



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

ENFERMEDAD, DUELO Y FAMILIA.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MÓNICA AYALA MIRA

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

COMITÉ TUTORIAL: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO

DRA. IRIS X. GALICIA MOYEDA

MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**A Dios, mi Señor.
Tú eres mi refugio,
mi fortaleza, el Dios
en quien confío.
Salmo 91:2**

**A mis padres, Mario y Enriqueta, quienes me
han dado
ojos para ver, oídos para escuchar,
corazón para amar, alas para volar.**

**A mis hermanos, Lucy y Arturo, la luz de mis
ojos.**

**A mis abuelos, quienes siempre estarán en mi
corazón y en mis palabras, Paco y Anita, Lupe y
Goyo.**

**A toda mi familia, los Ayala y los Mira, y a los
que
son familia por elección y no por sangre.**

A Fa, mi hermana de vida.

A ti, mi corazón.

A mis todos consultantes, quienes se llevaron un
pedacito de mí y
me ayudaron a formarme como Terapeuta.

A Luz de Lourdes Eguiluz, por orientarme en lo
académico y apoyarme en lo personal.

A mi equipo: a Violeta, por su dulzura y sincera
amistad, a Alejandra, por consolarme más allá de
las palabras, a Laura, por devolverme a la realidad
y a Cristian, por hacer amenas las largas horas de
trabajo.

A todos los que vivimos juntos la
aventura de formarnos como Terapeutas.

A mis todas profesoras y supervisoras, en especial
a Ofelia Desatnik por tener siempre las palabras
adecuadas, a Rosario Espinosa por su respeto y
compañía, a Susana González por su claridad y
seguridad y a Juanita Bengoa, por su amor y su luz
en supervisión.

A la UNAM, mi casa.
Al CONACYT, sin su apoyo esto no hubiera sido
posible.

A Fany Eisenberg.

A todos los poetas, cuentacuentos, novelistas,

pintores, cantantes, vivos y muertos.

NO LA DEJES IR...

No dejes que termine el día sin haber crecido un poco,

sin haber sido feliz,

sin haber aumentado tus sueños.

No te dejes vencer por el desaliento.

No permitas que nadie te quite el derecho a expresarte,

que es casi un deber.

No abandones las ansias de hacer de tu vida algo extraordinario.

No dejes de creer que las palabras y los poemas

sí pueden cambiar el mundo.

Pase lo que pase nuestra esencia está intacta.

Somos seres llenos de pasión.

La vida es desierto y oasis.

Nos derriba, nos lastima,

nos enseña,

nos convierte en protagonistas

de nuestra propia historia.

Aunque el viento sople en contra,

la poderosa obra continúa:

Tú puedes aportar una estrofa.

No dejes nunca de soñar,

porque en sueños es libre el hombre.

No caigas en el peor de los errores:

el silencio.

La mayoría vive en un silencio espantoso.

No te resignes.

Huye.

"Emito mis alaridos por los techos de este mundo",
dice el poeta.

Valora la belleza de las cosas simples.

Se puede hacer bella poesía sobre pequeñas cosas,
pero no podemos remar en contra de nosotros mismos.

Eso transforma la vida en un infierno.

Disfruta del pánico que te provoca
tener la vida por delante.

Vívela intensamente,
sin mediocridad.

Piensa que en ti está el futuro
y encara la tarea con orgullo y sin miedo.

Aprende de quienes puedan enseñarte.

Las experiencias de quienes nos precedieron
de nuestros "poetas muertos",
te ayudan a caminar por la vida

La sociedad de hoy somos nosotros

Los "poetas vivos".

No permitas que la vida te pase a ti sin que la vivas...

Walt Whitman.

Índice

INTRODUCCIÓN

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.

1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.
 - 1.1.1 Características del campo psicosocial
 - 1.1.2 Principales problemas que presentan las familias
 - 1.1.2.1 Violencia
 - 1.1.2.2 Adicciones y Conductas autodestructivas
 - 1.1.2.3 Enfermedades Crónicas
 - 1.1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.
- 1.2. Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico.
 - 1.2.1 Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala
 - 1.2.2 Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepanitla
 - 1.2.3 Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco

II. MARCO TEÓRICO

- 2.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.
 - 2.1.2 Introducción
 - 2.1.3 Modernidad y Ciencia
 - 2.1.4 Implicaciones en Psicoterapia
 - 2.1.5 La nueva mirada
 - 2.1.6 La nueva mirada en Psicoterapia: Terapia Familiar Sistémica
- 2.2 Modelos en Terapia Familia
 - 2.2.1 Modelo Estructural
 - 2.2.1.1 Historia y enfoque del Modelo Estructural
 - 2.2.1.2 Técnicas de Intervención
 - 2.2.2 Modelo Estratégico
 - 2.2.2.1 Historia y desarrollo del Modelo
 - 2.2.2.2 Enfoque del Modelo Estratégico
 - 2.2.2.3 Intervenciones
 - 2.2.3 Modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema
 - 2.2.3.1 Historia y desarrollo del Modelo
 - 2.2.3.2 Enfoque del Modelo
 - 2.2.3.3 Intervenciones
 - 2.2.4 Modelo de Terapia Breve Centrada en la Solución
 - 2.2.4.1 Historia del Modelo
 - 2.2.4.2 Enfoque del Modelo
 - 2.2.4.3 Intervenciones
 - 2.2.5 Modelo de Milán
 - 2.2.5.1 Historia del Modelo
 - 2.2.5.2 Enfoque del Modelo
 - 2.2.5.3 Intervenciones
 - 2.2.6 Modelos derivados de la Posmodernidad
 - 2.2.6.1 Modelo Narrativo
 - 2.2.6.1.1 Influencias Teóricas
 - 2.2.6.1.3 Intervenciones
 - 2.2.6.1.3 Modelo Colaborativo

- 2.2.6.2.1 Premisas del modelo
- 2.2.6.2.2 Concepto de cambio
- 2.2.6.2.3 La conversación terapéutica
- 2.2.6.3 Equipo reflexivo
 - 2.2.6.3.1 Premisas del enfoque
 - 2.2.6.3.2 El proceso de reflexión

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3. Habilidades Clínicas-Terapéuticas

- 3.1 Análisis y discusión de un tema: Enfermedad, duelo y familia
 - 3.1.2 La cibernética de la enfermedad física
 - 3.1.2.1 Tipología psicosocial de la enfermedad
 - 3.1.2.2 Fases temporales de la enfermedad
 - 3.1.2.3 Dinámica familiar en las enfermedades crónicas
 - 3.1.2.4 Pautas transgeneracionales en las historias de enfermedad, pérdida y crisis
 - 3.1.2.5 Enfermedades crónicas y ciclo de vida
 - 3.1.3 Enfermedades psicosomáticas
 - 3.1.4 El proceso de enfermedad como duelo
 - 3.1.4.1 Duelo Familiar

3.2 Análisis Teórico-Methodológico de Dos Casos Clínicos

- 3.2.1 Caso 1
- 3.2.1 Caso 2

3.3 Análisis del Sistema Terapéutico Total

- 3.3.1 Definición del Sistema Terapéutico Total
- 3.3.1 Análisis del Sistema Terapéutico Total
- 1.3.3 De los lentes del observador y el poder en supervisión

3.4. Habilidades de Investigación

- 3.4.1 Reporte de la investigación realizada
 - 3.4.1.1 Investigación Cuantitativa
 - 3.4.1.2 Investigación Cualitativa

3.5. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria.

- 3.5.1. Productos Tecnológicos.
- 3.5.2. Programas de Intervención comunitaria.
- 3.5.3. Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado en foros académicos.

3.6. Habilidades de compromiso y ética profesional.

- 3.6.1. Ética y psicoterapia
- 3.6.2 Ética y Terapia Familiar
- 3.6.3 Consideraciones éticas que emergieron durante mi formación

IV. CONSIDERACIONES FINALES.

REFERENCIAS.

INTRODUCCIÓN

La Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Dirección General de Estudios de Posgrado, ofrece la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar. Este Programa de Maestría se encuentra dentro del Padrón Nacional de Posgrados del Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACYT) con el nivel de Consolidado a Nivel Nacional. La maestría inició en el año de 1999 con el objetivo de capacitar al estudiante en una especialidad de la psicología de alta calidad en el área de la salud, por lo tanto, su visión es profesionalizante. La Residencia en Terapia Familiar inició en el año de 2001.

En ésta se busca desarrollar en el alumno capacidades de alta calidad, a través de una formación que integra la asimilación de conocimientos con la práctica especializada y supervisada de su rol como psicólogo clínico. Este proceso activo de formación favorece en el estudiante el desarrollo de su capacidad creativa, en donde el trabajo clínico de aplicar conocimiento se asocia con conductas reflexivas y cuestionadoras, dirigidas a desarrollar una capacidad generadora de conocimientos y la investigación. También, el trabajo se orienta al compromiso personal de desarrollo del estudiante y social con la población que atiende.

Tiene una duración de cuatro semestres a lo largo de los cuales se integran los cursos teórico-metodológicos del tronco común, y las actividades específicas de la residencia, la práctica clínica supervisada y las actividades académicas complementarias, tales como talleres, seminarios, cursos, a fin de dar el sustento teórico al trabajo clínico que se llevara a cabo en las prácticas.

Los cursos teórico-metodológicos del tronco común son:

- Métodos de Investigación Aplicada I y II
- Medición y Evaluación I y II
- Teorías y Modelos de Intervención I, II y III

Los seminarios de la Residencia son:

- Epistemología Sistémica
- Taller de la Entrevista Sistémica
- Seminario de Modelo Estructural

- Seminario de Modelo Estratégico
- Seminario de Terapia Breve Centrada en el Problema
- Seminario de Terapia Breve Centrada en la Solución
- Seminario de Modelo de Milán
- Seminario de Modelos derivados de la Posmodernidad

La práctica clínica supervisada está conformada por un total de 1,656 horas de supervisión directa. Los escenarios clínicos son los siguientes:

- Clínica de Terapia Familiar Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Clínica de Terapia Familiar Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco.
- Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE.

Asimismo, el alumno adquiere las habilidades para realizar investigación cuantitativa y cualitativa sobre procesos familiares y de pareja, además de habilidades para desarrollar programas de prevención y de difusión.

Las Supervisión de la Práctica Clínica la realizan las siguientes docentes:

- Clínica de Terapia Familiar Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo.

Dra. Iris X. Galicia Moyeda.

Dra. María Suárez Castillo.

Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky.

- Clínica de Terapia Familiar Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco.

Mtra. Carolina Rodríguez González.

Mtra. Juana Bengoa González.

- Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE.

Dra. María Rosario Espinosa Salcido.

Mtra. Carmen Susana González Montoya.

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.

