas áreas seleccionadas. También se presenta una mezcla de enojo ante la pérdida del objeto querido, la persona deprimida puede desplazar su enojo hacia personas sustitutivas de las cuales espera que satisfagan sus necesidades ante la pérdida, sin embargo siente culpa por dicho sentimiento de hostilidad y teme expresar su enojo ya que podría destruir lo que más necesita y ante ello vuelve contra sí su enojo acusándose y condenándose.

Desde esta postura, la depresión también se relaciona con rasgos masoquistas, ya que después de un determinado tiempo puede presentarse un descuido en la higiene personal y en estados graves aparece una conducta autodestructora que según Mackinnon y Michels (1991) culmina en actos manifiestos de suicidio. Esta situación es bastante compleja, ya que en algunas personas con depresión, el suicidio les da la

oportunidad de tener un sentimiento de dominio en su vida, de autonomía y hasta estimación propia al decidir quitarse la vida.

El suicidio también puede servir como un medio de controlar las agresiones hacia sí mismo, de volver la agresión contra el yo, o de matar a otra persona que ha sido psicológicamente incorporada por el individuo. Riviére incluso postula que ese objeto internalizado se convierte en perseguidor de la persona, la cual como única alternativa para controlarlo tiene que eliminarlo; así describe que el suicidio se presenta al inicio o salida de un cuadro depresivo siendo lo mayormente característico un cuadro esquizoparanoide. Hay casos en donde la vida o determinadas circunstancias se vuelven intolerantes y el suicidio podrá proporcionar un medio de escape ante una situación dolorosa o humillante (Mackinnon y Michels, 1991).

### **3.1.3.3. Cómo cada modelo terapéutico colabora a modificar la interacción familiar, el síntoma depresivo y los estilos de vínculos internos**

En el ejercicio terapéutico muchos de los casos atendidos llegan con una demanda de ayuda para salir de la depresión. La terapia familiar sistémica ha trabajado con éxito muchos de estos casos, poniendo al servicio de los clientes modelos y técnicas terapéuticas que permiten movimientos hacia el cambio, que favorecen a eliminar la depresión.

A continuación se presentan algunos modelos terapéuticos que favorecen la eliminación del síntoma que en nuestro caso es la depresión; estos modelos han sido elegidos de acuerdo con los tres casos presentados en este reporte. Es importante aclarar que dichos modelos fueron la principal guía en los procesos terapéuticos, sin embargo no se llevaron a cabo de manera pura, pues se utilizaron paralelamente técnicas y herramientas de otros modelos para favorecer el cambio, según el tipo de depresión en cuanto a las interacciones dentro de la familia. Lo anterior ha permitido ofrecer algunas hipótesis en relación a cuándo y cómo utilizar cada modelo de acuerdo al tipo de depresión, situación que se aborda en la conclusión de este capítulo.

## **1. Terapia breve orientada a soluciones en la depresión**

“Los dos principios básicos que guían la terapia breve orientada en soluciones son el *reconocimiento y la posibilidad*” (O’Hanlon y Wilk, 1987; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Hudson y O’Hanlon, 1991, p. 109) llevados a cabo durante la conversación terapéutica. De acuerdo con esto, los terapeutas deben procurar que el cliente tenga la sensación de que ha sido escuchado, validado y respetado. Al mismo tiempo, también debe tener la precaución de no cristalizar la impresión actual que el cliente pueda tener de la situación (sus experiencias y sus puntos de vista), con el fin de introducir y mantener abiertas las posibilidades de cambio y solución. Es decir, se reconoce y valida la vivencia del cliente para abrir paso a la posibilidad de cambio.

La terapia se enfoca en un proceso de cooperación al que tanto el cliente como el terapeuta aportan sus experiencias y conocimientos. El cliente es quien mejor conoce sus propias percepciones y sentimientos y quien posee los datos descriptivos esenciales para que el terapeuta pueda construir una definición viable del problema y establecer un marco y un plan para la solución. El terapeuta es el experto en la creación del diálogo cooperativo orientado a soluciones y en observar las respuestas del cliente e incorporarlas a lo que se conversa.

Entonces en este modelo terapéutico el síntoma de la depresión se mueve a través del vínculo con el terapeuta y el equipo (aspecto relacional), usando el reconocimiento y llevando a la persona a un nivel de posibilidades diferentes.

Este modelo de intervención será de utilidad en los casos de depresión mayor, en donde la falta de valoración y nutrición emocional de la persona en el pasado, se supla por el reconocimiento en el aquí y el ahora que el terapeuta ofrece.

## **2. Terapia estructural**

La terapia sistémica se basa en la suposición de que todos los sistemas, y sus miembros, hacen lo que pueden y deben hacer, dadas las limitaciones y posibilidades de su historia, contexto y comprensión de la situación. Además, supone que la gente tiene recursos y fuerzas propias, que es probable que conduzcan a soluciones más apropiadas



y creativas que a laS que podría llegar el terapeuta por sí solo. Algunos caminos para permitir el acceso a los lados fuertes de las personas son:

- a. Identificar las competencias individuales y familiares
- b. Identificar en sus interacciones los elementos positivos del pasado
- c. Reestructurar
- d. Centrarse en los aspectos positivos
- e. La utilización de los matices del lenguaje
- f. Cuestionar premisas de la realidad

Individuos, parejas y familias desarrollan a lo largo del tiempo su propia manera de ver las cosas o de construir sus propios “guiones”. Tales sistemas de creencias y comportamientos pueden ser cuestionados por el terapeuta para facilitar la aparición de nuevas interacciones o puntos de vista; al cuestionar el síntoma en el caso de la depresión se da un desequilibramiento en el sistema, que lleva a mover jerarquías y límites para retomar una nueva forma de interacción.

El reencuadre es una de las técnicas mediante las que el terapeuta cambia la disposición conceptual y emocional en que una pauta de relación es experimentada o vivida y dispone otro encuadre que denota “otras realidades” de la misma situación igualmente aceptable, cambiando de este modo su significado y potencialmente las conductas de los participantes (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). Una de las intenciones del terapeuta cuando está haciendo un reencuadre es cambiar de un marco implícitamente inalterable a un marco implícitamente flexible y abierto al cambio en el presente y sobre todo en el futuro, ya que en el caso de la persona con depresión, hay que flexibilizar la rigidez.

Las técnicas estructurales podrán ser de utilidad en las depresiones distímicas, en donde existe una triangulación y una lucha de poder por la alianza de dos en contra de un tercero. La persona triangulada vive un conflicto de lealtades que al ser reencuadrado y cuestionado le posibilitará desplazar su enojo y energía al servicio de la destriangulación. Si este objetivo se alcanzara, al vivir la persona el abandono afectivo de los participantes del triángulo, será muy probable que se sienta descalificado por ambas partes; en estos momentos se podrá hacer uso de la intervención con el modelo de soluciones

fortaleciendo el vínculo terapéutico con el reconocimiento, situación ya descrita con anterioridad.

En las depresiones mayores, en donde las altas expectativas de los padres focalizan la insuficiencia de las acciones en momentos de crisis, el reencuadre y el cuestionamiento del síntoma y/o de la realidad posibilitan el desvío del enojo hacia la toma de postura de su valoración y reconocimiento.

### **3. Terapia de Milán**

Por parte del modelo de Milán, una de las técnicas que se han utilizado para movilizar la energía del paciente depresivo es la connotación positiva y la contraparadoja. Connotar el síntoma positivamente abre la puerta al no cambio y a la paradoja, y define claramente la relación de los miembros de la familia entre sí, situación que posibilita poner de manifiesto dentro del juego familiar la posible triangulación con el depresivo en los casos de distimia.

Además con la connotación positiva se define el vínculo familia-terapeuta como complementario y el contexto como terapéutico, saliéndose de la lucha de poder que la familia vive; cada persona trata “de que el otro sea lo que no puede ser para posibilitar que el que demanda esta petición sea lo que no es pero que necesita o quisiera ser”. Este mensaje es característico de estas familias, por lo que el duelo por la pérdida de que el otro sea lo deseado no se ha procesado y se desvía a través del síntoma de un tercero que es el deprimido. Esta intervención será de utilidad en la depresión mayor en la cual la persona deprimida deberá procesar el duelo por lo que no podía ser, ya que esto requeriría la pérdida de su identidad.

Es importante cuidar que en la connotación positiva ninguno de los padres se sienta culpable. Siempre hay que enfatizar que ese sacrificio nadie lo pidió y que es espontáneo por parte del miembro sintomático.

La paradoja dentro de la terapia es llamada contraparadoja y coloca a la familia en una posición donde haga lo que haga a partir de ese momento, está bien. Si cambia, tal vez el equipo y el terapeuta reconocerán que se equivocaron al pensar que la familia no

estaba preparada para ese cambio y si no cambian también está bien, ya que finalmente con la connotación, la persona sintomática sigue ayudando a cada uno de los miembros de la familia que no puede vivir sin la ayuda.

En la connotación se hace explícita la no libertad de la persona deprimida y en la paradoja se prescribe el sacrificio de la no libertad o la pérdida de ésta, elegida y asumida por la persona sintomática depresiva antes de manera inconsciente y ahora conciente. De esta forma es probable que el enojo se desvíe de sí mismo hacia fuera, lo que posibilita la movilización de la depresión.

Además de lo anterior la pérdida de libertad individual y familiar que experimentan ante la evidencia de mandatos y mitos culturales y trigeracionales, se hace explícita y las personas empiezan a moverse ante una realidad que no desean seguir viviendo.

#### **4. Terapias posmodernas**

El abordaje terapéutico de las depresiones desde las terapias posmodernas se fundamenta en que el terapeuta debe ayudar a abrir puertas a un futuro en el que la historia dominante (depresiva) se diluya ante la llegada de historias o acontecimientos que generen relatos encaminados a un futuro libre de la dominancia de la enfermedad, sin rechazar la historia de la persona, ni del sistema en el que desarrolla su existencia (individual, familiar, social y cultural). Esto significa prestar más atención a los recursos que a los déficits, lo que supondrá, inicialmente cierto distanciamiento (más no olvido) de los diagnósticos médicos y psicológicos tradicionales.

Todo esto nos lleva a considerar la importancia de la relación terapéutica y de la coparticipación de paciente/familia y terapeuta en el encuentro terapéutico. Con la ayuda de la relación y coparticipación terapéutica en cada uno de los diferentes encuentros co-construimos y co-diluimos múltiples tipos de depresiones.

Quizás la primera maniobra terapéutica consista en intentar desmontar la situación relacional anteriormente descrita, "desresponsabilizando" a la persona depresiva, a la familia y al entorno. Si bien es una maniobra útil para desmontar la dinámica, y generar otras posibilidades, no debe ser la única estrategia, ya que podría ofrecer una explicación aceptable a lo ocurrido, con el riesgo de convertirse en generadora de "otra historia

dominante", que por una vía diferente, pudiera generar la misma vivencia de incapacidad en la persona depresiva.

Estos datos son importantes en relación con el contexto depresivo, de tal manera que el contexto influye en la sintomatología depresiva y ésta en el contexto, construyendo "la realidad" que presentan al terapeuta. Pensamos que en un primer momento, el terapeuta, cuyo objetivo es "desmontar realidades" o "co - crear otras nuevas", no debe enfrentar abiertamente esa "realidad", sino manifestar su comprensión y apoyo a todos (paciente y familia), deconstruyendo los significados asociados a conductas, sentimientos, pensamientos, en aras de conseguir la colaboración de todos (teniendo en cuenta las posibilidades de cada uno de los miembros). En esta etapa es importante transmitir información a la persona depresiva y a su familia, sobre los síntomas de la depresión, las maneras de reaccionar ante ellos de los miembros de la red de apoyo cercana y de otras personas significativas. Progresivamente será más fácil ayudarles a diferenciar qué pensamientos, acciones o emociones son inherentes a la depresión y cuáles tienen que ver con la dinámica familiar en la que es creada la depresión.

Una vez definido y contextualizado el sistema terapéutico, las metáforas o narraciones a construir (co-construir), serán propuestas por la propia familia, y deberán adaptarse lo mejor posible a su historia familiar (mitos, historias trigeracionales), sin descuidar las historias individuales (fantasías, vivencias). Las diferentes narrativas que pueden surgir en el encuentro terapéutico con la persona depresiva y su familia tendrán sus diferencias en relación con las posibilidades del sistema construido.

El trabajo psicoterapéutico sirve para generar posibilidades narrativas de cara al futuro, donde el objetivo final será la aparición de nuevos caminos para construir historias alternativas", que junto con el engrosamiento de la historia o narrativa que trae la persona, ayuda a movilizar su energía y a volver a activarse. Es importante mencionar que el abordaje terapéutico es un encuentro de reflexión y de acción colaborativa, donde se lleva a cabo lo mencionado.

Este modelo será de gran utilidad en los casos de depresión mayor, en donde el conflicto de lealtades no se presenta, existiendo únicamente el duelo por los padres que no pudieron reconocer lo que se dio en el pasado, así como la pérdida por la imposibilidad de la perfección.

#### **4. Análisis de los casos con base en el tema expuesto**

Esta parte presenta el análisis de los tres casos antes expuestos, haciendo una contrastación con el marco teórico de la depresión descrito anteriormente; se hace énfasis en las premisas de Linares y Campa (2003), sobre el aspecto relacional y el desarrollo de la depresión.

### **Caso 1**

Carlos llegó a la terapia, haciendo mucho énfasis en la falta de fortaleza y dificultad para tomar decisiones, aspectos que dejan ver que experimenta una situación depresiva, situación que él reafirma. Por su parte su madre remarca en Carlos el alcoholismo, el desinterés total y absoluto ante su casa y su vida, ya que en una ocasión Carlos le comenta su deseo de no vivir. Esto muestra síntomas y características afectivas de una depresión.

Al abordar la relación de sus padres, Carlos refiere que los observa distanciados y fríos, “piensa que él ante esa situación no estaría con una persona en esas condiciones, no le encuentra sentido”. La madre de Carlos es quien se hace cargo de un negocio de comida del cual obtienen los ingresos para la manutención de la familia, el padre la apoya pero es la madre quien lleva la mayor carga y responsabilidad. En este sentido a la luz de lo que Linares y Campa (2003,) hablan sobre la conyugalidad disarmónica, los padres de Carlos se encuentran en esta situación, donde hay un conflicto de pareja aunque no de manera explícita por ellos.

Para Carlos, su mamá lo apoya y motiva para que él se supere, pero en cambio su papá no, siente que su ambiente familiar no le ayuda ya que considera que no hay comunicación y no se expresan el afecto que debería haber, en especial de su padre hacia él. Dice no haber tenido una figura de autoridad cuando la necesitó y ahora su padre le exige cosas que están fuera de tiempo. Haciendo una identificación de la relación de Carlos con cada uno de sus padres, es claro que hay un vínculo fuerte pero negativo con su padre, lo que se llamaría una cercanía con el progenitor rechazante y un vínculo positivo pero débil con la madre, es decir lejanía con el progenitor aliado.

Ante esto se puede decir que Carlos está inmerso en un triángulo de tipo manipulador (Linares y Campa, 2003), donde él de manera inconsciente se alía con su madre en contra del padre; en esta relación el padre aparece como progenitor fuerte que desarrolla una actitud de rechazo hacia Carlos. Él expresa que su padre no le tiene confianza, le trasmite sus miedos, se opone a lo que quiere hacer, no le demuestra cariño, no tiene tacto para ordenarle las cosas y no lo vive como figura de autoridad, aspectos que confirman la actitud rechazante del padre hacia el hijo, y por lo tanto una mala relación con la figura del padre antagónico. La madre expresa gran preocupación y tristeza por la situación que pasa su hijo Carlos, pero aún y con esta alianza entre madre e hijo, no es lo suficientemente fuerte para que Carlos mueva su energía y disminuya los síntomas de la depresión ya que la relación con el vínculo cercano es con el padre.

Pero ¿por qué la depresión en Carlos?; al estar en este tipo de triángulo manipulador, se da la pérdida relacional del vínculo con el padre al aliarse con la madre; entonces ante esta pérdida se desarrolla una tristeza que tiñe afectivamente la ansiedad vivida en el proceso de aceptación de su alianza con la madre (Linares y Campa, 2003).

En este sentido se está hablando que Carlos ha vivido en un triángulo de tipo manipulador con sus padres, que tuvo una pérdida relacional con su padre al aliarse con su madre y que por lo tanto esto lo llevó a desarrollar una distimia, la cual implica un estado de ánimo crónicamente depresivo, con síntomas como falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza, tristeza, irritabilidad, pesimismo, los cuales coinciden con lo que Carlos manifiesta estar vivenciando.