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

1.1.1 Características del campo psicosocial

Nuestro país enfrenta el grave problema de la pobreza, en sus diferentes dimensiones y consecuencias económicas, sociales, políticas y culturales. La pobreza puede ser entendida como la falta de capacidades y de opciones de las personas para llevar a cabo un proyecto de vida, la cual mella la integración social, política y cultural de los individuos, divide a la sociedad y hiere la dignidad humana (INMUJERES, 2001).

De acuerdo al Comité Técnico para la Medición de la Pobreza de la Secretaría de Desarrollo Social (2002) los indicadores de pobreza en México son tres:

- Nivel 1 de pobreza o pobreza extrema se refiere a la imposibilidad de obtener una canasta alimentaría básica. Se estimó un costo mensual por persona de 739.6 pesos para las zonas urbanas y de 548.2 pesos para las rurales.
- Nivel 2 de pobreza o pobreza moderada se refiere a no poder obtener la canasta básica y los gastos necesarios para cubrir las necesidades de servicios de salud, vestido, vivienda, transporte y educación. Se estimó un costo mensual por persona de 909.7 pesos para las zonas urbanas y de 651.8 pesos para las rurales.
- Nivel 3 de pobreza se asocia a no obtener el valor de la canasta alimentaría básica, de los gastos de salud, vestido, vivienda, transporte y educación más una estimación de otros gastos considerados dentro como necesarios en general. Se estimó un costo mensual por persona de \$1,487.3 pesos para las zonas urbanas y de \$1,000.4 pesos para las rurales.

Conforme a cifras del Banco Mundial (2004), en el 2002 la mitad de la población en México vivía en pobreza y un quinto, en pobreza extrema. Asimismo, de acuerdo a sus cifras, a nivel nacional las tasas de acceso a electricidad, agua y saneamiento fueron de 98, 90 y 80 por ciento

respectivamente. Por lo que para este organismo la desigualdad en México ha tendido a ser contra-cíclica, es decir, la crisis de 1994-1995 la redujo, aumentó en el periodo de 1996-2000 y disminuyó de nuevo durante 2000-2003.

Del mismo modo, de acuerdo a los análisis de esta misma institución, el gasto orientado a programas dirigidos específicamente a abatir la pobreza representa en este momento el 1.3% del PIB, en comparación con el 0.7% de 1990. Los programas que contemplan transferencias a los pobres, liderados por OPORTUNIDADES (antes PROGRESA) desde su creación, aumentaron en promedios 8.4% al año durante la década de 1990 y después del 2000, aún más, en un 9.8%. El impacto de estos programas ha sido moderado en lo que respecta a la pobreza extrema pues ha habido una reducción del 24.2% al 20.3% en el número de personas que viven en pobreza extrema en México. En lo relativo a pobreza moderada, se redujo de 53.7% a 51.7%.

En consecuencia, la disminución de la pobreza es un desafío importante y está asociada con la desigualdad, la exclusión social, específicamente de grupos indígenas y de las mujeres, y otros problemas en las áreas de salud, nutrición, vivienda y educación derivando en un campo psicosocial con problemas muy particulares.

Por ejemplo, el rezago educativo en México de acuerdo a las cifras del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2004) en el grupo de 15 años y más en el año 2000 era de 33.3 millones de personas entre hombres y mujeres. De éstos, un 53.1% correspondía a mujeres y el 50.9% a hombres. En Estados como Chiapas y Oaxaca la proporción es mayor ya que 7 de cada 10 personas se encuentran en rezago educativo, siendo principalmente mujeres, a diferencia del Distrito Federal en el que sólo 3 de cada 10 hombres y 4 de cada 10 mujeres no terminan la secundaria.

1.1. 2. Principales problemas que presentan las familias.

1.1.2.1 Violencia

Acorde a la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones de los Hogares de 2003 (ENDIREH), el 44 % de las mujeres de 15 años y más que viven con su pareja reportaron haber sufrido algún tipo de violencia. La violencia sexual tiene una prevalencia de 9% en el ámbito rural. Las mujeres que trabajan padecen

mayor violencia de cualquier tipo en comparación con las mujeres que no laboran. Las mujeres que declararon estar viviendo en unión libre tienen una mayor prevalencia de violencia que las mujeres casadas por la iglesia, por civil o por ambas. En tres de los cuatro tipos de violencia (física, psicológica o emocional, verbal y sexual) las mujeres con 3 ó 4 hijos son las que padecen mayor violencia, las mujeres con 5 ó más hijos son las que padecen mayor violencia sexual.

De acuerdo a las cifras proporcionadas por el INEGI en su Encuesta sobre Violencia Familiar de 1999 en el Área Metropolitana el maltrato emocional ejercido en los hogares en un 26% se debe a insultos, en 14% a humillaciones verbales, en un 9% a negar dinero y en un 12% a negar comida. Por su parte, las agresiones se deben en un 46% a empujar, en un 38% a amenazas, en un 25% a tratar de pegar con el puño, a un 54% obligar tener relaciones sexuales por la fuerza, por mencionar algunas.

1.1.2.2 Adicciones y conductas autodestructivas

Conforme a la Organización Mundial de Salud (OMS) en su encuesta nacional de 2003 sobre alcoholismo, en el grupo de 18 a 29 años para hombres este problema tiene una prevalencia de 0.8%, mientras en el mismo grupo para mujeres la prevalencia es de 0.2%. En ambas poblaciones la prevalencia va disminuyendo con la edad y se calcula que en conjunto es de alrededor de 0.3%. En relación al consumo de drogas, la Encuesta Nacional de Adicciones del INEGI del 2004, más del 5% de la población entre 12 y 65 ha consumido alguna vez drogas ilegales; esto representa el 3.5 % de la población total, y más de la mitad ha tenido problemas en casa o con sus amigos por haberlas utilizado. La edad de inicio del consumo de acuerdo a la Encuesta de 2004 del Centro de Integración Juvenil (CIJ) es entre 10 y 19 años en un 69%, teniendo como inicio al alcohol en un 32.4% y el tabaco en un 35.8%. El rango mayor de consumidores de drogas ilegales se ubica entre 12 y 17 años con 41%, de los cuales el 25% corresponde a familias monoparentales.

El suicidio consumado en México ha cambiado substancialmente especialmente en el rango de 15 a 19 años, entre 1990 y 2000 pasó de 2.5 a

5.7 y de 2000 a 2005 de 5.7 a 6.5 (INEGI, 2006), lo que indica, que el fenómeno en vez de estar contenido se ha ido incrementando. Debido a ello, hoy en día, el suicidio se considera como un problema de salud pública. Se calcula que la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes es de 1.1% con porcentaje mayor para las mujeres, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006, específicamente en el rango de 16 a 19 años (1.9%) edades coincidentes con los últimos años de secundaria o preparatoria. Los resultados permiten identificar que la prevalencia del intento de suicidio aumenta en adolescentes que consumen alcohol (3%) y en los que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses (4.1%).

Acorde a la ENSANUT de 2006, en la población adolescente las conductas alimentarias de riesgo se han convertido en un problema social pues los resultados señalan que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer. Otras prácticas de riesgo referidas fueron las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo para bajar de peso; de estas conductas el 3.2% indicó haber practicado alguna de ellas. En menor proporción se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos. La práctica de estas conductas afecta a las mujeres en mayor proporción en el grupo de 16 a 19 años.

1.1.2.3 Enfermedades Crónicas

Conforme a la OMS (2005), derivado del contexto socio-económico de México, actualmente enfrenta fuertes desafíos en el área de salud que repercuten necesariamente en el ámbito familiar y emocional de las personas. Según sus propias cifras, en México las principales causas de muerte en 2005 (Ver Gráfica 1) se debieron en un 38.4% a enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, en un 23.2% a enfermedades cardiovasculares, un 12.5% al cáncer, un 10.6% a heridas y un 15.3% a otras enfermedades. Para 2030, según sus proyecciones (Ver Gráfica 2), se deberán en un 46.5% a enfermedades crónicas, a un 24.8% a enfermedades cardiovasculares, a un 13.8% al cáncer, un 8.1% a heridas y un 6.9% a otras enfermedades.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) de 2000 la tendencia de fallecimientos en México es por epidemias de enfermedades no transmisibles esencialmente prevenibles, en particular con cambios en el estilo

de vida. La vida sedentaria, el aumento del sobrepeso y obesidad¹, la susceptibilidad genética, junto con el envejecimiento de la población y otros factores relacionados con el estilo de vida han promovido el desarrollo de diversas enfermedades crónicas tales como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares. Los factores de riesgo cardiovasculares (como tabaquismo, obesidad, hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia) se presentaron en ese año en el 60.5% de la población adulta en México, es decir, alrededor de 30 millones de mexicanos tienen al menos uno de estos factores de riesgo cardiovascular.

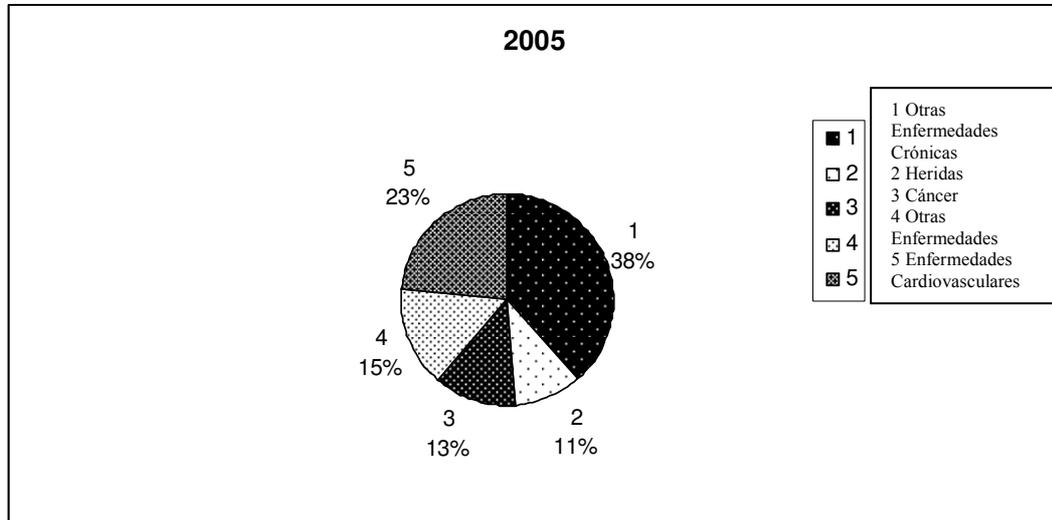
En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) de 1993 la prevalencia de Diabetes Mellitus se estimó en un 6.7% no obstante, para el 2000 con la ENSA, aumentó al 7.5%, y en el 2006, en la ENSANUT volvió a disminuir a 7% , sin embargo, según estimaciones de la OMS para el 2030 en México habrá más de 6 millones de adultos con Diabetes Mellitus.