De acuerdo con la puntuación de la escuela de Milán, se podría afirmar que la depresión de Carlos ayuda a la madre a no mirar la soledad en la falta de apoyo de su esposo, tanto en el negocio como afectivamente (debido a que el esposo es alcohólico), ayuda a su padre para que éste no reciba los reclamos por parte de su esposa y se involucre más en la familia a través de los reproches y descalificaciones que dirige hacia Carlos; también ayuda a su hermana menor para que sea la hija ejemplar. De esta manera, se puede observar la función del síntoma para cada una de los miembros del sistema.

En cuanto a la edad en que se presentan los síntomas distímicos se dice que un inicio temprano se produce antes de los 21 años (DSMIV), lo que coincide con la edad de Carlos. Se indica que en esta edad las personas tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores.

También se encontró que Carlos ha estado expuesto a altas expectativas por parte de su padre y no ha recibido una adecuada valoración y reconocimiento a su persona. Por ejemplo el padre evoca en la terapia un discurso de queja sobre Carlos, ya que quiere que demuestre los planes que tiene para su vida, refiere que es un flojo, que va mal en la escuela y que toma como un indigente; todo esto a Carlos lo hace sentirse triste y no valorado. Sobre esto Linares y Campa (2003), dicen que la nutrición emocional de la persona depresiva está hipotecada, ya que debido a las altas exigencias hacia el hijo, no se valora el esfuerzo realizado para responder a ellas y siempre se les considera insuficiente; lo que genera enojo, coraje y hasta rabia que no puede ser expresada hacia los padres, coraje que se revierte hacia la propia persona.

Linares y Campa (2003), hablan de un sesgo parental que se da en el desarrollo del depresivo mayor, donde uno de los padres tiene una posición rechazante para con el hijo, mientras el otro asume un papel seudoprotector; el problema reside en que, el padre rechazante es cercano por medio de las descalificaciones, el supuesto protector permanece lejano y periférico. En el caso de Carlos el padre está en la posición de exigente y rechazante y la madre como supuesta protectora pero es lejana y periférica en fuerza y presencia parental a diferencia del padre. En cuanto a la nutrición emocional de Carlos: "...constituye una combinación muy deficitaria: lo que el uno podría dar no alcanza a compensar lo que el otro quita". (Linares y Campa, 2003, p. 31), es decir lo que la madre le brinda, no es suficiente para compensar lo que el padre exige y quita.

De acuerdo con las características de la depresión mayor señaladas en el DSMIV, la conducta de Carlos coincide con: falta de energía, irritabilidad, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos o ideas suicidas.

De acuerdo a Mackinnon y Michels (1991), en la depresión se presenta una mezcla de enojo ante la pérdida del objeto querido, el deprimido puede desplazar su enojo hacia

personas sustitutivas de las cuales espera que satisfagan sus necesidades ante la pérdida; sin embargo siente culpa por dicho sentimiento de hostilidad y teme expresar su enojo ya que podría destruir lo que más necesita y ante ello vuelve contra sí su enojo acusándose y condenándose. Desde esta perspectiva cuando se produce la individuación entre Carlos y su madre, dado que Carlos queda expuesto a un padre no nutriente y rechazante, esto le imposibilita aceptar la pérdida de objeto querido, es decir a su madre, generando enojo hacia ella, hacia el padre y hacia la hermana, enojo que lo hace sentir con culpa sobre todo hacia la madre porque ella en el discurso oficial está cercana a su hijo; este enojo es canalizado por Carlos hacia sí mismo instaurándose así la depresión. Por lo que en el tratamiento se tendrá que abordar el desvío de la energía del enojo hacia el exterior para posibilitar que salga de este cuadro. A continuación se describirán de manera general algunos movimientos terapéuticos que se realizaron para lograr lo anterior.

- Se creó un puente de comprensión y apoyo entre padre e hijo.
- Se consolidó el vínculo afectivo con su hermana mayor, permitiendo que éste se consolidara como un ancla de vida para Carlos.
- Se trabajó el fortalecimiento en la persona de Carlos a través del reconocimiento de sus lados fuertes y la toma de postura ante la libertad y responsabilidad en cada una de sus acciones.
- Se favoreció la relación con la madre a través de la creación de un discurso oficial de cercanía a uno real y actuado.

En este caso, se tuvo la oportunidad de trabajar un número amplio de sesiones (14), algunas de ellas con el grupo familiar y otras de manera individual, las cuales tuvieron lugar en la sede clínica del CCHA. Al abordar terapéuticamente la depresión en Carlos, se decide trabajar fundamentalmente el fortalecimiento de su persona para ayudar a que la depresión desaparezca; en el nivel práctico de intervención se utilizó el modelo estructural con el apoyo de algunas técnicas de la escuela de Milán; en el nivel conceptual se elaboraron las hipótesis y la función del síntoma con el modelo de la escuela de Milán, ya que en todo momento se conectaba la función del síntoma depresión y alcoholismo, con cada uno de los miembros de su familia, abordando los mandatos familiares y generacionales.



## Caso 2

Elsa es la protagonista de este segundo caso, recordando que pide terapia individual por el siguiente motivo de consulta: depresión, baja autoestima y enojo, preocupación en el trato con el hijo así como diferencias con su pareja.

Su discurso muestra a una mujer minimizada, la cual se siente sin control de sus emociones, dependiente de su pareja y por lo tanto que no hace las cosas bien, y manifiesta estar enojada consigo misma por todo ello.

Contrastando lo referido con lo que describe el DSMIV sobre depresión (de tipo mayor), coincide con tener sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, alta irritabilidad, ira persistente, así como tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás. Además Elsa muestra y expresa estar experimentando una depresión como la definen Mackinnon, y Michels (1991), para ellos "...la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido..." (p. 162). Desde ambos lentes, psiquiátrico y psicodinámico, se corrobora la depresión de Elsa. A continuación, describiremos cómo la depresión de Elsa se vincula dentro del sistema familiar.

Una de las situaciones trascendentales que Elsa comparte de su vida es sobre una serie de confusiones que sucedieron cuando iniciaba la relación con su pareja Elías, ya que no habló con claridad sobre aspectos importantes que le pasaron y ello la hacía sentirse muy "tonta". Ante esto emerge en Elsa el sentimiento de culpa al no haber aclarado tal situación, dejando que Elías no supiera en realidad lo que pasó y que pensara equivocadamente de ella. Al plantear una posible hipótesis de lo que pasaba con Elsa, se pensó que la culpa podría estar permeando la relación con su pareja; algunas preguntas que surgieron fueron: ¿Qué tanto la culpa hace que ella haga cosas para que su esposo le reclame y la trate sin respeto? ¿Será en Elsa la depresión una manera de pagar sus culpas ante lo que pasó en el inicio de la relación? ¿La culpa la llevaba a no pedir respeto de su esposo? Al respecto (Linares y Campa 2003), dicen que una persona depresiva se concede poco placer a sí misma, mide constantemente sus logros y si no están a la altura de las expectativas, se siente culpable. Elsa al no cumplir con las expectativas de Elías,

se siente culpable y es muy probable que trate de expiar dicha culpa, no exigiendo el trato que merece de él.

Otro de los sentimientos que expresa es sentirse “como una x o un cero a la izquierda”, lo que la hizo decidirse asistir a terapia, pues esta frase la describe como sentirse insegura y con problemas de carácter. Refiere que con su familia no puede acercarse porque son de un carácter muy explosivo y en vez de ayudarla la hacen sentir muy mal, torpe e inútil a través de descalificaciones a su persona. Esto refleja en ella una baja autoestima, lo que tiene que ver con que posiblemente no fue reconocida ni valorada por su familia de origen; con esto, su nutrición emocional como lo afirman Linares y Campa (2003), no ha sido suplida adecuadamente pues es muy probable que no se valoró su esfuerzo realizado para responder a las expectativas esperadas en ella, considerándolo insuficiente; esto puede haber generado enojo, coraje y hasta rabia que no puede ser expresada y que es manifestada a través de su irritabilidad, ira, así como inseguridad y devaluación personal. Sin embargo nos preguntamos qué tanto este papel que ha fungido Elsa como una persona que no sabe hacer bien las cosas, que se siente culpable de los errores y problemas en lo familiar y de la relación con su pareja, podría estar sirviendo a otros miembros de la familia; en el caso de Elías, qué tanto ella a través de su comportamiento lo ayuda a minimizar su problema de alcoholismo. De igual manera a ella le ayuda para centrar su atención en sí misma y en su hijo, disminuyendo los reclamos hacia Elías.

La depresión mayor tiende a irrumpir en etapas más avanzadas del ciclo vital, cuando la persona revive la experiencia de condicionamiento de cariño y reconocimiento sin posibilidad para obtenerlas (Linares y Campa 2003). En Elsa la depresión se manifiesta en el momento en que su pareja no la provee de cariño ni reconocimiento, sino la descalifica reprochándole su comportamiento. Según Mackinnon y Michels (1991), el deprimido puede desplazar su enojo hacia personas sustitutivas de las cuales espera que satisfagan sus necesidades ante la pérdida, sin embargo siente culpa por dicho sentimiento de hostilidad y teme expresar su enojo ya que podría destruir lo que más necesita y ante ello vuelve contra sí su enojo acusándose y condenándose. En este caso la persona sustitutiva de aquéllos que en la infancia suponemos no le brindaron afecto, es Elías su pareja y al no satisfacer él sus necesidades de reconocimiento y valoración (ya que ella tampoco cumple con sus expectativas) el enojo que siente hacia él no lo expresa

por miedo a perderlo, volviéndolo hacia sí misma y culpándose de sus acciones que ella califica como inadecuadas.

En su discurso se observa que la mayor parte del tiempo escucha las voces de los demás, de su familia y de su esposo, de lo que ellos piensan y consideran que “tiene que ser y hacer”, lo cual muestra cómo pone énfasis en tratar de cubrir las expectativas de los demás, con la frustración de que nunca es suficiente, así abandona sus deseos y necesidades.

Conversando sobre sus expectativas, en lo personal se imaginó estudiar una carrera (Lic. en Derecho), trabajar, tener una pareja estable, convivir, pasear y después casarse y que su esposo la apoyara en casa y disfrutaran “como en la tele”. Como mamá, deseaba disfrutar a su hijo, pues refiere que su embarazo lo vivió con mucho dolor (al no aclarar cómo pasaron las cosas), situación que la hace sentirse atrapada, tanto a nivel de pensamiento como a nivel emocional, ya que refiere que al recordar lo que vivió es como si lo volviera a vivir, produciéndole así coraje por todos los errores que considera haber cometido. Ante tales expectativas, hay una clara frustración en Elsa por no alcanzarlas, refiriendo que “todo lo la hecho mal y que es su culpa”; además su discurso está muy permeado por los acontecimientos y vivencias pasadas experimentadas como dolorosas. En la depresión, una de las características más comunes es que se vive más en el pasado, dejando de lado el presente y el futuro; así en Elsa se observa y se escucha un énfasis marcado en lo que había vivido tiempo atrás, enfocándose sólo en lo malo y doloroso, sin reconocer lo bueno que ha vivido y hecho así como lo que está logrando en su presente. A nivel de pensamiento de acuerdo a Mackinnon y Michels (1991), lo que también experimenta Elsa concuerda con la vivencia de un estado desalentador, cavilar sobre su pasado sintiéndose llena de remordimientos y culpas.

Los esfuerzos de Elsa por cumplir con lo que los otros esperan, con resultados desalentadores y frustrantes que la llevan a culpas exacerbadas concuerda con lo que Linares y Campa (2003) describen como el proceso de formación y vivencia de la depresión mayor; ser expuesto a altas expectativas y con una nutrición emocional no vivida de manera suficiente, sin reconocimiento o valoración ante los logros o esfuerzos de las exigencias impuestas.

Los movimientos terapéuticos que se realizaron para propiciar que Elsa superara la depresión estuvieron enfocados de la siguiente manera:

- Se creó un vínculo terapéutico con Elsa, para que a través de éste se fortalecieran sus lados fuertes.
- Se trabajó con los sentimientos que le provocaban confusión y depresión, a través de su expresión y reconocimiento; también se potencializaron cualidades personales para el mejor desarrollo de su vida, tanto en la relación marital, con su hijo, y con los demás vínculos.
- Se enfatizó la importancia y valoración de su propia voz así como su diferenciación respecto de los demás, esposo y familia de origen.
- Se trabajó su biografía destacando los aspectos positivos, redefiniendo algunas explicaciones y extrayendo los aprendizajes y aspectos positivos de las experiencias dolorosas.

El trabajo de 6 sesiones que se realizó con ella logró el objetivo de modificar sus patrones relacionales, cambiando los vínculos depresivos externos e internos eliminando la depresión mayor que presentaba; interviniendo terapéuticamente con el modelo estructural de forma eficaz.

### **Caso 3**

Isabel es otra de las personas que llegó a solicitar terapia por sentirse deprimida, ansiosa y con mucho enojo. Su discurso en general está enfocado a que ella debería de hacer todo bien y su familia piensa que “no da el ancho”, se siente inútil, que no puede resolver sus problemas, y en algunas ocasiones “a querido desaparecer”. Aquí se observan varios de los indicadores que denotan una depresión de tipo mayor, ya que involucra no cumplir con las expectativas de los demás a pesar de todo esfuerzo que haga, Isabel ya se ha creído esa historia sobre sí misma, en cuanto a que es una persona inútil y además en ciertos momentos al querer desaparecer está manifestando tener ideaciones suicidas, pues al no poder expresar su enojo hacia fuera lo hace llevando el enojo a sí misma.

Cuando Linares y Campa (2003), hablan de los vínculos relacionales de la familia de origen de la persona con depresión mayor, en donde se encuentran altas expectativas y nula valoración al hijo; el caso de Isabel muestra cumplir con tal descripción, ya que relata que desde niña estaba muy resentida con su mamá, siempre le resaltaba lo que no hacía bien, por lo que nunca se sintió apoyada y valorada; cuando Isabel se embarazó esperaba tener ese aliciente por vivir; sin embargo su madre le reclama y Isabel refiere que dicho reclamo la bloqueó y a partir de ese momento, “nada le ha salido bien, todo se le ha dificultado, se ha sentido tonta, vieja e inútil”. Isabel vivió una relación con su madre de altas exigencias sin lograr el reconocimiento ni la provisión de la nutrición emocional requerida para el desarrollo. Las palabras de la madre fueron muy trascendentes para Isabel, y pareciera que integra a su persona dicho discurso auto agrediéndose al creerse tonta, vieja e inútil y que no ha hecho nada bueno en su vida.

Hay una serie de pensamientos que expresa Isabel, los cuales la invaden en su diario vivir; ella dice: “me siento tonta, miedosa, furiosa, inútil, impotente tengo enojo, angustia desesperación, coraje, cansancio, mucha gula, decepción, ansiedad, desesperación, frustración, soy incapaz, mal pensada, todo me duele, estoy gorda, vieja”, estos pensamientos calificados por ella como negativos, la tienen atrapada y la controlan para “ser y hacer lo que se dice que es”.

Actualmente, ella trata de compensar esas creencias jugando un rol dentro de la familia como el de una persona muy perfeccionista y exigente. A su hija, constantemente le hace comentarios sobre su mal comportamiento y desobediencia; cuando ésta ayuda en casa en vez de reconocérselo le reitera que es su obligación.

En su relación de pareja, ella refiere que es él quien le exige que lo atienda y le reclama cuando no hace bien las cosas, además él se queja de su carácter tan “seco”; a pesar de lo anterior Isabel ha tomado hasta cierto punto el rol de madre de Raúl cuando éste llega tarde a casa y tomado, regañándolo y reclamándole. En lo referente a la relación con su madre, Isabel refiere que es una relación difícil debido a la enfermedad que padece actualmente, sumado esto a la serie de resentimientos de la infancia que la han acompañado, ocasionando así desesperación y enojo al cuidarla ya que ella es la única persona responsable de su cuidado. De esta manera Isabel entra en un juego de interacciones mutuas de exigencias con las personas mencionadas.