Por su parte, la prevalencia de la hipertensión arterial en la ENEC de 1993 fue de 23.8%, en la ENSA de 2000 aumentó a 30.7% y para el 2006 aumentó ligeramente a 30.8%. Asimismo, la obesidad en adultos ha aumentado de 21.5% en 1993, a 23.7% en 2000, y el sobrepeso se duplicó en ese mismo periodo. La hipercolesterolemia, o colesterol elevado, en 2000 el 6.4% de la población la tenía diagnosticada. Otras enfermedades importantes son la enfermedad renal, el cáncer de próstata y el cáncer cérvico-uterino. La enfermedad renal la presentaron, según la ENSA del 2000, alrededor del 10.9%.

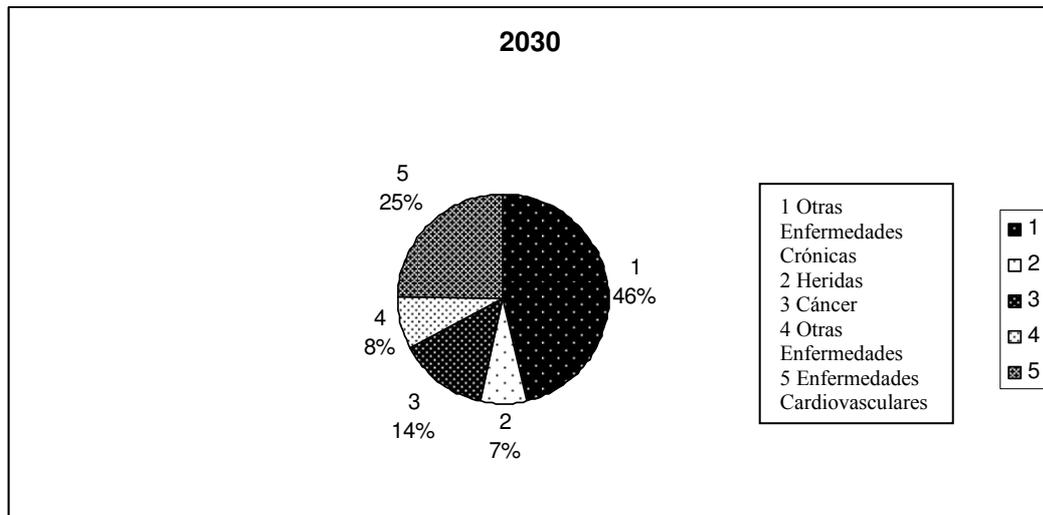
En México, se calcula que el cáncer ha cobrado la vida de alrededor de 64,000 personas sólo en el 2005 según cifras de la OMS, 37,000 de las cuales eran menores de 70 años. Para el 2002, el cáncer cérvico-uterino era el cáncer más frecuente encontrado en mujeres, y para 2005, fue la muerte por cáncer más frecuente en mujeres. Del mismo modo, para el 2002, el cáncer de próstata fue el cáncer más común encontrado en hombres, y para 2005, fue la muerte por cáncer más habitual en hombres.

¹ El sobrepeso es igual a un Índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 29.9, la obesidad se encuentra de un IMC de 30 a más de 40. El IMC se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado.

Gráfica 1
Principales Causas de Muerte en México 2005
 Fuente: Organización Mundial de Salud.



Gráfica 2
Principales Causas de Muerte en México 2030
 Fuente: Organización Mundial de Salud.



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

Las familias mexicanas han tenido que desempeñar nuevos roles (INEGI, 1998) para afrontar las políticas de ajuste macroeconómico que han aplicado los diferentes gobiernos con el objetivo de contrarrestar las crisis mundiales. Es así como las familias han tenido que enfrentar las consecuencias tanto económicas como las sociales, encontrando que cada vez hay más familias en condiciones

vulnerables con lo que aumentan las fuentes de tensión y crisis familiar. El rol de la mujer ha cambiado, sus responsabilidades fuera del hogar se han incrementado y sus funciones en éste han quedado sin reasignar lo que deriva en conductas de riesgo en niños y adolescentes, conflictos con la familia extensa por jerarquía, conflictos en la pareja derivados de premisas de género, violencia, cambios en la estructura familiar, en el ciclo de vida, en la composición de las familias y en las relaciones de parentesco.

Ante problemas tan complejos, la Terapia Familiar, basada en la a su epistemología derivada de la Teoría de Sistemas y la Cibernética de Segundo Orden, permite la comprensión de problemas psicológicos tomando en cuenta las interacción (la relación) que se da en los grupos sociales y dentro del contexto natural donde tienen lugar las conductas. Es decir, no los aísla o separa de su contexto natural para promover el cambio, por el contrario se apoya en el mismo contexto para alcanzarlo. Además, el proceso terapéutico se caracteriza por ser breve, y generalmente intenso y estratégico, por lo que el terapeuta trabaja activamente para lograr el cambio dentro de los sistemas. Asimismo, puede brindar atención a problemáticas psicológicas de forma individual, de pareja, familiar y dentro de grupos.

Ahora bien, la epistemología derivada del Construccinismo Social permite al terapeuta familiar centrarse en los recursos de los clientes y en su propia capacidad de cambio lo que hace a la terapia una práctica liberadora, no sólo que resuelve problemas.

En el caso de las enfermedades crónicas, la terapia familiar, por su visión sistémica, permite ajustar los cambios en el estilo de vida, del curso de la enfermedad, en las emociones individuales, con las del ciclo de vida de la familia y las necesidades de cada uno de los miembros de la familia de tal suerte que se logre una actitud lo más positiva posible hacia ésta y adherencia al tratamiento.

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

1.2.1 Clínica de Terapia Familia de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala

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

está ubicada en la planta alta del Edificio de Endoperiodontología de la Facultad. Está conformada por una cámara de *Gessell*: dos salas divididas por un espejo bidireccional conectadas por un circuito de video y audio. En una sala se da la terapia y en otra se encuentra el equipo de terapeutas y la supervisora. La comunicación entre ambas salas es a través de un teléfono. Las sesiones son video grabadas en formato en VHS en la sala donde se encuentra el equipo. En esta sala se encuentran los archivos con los expedientes de las familias, la computadora con la lista de espera y de referencia, la impresora y la línea externa de la clínica.

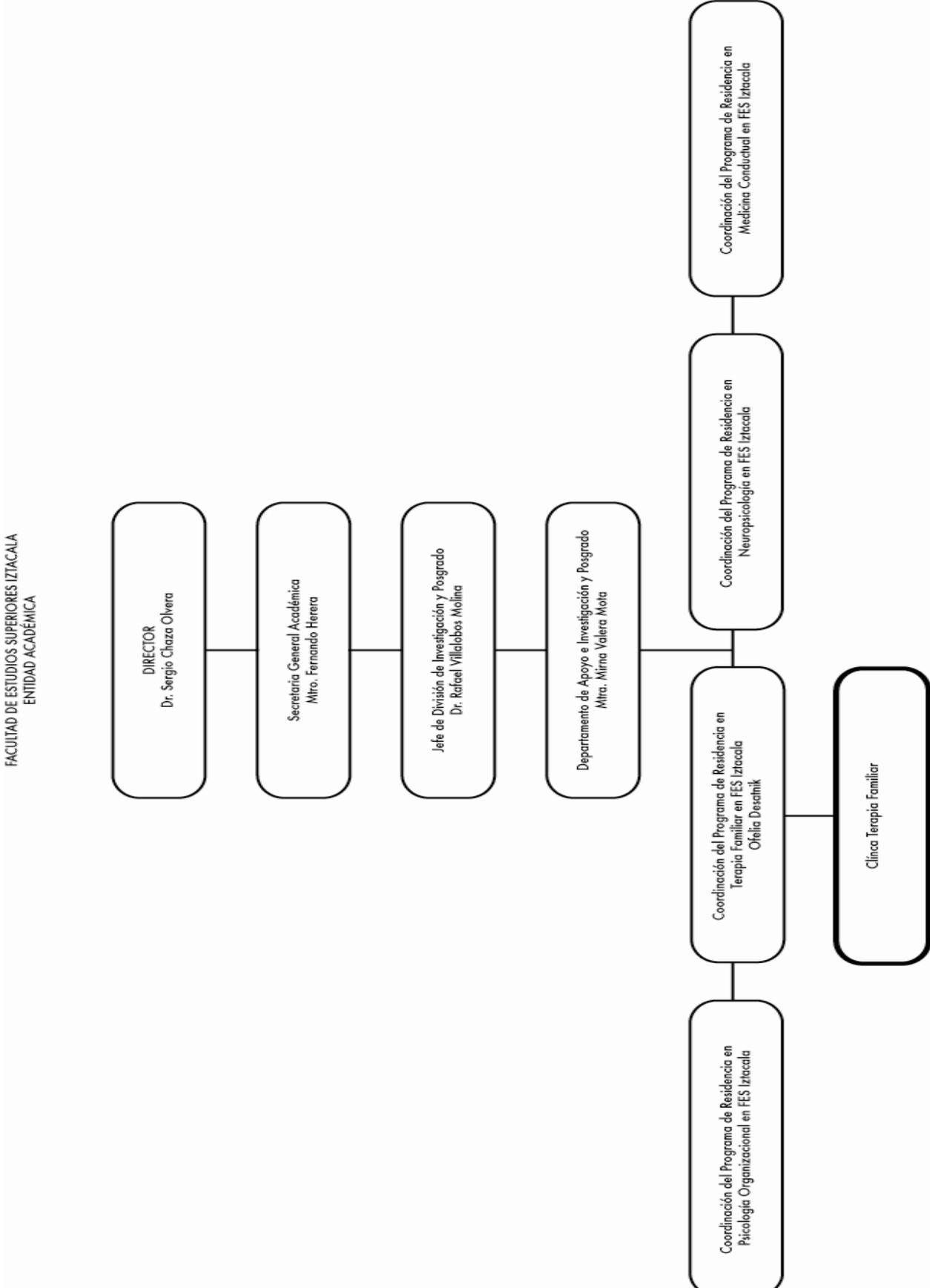
Este escenario clínico depende directamente de la Coordinación de la Residencia en Iztacala (Ver Anexo 1), de las supervisoras y en ciertas actividades, de los alumnos de la Residencia. Las supervisoras son responsables por las instalaciones y por asignar a los alumnos las diferentes actividades de la clínica como: lista de espera, lista de referencia y archivo.

Las citas se obtienen a través de una solicitud, en donde se les pide motivo de consulta, teléfono y dirección. Ésta se realiza a través de un buzón localizado en la entrada de la Clínica. Las solicitudes son capturadas en computadora y forman una lista de espera. De acuerdo a los espacios disponibles se van llamando a las familias y se hace una cita para el martes o jueves entre las 8 y las 14 horas. En esta llamada inicial, se realiza una breve entrevista, en donde el terapeuta asignado ahonda sobre el motivo de consulta, los antecedentes familiares y realiza el genograma lo cual se ve reflejado en una primera *Acta de Llamada telefónica*, además de solicitar el consentimiento para la videograbación de las sesiones, el trabajo en equipo y el costo de las sesiones.