Los movimientos terapéuticos que se realizaron para cambiar las narrativas que anclaban su depresión estuvieron enfocados de la siguiente manera:

- Se retomó su discurso sobre los pensamientos que la atacan y atrapan haciéndola sentirse mal, abordándolos a través de la externalización del problema para así liberarla de la culpa que la embarga.
- Se facilitó la búsqueda, identificación, reconocimiento y utilización de los aliados (herramientas, recursos y cualidades personales) en la persona de Isabel, para hacer frente al problema, al enemigo a vencer (pensamientos negativos, como ella lo bautizó).
- Se fortaleció la persona de Isabel a través del vínculo terapéutico, haciendo uso de su postura como cliente. Además se marcaron, valoraron y reconocieron los cambios (logros) que realizaba en beneficio de su bienestar personal y relacional.
- Se trabajó el empoderamiento (atribución del control) en Isabel de los cambios realizados y alcanzados.
- Se confrontó la parte de responsabilidad personal para continuar o no con los cambios deseados.
- Se facilitó el espacio para que Isabel decidiera por ella misma lo que quiere para su futuro, haciéndolo desde sus necesidades y sentimientos, dejando en el lugar que le corresponde los deseos y exigencia de los demás; promoviendo que vea lo que puede hacer para seguir en el camino hacia estar bien con ella y con los demás.

Isabel fue atendida en la clínica del ISSSTE, donde la forma de trabajo es más acelerada por la gran demanda que se tiene para la atención médica y psicológica. Se trabajaron 7 sesiones con un enfoque de terapia breve centrada en soluciones, integrando el enfoque narrativo; Isabel se empoderó de sus propios recursos, empezando así a modificar sus narrativas logrando salir de la depresión de tipo mayor que manifestó al inicio del tratamiento.

### **3.1.3.5. Conclusiones**

Después de abordar la depresión integrando las propuestas psicodinámica y relacional, así como el análisis de las intervenciones realizadas en la residencia, puedo concluir la utilidad de los modelos de intervención.

Tomando en cuenta que en la depresión existe un enojo que se vuelca en sí mismo por la internalización del objeto que acusa, por la vivencia de ser amado y odiado, por la culpa del enojo hacia el objeto, lo que se llevo a cabo en común en los tres casos fue facilitar la diferenciación lo propio de lo no propio, logrando sacar el enojo de la propia persona hacia el exterior.

En los casos de Elsa e Isabel se trabajó en la reorganización de sus vivencias así como en el fortalecimiento de su persona. En el caso de Carlos se destrianguló para reorganizar sus vivencias y luego fortalecer su persona, lo anterior por tratarse de una depresión mixta, mayor y distímica, así como por el lugar que ocupaba en las relaciones familiares.

Hablando sobre los tipos de depresión que se abordaron, de acuerdo con sus características clínicas la distimia es un estado de ánimo crónicamente depresivo, y la de tipo mayor implica un estado de ánimo depresivo al menos por dos semanas. En este sentido en la intervención terapéutica ante ambos cuadros no aplican los mismos modelos y técnicas terapéuticas, ya que la diferencia mencionada marca complejidades diferentes.

En el caso de la depresión de tipo mayor, haciendo referencia a los casos presentados se abordaron desde el modelo estructural, terapia breve centrada en soluciones y la terapia narrativa. Los casos de Elsa e Isabel son un ejemplo de cómo con los modelos mencionados se logró modificar sus vínculos depresivos externos e internos manifestándose lo anterior en sus relaciones familiares.

La depresión de tipo distímica que se vio reflejada en el caso de Carlos, no se abordó de la misma manera que los casos de Elsa e Isabel con depresión de tipo mayor. Con Carlos el haber trabajado con sus padres fue una base fuerte para impulsar el cambio en él, sin embargo al tratar de movilizarlo con técnicas del modelo centrado en soluciones no observábamos resultados alentadores y ante la situación se intervino con los modelos estructural y Milán, donde a partir de ello se empezaron a observar consistentes cambios en su persona, así mismo en el sistema familiar.

Lo anterior nos lleva a reflexionar en la importancia de ser cautelosos y conscientes sobre la manera de abordar la depresión, teniendo en cuenta la forma en que ésta se presenta y desarrolla en cada persona, así como la forma en que se conecta con los distintos sistemas implicados, ya sea la familia, el contexto, su historia y premisas culturales; con base en esto, se recomienda tener una mirada amplia con varias posibilidades en su análisis y comprensión y posteriormente considerar qué modelo(s) se adecua(n) más al caso y en qué momento utilizarlo(s) para que se den los cambios deseados y adecuados para las personas y familias.

### 3.2. Habilidades de Investigación

Es acertado incluir la investigación en la formación de la maestría, pues todo profesional de este nivel está obligado a tener una actitud de búsqueda y curiosidad por los hechos que le competen; la investigación es uno de los pilares que retroalimenta el quehacer terapéutico, para que éste garantice a medida que se avanza una mayor eficacia en el logro de los objetivos no solo a corto o mediano plazo sino a largo plazo. En seguida se presenta la síntesis de dos reportes de investigación abordados desde la vertiente cuantitativa y cualitativa.

#### 3.2.1. Investigación cuantitativa

##### **Comunicación con padres y conductas antisociales en adolescentes**

Resumen. El propósito de esta investigación es examinar la relación en la comunicación entre padres e hijos adolescentes que presentan conductas antisociales y delictivas. Participaron 102 estudiantes elegidos a través de un muestreo no probabilístico. Se aplicaron los cuestionarios de Seis Dedos de conductas antisociales y delictivas y otro para medir la comunicación entre padres e hijos. Los puntajes obtenidos por los jóvenes en conducta antisocial, se aproximan al valor intermedio de corte, de la misma manera en los resultados de la interacción con los padres, lo que sugiere riesgo de incrementar la presencia de conductas antisociales. Se analizó la correlación con la  $r$  de Pearson, entre comunicación entre padres e hijos que presentan conductas antisociales encontrando que hay una baja correlación entre estas variables, dejando ver que hay interacción entre padres e hijos pero no establecen acuerdos, lo que aún más refuerza el riesgo del comportamiento antisocial en los jóvenes; resalta la interacción con la madre como la más significativa.

Palabras clave: conducta antisocial, conducta delictiva, comunicación:



Las diferentes formas de comportamiento antisocial en la sociedad occidental, expresadas a lo largo de la vida han mostrado un problema social serio y desconcertante. La explicación de estas conductas se ha basado en creencias populares y morales sobre el comportamiento inadecuado, que casi siempre ha sido tratado con castigos.

Se define conducta antisocial, como aquella que se caracteriza por ir contra el bien común y alterar la estructura básica de la sociedad, perturbando sus valores fundamentales y lesionando las normas elementales de convivencia (Jost, 2005).

A principios del siglo XIX, las observaciones de Phillipe Pinel y Benjamín Rush permitieron identificar con claridad por primera vez las características clínicas de los individuos antisociales y constituyeron el punto de partida de una ciencia clínica descriptiva que ayudaría a entender las razones y orientar las intervenciones respecto al comportamiento antisocial.

Jost (2005) sugiere que la presencia de conductas antisociales en la juventud, suele ser analizado en función de razones de tipo sociocultural, que ponen de relieve su directa relación con las estructuras sociales existentes. Numerosos especialistas, no obstante, se han ocupado de los factores psicológicos poniendo de manifiesto dos aspectos centrales del desarrollo psicológico que tienen influencia en la aparición de conductas antisociales: las carencias afectivas y de interiorización de normas. Además, existe otro factor importante en el desarrollo de estas conductas como es la influencia de la subcultura donde primariamente se desenvuelve el menor, que es su familia. Un profundo estudio de sus relaciones interpersonales y de la historia del grupo es indispensable para comprender esta compleja realidad.

De acuerdo con Silva (2003), el problema de la conducta antisocial no se puede analizar sólo a nivel individual, si no que requiere un análisis que incluya elementos individuales, familiares y comunitarios, por lo tanto, cualquier evento del individuo, comportamiento o enfermedad debe ser analizado desde la perspectiva biopsicoambiental, sin dejar de lado los diferentes grados de participación de cada uno de los factores que ha de tener en un momento determinado, así como la cualidad dinámica que los hace aparecer como más relevantes los problemas en uno u otro nivel.

En la adolescencia propiamente dicha, desde los 14 hasta los 18 años, las conductas antisociales se inscriben en motivaciones psicológicas más amplias que tienen que ver con las características específicas de este período. Por ejemplo, la rebeldía puede manifestarse en conductas antisociales, recurriendo a la protección de un grupo, banda o pandilla. Con tales actitudes el adolescente busca reafirmar su personalidad a través de una actitud de valentía y audacia frente a las normas y valores de los adultos. Esta actitud desafiante debe considerarse normal en cualquier adolescente. Sin embargo, cuando hay razones complejas ya sea ambientales, sociológicas o psicológicas, pueden hacer de ella un comportamiento más desorganizado, pero habrá que tener siempre en cuenta la influencia individual que cada joven presuntamente conflictivo pudo haber recibido en su desarrollo afectivo infantil en relación con su ambiente familiar como primera instancia (Jost, 2005).

La transición por la que pasa el adolescente, desde su familia, su grupo de iguales hasta la adultez abarca un aspecto de su socialización. Además, el adolescente se encuentra en el proceso de elección de pareja. A su vez los valores de la sociedad se le presentan en forma idealizada y como un conjunto de normas a seguir, lo que quizá lleve a confusiones, incertidumbres y ambivalencia, que se puede manifestar en las diferencias de relación con los adultos (Grinder, 2004). A lo largo de estas confusiones e incertidumbres en el proceso de desarrollo de los adolescentes se pueden enfrentar ante situaciones nocivas, que pueden percibirse por el joven como satisfactorias, como el consumo de drogas, agresiones en pandillas, entre otras (Breiling, 2002).

Es importante realizar la evaluación del comportamiento antisocial e indagar la trayectoria de su desarrollo, los antecedentes biológicos y familiares, las relaciones con los compañeros y las influencias de sistemas más amplios, debido a que son pocos los estudios acerca de dicho comportamiento. Además es necesario conocer los instrumentos de medición. Los evaluadores deben tener bases conceptuales sólidas en la materia, ya que de lo contrario corren el riesgo de aplicar escalas de evaluación o entrevistas estructuradas en el vacío (Breiling, 2002).

En el contexto familiar, es donde los niños reciben de sus padres los ejemplos más vívidos de la manera de influir en la conducta de los demás. Los padres que propician métodos de dominación tienen hijos que tienden a valerse de tácticas agresivas

semejantes para controlar la conducta de sus amigos o compañeros. Las experiencias de aprendizaje entre sus iguales, por las que pasa el adolescente, le sirven para su independencia de los adultos. Los iguales facilitan la transición del joven de su afianzamiento en la familia a cierta libertad en la adolescencia. Una vez que el adolescente se identifica con los valores de determinado grupo de iguales, éste se convierte en un punto de referencia de su comportamiento. Con el paso del tiempo, las experiencias satisfactorias habidas con los pares contribuyen al desarrollo de una identidad firme; mientras que las experiencias insatisfactorias pueden acarrear crisis de identidad (Grinder, 2004).

Lo anterior da pie a mencionar que el joven se encuentra inmiscuido en relaciones interpersonales en la cuales la razón de ser es la comunicación; la comunicación con su familia, con sus iguales, con la sociedad, lo que deja ver la importancia de ésta en el desarrollo de las personas, en este caso de los adolescentes y por lo tanto del comportamiento que lleguen a tener.

Básicamente la familia es el contexto más directo de influencia en el desarrollo del individuo; los padres en especial (además de los iguales), son las personas con las que cuenta el adolescente para relacionarse y por lo tanto comunicarse de manera en que puedan aprender a crecer y madurar como ser humano que es.

En lo que se refiere a la comunicación Satir (2002), afirma que es el factor determinante de las relaciones que se establecen con los demás. La comunicación abarca la diversidad de formas de cómo la gente transmite información: qué da y qué recibe, cómo la utiliza y cómo le da significado, el ambiente principal de aprendizaje de patrones de comunicación es la familia.

Resulta evidente que la comunicación es una condición humana y de orden social. Es obvio que desde el comienzo de la existencia del ser humano, éste participa en un complejo mundo de adquisición de reglas en la comunicación. En general, la interdependencia entre el individuo y su medio se había visto como una relación causa-efecto, actualmente se analiza el proceso comunicativo desde el concepto de *intercambio de información*. Es decir, el hecho de que **a** afecta a **b**, y **b** afecta luego a **c** y **c** trae consigo a **d**, y si **d** lleva a **a** se llega a un sistema de circularidad y entonces la función de la comunicación involucra la retroalimentación, la cual tendrá un papel

importante en el logro de la estabilidad de las relaciones interpersonales (Watzlawick, 1981).

Con respecto a la circularidad en la comunicación Satir (2002), señala que en la adolescencia se presenta mayor conflicto en la relación con los padres en cuanto a la calidad de la comunicación. Por lo que, es claro la importancia de estudiar la comunicación en la familia en esta etapa, además de la presencia de comportamientos antisociales. De acuerdo con Watzlawick (1981), la conducta surge como el criterio de significación esencial en la interacción de individuos estrechamente relacionados.

Los investigadores que han estudiado factores familiares involucrados en la conducta antisocial encontraron que hay una incidencia alta de agresión familiar en jóvenes que manifiestan conductas antisociales, en comparación con jóvenes que no presentan conducta antisocial.

En una investigación realizada por Parra y Oliva (2002), que tuvo como objetivo, estudiar los patrones de comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia, encontraron que con respecto a la evolución a lo largo de los años, la frecuencia de los conflictos parece descender ligeramente mientras que la comunicación parece aumentar, sobre todo para las adolescentes. Finalmente, los resultados han puesto de manifiesto una interesante relación entre la frecuencia de aparición de conflictos y la intensidad emocional con que son percibidos por los adolescentes. Por otro lado, señalan que en general chicos y chicas hablan con mayor frecuencia con sus madres que con sus padres, y que con las primeras tratan temas algo más íntimos. Si bien los dos temas principales que chicos y chicas hablan con sus madres son las amistades o sus gustos e intereses, con el padre los dos temas de los que se habla con mayor frecuencia son las normas de la familia y los planes de futuro.

Un estudio realizado en la ciudad de México por Lara y Figueroa (1990), se enfocó a estudiar familias con hijos “banda” y familias con hijos “no banda”. Se encontraron diferencias entre ambos tipos de familias, las cuales encontraron que hubo una mayor proporción de madres casadas y con escolaridad en el grupo “no banda”; y se observó mayor escolaridad en los hijos e hijas de este grupo. Otro aspecto a resaltar es la diferencia de la ocupación de las hijas e hijos: en el grupo “no banda” los jóvenes se dedican más a estudiar, mientras que el grupo “banda” se encontró en mayor número,

subempleados y en trabajos domésticos. Además, se encontró mayor consumo de alcohol en el abuelo materno, en el esposo y en los hijos varones en el grupo “banda” y se observaron menos problemas con la familia, mejor relación con la pareja y mejor comunicación con los hijos, en el grupo “no banda”.

En ambos estudios se manifiesta la importancia de la comunicación familiar para la prevención de conductas conflictivas en los adolescentes. Jost (2005), en España, realizó un estudio comparativo de presencia de conductas de tipo antisocial y delictivas en un grupo de niños y adolescentes de bajos recursos que sufrieron abandono temprano, para lo anterior observó, evaluó y analizó la conducta antisocial y delictiva de la población seleccionada con la aplicación del Cuestionario de Conductas Antisociales Delictivas A-D de Seisdedos (1998), encontrando que la familia y el grupo social que rodea a los niños y adolescentes son factores determinantes en la conducta. La manifestación de agresividad, maltrato, violencia y abandono de los padres son algunas causas responsables de la conducta antisocial en los niños, independientemente de su condición social o económica.

Otro de los estudios realizados en países latinoamericanos, que hacen referencia a las conductas antisociales en edades que oscilan entre los 16 y 17 años, en condiciones socioeconómicas de pobreza y disfunción familiar; se encuentra el estudio experimental realizado por Dodge, Murphy y Buchsbaum, 1984: en Breiling, 2002), en el cual observaron que muchos niños con reacciones violentas manifiestan una tendencia a interpretar las señales sociales ambiguas como provocadoras, muchas de ellas, están presentes en las familias. En este sentido podemos ver la importancia de la comunicación y más aún con los padres.

Por otro lado Cairns, Cadwallar, Estell y Neckerman, (1996: en Breiling, 2002) realizaron estudios longitudinales en los que encontraron que la influencia de los factores familiares e individuales en la conducta antisocial y delincuencia, se encuentran presentes en adolescentes que pertenecen a pandillas y aquellos que son rechazados por las instituciones convencionales (e. g., profesores y directores). En relación con este estudio Burges y Akers (1986: en Breiling, 2002) encontraron que en jóvenes de 15 años la influencia de pares ejercitan las conductas antisociales principalmente en la transgresión de las normas sociales. Un estudio de Farrington (1995: en Breiling, 2002) destaca la importancia de la edad en que se inicia la aparición de conductas antisociales, se concluye

que si desde edades tempranas aparecen dichas conductas se predice que se pueden ir agravando.