La Clínica atiende por lo general al personal de la misma institución, ya sea personal administrativo o a alumnos, así como a gente que vive dentro de la zona aledaña al Campus, población que constituye a la mayoría de los pacientes. En consecuencia, los problemas que atiende son muy variados. Los pacientes son referidos en su mayoría por otros pacientes que ya han estado en la Clínica o que han escuchado del servicio o que saben sobre el servicio que la Universidad ofrece a la comunidad. Del mismo modo, existen otras áreas de referencia como académicos dentro de la institución, otras entidades como la Unidad de Evaluación Psicológica y la CUSI.

En la primera sesión se realiza el encuadre terapéutico y se firma el consentimiento de videograbación. Son dos equipos de supervisión que trabajan de forma independiente ya sea martes o jueves de manera conjunta con 2 isoras.

Anexo 1

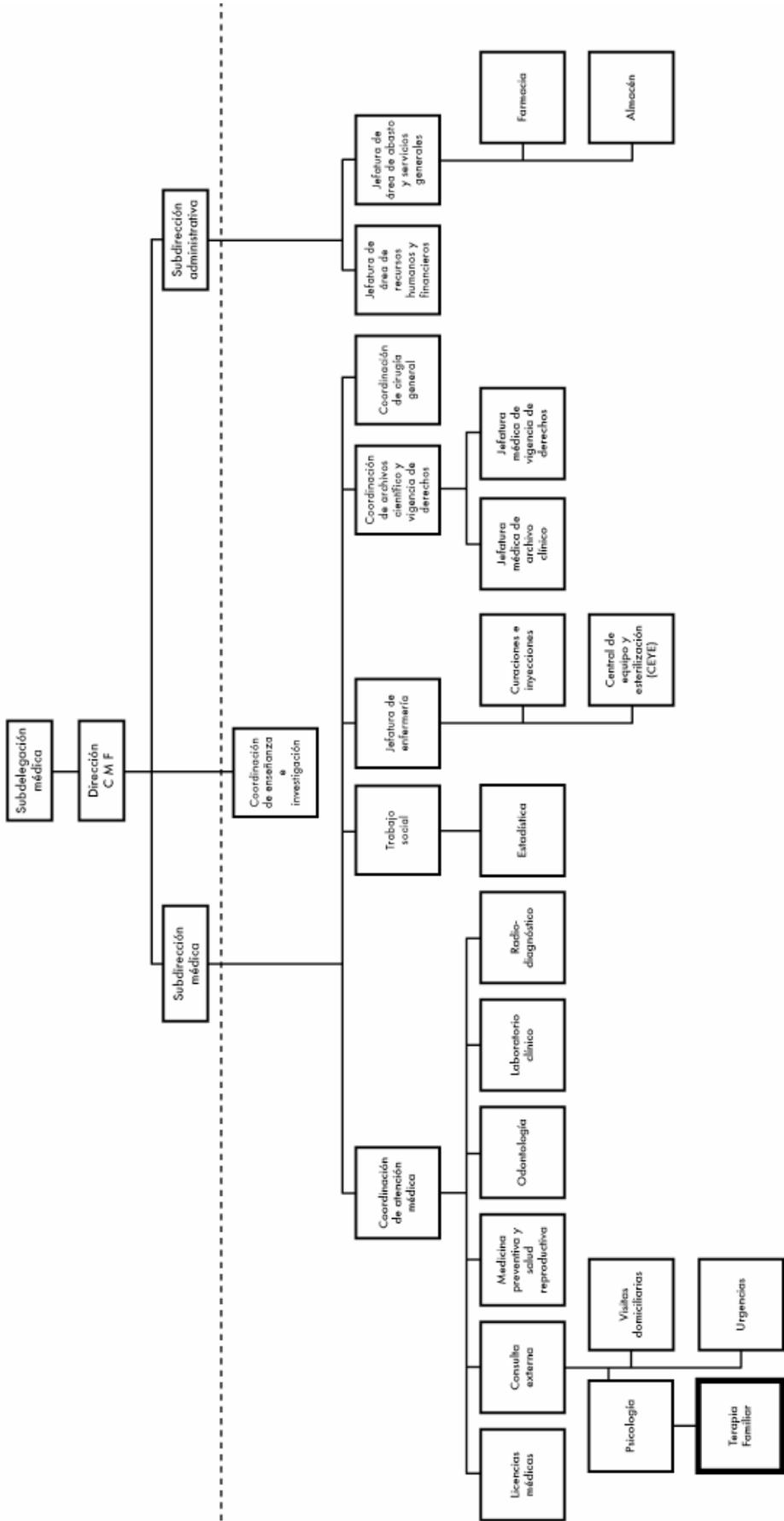


1.2.2 Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE

La Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE se encuentra ubicada en la colonia Valle de Ceylán. Está conformada por un consultorio médico, es decir, no hay cámara *Gessell*, por lo que el equipo se encuentra en vivo en la sesión justo detrás de la familia y enfrente del terapeuta principal. Las sesiones se videograban igualmente en VHS. La comunicación entre supervisora y terapeuta principal es por medio de un pizarrón ubicado frente al terapeuta, detrás de la familia. Al igual que en el escenario anterior se realiza una entrevista telefónica en donde se obtienen los mismos datos, se hace el encuadre terapéutico y lo que se ve reflejado en el *Acta de Llamada Telefónica*.

Este escenario clínico depende de la consulta de Psicología (Ver Anexo 2), es decir, la responsable del área es la encargada de asignar pacientes de acuerdo a la demanda, necesidades y problemas. La población atendida es la de la propia clínica y ésta es referida generalmente al servicio de Psicología por el Médico General o bien, se solicita cita directamente y la responsable del área los canaliza al servicio de Terapia Familiar. El servicio es ofrecido los días jueves de 8 a 14 horas aproximadamente. En este escenario nos insertamos como parte del personal del ISSSTE; en pocas ocasiones se hace referencia a que formamos parte de la Universidad, por lo que los pacientes nos consideran como parte del personal médico de la clínica, además de que tenemos que usar obligatoriamente bata blanca. Esto diferencia en mucho el contrato terapéutico, se analizará en el apartado de Sistema Terapéutico Total.

La población atendida por lo general presenta síntomas físicos, diagnóstico médico por depresión, ansiedad o algún otro trastorno del estado de ánimo. Generalmente, son familias monoparentales o mujeres que asisten a sesión solas, y en ocasiones, con sus hijos.



Psicología

Urgencias

Terapia Familiar

Visitas domiciliarias

1.2.3 Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco

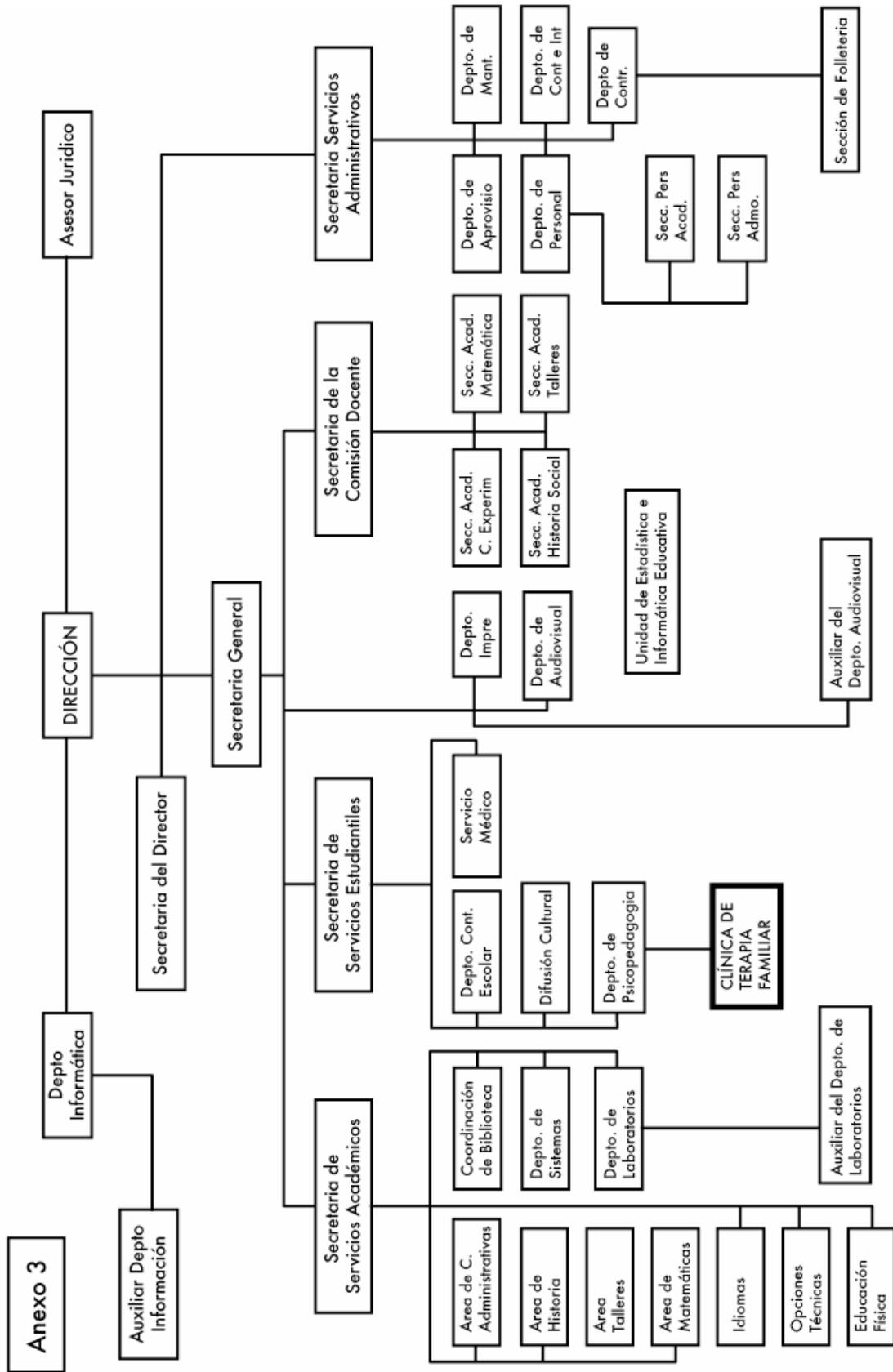
La Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco se encuentra ubicada en el tercer piso del edificio del Sistema de Laboratorios de Desarrollo e Innovación (SILADIN). Cuenta con cámara de *Gesse//*: dos salas divididas por un espejo bidireccional conectadas por un circuito de video y audio. En una sala se lleva a cabo el proceso terapéutico y en otra se encuentra el equipo de terapeutas y la supervisora. La comunicación entre ambas salas es a través de un teléfono. Las sesiones son video grabadas en formato en VHS en la sala donde se encuentra el equipo. También cuenta con una sala para la discusión de los casos y un pizarrón.

Este escenario depende en lo relacionado a normatividad y referencias al Departamento Psicopedagógico del Colegio (Ver Anexo 3) y en lo relativo a la administración interna, como asignación de casos a los terapeutas y asignación de roles, depende de las supervisoras en turno. Los pacientes canalizados son en su mayoría alumnos del plantel, así como personal del mismo, ya sea docente o administrativo.

El servicio es ofrecido los martes de 8 a 14 horas. Se realiza igualmente la entrevista telefónica en el mismo tenor que en las sedes anteriores.

La población atendida por lo general presenta problemas derivados de la violencia intrafamiliar, como la deserción escolar, adicciones, problemas de relación, además, problemas asociados de crisis por etapa de ciclo vital, triangulaciones y desviación de conflictos en los hijos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL AZCAPOTZALCO



II. MARCO TEÓRICO

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

El hombre es la medida de todas las cosas: de las que existen, como existentes; de las que no existen, como no existentes.

Protágoras

2.1.2 Introducción

El nacimiento de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna está íntimamente ligado con el cambio o viraje en la concepción de ciencia, verdad y realidad, pues se inserta en el paso de la Modernidad, en su acción normalizadora, correctora, catalogante y en la búsqueda de una realidad objetiva, sin sujeto; a una visión que busca ampliar la desviación, promover el cambio y une al sujeto con lo conocido; en los últimos años se ha orientado hacia una visión posmoderna con una acción política en la cual el conocimiento adquiere un sentido múltiple y socialmente construido.

Es así como la nueva mirada de la ciencia, derivada del Constructivismo Radical, la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética de Segundo Orden promueve el desplazamiento de una ciencia en busca de la sustancia, la naturaleza de las cosas, a una ciencia preocupada por la forma, la estética, es decir, la organización de los sistemas, y de unas décadas para acá, a través del Construccinismo Social, orientada a los discursos y como éstos construyen el mundo y los mundos.

Ambas visiones, Constructivista Radical y Construccinista Social, se oponen a la concepción Moderna de la ciencia y a la idea que se tenía del hombre, pues la primera se opone a su visión catalogizante y reduccionista de la realidad y la experiencia humana, y la segunda, a su acción racionalizadora y homogenizante. En consecuencia, la Terapia Familiar nace como un contrapeso de la noción patológica y normalizante de las escuelas psicoterapéuticas modernas.

Es importante no perder de vista, y en congruencia con nuestra visión sistémica y cibernética, que tanto dentro de una tradición como de otra,

moderna o posmoderna, todo lo observado, escrito, modelado, instrumentalizado o hipotetizado es hecho por alguien a partir del principio cibernético de la distinción. Dentro del espectro incesante de modelos y teorías en psicoterapia existen distinciones de distinciones de distinciones, las cuales a su vez se agrupan en categorías, clasificaciones, sistemas de conceptos, estrategias, etc. realizadas a la luz del sistema sociopolítico, cultural y económico dominante (Construccionismo Social), construyendo realidades diagnósticas impregnadas de éste, de las cuales la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, y tal vez con mucho mayor conciencia que cualquier otra escuela de psicoterapia, no puede escapar.

En este tenor se hará un breve análisis del viraje en la concepción de ciencia y psicoterapia enfatizando el marco epistemológico¹ de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna (Keeney, 1982 y Watzlawick y Cerberio, 1998).

- a) La Teoría General de Sistemas
- b) La Cibernética de Primer y Segundo Orden
- c) El Constructivismo Radical y Construccionismo Social

2.1.3 Modernidad y ciencia

La modernidad como proyecto cultural del hombre trae consigo la premisa de la razón como base del universo de la cual se desprende la concepción de un mundo racional y objetivo, capaz de ser conocido a través de ésta, teniendo como meta principal llegar a la verdad. De esta noción se desprenden las ideas sobre la ciencia que la mayor parte de la gente comparte las cuales son: la verificabilidad del conocimiento, la sistematización de los hechos o eventos, la explicación de los fenómenos y finalmente, el concepto de verdad (Rosenblueth, 1971).

Para Platón, la verdad junto con el alma, *son divinas, inmortales, inteligibles, simples e indisolubles*, precediendo por tanto a la vida corporal y

¹ De acuerdo a Keeney (1983) el término epistemología tiene diferentes acepciones. El primero es como rama de la filosofía encargada de definir los límites de los procesos del conocimiento. El segundo como el estudio de la forma en que las personas o sistemas de personas conocen las cosas, y de la manera en que ellos piensan que conocen las cosas. Por lo tanto, la epistemología lleva a reconocer cómo construyen y mantienen las personas sus hábitos de cognición, es decir, es el conocer del conocer de acuerdo a Maturana y Varela.

terrenal de todos los hombres. Afirmaba que el *saber y la ciencia* son una misma cosa (ver *Teetetes o de la ciencia*). No obstante, se encuentran desligados de la experiencia sensible (la percepción) pues, el cuerpo y los sentidos conducen a juicios falsos en los cuales no existe una comprensión de la diferencia de cada objeto, es decir, no se conoce el objeto verdadero sino aquél que no existe. Pues para él la ciencia no reside en las sensaciones sino en el razonamiento sobre las sensaciones, ya que solo a través de éste se puede descubrir la ciencia y la verdad.

Esta concepción del saber y la ciencia ha influido en el pensamiento occidental por varios siglos a tal grado que la ciencia ha sido entendida como algo que trasciende la esfera de lo humano y de su experiencia. Por ejemplo, en 1776 Pierre Simón Laplace afirmó categóricamente que si conociera la velocidad y la posición de todas las partículas del Universo en un instante dado, entonces se podría predecir su pasado y futuro para el resto de los siglos, de forma inmutable y mecánica. La influencia de tal afirmación se instituyó por más de dos siglos dentro de la concepción de la ciencia y sus alcances tuvieron su punto culminante en la física newtoniana y la concepción mecanicista de la naturaleza. El paradigma científico se definió por décadas como un paradigma lineal, determinista, simplista y reduccionista, mutilador, aislante, catalogante, basado en la predictibilidad de los fenómenos.

La representación determinista característica de la racionalidad de la civilización occidental de la época moderna se articulaba en tres grandes postulados: espacio y tiempo absolutos, y principio de causalidad estricto. Por lo tanto, la ciencia era entendida como un conocimiento que trascendía la esfera de lo humano y que por ende, los hechos científicos eran independientes de la experiencia del hombre. Es decir, la ciencia positiva se propuso reconocer y comprender el mundo en su carácter objetivo, independiente de lo humano. Es decir, llegar a un mundo sin sujeto, libre de cualquier contaminación subjetiva.

Es así como la ciencia se basaba en hechos comprobables y observables, susceptibles de ser medidos, previstos y por tanto, controlados configurando así las ideas de progreso y racionalización ligadas a la sociedad de finales del siglo XVIII. Este modelo de ciencia da como resultado, en palabras de Weber, "...la creencia de que, en un momento dado, en el

momento que se quiera, *es posible llegar a saber*, por consiguiente, que no existen poderes ocultos e imprevisibles alrededor de nuestra existencia; antes bien, de un modo opuesto, que todo está sujeto a ser dominado mediante el *cálculo y la previsión....*” (1994, p. 96.)

De lo anterior se infiere que la verdad es algo externo, y por tanto, plausible de ser encontrada y conocida a través de la percepción sistemática de los hechos, es decir, de la ciencia. Lo anterior implicó un paulatino alejamiento de la ésta de la esfera del conocimiento humano al ser considerada “como una esencia transhumana o sobrehumana, como una entidad en sí misma o como cosa aparte de la matriz de condiciones, necesidades e interés humanos en que se origina y desarrolla” (Wartofsky, 1987, p. 44).

Pues las características humanas de ésta fueron desplazadas por sus cualidades de certeza, predicción y control sobre lo real y por tanto, eran independientes del hombre. Es decir, se dejó de lado su particularidad de *aprehender* la realidad a través de representaciones simbólicas y con esto la generación del lenguaje, que permiten trabajar con símbolos en lugar de cosas. Es decir, la palabra y la frase sustituyen al objeto o experiencia de modo que lo aprehendido alcanza una autonomía relativa con respecto a lo externo o sea, a lo percibido, dando la oportunidad de crear juicios, raciocinios e inferencias lógicas en el denominado lenguaje de la ciencia o discurso científico.

El principio de la explicación para este modelo de ciencia veía en la aparición de una contradicción el signo de un error de pensamiento y suponía que el universo obedecía a la lógica aristotélica (Watzlawick y Cerberio, 1998). Del mismo modo, este modelo de ciencia se basaba en los objetos (materia) y su naturaleza, es decir, se circunscribía a la sustancia.

2.1.4 Implicaciones en psicoterapia

Este modelo de ciencia basado en la materia y su naturaleza, y en función de ésta la definición de la normalidad en Psicología, derivó, en la mayoría de los modelos psicoterapéuticos, en una visión o epistemología atomista, reduccionista y anticontextual, en la búsqueda de corregir, disecar o exorcizar los elementos malos, enfermos o locos de sus clientes. Se basaba además en la Primera Ley de la Termodinámica, la cual pone relevancia en la

conservación y transformación de la energía, siendo entonces, su epistemología lineal, analítica y basada en el método explicativo. Por lo tanto, la psicoterapia se convierte en un método de corregir la desviación o el comportamiento desviado, el cual debía ser reencauzado por el profesional de acuerdo a los baremos sociales vigentes, a las normas y pautas que rigen el comportamiento social. También se preocupa por categorizar a los pacientes de acuerdo a estos criterios de normalidad, lo cual derivó en profecías autocumplidoras² y principios dormitivos³.

Esto se debe a que en la construcción tendenciosa a partir de parámetros de visión psicopatológica se obstaculiza la posibilidad de realizar una correcta evaluación e interpretación de la problemática del paciente pues el libreto del diagnóstico obliga al trazado de distinciones que llegan a construir realidades que confirman esas hipótesis *a priori*, es decir, se autocumple la profecía. Además se da una confusión entre clase y miembros de la misma clase, es decir, de niveles lógicos, pues la categoría (el rótulo diagnóstico) compete a un nivel lógico superior que los signos y síntomas que le corresponden, por ejemplo, al confundir agresión como síntoma con instinto agresivo como causa, se fusiona clase y miembro colocándolos al mismo nivel, derivando en una descripción dormitiva que explica el síntoma por su categoría, como si conocer el diagnóstico determinase una evolución en el proceso de curación.