### **Objetivo del estudio**

Examinar la relación en la comunicación entre padres e hijos adolescentes que presentan conductas antisociales y delictivas.

### **Definición de variables**

**Conducta antisocial:** Se caracteriza por ir en contra del bien común y atentar en contra de la estructura básica de la sociedad, perturbando los valores fundamentales y lesionando las normas elementales de convivencia, por ejemplo, agresión interpersonal, reto a la autoridad, negarse a seguir instrucciones, consumo de drogas y daños a propiedad ajena (Silva, 1992).

**Comunicación:** Se considera como un factor determinante en las relaciones que un individuo establece con los demás. La comunicación abarca un intercambio de información en el cual involucra la retroalimentación en el logro de la estabilidad de las relaciones interpersonales (Watzlawick, 1981). Además abarca una diversidad de formas de cómo la gente trasmite la información: qué da, qué recibe, cómo la utiliza y cómo le da significado, ya sea de manera verbal o no verbal (Satir, 2002).

### **Método**

Participantes: Participaron adolescentes (hombres y mujeres) de 14 a 16 años, estudiantes de secundaria del tercer grado en el turno vespertino. La muestra se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico (Silva, 1992).

Instrumentos de medición: Se aplicaron dos instrumentos; el Cuestionario A-D de Nicolás Seisdedos Cubero (1998), para evaluar la presencia de conductas antisociales, que un cuestionario factorial simple con 40 elementos en una escala nominal (si/no), que miden dos dimensiones: la conducta antisocial y otra que considera comportamientos delictivos. Y un instrumento para la evaluación de la comunicación con padre y madre, en escala tipo

Likert elaborado por Parra, A. y Oliva, A. (2002), éste cuenta con 10 reactivos para evaluar la comunicación con el padre y 11 para la madre.

Procedimiento: Situación de aplicación: Se llevó a cabo la aplicación en una Secundaria pública, que pertenece a una zona marginada del municipio de Naucalpan.

#### Fase1

1. Se seleccionó la escuela secundaria a través de un muestro no probabilístico.
2. Se procedió a la solicitud del permiso por parte de las autoridades correspondientes de las escuelas, para la aplicación de la investigación.

#### Fase 2

1. A través de un muestreo no probabilístico intencional se eligieron a los jóvenes para la aplicación de los instrumentos.
2. En una sola sesión se aplicaron los dos instrumentos.
3. Posteriormente se procedió al análisis de resultados.
  - Para estimar diferencias significativas entre la presencia de conducta antisocial y la comunicación con sus padres según el género, se aplicó una prueba paramétrica, T de student.
  - Para el análisis de las correlaciones se aplicó la prueba paramétrica  $r$  de Pearson.
  - Se elaboraron tablas y gráficas de comparación y medidas de tendencia central para la descripción de los datos.

### **Resultados**

A continuación se presentan los resultados de cada una de las escalas aplicadas. Los criterios de corte en el análisis de la escala de conducta antisocial y delictiva, han sido a través de percentiles de la suma total de los puntajes obtenidos en la escala. A mayor puntuación, mayor presencia de conductas antisociales y delictivas.

#### **Conducta antisocial**

Sobre las puntuaciones para la escala de conducta antisocial de los jóvenes, se obtuvo una media de 8.4 puntos y desviación estándar de 4.02.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de los puntajes de la escala de la conducta antisocial de los adolescentes.

Puntaje	Frecuencia	Participantes %
0 a 5.5	Frecuencia baja	24.7 %
<b>6 a 8</b>	<b>Frecuencia normal</b>	<b>31.5 %</b>
8.5 a 11.5	Frecuencia alta	19.1%
12 a 20		20.2

Las puntuaciones de los participantes en la escala de conducta antisocial, se obtuvo una media de 8.4 puntos y una desviación estándar de 4.02. En la tabla 1. se muestra la distribución de frecuencia de los puntajes en lo que se refiere a la conducta antisocial, la mayoría muestra puntajes entre 5 y 12 puntos, de un total de 20 puntos.

Relación entre el género y conductas antisociales: Se compararon los puntajes de la escala de conducta antisocial entre mujeres y hombres. Los promedios (H=8.33 y M=8.38), no hay diferencias significativas ( $t=0.063$ ,  $p=0.05$ ). Tomando en cuenta a los sujetos que tuvieron puntuaciones altas (de 12.5 a 20 puntos), se observa que son los hombres quienes obtuvieron los puntajes más altos.

### Conducta delictiva

En las puntuaciones de la escala de conducta delictiva de los adolescentes, se obtuvo una media de 1.3 y desviación estándar de 1.91.

Tabla 2. Distribución de los puntajes de la escala conducta delictiva en los adolescentes.

Puntaje	Frecuencia	Participantes %
<b>0 a .5</b>	<b>Frecuencia normal</b>	<b>46.2 %</b>
1 a 1.5	Frecuencia alta	25.8 %
2 a 2.5		12.9 %



3 a 10

15.1 %

Relación entre el género y conducta delictiva: En el análisis entre la presencia de conducta delictiva y el género de los jóvenes, se encontró que fueron las mujeres quienes obtuvieron puntuaciones de 0, en comparación con los hombres, es decir, los hombres presentan con mayor frecuencia conductas delictivas que las mujeres.

## Comunicación

En lo que se refiere a la comunicación de los adolescentes con sus padres, se tiene que las puntuaciones altas indican una mayor frecuencia de interacción y el establecimiento de los acuerdos entre los adolescentes con cada uno de los padres.

**Comunicación con la madre:** En la escala de comunicación con la madre, las puntuaciones de los adolescentes tuvieron como resultado una media de 24.4 y desviación estándar de 7.59.

Tabla 3. Distribución de los puntajes de la escala de comunicación con la madre.

Puntaje	Frecuencia en la comunicación	Participantes %
0 a 18	Nunca	42.16 %
19 a 24	Rara vez	18.5 %
25 a 31	Algunas veces	14.7 %
32 a 36	Muchas veces	24.64 %

Por lo que se observa en la tabla 3, la media se ubica en el rubro de “Rara vez” se comunican los jóvenes con la madre.

En cuanto a los acuerdos de los jóvenes con su madre, encontramos que la mayoría de la muestra llega a estar de acuerdo con la madre cuando se comunican. Se obtuvo una media de 24.68 y desviación estándar de 5.30

Tabla 4. Distribución de la frecuencia de los acuerdos que los jóvenes tienen con su madre.

Puntaje	Acuerdos	Participantes %
0 a 20	Totalmente en des acuerdo	13.3 %
21 a 25	En desacuerdo	31.7 %
<b>26 a 28</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>36.6 %</b>
29 a 36	Totalmente de acuerdo	14.4 %

La prueba t de student, mostró que no hay diferencias significativas en la frecuencia en que se establecen acuerdos con la madre según le género de los adolescentes ( $t=0.845$ ) con  $p>0.05$ .

**Comunicación con el padre:** En cuanto a la frecuencia de comunicación con el padre, se obtuvo una media de 21.2 y desviación estándar calculada fue de 6.32.

Tabla 5. Frecuencia en la comunicación entre los adolescentes y el padre.

Puntaje	Frecuencia en la comunicación	Participantes %
0 a 16	Nunca	20 %
17 a 21	Rara vez	25.3 %
<b>22 a 27</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>31.3 %</b>
28 a 40	Muchas veces	13.4 %

La tabla 5 muestra la distribución de las puntuaciones de los jóvenes en la escala de comunicación con el padre; observando que el mayor porcentaje de la muestra se encuentra entre 22 y 27 puntos que equivale a que algunas veces se comunican con el padre.

En lo referente a los acuerdos de los adolescentes con su padre, se encontró que la media es de 23.9 y desviación estándar de 5.37.

En la tabla 6 se observa la distribución de las puntuaciones de la escala de comunicación con el padre, la cual indica que la mayoría de la muestra reporta estar en desacuerdo con el padre.

Tabla 6. Acuerdos que establecen los adolescentes con su padre.

<b>Puntaje</b>	<b>Acuerdos</b>	<b>Participantes %</b>
0 a 20	Totalmente en des acuerdo	11.9 %
<b>21 a 24</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>42.3 %</b>
25 a 28	De acuerdo	35.6 %
29 a 40	Totalmente de acuerdo	5.1 %

#### **Comparación de la comunicación en los adolescentes con la madre y con el padre**

La t de student ( $t=4.775$ ),  $p<0.00$  señala que si hay diferencias significativas en la frecuencia de comunicación entre padre y madre en los adolescentes. Con una media para el padre de 20.9 y 24.7 para la madre.

#### **Comparación de los acuerdos que establecen los adolescentes con la madre y con el padre**

Con respecto a esta categoría, se obtuvo una media de 23.6 para le padre y 24.3 para la madre. Con la prueba de la t de student, se encontró que no hay diferencias significativas (t de student ( $t=1.035$ )  $p<0.30$ ) en los acuerdos que establecen los adolescentes con sus padres.

#### **Correlación entre las conductas antisociales y delictivas de los adolescentes con la comunicación y acuerdos con los padres**

En la tabla 7 se muestran las correlaciones entre la frecuencia de comunicación con ambos padres y las puntuaciones que presentan los jóvenes en las conductas antisociales. Se observan correlaciones bajas y no significativas.

Tabla 7. Correlación entre la frecuencia de comunicación y conducta antisocial.

	papa	mama
<b>Conducta antisocial baja</b>	$r = -.232$ $p. 406$	$r = .069$ $p. 791$
<b>Conducta antisocial normal</b>	$r=.022$ $p .888$	$r= -.086$ $p. 580$
<b>Conducta antisocial alta</b>	$r=-.019$ $p .939$	$r= -.105$ $p .677$

Se analizaron las correlaciones entre la conducta antisocial y el establecimiento de acuerdos con los padres, (tabla 8). Se observo que las correlaciones altas se presentan en jóvenes que tuvieron puntajes altos en conducta antisocial, y puntajes altos en lo que corresponde a los desacuerdos con la madre, en este caso si es significativa.

Tabla 8. Correlación entre la frecuencia de los acuerdos y la conducta antisocial entre los jóvenes y ambos padres.

	Comunicación con papa	Comunicación con mama
<b>Conducta antisocial baja</b>	$r=-.293$ $p .444$	$r= -.267$ $p .401$
<b>Conducta antisocial normal</b>	$r= -.113$ $p .554$	$r= -.248$ $p .194$
<b><u>Conducta antisocial alta</u></b>	$r= -.574$ $p .065$	$r= -.690$ $p .009$

En lo que respecta a las conductas delictivas, en general, no se encontraron correlaciones entre los puntajes obtenidos en estas conductas y los puntajes arrojados en relación a la comunicación con los padres (tabla 9).

Tabla 9. Correlación entre la frecuencia de la comunicación y la conducta delictiva en los jóvenes y sus padres.

	Comunicación con papa	Comunicación con mama
<b>Conducta delictiva alta</b>	$r= .391$ $p=.209$	$r= -.154$ $p=. 599$

En lo que respecta a los acuerdos que se establecen entre los adolescentes que presentan conductas delictivas y ambos padres se observa una correlación baja (tabla 10).  
 Tabla 10. Correlación entre los acuerdos que se establecen los adolescentes que presentan conductas delictivas con sus padres.

	Acuerdos con papá	Acuerdos con mamá
<b>Conducta delictiva alta</b>	$r = .013$ $p .977$	$r = -.226$ $p .558$

## Discusión

Los puntajes de los jóvenes en la conducta antisocial se ubican en el valor intermedio del punto de corte, de manera similar en la comunicación con los padres, lo que indica que los jóvenes pueden tener la tendencia de aumentar el comportamiento antisocial y verse involucrados en problemáticas más complejas. Es posible que uno de los factores importantes en el desarrollo de estas conductas sea la influencia del ambiente donde primariamente se desenvuelve el adolescente, su familia (Jost, 2005), sin embargo es importante no dejar de lado otros contextos que también estén influenciando a los jóvenes a presentar dichas conductas.

En lo que respecta a las conductas antisociales se observan correlaciones muy bajas entre la comunicación con ambos padres y los jóvenes con estas conductas. Cabe señalar que en la mayoría de los casos es negativa, es decir si hay más comunicación hay menos conducta antisocial; lo cual confirma que cuando en la familia hay bastante comunicación entre padres e hijos, el comportamiento de los adolescentes se muestra más apegado a las reglas sociales. Y se puede decir que es muy probable que ante un comportamiento de los adolescentes congruente con las normas sociales, se dé una comunicación más abierta con los padres.

Parra y Oliva (2002), señalan que en general chicos y chicas hablan con mayor frecuencia con sus madres que con sus padres y, que con las primeras tratan temas más íntimos. Si bien los dos temas principales que chicos y chicas hablan con sus madres son las amistades o sus gustos e intereses, con el padre los dos temas de los que se habla

con mayor frecuencia son las normas de la familia y los planes del futuro. Por tanto nuestros datos coinciden con lo mencionado, ya que en la comunicación con los padres, los jóvenes se comunican más con su madre que con su padre.

Estos datos resultan interesantes, ya que muestran que se marcó una diferencia en cuanto a los acuerdos con el padre y con la madre, indicando que cuando no hay acuerdos con la madre si hay presencia de conducta antisocial, lo que no se muestra con el padre. Esta diferencia muestra que los acuerdos con la madre son un factor importante para que no se presenten conductas antisociales en los adolescentes. Es decir, hay interacción con los padres pero no llega con frecuencia a establecer acuerdos entre ellos, lo que refuerza la preocupación de la probabilidad de presentarse la conducta antisocial.

Así en esta etapa de su vida, los adolescentes buscan su identidad y en momentos se aíslan de los que les rodean, también hay una necesidad de expresarse y comunicarse con los otros, los padres son muy importantes en esta parte de la vida del adolescente y si hay una fluida comunicación con éstos, se reduce la posibilidad de que se presenten conductas antisociales.

Una investigación que apoya los resultados obtenidos en el presente estudio es la realizada por Parra y Oliva (2002), que tuvo como objetivo estudiar los patrones de comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia, encontrando que con respecto a la evolución a lo largo de los años, la frecuencia de los conflictos parece descender ligeramente mientras que la comunicación parece aumentar.

Hay que tener muy en cuenta que el problema de la conducta antisocial no se puede analizar solamente a nivel individual, si no que requiere un análisis que incluya elementos individuales y familiares, ya que encontramos diferencias en la frecuencia de comunicación entre los jóvenes y sus padres, es decir, al parecer hay mejor comunicación con la madre que con el padre. No debemos dejar de lado los diferentes grados de participación de cada uno de ellos (Silva, 2003).

Dentro de la adolescencia, desde los 14 hasta los 18 años, las conductas antisociales se inscriben en motivaciones psicológicas más amplias que tienen que ver con las características específicas de este período. Por ejemplo, la rebeldía puede manifestarse en conductas antisociales, recurriendo a la protección de un grupo, banda o pandilla. En la muestra estudiada encontramos que con mayor frecuencia se presentan

conductas antisociales, esto confirma que lo antisocial es parte de las actitudes del adolescente que busca reafirmar su personalidad a través de una actitud de valentía y audacia frente a las normas y valores de los adultos.

Esta actitud desafiante debe considerarse normal en cualquier adolescente. Sin embargo, cuando hay razones complejas ya sea familiares, sociológicas o psicológicas, pueden hacer de ella un comportamiento más desorganizado, pero habrá que tener siempre en cuenta la influencia que cada joven presuntamente conflictivo pudo haber recibido en su desarrollo afectivo infantil en relación con su ambiente familiar como primera instancia (Jost, 2005).

En lo que se refiere a la comunicación Satir (2002), menciona que la comunicación es el factor determinante de las relaciones que se establecen con los demás. La comunicación abarca la diversidad de formas de cómo la gente transmite información: qué da y qué recibe, cómo la utiliza y cómo le da significado, el ambiente principal de aprendizaje de patrones de comunicación es la familia. En este estudio se encontró que la frecuencia y los acuerdos que se establecen en la comunicación dan lugar a la forma de comportarse en los hijos y su efecto en la presencia de conductas antisociales.