Asimismo, basarse en un modelo de ciencia determinista, causal lineal y anticontextual, implica una visión del problema o situación problemática en la que solamente se remite a la historia de la persona instrumentalizando técnicamente la búsqueda del porqué en la resolución de los conflictos, es

² Una profecía autocumplidora es de acuerdo a Watzlawick (1984, p. 8)) una suposición o predicción que por la simple razón de haberse realizado convierte en realidad el suceso supuesto, esperado o profetizado y de esta forma confirma su propia exactitud.

³ Un principio dormitivo de acuerdo a Keeney (1983) un reacomodamiento más abstracto de la descripción del rubro que se pretende explicar, es decir, se toma como causa de una acción simple una palabra abstracta derivada del nombre de dicha acción. Asimismo, se entiende como principio dormitivo como una epistemología sin sentido (Keeney, 1982) que surge en el intento de explicar un sistema atribuyéndole descripciones que no pertenecen a su dominio fenomínico pero pertenecen a sus relaciones con otros sistemas. ejemplo: la agresión la causa un instinto agresivo.

decir, presentan una tendencia general hacia la explicación y la búsqueda del origen del síntoma principal (etiología).

2.1.5 La nueva mirada

Esta fue la visión dominante de la ciencia occidental, y de la psicoterapia, hasta la aparición de la Teoría de la Relatividad y la Mecánica Cuántica Siglo XX, y con éstas la introducción de la incertidumbre y el ojo del observador. En 1927 aparece el *Principio de Incertidumbre de Heisenberg* el cual anunciaba la imposibilidad conocer simultáneamente la posición y el impulso de una partícula. Del mismo, gracias a la Teoría de la Relatividad Especial y General, de Einstein de 1916, la posición del observador se vuelve fundamental para entender el mundo.

Sin embargo, el punto de vista de quien observa, ya sea persona, ciencia o disciplina, es decir, una reflexión sobre nuestra forma de conocer, nuestra epistemología, no es tomado en cuenta fuera de la Física hasta la segunda mitad del siglo XX a partir del nacimiento de la Cibernética de Segundo Orden, de la cual surgen los Constructivistas Radicales como Heinz von Foerster (1981), Ernest von Glasersfeld (1989), a partir de la revisión de algunos filósofos presocráticos, Emanuel Kant y Gianbattista Vico, y dos biólogos chilenos Maturana y Varela (1984) y su teoría sobre la autorreferencialidad y autopoiesis de la percepción.

No obstante, para entender la Cibernética de Segundo Orden, y los modelos teóricos que se desprenden de ésta, es necesario en primera instancia revisar la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética de Primer Orden.

a) Teoría General de Sistemas y Cibernética

La evolución de la noción de *Sistema*, en la denominada *Teoría General de los Sistemas y de la Cibernética* han influido en esta concepción de la ciencia como una acción humana y han transformado la aproximación hacia el conocimiento y el hombre. La Teoría General de los Sistemas fue propuesta en la década de los 30 por el biólogo alemán Ludwig von Bertalanffy (1978) en contra del reduccionismo imperante de la ciencia de ese momento.

Para von Bertalanffy la ciencia es una sola, es decir, no divide el objeto de estudio sino por el contrario lo aborda como una unidad denominada sistema. Un sistema (del griego *systema*, una cosa compuesta) es definido como "un complejo de elementos interactuantes, es decir, elementos P están en relaciones R de suerte que el comportamiento de un elemento P en R es diferente en otra relación R" (von Bertalanffy, 1978. p. 54).

Con lo anterior se puede observar que no se reduce lo estudiado a la parte o al elemento sino a las relaciones entre los elementos y el todo, formando totalidades organizadas, es decir, composiciones ordenadas de elementos en un todo unificado. Tienen fronteras, las cuales son líneas que separan al sistema de su entorno y define lo pertenece al sistema y lo qué no.

Los sistemas son unidades en constante interacción con su medio ambiente por lo que cambian cualitativamente a través del tiempo es decir, evolucionan constantemente. Cada una de las partes que encierra un sistema puede ser considerada como subsistema, sin embargo, la suma de cada uno de los subsistemas es diferente al todo, pues son elementos organizados y en interacción. Esta cualidad de los sistemas se denomina sinergia y señala que el examen de una o alguna de sus partes en forma aislada, no puede explicar o predecir la conducta del todo (Johansen, 1999).

Los subsistemas también son sinérgicos y se encuentran vinculados tanto ascendente como descendentemente destacándose en una jerarquía de complejidad, a esta característica se le denomina recursividad. Del mismo modo, como las partes de forma aislada no pueden explicar o predecir la conducta del todo, no se puede hacer inferencias con respecto al pasado o futuro del sistema a partir del estado actual, pues aún teniendo las mismas condiciones iniciales los resultados pueden ser diferentes (equipotencialidad), sucediendo lo mismo de la forma contraria, iguales resultados no tienen por qué haber partido de iguales condiciones iniciales (equifinalidad).

Ahora bien, los sistemas pueden ser abiertos o cerrados. Los sistemas abiertos son aquellos en los que existe un intercambio de información y energía entre el sistema y su medio o entorno, el intercambio es de tal naturaleza que logra mantener alguna forma de equilibrio continuo (o estado permanente), y las relaciones con el entorno son tales que admiten cambios y adaptaciones. Por su parte, un sistema cerrado es aquel en el que las variaciones del medio

que afectan al sistema son conocidas, su ocurrencia no puede ser predicha y su naturaleza es conocida (Johansen, 1999).

Un sistema se caracteriza por tener corrientes de entrada (*inputs*), corrientes de salida (*outputs*) y comunicación de retroalimentación (*feedback*), por medio de la cual conoce cómo lo está haciendo el sistema en la búsqueda de su objetivo y que introduce nuevamente información al sistema con el fin de que se lleven a cabo las correcciones necesarias para lograrlo.

Sobre la base del concepto de recursividad, en la medida que se avanza de un subsistema a un sistema, y de un sistema a un supersistema se pueden ir observando estado de organización más avanzados y complejos. Boulding (citado en: Johansen, 1999. p 60), siguiendo esta idea de complejidad creciente, formuló una escala jerárquica de sistemas, partiendo desde los más simples a los más complejos:

- El primer nivel está formado por estructuras estáticas, denominadas marcos de referencia.
- El segundo nivel son los sistemas dinámicos simples con movimientos predeterminados.
- El tercer nivel son los mecanismos de control o los sistemas cibernéticos.
- El cuarto nivel los constituyen sistemas abiertos.
- El quinto nivel es denominado genético-social y se encuentra tipificado por las plantas.
- El sexto nivel es el reino animal caracterizado por la movilidad, la conducta teleológica y la conciencia.
- El séptimo nivel es el nivel humano, es decir, el individuo humano considerado como un sistema.
- Finalmente, el octavo nivel es el de las organizaciones sociales.

De la Segunda Ley de la Termodinámica, la cual asevera que la entropía de un sistema cerrado aumentará siempre hacia un máximo, el cual se alcanza cuando se logra el equilibrio, se desprenden las características de entropía y neguentropía. La entropía es la medida aproximada de la desorganización y el desorden, o la falta de estructuración de un sistema. La entropía negativa o

neguentropía se refiere al grado de orden u organización de un sistema cerrado (Simon, Stierlin y Wynne, 2002).

El equilibrio es el mantenimiento de la estabilidad en un sistema, los cambios producidos dentro del sistema mismo o las perturbaciones provenientes de afuera son compensados. Por lo tanto, el equilibrio implica simplemente la regularidad relativa de un sistema, situación o estructura durante un periodo determinado. Una forma específica de equilibrio es la homeostasis.

En los años 40 iniciaron los encuentros fomentados por la fundación Josiah Macy, que convocaba a profesionales de distintas disciplinas. El primero se realizó en Nueva York en 1942 discutiéndose la inhibición central en el sistema nervioso. El segundo tuvo lugar en 1944, adquiriendo carácter de bianual, centrándose en la preocupación de encontrar la temática común que los uniera en sus investigaciones, a pesar de las diferencias de cada especialidad, pues los temas discutidos en estos encuentros se centraban en los mecanismos de retroalimentación y a la causalidad circular, tanto en sistemas biológicos como sociales. Es así como Wiener acuña el término de Cibernética, definiéndola como la *ciencia de la comunicación en el hombre y la máquina* (Johansen, 1999).

La Cibernética⁴, considerada como una forma de aplicación de la Teoría General de los Sistemas, aparece como forma de epistemología a partir de los años 50 fundamentándose en la Segunda Ley de la Termodinámica y estructurando, por tanto, su discurso alrededor de términos como desorden, orden, neguentropía, organización e información. La idea central de la cibernética es que existe una pauta que organiza los procesos físicos y mentales, idea que posteriormente fue retomada por el antropólogo Gregory Bateson, quien ejerciera un gran impacto dentro de la psicoterapia como se verá más adelante. De esta forma, la cibernética en la búsqueda de corporización de la mente pasa de la sustancia, la materia y la energía de la Física, a la forma o pauta de organización, es decir, las leyes que gobiernan la organización. El qué o quién pierde importancia, y cobra importancia el qué hace quién y cómo.

⁴ Del griego kybernetés, timonel.

La Cibernética de primer orden de Wiener, Rosenblueth, Bigelow, McCulloch y Pitts concibe a la información como materia de comunicación o de trasducción informacional en donde la información original o inicial no sufre ningún cambio (ni cualitativo ni cuantitativo) es decir, es la misma únicamente es reordenada en formas por lo tanto la decisión es un acto de selección entre un conjunto de opciones posibles de un portador de significación, esto se denomina retroalimentación simple. Sin embargo, si la información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso de aprendizaje (Keeney, 1983).

Los procesos cibernéticos no escogen un estado estático. La acción correctiva se pone en marcha debido a la diferencia, es decir, se activa por el error, la diferencia entre algún estado presente y algún estado preferido, activa la respuesta correctiva. Por lo tanto, todo cambio puede entenderse como el empeño para mantener una cierta constancia, y esta constancia se mantiene a través del cambio, a través de la homeostasis u homeodinamia.

Cabe resaltar que en este primer momento, la Cibernética se aproximaban a los sistemas como cajas negras, limitándose a examinar la relación entre lo que entra a un sistema (*input*) y lo que sale (*output*), postulado que el observador se mantiene fuera del fenómeno observado. Esta concepción resulta útil únicamente a cierto nivel, en aquellas en donde se exige un manejo unilateral, es decir, en órdenes inferiores de recursión. No obstante, en órdenes de recursión superiores esto no es así como en el caso de los sistemas orientados por el lenguaje el observador se incorpora al sistema, al definir y establecer cuál es su propia finalidad. Se trata entonces de un orden de finalidad más alto, pues exige del observador algo más (Keeney, 1983).