Además de la circularidad en la comunicación Satir (2002), agrega que en la adolescencia se presenta mayor conflicto en la relación con los padres en cuanto a la calidad de la comunicación. De acuerdo con los resultados obtenidos podemos agregar que en los adolescentes el género participa de manera importante en la frecuencia y la generación de acuerdos entre padres e hijos.

En esta muestra no hay una gran correspondencia entre la comunicación y los índices de conducta antisocial y delictiva. Cabe destacar la importancia del estudio de otros contextos en los que se desarrollan los adolescentes además de la familia, (escuela, barrio, sociedad, etc.). El problema de la conducta antisocial no se puede analizar solamente a un nivel, si no que requiere un análisis que incluya elementos individuales, familiares y comunitarios, por lo tanto, cualquier evento del individuo, comportamiento o enfermedad debe ser analizado desde la perspectiva biopsicoambiental, sin dejar de lado los diferentes grados de participación de cada uno de los factores que ha de tener en un momento determinado, así como la cualidad dinámica que los hace aparecer como más relevantes los problemas en uno u otro nivel (Silva, 2003).

El que no haya una correspondencia entre la comunicación y los índices de conducta antisocial y delictiva, pudiera deberse a que alguno de los instrumentos empleados no sea sensible a las condiciones prevalecientes en el medio.

Para finalizar con esta discusión, queremos decir que aunque estos resultados son característicos de la muestra estudiada, nos llevan a reiterar lo que menciona Silva, (2003), sobre lo que pasa con el adolescente, pues, a pesar de que puede ser un ente antisocial en muchas de sus manifestaciones externas, siente una profunda necesidad de comunicación tanto con personas de su misma edad como con los adultos, y ocurre que en él se unen dos tendencias contradictorias: el deseo de expresarse y la necesidad de encerrarse en sí mismo.

## **2. Investigación cualitativa**

Como profesionales de la salud es importante ampliar esta información cuestionándonos ¿Cuáles son los significados y percepciones que existen en la familia a cerca de la comunicación y la relación con la presencia de conductas antisociales del adolescente? Para tal fin se realizó el siguiente estudio de corte cualitativo.

### **Análisis metodológico**

Decisión muestral: De la aplicación del estudio cuantitativo se eligió uno de los casos con resultados extremos en cuanto a la presencia de conductas antisociales, además tomamos en cuenta la facilidad del contacto con el caso, ya que la escuela en la que aplicamos el estudio se permitió realizar el contacto. Estos dos criterios corresponden a la accesibilidad y la selección de un caso típico como resultado de la aplicación previa de técnicas cuantitativas, sin la intervención de azar (Valles, 2000).

Tipo de estudio cualitativo: Se llevó a cabo un estudio de caso de tipo instrumental, con la final de ampliar el conocimiento sobre la comunicación y la presencia de las conductas antisociales en un adolescente a través de un caso particular (Vázquez y Angulo, 2003).

Tipo de diseño cualitativo: Es un diseño emergente, ya que del análisis cuantitativo de los datos surgieron circunstancias para iniciar un análisis flexible y con apertura a la



modificación de los resultados anteriores, dando continuidad al tema de investigación (Valles, 200).

Estrategias utilizadas: Para dar cuenta de un conocimiento particular y único, realizamos un estudio de caso; este análisis nos permitió la recogida de información de los valores, concepciones y opiniones, de los informantes en cuestión, ya que son elementos relevantes que están presentes en las situaciones significativas.

Se recurrió a la entrevista en profundidad semi-estructurada, ya que planificamos los ámbitos sobre los cuales estuvieron dirigidas las preguntas, por ejemplo, comunicación, adolescencia y conducta antisocial. El contenido de la entrevista se caracterizó por ser de opinión-valoración, en la que los informantes daban cuenta de la valoración de los acontecimientos; además se reflejaron sentimientos y emociones en torno a sus experiencias vividas.

## **Análisis de resultados**

A continuación se presenta el análisis de las categorías de los datos cualitativos, obtenidos de la entrevista. El caso de estudio está integrado por la familia M. A. quienes participaron fueron la madre y el hijo (Agustín) en edad adolescente.

### **Datos demográficos**

Integrantes de la familia: Mamá de 40 años, Papá de 54 años, Hija de 18 años, Hijo de 15 años.

Ocupación: El papá es chofer de una fábrica de camisa y vende camisetas por su cuenta; la madre es ama de casa; la hija trabaja en la fábrica donde trabaja su papá; y el hijo Agustín estudia tercer grado de secundaria, también le ayuda a su papá a vender camisetas los fines de semana.

Escolaridad: Los padres tienen nivel primaria y los hijos secundaria.

Domicilio: San Rafael Chamapa, Naucalpan.

Tiempo de matrimonio: 19 años de casados por lo civil y religioso.

Las categorías que se muestran enseguida son: Conducta antisocial, Adolescencia y Comunicación.

## **Conducta antisocial**

Se caracteriza por ir en contra del bien común y atentar en contra de la estructura básica de la sociedad, perturbando los valores fundamentales y lesionando las normas elementales de convivencia, por ejemplo, agresión interpersonal, reto a la autoridad, negarse a seguir instrucciones, consumo de drogas y daños a propiedad ajena (Silva, 1992).

### Trasgresión a la figura de autoridad

*Agustín: “pues si le he faltado el respeto a los maestros, bueno con un maestro, me llevo más o menos, nos platica y todo eso, luego algunas veces, como cuando estábamos en segundo éramos desastrosos y rompimos vidrios y nos castigaban y nos ponían reporte nada más. Luego cuando estamos afuera del salón, y pasa un maestro y nos empieza a callar y empieza a hacer comentarios tontos, dice que no es nuestra niñera que no va a estar cuidado niños tontos y le empezamos a hacer burla cuando calla a alguien”.*

Se observa en el contexto escolar, que el adolescente en el reto a la autoridad muestra actitudes de burla, seguido del desacato a la misma en alianza con su grupo de pares.

### Rechazo a seguir instrucciones

*Agustín: “a mi no me gusta que me muevan, que me den ordenes, que me digan haz esto o lo otro, como dicen vulgarmente cada quién agarra sus tontos y a mi no me gusta que me muevan o me traten de mover, que me agarren de bajada”.*

Agustín expresa que para él seguir instrucciones significa ser tonto, por lo cual se siente manipulado cuando se le da una instrucción. Para evitar sentirse de esta manera, se niega a seguir la instrucción.

### Comportamiento agresivo

*Agustín: “es que estábamos jugando football y a un chavo le metieron el pie y le dije porqué le metes el pie y le dijo un chavo a otro es que es joto y yo le dije al chavo que le dijeron joto, no pues le dije pégale a ese guey o métele el cuerpo y a mi me dijeron tú cállate eres igual y yo le digo qué? Y nos empezamos a agarrar. Anteriormente ya me había metido el pie pero ahora yo no me dejé. He tenido una que otra pelea en la escuela, fuera de la escuela no”.*

Al parecer es frecuente que Agustín presente comportamientos agresivos en la escuela hacia su grupo de pares en situaciones en las que se siente agredido, respondiendo a un grado más de agresión, es decir, pasar de los insultos a los golpes.

### **Adolescencia**

Es un periodo en el que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí, todo adolescente ha de aprender a participar de manera efectiva en la sociedad ya que constantemente se encuentra en competencia gracias a la interacción con sus padres, maestros y amigos, quienes lo exhortan, evalúan, premian y castigan. Además de la presencia de la necesidad de independencia y búsqueda de identidad (Grinder, 2004).

### Sentimientos de Agustín

*Agustín: “yo me siento bien.... Me gusta mucho...*

*No me gusta lo que veo y lo que siento, por eso no platico, siento que me haría mucho daño hablarlo”.*

Para Agustín es agradable la etapa por sus experiencias sociales que está viviendo, sin embargo, hay situaciones que vive y siente que el platicarlas le causa daño.

### Concepto de adolescencia de la madre

*Mamá: “la adolescencia significa que ya es un jovencito que va cambiando, que ya no es un niño y que tiene sus altas y sus bajas, porque iba muy mal en las materias, la maestra habló con ellos, con migo con mi esposo, nos dijo que iba muy mal que tiene 5 materias reprobadas incluso su boleta no la dieron a firmar.*

*A veces es muy rebelde, porque a veces lo mando a hacer algo y no lo hace, por ejemplo ahorita se vino y no me avisó, se vino sin comer ahorita, yo le he dicho que me diga las cosas que a él le molestan de mi pero él no me dice nada se queda callado”.*

La madre basa su concepto de adolescencia en el comportamiento que muestra su hijo en cuanto a los cambios contrastantes en el carácter, en su desempeño escolar y en la falta a las reglas de la casa.

### Concepto de adolescencia de Agustín

*Agustín: “significa mucho para mi, porque se siente uno libre de hacer las cosas y que no me estén ayudando... pienso en estudiar y trabajar...”*

Para Agustín la adolescencia significa sentirse libre, sin la intervención de otros, mostrando la necesidad de ser independiente, característica común en esta edad.

### **Comunicación**

Se considera como un factor determinante en las relaciones que un individuo establece con los demás. La comunicación abarca un intercambio de información en el cual involucra la retroalimentación en el logro de la estabilidad de las relaciones interpersonales (Watzlawick, 1981). Además abarca una diversidad de formas de cómo la gente trasmite la información: qué da, qué recibe, cómo la utiliza y cómo le da significado, ya sea de manera verbal o no verbal (Satir, 2002).

### **Comunicación con papá**

Se refiere al intercambio de información verbal o no verbal en la relación con el padre, así como los significados que emergen en dicho intercambio.

### Reacción ante el padre

*Mamá: “él dijo (Agustín) es que me quiero ir de la casa y le digo pero porqué y no es que mi papá siempre me está regañando, me está pegando y lo que voy a hacer es mejor irme”.*

Ante el ejercicio de la violencia del padre sobre el adolescente, éste responde con intenciones de huida o escape a dicha violencia, expresando que sería lo mejor.

### Violencia física y psicológica del padre

*Mamá: “...una vez que le pegó muy feo a Agustín, se lo quité porque le estaba pegando con el cinturón (hace como más de un año) entonces yo no me podía meter, me decía que soy una alcahueta, me dice que soy una alcahueta y le digo es mijo y enfrente de él me dijo que Agustín no era su hijo y yo le dije mira, ahorita ya hay muchas cosas, vamos y nos hacemos una prueba del ADN y si no es tu hijo te quedas tu con tu hija”*

Es notorio que el padre ejerce violencia física sobre Agustín cuando le pega con el cinturón, y violencia psicológica cuando expresa que no es su hijo.

### Sentimiento de Agustín hacia su padre

*Agustín: “yo me sentía muy mal, pensaba, si le duele gastar tanto en mí pues que no gaste, que me deje así, yo por mi cuenta para así yo comprarme lo que yo quiera”*

Agustín siente que para su papá es doloroso hacerse cargo económicamente de él, lo que ha despertado en Agustín la inquietud por buscar una forma de adquirir sus cosas personales.

### **Comunicación con mamá**

Se refiere al intercambio de información verbal o no verbal en la relación con el padre, así como los significados que emergen.

### Estilos de comunicación

*Mamá: “él casi siempre ha sido muy callado y nunca dice... yo le dije que es lo que piensas y él dijo es que me quiero ir de la casa y le digo pero porqué y no es que mi papá siempre me está*

*regañando, me está pegando y lo que voy a hacer es mejor irme y yo le dije no te valla piensa también en mí, porque nada más estás pensando en ti... te vas a la calle y qué va a ser de ti, porque hay mucho mal viviente, te pueden inducir a las drogas al alcohol a todo lo malo y se queda callado, no me contesta.*

*Como yo siempre les he dicho a mis hijos que a mi no me gusta que me traigan cosas que no son de ustedes como yo ay veces que le reviso su mochila le digo este lapicero de quien es, no es tuyo yo se de qué lapiceros usa, y me dice no pues me lo encontré en el salón y le digo porqué no preguntaste de quien era, es que me lo encontré tirado y ya se habían ido los alumnos, le digo pues ya te dije que a mi no me gusta eso, este lapicero lo regresas para que se lo regresen a quien sea”.*

Se observa que la madre habla con su hijo, tratando de que él se comunique con ella de manera verbal, sin embargo Agustín responde con el silencio en los momentos en que mamá es insistente y trata orientar sobre las consecuencias que puede tener su comportamiento.

#### Regaños de la madre a Agustín

*Mamá: “es que hay veces que cuando yo le digo te estoy hablando te estoy diciendo que me hagas esto por favor hazlo y se me pone muy altanero y como qué día estaba en la calle, le digo qué estás haciendo en la calle, órale ya métete, en lugar de que estés haciendo la tarea, le digo qué te dejan tus amigos, te dejan algo, apoco tus amigos van a venir a quitarte los trancazos que te ponga tu papá y a regañadientes va y se pone a hacer la tarea...”*

Se observa que la madre regaña a Agustín cuando éste no hace las tareas que ella le encomienda, cuando esto pasa ella recurre a la amenaza de la reacción de padre si no hace caso. Y le coarta la convivencia con sus amigos cuando Agustín está en la calle (sin autorización), además le obliga realizar las tareas.

#### Agresiones físicas y verbales entre madre-hijo

*Agustín: “ese día me pegó y yo le dije no me pegues y ya me metí”.*

Mamá: *“no pero agarra cuando baja las escaleras va caminando y le digo “hay apurate” y le pegue en la espalda, le di un manazo en la espalda y se voltea y me dice “no me pegues” se pone agresivo”*.

Esta parte muestra que ante una actitud agresiva física y verbal de la madre, Agustín responde elevando la voz con la intención de cesar la conducta de la madre.

### **Comunicación entre los padres**

Se refiere al intercambio de información verbal o no verbal en la relación entre los padres, así como los significados que emergen en dicho intercambio.

### Percepción de Agustín sobre la comunicación entre sus padres

*Agustín: “es que yo creo lo que hace mi papá está muy mal, es muy celoso y siempre le comenta algo mi mamá y le dice qué andas investigando, le dice chismes que no son, le inventa cosas y yo mejor me quedo callado y ya nomás los escucho. Yo me siento muy mal que le diga mi papá que le diga a mi mamá por qué hace esto, por qué hace lo otro”*.

Para Agustín los reclamos de su papá hacia su mamá los ve de manera negativa y manifiesta sentirse mal, ante tales situaciones el joven reacciona quedándose callado y escuchando la discusión.

### Descalificación del esposo hacia la esposa

*Esposa: “mi esposo cuando le empiezo a platicar me dice a mi no me salgas con eso. Prácticamente no hay comunicación como debería de haber no la hay. M: me hace sentir que no soy nadie, para qué le digo las cosas si va a ser lo que él diga. Y luego cuando pasan las cosas empieza a decir “a con razón esto y con razón lo otro y quien sabe con cuantos más, un montón de cosas que me dice”*.

La señora manifiesta sentimientos de inferioridad cuando su esposo le reclama sobre su comportamiento, y este comienza a realizar interpretaciones que llegan a ofender y devaluar a la señora.

## Discusiones entre los padres

*Esposa: “yo siempre sacaba la cara por él (Agustín), por decir recibe su aguinaldo nunca es para decir tengan para que se compren algo. Yo le reclamaba por qué tienes que cobrarle a mi hijo todo lo que él hace, y empezábamos a discutir y nadie trata de calmar las cosas, es muy difícil hablar con él porque uno le dice una cosa y él debe de ser lo que él dice, porque él dice yo aquí ordeno y le digo, fíjate que no estoy en el ejercito para decir aquí ordeno, tu dirás aquí yo mando que es diferente, porque eres el pilar de la casa, ahora si que se viene abajo porque económicamente yo no puedo trabajar.*

*Pero todo lo quiere cobrar, le digo que a mí me llegue a faltar dinero para la quincena tú me lo cobras, le digo mi hijo te llega agarrar que 20 pesos para alguna cosa y logo luego sales con que te falta dinero, mira si dices que se te pierde tu dinero ahí están los bancos”.*

En este ejemplo, se muestra que las discusiones giran entorno a la situación económica, en la cual la señora refiere que su esposo se muestra impositivo y difícilmente cede; y la señora opta por aceptar la situación a que considera a su esposo como el pilar de la casa en la cuestión económica.

## **Relación de las investigaciones cuantitativa y cualitativa**

De los datos cuantitativos, se tomaron en cuenta los resultados en los cuales la mayoría de los adolescentes presentaron conductas antisociales y en menor grado hubo presencia de conductas delictivas; en cuanto a la comunicación se encontró que los jóvenes con mayor frecuencia entablan comunicación y a su vez establecen acuerdos con la madre que con el padre, al parecer no hay diferencias significativas en el género de los adolescentes que determinen la comunicación con la madre. Sin embargo, hubo casos en los que se observaron resultados extremos, por ejemplo hubo puntuaciones altas en conductas antisociales y bajas en la comunicación, así como también puntuaciones bajas en conducta antisocial y altas en comunicación, por otro lado hubo puntuaciones bajas en antisocial y bajas en la comunicación.

Fue de propio interés la elección de un caso presentando resultados con puntuación alta en conducta antisocial y bajo en comunicación, en el que se establece la relación de la presencia de conductas antisociales y la forma particular de comunicarse con los padres.



En entrevista realizada se encontró que el joven presenta conductas antisociales, como el comportarse agresivamente con los demás, transgrede la autoridad y rechaza el seguimiento de instrucciones, tanto en casa como en la escuela. Aunado a la agresión física y verbal que recibe de sus padres, como estilo común que se presenta en la comunicación familiar. Se encontró mayor conflicto en la relación con el padre; esto se puede confirmar en los resultados de los datos cuantitativos que arrojaron que la comunicación con el padre es menor que con la madre.

### **Interpretación de los datos**

Agustín recurre a las conductas antisociales como recurso personal, ya sea para cesar aquellas situaciones en las que se siente agredido o lastimado, en dichas situaciones si se siente agredido responde con un grado más de agresión, es decir, pasar de los insultos a los golpes, complejizando sus relaciones con los demás y como consecuencia se ve involucrado en riñas y discusiones con sus padres.

El reto a la autoridad es una conducta antisocial, donde Agustín muestra actitudes de burla, seguido del desacato a la misma en alianza con su grupo de pares, además de hacer bromas con éstos, lo que le hace pasar momentos de diversión. Expresa que para él seguir instrucciones significa ser tonto, por lo cual se siente manipulado cuando se le da una instrucción, para evitar sentirse de esta manera, se niega a seguirlas. Por lo que el seguimiento o rechazo a las instrucciones encomendadas por figuras de autoridad, están en relación con el significado que el adolescente ha creado junto con su grupo de pares hacia el respeto de las normas.

Debido a la etapa de adolescencia que Agustín vive, se puede decir que es hasta cierto grado normal que se hagan alianzas entre pares para intereses en común, ya que para Agustín esta etapa lo hace sentirse bien y le es agradable.

En lo que respecta a la comunicación con sus padres, está presente la violencia física y verbal, en mayor grado la ejerce el padre sobre su hijo y esposa. Ante el ejercicio de la violencia del padre sobre el adolescente, éste responde con intenciones de huida o escape a dicha violencia, expresando que sería mejor irse de casa. La evidente violencia sobre Agustín, lo hace sentirse rechazado por el padre ya que además de recibir golpes e insultos, cree que para su papá es doloroso hacerse cargo económicamente de él, lo que

le despierta la inquietud por buscar formas de adquirir sus cosas personales, una de éstas puede ser por la vía fácil que es tomar cosas ajenas, o la de trabajar como comerciante.

Continuando con la comunicación, se encontró que la mamá trata de establecer comunicación con Agustín de manera verbal, sin embargo Agustín responde con el silencio en los momentos en que ella es insistente y lo trata de orientar sobre las consecuencias que puede tener su comportamiento.

Cuando la madre regaña a su hijo por no hacer las tareas que ella le encomienda, trae como consecuencia que la señora recurra a la amenaza de la reacción del padre si no hace caso y le coarta la convivencia con sus amigos cuando Agustín está en la calle (sin autorización), obligándolo a realizar las tareas. Es aquí cuando el joven muestra actitudes agresivas, ante la violencia ya sea física y/o verbal de la madre, él responde elevando la voz con la intención de cesar la conducta de la madre.

También se muestran características peculiares en los estilos de comunicación; en la relación conyugal llamó la atención que la violencia física y verbal se ejecutan en presencia de Agustín, él ve los reclamos de su papá hacia su mamá de manera negativa y manifiesta sentirse mal, ante tales situaciones el joven reacciona quedándose callado y escuchando la discusión y a veces se concentra en otro estímulo como ver televisión o reunirse con sus amigos.

La señora manifiesta sentimientos de inferioridad cuando su esposo le reclama sobre su comportamiento, y éste comienza a realizar interpretaciones que llegan a ofender y devaluar a la esposa, ante estas situaciones ella se muestra indefensa y termina por acatar la disposición del esposo; esta postura es aprendida por Agustín, en la que ante situaciones de agresión se vale mantenerse callado y no expresar sentimientos, puede estar presente el miedo ante la figura paterna, en caso contrario con la madre y en el contexto escolar es común que Agustín rete y desafíe a la autoridad, respondiendo agresivo y altanero.

Fue evidente que la frecuencia de discusiones entre los padres, gira entorno a la situación económica, en la cual la señora refiere que su esposo se muestra impositivo y difícilmente cede cuando se le está haciendo la petición de cooperación para cubrir las necesidades de Agustín; el señor responde que se lo va a cobrar descontándolo de lo que le toca y la señora opta por aceptar la situación, ya que considera a su esposo como el

pilar de la casa en la cuestión económica. Los sentimientos de minusvalía por parte de ella la llevan a reaccionar de forma pasiva ante la violencia de su cónyuge.

## **Conclusión**

La comunicación e interacción que se vive en la familia de Agustín está impregnada de actitudes y acciones agresivas y violentas, tanto en la relación con los padres, así como entre éstos y Agustín, especialmente del padre, quien es percibido como una figura de autoridad que mengua la expresión de sus necesidades y sentimientos.

Con respecto a la relación con la madre, si hay un puente de comunicación entre ella y Agustín, sin embargo éste reacciona de manera estática y cuando su madre lo violenta, muestra reacciones agresivas hacia ella. En este sentido las conductas antisociales que presenta Agustín pueden estar permeadas por la impotencia de expresarse con su propia familia, con su padre principalmente, pues al no poder hacerlo con él, en su contexto escolar manifiesta conductas de reto a la autoridad, así como rechazo a las instrucciones encomendadas por ésta, además de aliarse con su grupo de pares para intereses en común como las conductas mencionadas y en ocasiones tomar cosas ajenas.

Lo anterior muestra que en el caso de Agustín, la comunicación pobre e impregnada de violencia que experimenta con sus padres, está relacionada con las conductas antisociales manifestadas en su contexto escolar.

### **3.3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria**

En este apartado se exponen actividades y trabajos llevados a cabo en el transcurso de la maestría, relacionados con intervención comunitaria, productos tecnológicos, la asistencia y presentación de trabajos (clínicos y/o de investigación) en foros académicos. La manera en que se presentan es a través de cuadros los aspectos fundamentales que describen lo que se realizó, el objetivo así como los aprendizajes obtenidos.



### 3.3.1. Intervención comunitaria

Nombre	Objetivos	Descripción	Dirigido a	Resultados	Aprendizajes
Taller sobre Comunicación no violenta (Trabajo en pareja)	Dar un servicio a la comunidad y poder darles a conocer aspectos teóricos y prácticos sobre la comunicación familiar, para favorecer la comunicación entre los padres y sus hijos adolescentes a través de la expresión de sus sentimientos, pensamientos y emociones	Se trabajaron cuatro puntos básicos que fundamentan el Modelo de comunicación no violenta (Marshall, 2001) 1. La observación, 2. La identificación de los sentimientos, 3. Las necesidades y 4. El saber pedir las cosas; la petición.	Padres de familia con hijos adolescentes	El taller se desarrolló con la asistencia de 50 padres de familia, los cuales se encontraban muy interesados en el tema de la comunicación para mejorar la relación con sus hijos, sobre todo con los adolescentes. Al final del taller se realizó una evaluación del mismo, y los padres expresaron que tanto la información sobre la comunicación no violenta como los ejercicios prácticos fueron aspectos complementarios que les ayudaron a integrar los puntos básicos de la CNV.	El aprendizaje más enriquecedor es haber tenido un contacto directo con los padres de familia de adolescentes, conocer sus intereses y sobretodo su preocupación por buscar alternativas para comunicarse mejor con sus hijos; buscando así crear un ambiente empático para trabajar con ellos. También el poder facilitar en conjunto con ellos un espacio para trabajar de manera teórico práctica, me deja como profesionalista la satisfacción de querer involucrarme con más motivación en este trabajo a nivel grupal; incidiendo a nivel informativo, preventivo y de tratamiento.
Conferencia sobre Calidad	Concientizar a las personas de la	Versa sobre los aspectos básicos que conforman la	Adultos mayores con enfermedades	Asistieron 15 personas de ambos sexos. El	Al poder dirigir una conferencia a personas

de Vida (Trabajo en pareja)	importancia de cuidar su salud física y emocional, para mejorar su calidad de vida.	calidad de vida, como cuidar la alimentación, la salud física y emocional, tener redes de apoyo.	crónicas	desarrollo de la conferencia se realizó de forma interactiva, utilizando técnicas de sensibilización y cuestionamientos reflexivos en tiempo presente y futuro. Cada una de las personas expresó sentirse satisfecho y motivado con la conferencia y más que nada por el espacio de compartir sus necesidades y experiencias al respecto, así como comprometerse consigo mismos para mejorar su calidad de vida.	mayores con enfermedad crónica fue una particular y muy significativa experiencia, pues es la primera vez que trabajo con adultos mayores, pero lo más impresionante es poder ver los recursos que tienen y los deseos de seguir aprendiendo y disfrutar de sus vidas. La reflexión que marcó mi pensamiento es que el trabajo en grupo con estas personas mejora indudablemente su calidad de vida.
--------------------------------	---	--	----------	--	--

### 3.3.2. Productos tecnológicos

Nombre	Objetivos	Descripción	Dirigido a	Aprendizajes
1. Manual de técnicas de Terapia Estructural (Trabajo individual)	Proporcionar información breve y concisa acerca del modelo, así como	En una primera parte se hace mención a los elementos teóricos que sustentan el modelo y en una segunda parte, se describe cada una de las técnicas	Estudiantes de Psicología y Terapia Familiar	El haber elaborado cada uno de los manuales mencionados me dejó varios aprendizajes: 1. Tener un mejor manejo

<p>2. Manual de técnicas de Terapia Breve centrada en Problemas (Trabajo individual)</p> <p>3. Manual de técnicas de Terapia Breve centrada en soluciones (Trabajo individual)</p>	<p>del manejo de las intervenciones terapéuticas.</p> <p>El interés específico es presentar un manual sencillo y concreto sobre la Terapia breve centrada en problemas, para dar a conocer la forma de trabajo de este modelo terapéutico.</p> <p>Desarrollar de manera clara y concreta los elementos teóricos así como las principales técnicas para conocer el trabajo que se hace en la Terapia centrada en soluciones.</p>	<p>agregando un ejemplo en el cuál se puede identificar la técnica aplicada a la práctica terapéutica.</p> <p>Incluye los elementos básicos de los Modelos, sus pioneros y principales exponentes, así como las técnicas más utilizadas con ejemplos de intervenciones en casos reales.</p> <p>Se presentan los fundamentos teóricos que sustentan al modelo, acompañado de ejemplos sobre las técnicas de intervención y así dar al lector un panorama claro sobre cómo se trabaja en Terapia Breve centrada en soluciones.</p>		<p>teórico del modelo, ya que realicé una segunda revisión más concienzuda del material bibliográfico.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Practicar un estilo claro y concreto al redactar el manual.</li> <li>3. Poner en práctica mi capacidad de análisis, reflexión y creatividad, al realizar ejemplos prácticos sobre la utilización de las técnicas de cada modelo.</li> <li>4. El haber hecho estos manuales fue trabajo que dejó más claridad y entendimiento sobre cada modelo revisado en la maestría.</li> </ol>
<p>1. Video de técnicas de Terapia Estructural (Trabajo colectivo)</p>	<p>Mostrar cómo se llevan a la práctica las técnicas de este modelo terapéutico,</p>	<p>Contiene información general sobre el Modelo y la representación de las principales técnicas en casos simulados.</p>	<p>Estudiantes de terapia familiar</p>	<p>Básicamente esta actividad es muy útil didácticamente para mi aprendizaje, ya que a través de casos simulados tenemos la</p>

<p>2. Video de técnicas de Terapia Breve centrada en Problemas (Trabajo colectivo)</p> <p>3. Video de técnicas de Terapia estratégica (Trabajo colectivo)</p>	<p>para que puedan ser entendidos los momentos del proceso terapéutico cuando se está frente a la familia.</p>			<p>oportunidad de practicar el papel y función del terapeuta frente a las personas y familias que solicitan el servicio de terapia. Esto nos prepara en nuestra formación como terapeutas y además nos da la oportunidad de hacer un trabajo serio el cual se pueda servir para que los nuevos terapeutas en formación conozcan y entiendan de una forma visual y práctica, la aplicación de las diferentes técnicas de la Terapia Familiar.</p>
<p>Póster y tríptico sobre "Calidad de vida" (Trabajo en pareja)</p>	<p>Informar y concientizar a las personas sobre lo que deben de saber sobre la calidad de vida y lo que tienen que tomar en cuenta para mejorarla en su propia persona.</p>	<p>Se elaboró un póster y un tríptico en los cuáles de manera concreta y creativa se informa y motiva a las personas a cuidarse en todos los sentidos; pues la calidad de vida implica: el bienestar y satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Tiene que ver con su cultura, sus valores, con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Abarca la salud física, el estado psicológico, las relaciones sociales, así como la relación con los elementos</p>	<p>Población en general.</p>	<p>Poder practicar y desarrollar mis habilidades de síntesis y creatividad, para elaborar material visual, concreto y atractivo que motive a la gente a tener más conciencia y mejorar su calidad de vida.</p>



	esenciales del entorno.		
--	-------------------------	--	--

### 3.3.3. Asistencia a foros académicos y presentación de trabajos clínicos y/o de investigación

Nombre	Aprendizajes
<i>IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología</i> . Morelia, Michoacán. Marzo de 2007	Al poder escuchar una serie de ponencias de trabajos realizados en México y en otros países, pude reflexionar en la diversidad de temas y metodologías que están siendo utilizadas para la investigación en el área de la psicología y que todas ellas han arrojado buenos resultados y que el poder darlos a conocer en estos eventos, proporcionan a la comunidad profesional una serie de alternativas para investigar, abordar e intervenir en determinado fenómeno o problemática que enfrente al individuo y la sociedad en general.
Instituto Latinoamericano de la Familia, A.C. <i>“Nuevas reflexiones acerca de la Terapia Familiar”</i> . Con el Dr. Salvador Minuchin. México, D.F. Mayo de 2006	Como su nombre lo dice, el haber asistido a este congreso llamado <i>“Nuevas reflexiones acerca de la terapia familiar”</i> , fue un espacio de reflexiones con el Dr. Salvador Minuchin en donde con casos en vivo pude ser testigo de la evolución que ha tenido uno de los modelos pioneros en la terapia sistémica; esta evolución tiene que ver con la integración de un lenguaje menos rígido con tintes posmodernos. Además es muy enriquecedor observar a Minuchin interviniendo con familias y poder ver en vivo cómo utiliza las técnicas, pero sobre todo cómo se utiliza a sí mismo para intervenir y llevar a la familia a reflexionar y cuestionar su situación para así hacer cambios que los benefician.
UNAM. FES Iztacala. <i>“Metodología Cualitativa y Cuantitativa para Proyectos de Investigación”</i> . Tlalnepantla, Edo. De México. Febrero 2006.	Se revisaron y afianzaron los aspectos principales de la metodología cualitativa y cuantitativa en investigación psicológica y social, haciendo énfasis en el procedimiento a seguir en cada una de las metodologías.
UNAM. FES Iztacala. <i>“Actualidades en el Modelo de Milán”</i> .	Aquí se tuvo la oportunidad de conocer la historia de la Escuela y el

<p>Tlalnepantla, Edo. De México. Marzo 2006.</p>	<p>modelo de Milán en Terapia Familiar, a través de un terapeuta que colaborando con algunos de los fundadores de este modelo. Pude conocer con más detalle aspectos importantes y decisivos que marcan la escuela de Milán, sus inicios con el primer equipo de terapeutas, así como el desprendimiento de algunos de ellos para formar un segundo equipo de trabajo.</p>
<p>UNAM, FES Acatlán. Participe como asistente en el <i>“Congreso Internacional sobre Resiliencia”</i>. Naucalpan Edo. De México. Septiembre del 2005.</p>	<p>En este congreso tuve mi primer acercamiento al tema de resiliencia, lo cual fue muy importante para mí, primero por la novedad del tema y por el gran sentido y utilidad que encontré al escuchar las diversas conferencias que se impartieron así como la experiencia que compartieron algunos profesionales que ya tienen tiempo trabajando e investigando en esta tema que es la Resiliencia.</p>
<p>Ponencia: <i>“Comunicación con padres y conductas antisociales en adolescentes”</i> (2006) Autoras: Mónica Jasmín Montoya García y Lilitiana Patricia Reveles Quezada. UMAN FES Iztacala. Presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología. Morelia, Michoacán. Marzo de 2007.</p>	<p>Tener la oportunidad de exponer los resultados de una investigación que realice como parte de la maestría es muy importante para mí, además es una gran experiencia que implica compartirlo con un auditorio de profesionales de la psicología, lo cual es algo muy bueno pero a la vez es un reto, ya que en lo particular fue mi primer acercamiento con un grupo así. Estoy segura de que esta experiencia me impulsa a seguir compartiendo mi trabajo y experiencia profesional a este nivel, y sobre todo a ser mejor en mi área para compartir realmente buenos trabajos que lleguen a impactar y motivar a otros.</p>

## **CAPÍTULO IV: IMPORTANCIA DE LA ÉTICA PROFESIONAL EN EL TRABAJO TERAPÉUTICO**

En cualquier ámbito profesional la cuestión ética es algo trascendental que no se debe dejar de lado en el ejercicio cotidiano. Las disciplinas de la salud tienen una gran responsabilidad en relación al bienestar físico y emocional de las personas según sea el caso. Es por ello que la Psicología específicamente la Terapia Familiar, al realizar un trabajo enfocado a las relaciones e interacciones al interior y exterior de la familia, conlleva una labor con la parte humana que involucra sus emociones, sentimientos, pensamientos; en síntesis su bienestar emocional, y en este sentido es importante que la práctica esté inmersa en un ejercicio ético serio y profesional.