Esta puntuación derivó por tanto, en la cibernética de la cibernética, o de segundo orden, término propuesto por Margaret Mead en 1968, para señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema, como parte integral de éste y no como un observador externo que busca discernir las reglas o relaciones de entrada y salida de forma unilateral (Keeney, 1983).

Cabe resaltar que simultáneamente, e influido notablemente por las ideas de Wiener y Russell, Gregory Bateson realiza investigaciones importantes junto a su entonces esposa Margaret Mead, las cuales derivan en

conceptos cruciales como cismogénesis⁵, el cual resonará de manera extraordinaria en la Segunda Cibernética y en la psicoterapia.

Es así como la primera cibernética introduce nociones importantes como homeostasis y adaptación, mientras la segunda cibernética incluye los conceptos de autorreferencia, autonomía y los que corresponden a unidades más complejas de la mente (Keenney, 1983).

b) Cibernética de Segundo Orden

La Cibernética de Segundo Orden sitúa al observador en el seno de lo observado, haciendo toda descripción autorreferencial. Las consecuencias epistemológicas de lo anterior dilapidan poco a poco las pretensiones de objetividad, en la cual se presume la separación entre observador y lo observado.

La noción original de sistema cambia con los años hasta situarse dentro de la perspectiva de la Cibernética de Segundo Orden en la cual existen los procesos de *input* y *output* (entrada y salida) de la Cibernética Clásica sin embargo, éstos son controlados por mecanismos propios del sistema capaces de autorreproducirse. Lo anterior deriva de los conceptos de autorreferencia y autopoiesis de Maturana y Varela, los cuales se explicaran más adelante en el apartado de Constructivismo Radical.

⁵ De acuerdo a Simon, Stierlin y Wynne (2002) Cismogénesis o esquismogénesis (del griego schisma, división; génesis, origen) es un sistema de categorías introducido por Bateson para describir el proceso de diferenciación de las normas de conducta individual resultantes de la interacción acumulativa entre individuos, describiéndolas como simétrica cuando se da entre tribus, cales, aldeas, y complementarias cuando es entre estratos sociales, clases, castas, sexos. Los dos tipos de diferenciación contienen elementos dinámicos, de tal forma que cuando algunos factores restrictivos son eliminados, la diferenciación o división entre grupos aumenta progresivamente hasta producir una ruptura o un nuevo equilibrio.

A partir de ambos conceptos la noción de sistema abierto cambia hacia la de sistema semiabierto o semicerrado, es decir, un sistema en clausura operacional (cerrado) pero abierto comunicacionalmente, o sea, cerrado en su organización o autónomo. Por tanto, los actos de selección cambian a actos de distinción o de producción de información y control, en consecuencia la información "es la emergencia de una forma, la venida a la existencia de nuevos objetos de nuevas objetividades capaces de generar objetos, además de la emergencia de un metaobjetivo que consiste en la posibilidad de realizar un nuevo sistema de objetivos particulares."(Ibáñez, 1990, p. 23).

El concepto de distinción lo retoman de Spencer-Brown, de su libro *Las leyes de la forma*, al enunciar que un universo se engendra cuando se separa o aparta de un espacio, o sea, cuando se distingue de lo que no es. Posteriormente tiene lugar la descripción. Es decir, todo acto epistemológico, inicia con un observador que establece una distinción a fin de observar, y lo que el observador observa puede ser descrito, derivando en que estas descripciones sean a su vez distinciones en lo observado.

Esto inicia un proceso recursivo en el que la acción y la percepción, la descripción y la prescripción, la representación y la construcción están entrelazadas, y se organizan en una pauta coherente denominada puntuación.

La sobre vivencia de cualquier sistema vivo depende de dos procesos importantes de acuerdo a Maruyama (Hoffman, 1981) la morfogénesis y la morfostasis. La morfostasis se refiere a que el sistema debe mantener constancia ante los caprichos ambientales, a través del proceso activado por el error, o la retroalimentación negativa. En la morfogénesis el sistema debe modificar su estructura básica, a partir de una retroalimentación positiva o secuencias que actúan para amplificar la desviación.

d) Constructivismo Radical

El Constructivismo Radical asevera en términos generales que la percepción no depende del mundo factual o real, es decir, de las características de los objetos sino de la persona que los percibe. Lo anterior se refiere concretamente a que las características de su estructura individual, de su sistema nervioso y de la historia de vida del sujeto, determinan o definen lo percibido. Por tanto,

partiendo de que el proceso de percepción es la base para el conocimiento, conocer no implica tomar y aprehender lo exterior en el interior, por lo que el concepto de verdad y realidad se reemplaza por la exigencia de que las construcciones conceptuales que denominamos conocimiento sean viables en el mundo del sujeto cognoscente, de tal suerte que el conocimiento de lo real de la "realidad" percibida sólo se nos revela ahí en donde nuestras construcciones se derrumban (von Glasersfeld, 1981).

El Constructivismo Radical de von Glasersfeld y von Foerster tiene su base en el *Tratado Epistemológico* del filósofo Giambattista Vico, *De antiquísima Italarum sapientia*, en la obra *Crítica de la razón pura* de Kant y la Teoría Constructivista del desarrollo cognitivo y la cognición de Piaget (von Glasersfeld, 1988). Para Vico los agentes epistemológicos no pueden conocer nada excepto las estructuras cognitivas construidas por ellos mismos, de tal suerte, que *si Dios es el artífice de la naturaleza y el hombre el dios de los artefactos, sólo Dios puede conocer el mundo real, pues él sabe cómo y a partir de qué lo creo*. En cambio, el hombre sólo puede conocer lo que él ha construido, formándolo por sus acciones, y en consecuencia la ciencia es el conocimiento de los orígenes, de las formas y la manera en que fueron hechas las cosas. Considera que el conocimiento de la razón humana y el mundo de la experiencia racional son productos simultáneas de construcciones cognitivas humanas, y que el conocimiento humana no es otra cosa que "el esfuerzo por hacer corresponder las cosas las unas a las otras en bellas proporciones" (von Glasersfeld, 1988).

Kant creyó que la naturaleza, considerada materialmente, es la concepción colectiva de todos los objetos de la experiencia, de la materia prima de impresiones sensoriales, en la actividad del entendimiento que elabora un conocimiento de los objetos en lo que llamamos experiencia. Es decir, la experiencia así como los objetos de la experiencia, son en todas las circunstancias el resultado de nuestro modo y forma de experimentar, pues necesariamente están estructurados y determinados por el tiempo y el espacio y por las categorías derivadas del tiempo y el espacio. Ya que la razón sólo puede apreciar lo que ella misma produce, pues no podemos representarnos nada asociado en el objeto asociado antes, y entre todas las representaciones,

la asociación es la única que no es dada por los objetos, sino sólo puede ser realizada por el sujeto.

Por su parte, Piaget (citado en: von Glasersfeld, 1988) considera que la cognición tiene una función adaptativa más que de correspondencia con el mundo. El conocimiento es la colección de estructuras conceptuales que resultan estar adaptadas o son viables dentro del alcance de la experiencia del sujeto cognoscente. Además, tiene la función de eliminar las perturbaciones conceptuales. El ser humano acomoda y asimila información construyendo así esquemas y con esto promueve su adaptación o acomodación a su medio. Un cambio cognitivo y el aprendizaje ocurren cuando un esquema en lugar de producir un resultado esperado, conduce a perturbaciones, produciéndose entonces nuevas acomodaciones lo que puede establecer un nuevo equilibrio. Por ende, el aprendizaje y el conocimiento son instrumentales.

En consecuencia los dos principios fundamentales del Constructivismo Radical son (von Glasersfeld, 1996, p. 25):

- 1) El conocimiento no se recibe pasivamente, ni a través de los sentidos, ni por medio de la comunicación, sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente.
- 2) La función de la cognición es adaptativa y sirve a la organización del mundo experiencial del sujeto no al descubrimiento de una realidad ontológica objetiva.

El trasfondo de este proceso cognoscitivo es la acción, el movimiento, lo que conlleva forzosamente a la experiencia humana, tanto individual como colectiva mucho más allá de lo exclusivamente físico, pues implica dos procesos sobre los cuales tiene lugar gran parte de lo que se entiende por humano. Estos procesos son la reflexión (como parte del pensamiento) y el lenguaje, los cuales obviamente descansan sobre la base biológica y social del ser humano, “trayendo a la mano un mundo”, en palabras de Maturana y Varela (1984, p. 13), es decir, lo explican y con esto, de cierta forma, lo crea, le da vida, pues lo valida, lo hace certero.

Los caminos o métodos para llegar a la explicación son variados, basando su certeza o verdad a partir de que sea compartido por un grupo más o menos amplio, por lo que existen n cantidad de métodos, dependiendo de que las explicaciones que propongan sean certeras o verdaderas para a los

que se les está explicando algo. El componente social del Constructivismo Radical se orienta a que la interacción social tiene un papel importante en conexión con el concepto de viabilidad de los esquemas, en términos de expectativas, lo que significa que se busca confirmación de nuestra realidad experiencial por las interacciones con los otros, es decir, se busca corroborar con el otro la viabilidad de nuestros esquemas.

Ahora bien, para Maturana (1996) la reflexión sobre la realidad sólo se puede realizar si el observar y el conocer son explicados como fenómenos biológicos generados a través de la operación del observador en tanto ser humano viviente, es decir, como una entidad biológica. El observar es el punto de partida fundamental para explicar al observador, al instrumento de explicación, y la realidad y razón como fenómenos del dominio humano. Consecuentemente todo lo dicho es dicho por un observador a otro observador que puede ser él mismo y considerando que el observador es un ser humano, el observador y el observar deben de ser explicados en la explicación de la operación del ser humano en tanto observador, es decir, en su praxis de vivir, o sea en su experiencia de vivir.

Por lo tanto, intentando explicar “la objetividad en el camino de las ontologías constitutivas o de la objetividad entre paréntesis” (Maturana, 1996. p. 56), el observador acepta explícitamente lo siguiente:

- 1) El observador en tanto ser humano, es un sistema viviente.
- 2) Sus capacidades cognitivas como observador son fenómenos biológicos ya que se alteran cuando su biología se altera y desaparece con él en el momento de su muerte.
- 3) Si él quiere explicar sus capacidades cognitivas como observador, deberá hacerlo mostrando como éstas surgen como fenómenos biológicos en su realización como un sistema viviente.

Por ende, la existencia está constituida por lo que el observador hace, y el observador trae a la mano los objetos que distingue con sus operaciones de distinción en tanto distinciones de distinciones en el lenguaje, y los objetos que emergen como consecuencia de sus operaciones de distinción lo hacen dotados de las propiedades que conllevan las coherencias operacionales del dominio de la praxis del vivir en el cual éstos se constituyen, derivando en que

el observador constituye la existencia con sus operaciones de distinción (Maturana, 1996).