De acuerdo con Max Rosebaum (1986), hay un interés por el desarrollo ético del ser humano y por los procesos psicológicos que afectan la formación de los valores morales. Para entender mejor a qué se refiere la ética en el desarrollo del ser humano, el autor la define de la siguiente manera:

...como el estudio de las acciones a la luz de los principios morales que se han formado a medida que entendemos las intenciones y las consecuencias de esas acciones. Los principios morales están compuestos por los códigos de conducta que elaboran los individuos y por aquellos que la sociedad les expone a sus miembros (p. 280).

La ética tiene que ver con las normas o códigos de conducta establecidos por la sociedad que regulan el comportamiento de la misma; dichos códigos son elaborados a la luz de principios morales de acuerdo a los valores preestablecidos de cada cultura.

El referente más conocido en relación a la disciplina en la cual hemos sido formados es el Código ético del psicólogo, (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005), que exhorta a la responsabilidad en el actuar y desempeño de las actividades profesionales, académicas y científicas bajo normas que garanticen el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de la práctica de la psicología. Por lo tanto se marcan los siguientes principios generales:

- A. Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas: en el desempeño de sus actividades, tienen la responsabilidad de respetar, proteger y fomentar el derecho de las personas a la privacidad, la libertad personal y la justicia.
- B. Cuidado responsable: muestra preocupación por el bienestar y evita el daño a cualquier individuo, familia, grupo o comunidad.
- C. Integridad en las relaciones: debe demostrar en su desempeño; precisión y honestidad, apertura y sinceridad, máxima objetividad y mínimo sesgo o prejuicio, y evitar conflictos de interés.
- D. Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad: buscará aumentar el conocimiento y promover el bienestar de la humanidad, por medio de métodos y procedimientos éticos.  
(Código Ético del Psicólogo, 2002, p. 39-42)

Tomando en cuenta que formamos parte de una sociedad donde como seres humanos adquirimos en nuestro desarrollo una serie de principios y valores morales que rigen nuestra manera de pensar y de actuar, como profesionistas requerimos hacer una revisión y análisis de ellos para tener claridad y consciencia de la forma en la que afectan nuestro ejercicio profesional.

Según Rosembaum (1986), los psicoterapeutas han tenido que volver a examinar los sistemas de valores implícitos en sus suposiciones sobre el proceso de desarrollo humano, sobre lo que constituye la normalidad y la patología, y sobre su función profesional como agentes del cambio; pues aunque su función como parte de una disciplina científica ha sido reducir al mínimo el efecto de la subjetividad y de considerarse a sí mismos desligados de los juicios de valor; sin embargo hemos tenido que examinar nuestra conducta profesional y reconocer que nuestros juicios de valores, nuestras creencias éticas y nuestros valores morales están reflejados en nuestro trabajo con las familias. Por lo anterior, es cada vez es más importante detectar y hacer explícitos los sistemas de valores que se encuentran permeando las construcciones teóricas y las intervenciones clínicas empleadas.

Recordemos que en la Terapia Familiar con enfoque sistémico, el terapeuta se interesa en el individuo como parte de un sistema y reconoce la importancia del contexto

dentro del cual tiene lugar su conducta; en este sentido aquí se le da énfasis a la terapia desde el punto de vista del cambio, de dónde y cómo ocurre dicho cambio.

De acuerdo a esta definición hay varios aspectos relacionados con problemas éticos que propone Rosembaum (1986).

Cuando se inicia el trabajo con una familia o persona, el terapeuta familiar tiende a definir el problema que los aqueja, entonces ha hecho una suposición que presenta un problema ético inmediato. Ha supuesto que tiene el derecho, por sus conocimientos teóricos y su experiencia, de imponer un nuevo conjunto de creencias y valores al paciente individual o a la familia. En este sentido se puede observar que debido a la desigualdad de la relación entre el paciente/cliente y el profesional, en su totalidad los pacientes generalmente aceptan las percepciones del terapeuta como verdaderas.

En la posición de profesionistas (con conocimientos teóricos y prácticos), el terapeuta podría dar por sentado que tiene el derecho a hacer recomendaciones, y que esto no es una violación de las necesidades del paciente/cliente. De acuerdo a ello es importante que el terapeuta reconozca la diferencia entre su destreza profesional y su poder personal.

Ahora pues es fundamental que "...el terapeuta familiar está bajo la obligación ética de ayudar a la familia a entender lo que requiere la terapia familiar, por qué el terapeuta recomienda la terapia familiar, y qué exigirá ésta a los miembros de la familia. En esta forma se vuelve una aventura cooperativa, en vez de un ejercicio de poder..." (Rosembaum, 1986, p. 286). Al poder tener un proceso terapéutico de cooperación entre familia/persona y terapeuta, se dice que se tiene una alianza de trabajo en donde las partes comprenden las metas que se han establecido de mutuo acuerdo y están dispuestas a luchar por ellas.

También el autor refiere que el problema ético no se refiere sólo al hecho de que el terapeuta tenga un sistema de valores y una definición de lo que conduce a un crecimiento óptimo en una familia y de lo que funciona correctamente, sino más bien que el terapeuta no reconozca de manera consciente y clara cuáles son sus opiniones profesionales y

cuáles son sus preferencias personales así como de dónde provienen dichas preferencias.

En este aspecto, al definir el problema de la familia, los distintos modelos en terapia sistémica y posmoderna tienen gran implicación, ya que cada uno aporta una manera un tanto distinta de abordar los conflictos familiares así como una manera de concebirlos. En este sentido será importante tener como prioridad el cuidado y protección de los miembros de la familia así como trabajar en conjunto sobre sus necesidades expuestas por ellos, no adecuando la familia a los modelos, sino los modelos a ella.

La confidencialidad es uno de los aspectos éticos más importantes, pues es un derecho del cliente que se debe respetar a toda costa. En el caso de la terapia familiar un compromiso básico debe ser según Rosembaum (1986), "...ayudarlos a tratar de definir los límites de lo que desean comunicar antes de la sesión familiar..." (p. 286).

Uno de los problemas o dilemas éticos más comunes en la terapia familiar tiene dos fuentes, una práctica y otra teórica. Cuando el terapeuta comienza sólo con un paciente y luego añade a la familia, surge el problema práctico de la confidencialidad. El problema teórico consiste en averiguar si el individuo será capaz de explorar y sacar a la luz el origen y funcionamiento de los conflictos intrapsíquicos en una situación que no es la relación dual intensa entre paciente y terapeuta. Un problema relacionado con éste es averiguar si el hecho de compartir los conflictos intrapsíquicos como fantasías, sueños y transferencias, en presencia de la familia no amenaza la estabilidad familiar. Al preguntar si esto era fundamentalmente "bueno" para la familia, los críticos de la terapia familiar en realidad preguntaban si esta conducta era ética (Rosembaum, 1986).

En la práctica clínica de acuerdo a lo vivido, si en la terapia se inicia con una persona, hay que encuadrar con ella cómo se utilizará la información que ha dado al incorporarse miembros de su familia; la persona tendrá la pauta de lo que desea se hable o no ante su familia. Lo importante es cuidar a las personas física y emocionalmente, aunque en ocasiones esto implique romper la confidencialidad, por ejemplo en el caso de ideas o actos suicidas.

El caso de César tiene relación con lo anterior, debido a que él inició la terapia de manera individual y posteriormente se incorporaron sus padres y una de sus hermanas; en el transcurso de las sesiones se respetó lo que César quiso trabajar, lo cual no fue difícil ya que no existía información que representara un peligro o un secreto para la familia.

Cuando se tiene información previa debido a un proceso terapéutico anterior, lo ético es mantener la información al margen; por ejemplo en el caso de Elizabeth, ella anteriormente había asistido con su esposo a terapia en la clínica de Terapia Familiar de la FESI, entonces la información que ya se tenía se mantuvo en interrogación hasta que E fue proporcionando parte de ella al trabajar en su proceso de manera individual.

La cuestión ética consiste en quién define el cambio y se plantea la siguiente pregunta: ¿es lo que desea el paciente, o lo que el terapeuta piensa que debe ser? Al hablar del comportamiento del terapeuta, Wachtel citado por Rosembaum (1986), dice lo siguiente:

...al comunicar sus preferencias en forma abierta y explícita, deja saber al paciente con más claridad en donde se encuentra y qué sucede. El paciente puede sentir presión y ansiedad en respuesta a las expectativas del terapeuta, pero está potencialmente en mejor posición para ver en dónde pueden diferir sus propias preferencias de las del terapeuta (p. 282).

Esto nos deja ver que es importante hacer explícitas las preferencias personales en cuanto a valores y principios morales de una forma respetuosa ante la familia y/o persona, con el fin de que ellos tengan claridad para definir y trazar el camino que realmente quieren seguir y no confundirse con lo que el terapeuta tenga como preferencia.

Además de estos dilemas éticos, se añade otro muy importante que no se puede dejar de lado en la Terapia Familiar, y es cómo se trabaja la parte de género. De acuerdo con Desatnik (2001):

...La terapia es en sí misma una opción política y contextual que va a estar continuamente filtrada y estará, a su vez, filtrando las premisas culturales, incluyendo aquellas que se refieren a las relaciones jerárquicas entre hombres y mujeres que históricamente se han

establecido entre ellos... Con su énfasis en la causalidad circular, la teoría de sistemas ha ignorado las desigualdades basadas en el género que se da en las familias... (p. 253).

Desde esta postura, las disfunciones familiares generalmente se consideran como resultado de dinámicas interpersonales más que del reflejo de influencias sociales más amplias que refuerzan la desigualdad de acuerdo al sexo. Si se ignoran las fuerzas sociales, los terapeutas familiares podemos participar en el mantenimiento de sus consecuencias negativas que ponen a algunas personas en desventaja frente a otras "... dado que los hombres y las mujeres no ocupan las mismas posiciones de poder en la sociedad, no pueden afectar a los sistemas de la misma manera..." (Desatnik, 2001, p. 254).

Además podrían surgir dilemas éticos que estarían asociados básicamente a las lealtades que guardamos con nuestros valores, nuestros roles y nuestra perspectiva de género, cuya influencia no podemos evadir totalmente, aunque la hayamos cuestionado y analizado, tenemos que estar muy atentos para que no se generen juicios o intervenciones parciales en la terapia.

Desatnik (2001), hace un planteamiento retomando la diferencia que hace la diferencia; afirma que hace falta escuchar las voces diferentes de mujeres y de hombres, ampliar la voz del cambio, lo cual toma relevancia al trabajar con equipo terapéutico y supervisión, pues a través de la retroalimentación se accede más directamente a pensar en las voces que transmitimos como terapeutas, y las que no escuchamos.

Entonces un aspecto importante en el desarrollo ético de la terapia, es la práctica supervisada, en la cual el terapeuta se prepara como tal en un trabajo en conjunto con un equipo terapéutico y un supervisor, los cuales acompañan, retroalimentan y vigilan el desempeño del terapeuta frente a la familia. La importancia de la supervisión es fundamental en el trabajo con las familia, ya que de esta manera se trabaja desde la cibernética de segundo orden poniendo énfasis en la relación terapeuta-familia, cuidando que el trabajo que se esté haciendo vaya de acuerdo a lo que la familia necesite y no a las preferencias, valores y principios morales del terapeuta (como las ideas de género). Junto con esto se prioriza el trabajo personal del terapeuta, ya que a la par de la supervisión lo



ayudarán a potencializar de una manera integral su preparación y desempeño profesional.

En mi caso personal, la supervisión me ayudó a estar revisando qué pasaba conmigo en relación a las personas que atendí como terapeuta, así como con los temas que se abordaron con ellas. Fue importante la retroalimentación de las supervisoras y mis compañeros supervisandos, ya que sus aportaciones me reflejaban si tenía que trabajar de manera personal y profesional algún aspecto que obstaculizara mi desempeño como terapeuta. Aunado a esto, durante mi formación en Terapia Familiar, llevé paralelamente un proceso terapéutico personal, donde trabajé los principales obstáculos manifiestos en mi práctica clínica.

## CONSIDERACIONES FINALES

Después de todo el recorrido por este reporte de experiencia profesional, hemos llegado a un último espacio llamado consideraciones finales; y es aquí donde toca hablar de cada uno de los aprendizajes que me dejó formarme como Terapeuta Familiar, dentro del Programa de Posgrado de la UNAM, nuestra máxima casa de estudio.

El proceso por el cual pasé en el transcurso de la maestría es todo un tesoro de experiencias, ya que es una etapa de formación donde se desarrolló un cambio en mi vida a nivel personal y profesional.

Como primer cambio, fue la incorporación a una visión y forma de conceptualizar y analizar las relaciones personales y familiares, así como la misma terapia, de una manera diferente a la que tenía como profesional de la Psicología; la epistemología sistémica aunada a la cibernética de segundo orden son posturas que han sido radicales en mi formación. Recuerdo que era complicado dejar de ver las situaciones de manera lineal, para pasar poco a poco a incluir en mi visión la circularidad y retroalimentación en las interacciones como conceptos teóricos y como una actitud de abordaje terapéutico.

Este programa de maestría está conformado de tal manera que los terapeutas en formación nos sumergimos de tiempo completo en un aprendizaje teórico-práctico con un enfoque sistémico y posmoderno, donde el trabajo terapéutico se realiza incluyendo a los miembros que conforman las familias (aunque no estén presentes) así como los sistemas de los contextos con los que se tienen relación.

Dentro de la formación teórica, los seminarios que se cursaron me dieron la posibilidad de conocer y analizar las relaciones e interacciones desde dichas perspectivas, sistémica y posmoderna, enriqueciendo mi visión con las aportaciones de los académicos a cargo, así como la participación de mis compañeros de formación.

En cuanto al entrenamiento en la práctica clínica, la experiencia fue para mí bastante novedosa y enriquecedora. Está organizada de tal manera que la visión sistémica y cibernética de segundo orden se trabajan a través de un sistema de supervisión clínica,

contando con un equipo de terapeutas y dos supervisoras que en conjunto con el terapeuta realizan el abordaje terapéutico con las personas y/o familias.

La formación clínica me llevó a vivenciar la función de ser primeramente *observador* del sistema terapéutico total; donde fue mi inicio a sumergirme en esta nueva visión epistemológica. Luego formé *parte del equipo de supervisión*, conformado por mis compañeros de generación y dos supervisoras; en donde además de la observación tenía un papel activo, aportaba ideas y mi postura terapéutica al abordaje del caso. Como *terapeuta* al frente de la familia, fue una vivencia extraordinaria para mí, pues entraba en juego un crecimiento a nivel de manejo clínico, así como a nivel de mi persona.

Al vivenciar cada uno de los roles antes mencionados, se encuentra una relación directa con el trabajo y función de las supervisoras, pues tienen a cargo la responsabilidad de facilitar un espacio propicio para que a través del trabajo con las familias, se dé al mismo tiempo el desarrollo y potencialización de nuestra formación como terapeutas sistémicos. Particularmente me parece una gran herramienta formativa el papel que juegan las supervisoras, pues el cuidado que tienen a través de la guía, la retroalimentación, el respaldo y acompañamiento a lo largo de la práctica clínica, así como su estilo y postura terapéutica, son una base fuerte y sólida para el empoderamiento en nosotros como terapeutas en formación.

Otro aspecto importante de comentar es que desde el inicio de la Residencia se nos asigna a cada terapeuta un(a) tutor(a), quien tiene la responsabilidad de asesorarnos, guiarnos y acompañarnos hasta que obtengamos el grado. El papel que juega el tutor o tutora es de fundamental importancia, pues es quien se involucra más a fondo en el proceso de aprendizaje y crecimiento en nuestra formación, tanto a nivel académico como clínico. En mi caso particular la experiencia con mi tutora ha sido excelente, pues en todo momento me brindó su apoyo y respaldo en cada una de las actividades y trabajos que desarrollé a lo largo de la residencia. Además siempre se preocupó no sólo por mi formación teórico-práctica, sino también impulsó y cuidó mi análisis y crecimiento personal.

No puedo dejar de mencionar el papel fundamental que juegan las personas y familias atendidas a lo largo de esta residencia en los tres diferentes escenarios clínicos. Poder tener un contacto con ellas desde diferentes posiciones (observador, supervisando y terapeuta) ha sido la fuente de aprendizaje más fuerte e impactante, pues el trabajo terapéutico persigue lograr el o los cambios que los consultantes desean y necesitan. En este sentido como parte del sistema terapéutico total poder observar, analizar, aportar, facilitar e intervenir terapéuticamente con las familias es donde se completa la experiencia como terapeuta familiar sistémico y posmoderno en formación.

Los distintos escenarios clínicos también aportaron mucho a mi formación en la residencia, ya que cada uno tiene diferencias de contexto, políticas y sociales, lo que a su vez se veía reflejado en la comunidad que se atendía, así mismo en la forma de trabajo con ella.

La Residencia en Terapia Familiar, además de una formación teórico-práctica como tal, nos dio la posibilidad de desarrollar habilidades de investigación, trabajo con la comunidad, así como productos tecnológicos con un objetivo formativo y de aportación a futuras generaciones en formación y a la comunidad en general. Esto acrecentó en mi persona el desarrollo del trabajo comunitario así como un interés mayor por la investigación, pues considero que, como terapeuta, una actitud de curiosidad siempre es o tiene que ver con una actitud de búsqueda, de investigación.

Retomando de manera particular el tema que elegí abordar como aportación a este reporte de experiencia profesional, es importante mencionar que fue elegido porque varios de los casos que atendí como terapeuta fueron sobre problemas de depresión. En este sentido decido abordar la depresión, realizando un análisis sobre las aportaciones teóricas y clínicas con una visión relacional, integrando la dinámica intrapsíquica y los modelos terapéuticos propicios para su tratamiento.

Adentrarme en el tema de depresión, me llevó a integrar los tres casos clínicos presentados, con un análisis bibliográfico poniendo énfasis en el enfoque relacional; de tal forma que me dio la oportunidad de reflexionar en lo referente a qué modelos terapéuticos revisados en la residencia y en qué momentos son propicios para abordar la depresión.

Entonces considero de gran importancia, que el análisis desarrollado deja abiertas líneas de investigación futuras, encaminadas a realizar estudios específicos y detallados al respecto.

En cuanto a mi experiencia terapéutica, puedo decir que fue muy enriquecedor haber tenido la experiencia de trabajar con los diferentes modelos terapéuticos revisados, con familias y personas con características y complejidades distintas; con lo cual considero que no hay modelos terapéuticos únicos o mejores, pues si la meta es lograr el cambio deseado y necesitado por las familias, los modelos están al servicio de ellas y habrá momentos en que un modelo no será suficiente para cubrir tales necesidades, utilizando así técnicas y estrategias de intervención de otros enfoques.

Sobre mi experiencia en la persona del terapeuta, es importante mencionar que el trabajo con las familias y la retroalimentación con mi equipo de supervisión, me llevaron a reflexionar sobre mi proceso de crecimiento personal pero sobre todo profesional. Además fui descubriendo cualidades de mi persona que podía usar y ser más eficaz en la terapia; así también pude enfrentar y reconocer cuáles aspectos personales representaban un obstáculo terapéutico. Sin embargo un punto clave fue llevar mi propio proceso, donde pude trabajar cuestiones importantes para tener un mejor manejo personal en mi desempeño como terapeuta familiar sistémica y posmoderna.

Finalmente quiero agregar, que es para mi un honor concluir la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, ya que me ha brindado un mayor grado de preparación para intervenir con calidad y eficiencia, ante las situaciones y problemáticas que experimentan las personas y familias en los diferentes contextos en los que se encuentran inmersas. De igual forma deseo enfatizar el orgullo que siento al egresar de la Universidad Nacional Autónoma de México, nuestra máxima casa de estudio, Institución a la que agradezco su generosidad y reconocimiento al formar parte de ella.

## ANEXO 1

### Criterios diagnósticos de Depresión según el DSM-IV

Lo siguiente ofrece al lector características diagnósticas de acuerdo al DSM-IV, sobre los tipos de depresión abordados por Linares y Campa (2003), referidos en el análisis del tema en el capítulo III. Dichos características se encuentran enmarcadas dentro de los trastornos afectivos y del estado de ánimo.

#### 1. Episodio depresivo mayor

- Un período de al menos 2 semanas durante el que hay una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
- En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste.
- Al menos otros cuatro síntomas de esta lista:
  - Cambios de apetito o peso,
  - Del sueño y de la actividad psicomotora;
  - Falta de energía;
  - Sentimientos de infravaloración o culpa;
  - Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones,
  - Pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.
- Un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.
- Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas.
- El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.
- En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (p. ej., al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar).

- En algunos sujetos que se quejan de sentirse sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto.
- Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza.
- Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad:
  - Ira persistente.
  - Tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás.
  - Sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia.
- En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante las frustraciones.
- Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones (p. ej., un ávido jugador de golf que lo ha dejado, un niño al que le gustaba el fútbol encuentra excusas para no practicarlo).

### **Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo**

- La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión.
- Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad.
  - Niños: quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social.
  - Adolescentes: asociado a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias y la conducta alimentaria.
  - Ancianos pueden ser especialmente acusados los síntomas cognoscitivos (desorientación, pérdida de memoria y distraibilidad).
  - Mujeres: refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor unos días antes del inicio de la menstruación.

### **Patrón familiar en el trastorno depresivo mayor**

- 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general.
- Hay pruebas de un mayor riesgo de dependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos.
- Y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con este trastorno.

### **Diagnóstico diferencial**

- Un episodio depresivo mayor debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.
- Un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (una droga, un medicamento o un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.
- En las personas ancianas suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos son atribuibles a una demencia o a un episodio depresivo mayor.
- Un episodio depresivo mayor que se presente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo por el hecho de que en este último no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.
- Los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor a no ser que se cumplan los criterios de gravedad. (DSM-IV-TR)

## **2. Trastorno distímico**

- Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la



duración debe ser de al menos 1 año.

- Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
  - Pérdida o aumento de apetito
  - Insomnio o hipersomnia
  - Falta de energía o fatiga
  - Baja autoestima
  - Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
  - Sentimientos de desesperanza
- Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas durante más de 2 meses seguidos.
- No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

### **Especificaciones**

- La edad de inicio y el patrón característico de los síntomas en el trastorno distímico pueden indicarse utilizando las especificaciones siguientes:
  - Inicio temprano. Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce antes de los 21 años. Estos sujetos tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores.
  - Inicio tardío. Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce a los 21 años o con posterioridad.
  - Con síntomas atípicos. Se debe usar esta especificación si el patrón de los

síntomas durante los 2 últimos años del trastorno cumple los criterios de síntomas atípicos.

### **Síntomas dependientes de la edad y el sexo**

- En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social.
- En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas.
- En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

### **Patrón familiar**

- El trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

## REFERENCIAS

- Anderson, H. (1997) *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Andersen, T. (1994) *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andrade, P., Fleiz, C., Medina, M., Reyes, I., Rivera, E. Y Villatoro, J. (1997). *La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Salud Mental*, 20 (2), 21-27.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington, DC, EE.UU.: Autor.
- Ballinas, V. (2004). *Preocupa a organismo de la ONU situación social y económica de México*. La jornada. [www.jornada.unam.mx/2006/5/26/057/n1soc.php](http://www.jornada.unam.mx/2006/5/26/057/n1soc.php)
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu.
- Beltran, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En: Eguiluz, L. (Comp.), *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de sistemas*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Breiling, J., Maser, J. y Stoff, D. (2002). *Conducta Antisocial: Causas, evaluación y tratamiento*. En *Biblioteca de Psicología* (Vol. 1, 2 y 3). México: Oxford University Press.
- Cecchin, G. (1987). *Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. Family Process*, 26, 405-413.
- Colegio de Ciencias y Humanidades. [CCH]. <http://www.cchazc.unam.mx/>
- Desatnik, O. Franklin, A. & Rubli, D. (2002). *Visiones, re- visiones y super- visión del proceso de supervisión. Psicoterapia y Familia*, 15 (1), 47-52.
- Desatnik, O. (2001). En: Eustace Jenkins, R. (Comp.). *Ética y Estética en Terapia Familiar en México*. Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C.: México.
- Desarrollo Integral de la Familia [DIF]. (2005). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias*. México.
- Dirección de Asistencia Jurídica. [DIF]. En: INEGI, (2004). México.
- Eguiluz, L. (Comp). (2004). *Terapia Familiar*. México, D.F.: Pax.

- Eguiluz, R. L. (2001). *La teoría sistémica: Alternativas para investigar el sistema familia*. México: UAT y UNAM.
- Figueiredo, J. (2005). *La esquivada equidad en el desarrollo laboral*. Instituto Internacional de Estudios Laborales. [www.cepal.cl/publicaciones/xml/4/27814/Bibliografia.pdf](http://www.cepal.cl/publicaciones/xml/4/27814/Bibliografia.pdf)
- Figueroa, M y Lara, M. (1990). *Familias con hijos en bandas juveniles*. *Revista Mexicana de Psicología*, 7 (1 y 2), 37-43.
- Fishman, H. y Minuchin, S. (1992). *Técnicas de Terapia Familiar*. México, D. F.: Paidós.
- Fisch, R. Weakland J. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio (Cómo abreviar la terapia)*. Barcelona, España: Herder S.A.
- Friedman, S. (2005). *Terapia Familiar con equipo de reflexión*. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu.
- Gergen, J. K. (1990). *Realidades y Relaciones*. Barcelona, España: Paidós.
- Gergen, J. K. (1996). *La construcción social: emergencia y potencial*. En Pakman, M. (Comp.). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona, España: Gedisa.
- Gergen, J. K. y Warhuus, L. (2001, marzo). *La terapia como construcción social: Dimensiones, deliberaciones y divergencias*. *Sistemas Familiares*, 11-27.
- Glaserfeld, E. (2001). Aspectos del constructivismo radical. En Pakman, M. (Comp.). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona, España: Gedisa.
- Grinder, R. (2004). *Adolescencia*. México: Limusa.
- Haley, J. (1980) *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1994). *Fundamentos de la terapia familiar*. México, D.F.: Fondo de cultura económica.
- Imber-Black, E. R. y Whiting, R. (Comps.). (1991). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. [INEGI]. (1999). *Las Familias Mexicanas*. México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. [INEGI]. (1999). *Hogares Familiares*. México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. [INEGI]. (2007). *Mujeres y Hombres*. México.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. [INEGI]. (2005). *Divorcios*. México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. [INEGI]. (2006). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares*. México.
- Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado. [ISSSTE]. <http://www.issste.gob.mx/>
- Jiménez Ornelas, R. (2000). *La delincuencia en México*. [www.bibliojuridica.org/libros/1/479/17.pdf](http://www.bibliojuridica.org/libros/1/479/17.pdf)
- Jones, E. y Asen, E. (2004). *Terapia sistémica de pareja y depresión*. España: Biblioteca de Psicología.
- Jost, J. (2005). *Estudio comparativo de presencia de conductas de tipo antisocial y delictivas en un grupo de niños y adolescentes de bajos recursos que sufrieron abandono temprano y no en el área metropolitana del Distrito Federal*. Tesis de Licenciatura. México, D.F.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Kerlinger, F. (1986). *Investigación del comportamiento*. México, D.F.: Interamericana.
- Larralde, S. (2006). *Problemática y atención de las adicciones en México. ¿Quién atiende a los adictos en México?*. México: Fundación Rafael Preciado Hernández A.C.
- Linares, J. y Campo, C. (2003). *Tras la honorable fachada: Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona, España: Paidós.
- Madanes, C. (1984). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Maturana, H. Von Foerster, H. (1988). *Biología, cibernética y comunicación*. Seminario organizado por la Asociación sistémica de Buenos Aires, Argentina.
- Mc Goldrick, M. (1985). *Genogramas*. Barcelona, España: Gedisa.
- Minuchin, S. (1992) *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Minuchin, S y Fishman, H. (1984) *Técnicas de Terapia Familiar*. México, D.F.: Paidós.
- Ochoa de Alda Inmaculada. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Editorial Herder S.A.
- O'Hanlon, W. y Weiner- Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Partida E. (2005). *¿Por que la deserción escolar?*. El Gráfico del Universal. <http://www.paginadigital.com.ar/articulos/2005/2005prim/educacion2/desercion-escolar-010405.asp>

- Parra, A. y Oliva, A. (2002) *Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. Anales de Psicología*, 8 (2), 215-231. Universidad de Sevilla, España.
- Payne, M. (2002) *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona, España: Paidós.
- Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica. (2001). México, D.F.: UNAM.
- Rodríguez C. (2004). *La influencia de la organización de la personalidad, el contexto familiar, escolar y social en el desarrollo de síntomas. Y la función del síntoma en el individuo, la familia y su entorno social*. Tesis de maestría no publicada. ILEF: México D.F.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En: Eguiluz, L. (Comp.), *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax.
- Rosembaum, M. (1986). *Ética y valores en Psicología*. Fondo de cultura económica.
- Satir, V. (2002). *Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar*. México: Pax.
- Salles, V. y Tuirán, R. (1994). *Familia, Género y Pobreza*. México: UAM.  
<http://www.azc.uam.mx/publicaciones/cotidiano/68/doc2.html>
- Segura Pérez, V. (2002). *Diagnóstico de la deserción escolar en Tláhuac, D.F.* Gobierno del distrito Federal. [www.unidad094.upn.mx](http://www.unidad094.upn.mx)
- Selvini, P. M., Boscoso, L., Cecchin, G y Prata, G. (1988) *Paradoja y Contraparadoja. Un nuevo Modelo en la terapia de la familia de transición esquizofrénica*. México: Paidós.
- Seisdedos, N. (1998). *Cuestionario de Conductas Antisociales Delictivas A-D*. España.
- Silva, A. (2003). *Conducta antisocial: un enfoque psicológico*. México: Pax.
- Silva, A. (1992). *Métodos Cuantitativos: un enfoque metodológico*. México: Trillas.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2002). *Código Ético del Psicólogo*. (3ª ed.) México, D.F.: Trillas.
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En: Eguiluz, L. (Comp.), *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax.
- Tomas S., Nelson, Eleuridas, D., y Rosenthal, M. (1996). *La evolución del interrogatorio circular. El entrenamiento de terapeutas familiares. Universidad of Iowa. Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 113-127.
- Troya, E. y Aurón, F. (1993), *La diferenciación de los constructos del Terapeuta en la Supervisión. II Congreso Nacional de Terapia Familiar*, México.

- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: una reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis. 75-105.
- Vargas Isla, L. (Comp.). (2005). *Lecturas de depresión*. México, D.F.: UAM.
- Vázquez, R. y Angulo, F. (2003). *Introducción al estudio de casos: los primeros contactos con la investigación etnográfica*. Granada, España: Aljibe.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1996). *La red invisible*. Barcelona, España: Paidós.
- Watzlawick, J. Beavin, J. y Jackson, D. (1995). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona, España: Herder.
- Watzlawick, P. Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *Cambio (Formación y solución de los problemas humanos)*. Barcelona, España: Editorial Herder S.A.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- White, M. (2004). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.