Lo anterior deriva en los conceptos de autorreferencia y autopoiesis. La autorreferencia significa que un sistema sólo puede referirse a sí mismo en la constitución de sus elementos y operaciones elementales para lo cual producen y utilizan la descripción de sí mismos. Esta operación se realiza fundamentalmente a través del lenguaje remitiendo una y otra vez a quien hace la enunciación. Por su parte, la autopoiesis se refiere a la capacidad de autoreproducción, autoevolución o autorenovación, es decir, a la capacidad de modificar sus estructuras cuando se producen cambios en su medio, logrando un nivel más alto de complejidad en ese proceso y potenciando con ello sus posibilidades de supervivencia. Tiene la capacidad de reproducir sus propios elementos, manteniendo así la unidad y la coherencia

El sistema autónomo o autopoietico y autorreferencial de Maturana y Varela es un conglomerado aislado, sujeto a un cierre informacional donde los intercambios con el exterior no son en realidad entradas de información sino una especie de desencadenante que funciona para que el sistema se reorganice siempre en busca de ese estado que lo hace ser lo que es. La organización del sistema es en sí misma la variable que se ha de buscar permanezca constante; la identidad de dicha unidad que a su vez es su organización permanece igual.

Del mismo modo, Varela en su texto *Cálculo por autorreferencia* (citado en Watzlawick y Cerberio, 1996, p. 66) explica:

“El punto de inicio de este cálculo....es el acto de indicación. En este acto primordial, separamos formas que se nos aparecen como el mismísimo mundo. Desde este punto de inicio, afirmamos la supremacía del rol del observador que arrastra distinciones donde lo desee. Así, las distinciones trazadas, que generan nuestro, mundo revelan precisamente eso: las distinciones que efectuamos y estas distinciones tienen que ver más con una revelación de donde está parado el observador, que con una constitución intrínseca del mundo que aparece, por este gran mecanismo de separación entre observador y observado. Encontrando el mundo que nosotros hacemos, nos olvidamos de todo lo que realizamos para encontrarlo como tal, y cuando lo recordamos, volviendo sobre nuestros pasos a la indicación, encontramos poco

más que un reflejo de la imagen de nosotros mismos y del mundo. En contraste con lo que es comúnmente asumido, una descripción, cuando se inspecciona cuidadosamente revela las propiedades del observador. Nosotros, observadores, nos distinguimos precisamente distinguiendo lo que aparentemente no somos, el mundo. “

En síntesis el Constructivismo Radical afirma:

Dado que el conocimiento o cognición no se basa en su correspondencia con la realidad “externa” (con lo real o formal), sino sobre las percepciones de un observador, el conocimiento tiende a ser una construcción o descubrimiento de la “realidad”; este descubrimiento no en el sentido de un develamiento progresivo de objetos preexistentes o formales, sino en cómo concebimos que es la realidad. Es así como la percepción, diferenciada según los diversos sentidos, se basa en una interpretación interna de estímulos no diferenciados: el mundo como se conoce, con su variedad y pluridimensionalidad es el resultado de procesos internos.

A nivel organizativo, todos los sistemas vivientes operan en condiciones de clausura, sin *input* ambientales. El sistema nunca entra en contacto directo con el entorno, sino que sólo conoce sus propios estados internos, no obstante forma parte del sistema en tanto es creado y modificado por su propia acción cognoscitiva. Por lo tanto, todo conocimiento es inevitablemente una construcción interna de un sistema. El conocimiento, que se basa en observaciones, está forzado a captarla bajo la forma de distinciones, a las cuales, en la realidad no corresponde a nada. El observador conoce entonces, únicamente, sus propias categorías y no datos primitivos (o independientes de él mismo).

En suma, en palabras de Watzlawick sobre la realidad “si se reflexiona sobre el tema, está claro que algo es real tan sólo en la medida en que se ajusta a una definición de la realidad. Si utilizamos una definición extremadamente simplificada, pero útil, lo real es aquello que un número suficientemente amplio de personas ha acordado definir como real” (Watzlawick, 1994, p.121).

O bien, como expresa más adelante: “real es, al fin y al cabo, lo que es denominado real por un número suficientemente grande de hombres. En este sentido extremo, la realidad es una convención interpersonal “ (Watzlawick, 1994, p. 121).

Watzlawick delibera: “La historia de la humanidad enseña que apenas hay otra idea más asesina y despótica que el delirio de una realidad real (entendiendo por tal, naturalmente, la de la propia opinión), con todas las terribles consecuencias que se derivan con implacable rigor lógico de este delirante punto de partida. La capacidad de vivir con verdades relativas, con preguntas para las que no hay respuesta, con la sabiduría de no saber y con las paradójicas incertidumbres de la existencia, todo esto, puede ser la esencia de la madurez humana y de la consiguiente tolerancia frente a los demás. Donde esta capacidad falta, nos entregamos de nuevo, sin saberlo, al mundo del inquisidor general y viviremos la vida de rebaños, oscura e irresponsable, sólo de vez en cuando con la respiración aquejada por el humo acre de la hoguera de algún magnífico auto de fe, o por el de las chimeneas de los hornos crematorios de algún campo de exterminio” (Watzlawick, 1994, p. 122).

Por lo que concluyendo, la realidad como tal no es algo que esté fuera del sujeto, el cual sólo tiene que ir a tomarla allá afuera. La realidad se va construyendo a partir de un conjunto de selecciones y clasificaciones que realiza. En este proceso tiene dos herramientas importantes, una es el lenguaje y la otra el pensamiento.

Sólo se puede ir construyendo el conocimiento, a partir tanto de las acciones mismas de la indagación, como de la indagación de quien indaga. El sujeto no está excluido del proceso de conocimiento, forma parte de él. Por lo tanto, no es el proceso de la investigación algo externo y que no puede ser influido por el sujeto, sino que es ya la acción de conocer la que está modificando a quien está conociendo.

Ahora bien, aunado al pensamiento de von Foerster, von Glasersfeld, y Maturana y Varela se encuentra el laureado Teorema de la Incompletud del matemático Kurt Gödel (Hofstader, 1999) el cual presupone que todo sistema matemático es incompleto por definición. Por lo tanto, la matemática no puede representar el todo de todos y darle consistencia (comprobación de verdad o falsedad) desde las propias reglas y axiomas de las matemáticas en sí mismas.

Gödel, descubrió que existían afirmaciones verdaderas que no podían ser probadas dentro del sistema. Con lo que probó que todo sistema formal que contuviera a la aritmética elemental (un ejemplo de este sistema serían las Matemáticas como un todo) es incompleto, es decir, no puede probar su propia veracidad. Esto es técnicamente imposible ya que el sistema sólo reconoce como verdadero o falso lo que conoce, lo que sabe, es decir, el propio sistema, o sea, las paradojas autorreferenciales forman parte de todo sistema formal de pensamiento y el hombre no puede librarse de ellas.

Las implicaciones de todo lo anterior son inmensas, rebasando, incluso, el campo de las Matemáticas hasta constituirse en un principio filosófico. Junto con el citado *Principio de incertidumbre de Heisenberg*, promueve el fracaso del modelo clásico de la objetividad, y por lo tanto, renuncia a afirmar una posición absoluta para clases específicas de objetividad científica. Del mismo modo, redundando en la más grande frustración y al mismo tiempo el más grande alivio para el ser humano: el pensamiento racional jamás podrá penetrar o conocer la verdad absoluta, la verdad final. Pues, toda intuición de verdad o falsedad con relación a algún sistema, simplemente no puede ser probada, puesto que van más allá de lo ya dado (de lo conocido) y se sitúa en la dimensión de lo real o verdadero, esfera clausurada para la mente humana.

Como consecuencia de todas estas nuevas concepciones en la Biología, las Matemáticas y la Teoría de Sistemas la idea de ciencia como aquel revelador del *Tropos* de Platón va cambiando a una ciencia, conocimiento, y realidad humana en la que de acuerdo a Edgar Morin “sujeto y objeto son indisociables... (en donde) ...el gran misterio, a saber que la objetividad científica deba necesariamente aparecer en el espíritu de un sujeto humano...” (Morin, 1990, p. 67).

La ciencia por tanto, según el mismo autor debe de escapar de la “disyunción y la anulación del sujeto y del objeto....(pues) el mundo está en el interior de nuestro espíritu, el cual está en el interior del mundo...en este proceso, sujeto y objeto son constitutivos uno del otro” (Morin, 1990, p. 69).

Por lo que “la unidad/diversidad compleja del hombre, sólo podrá edificarse realmente en correlación con la reunión de las disciplinas separadas, compartimentadas todavía.”. Tarea todavía más desafiante, agrega, porque

“esa reunión exige el paso del pensamiento reductor, mutilador, aislante, catalogante, abstractificante, al pensamiento complejo. ” (Morin, 1990, p. 71).

“La inteligencia parcelaria, compartimentada, mecanicista, desglosadora, reduccionista rompe el complejo del mundo en fragmento desglosados, fracciona los problemas, separa lo que está unido, unidimensionaliza lo multidimensional. Es una inteligencia miope, présbita, daltónica, tuerta a la vez; acaba a menudo por estar ciega. Destruye en la cuna todas las posibilidades de comprensión y de reflexión, eliminando también cualquier posibilidad de un juicio correctivo o de una visión a largo plazo” (Morin, 1974, p. 97).

Y para él, esa incapacidad de la “inteligencia ciega” la hace inconsciente e irresponsable, se vuelve mortífera. Insta, asimismo, a restaurar la racionalidad, contra la racionalización. El pensamiento mutilado y la inteligencia ciega, considera Morin, se afirman y se creen racionales. De hecho, el modelo racionalista al que obedecen es mecanicista, determinista, y excluye por absurda cualquier contradicción. No es racional sino racionalizador.

Morin insiste en sus obras en que debemos abandonar las racionalidades parciales y cerradas, denunciando a la vez las “racionalizaciones arbitrarias y delirantes que consideran irracional cualquier crítica racional que se las haga”. Punto en que es categórico: “Debemos liberarnos del paradigma pseudo-racional del *Homo Sapiens Faber* según el cual la ciencia y la técnica asumen y cumplen el desarrollo humano” (Morin, 1974, p. 111).

La verdadera racionalidad, insiste Morin, está abierta y dialoga con una realidad que se le resiste. Efectúa un incesante vaivén entre la lógica y lo empírico; es el fruto del debate argumentado de las ideas, y no es propiedad de un sistema de ideas. La razón que ignora a los seres, la subjetividad, la afectividad, la vida, es irracional. Llama a tener en cuenta “el mito, el afecto el amor, el arrepentimiento, que deben ser considerados racionalmente. La verdadera racionalidad conoce los límites de la lógica, del determinismo, del mecanicismo; sabe que el espíritu humano no puede ser omnisciente, que la realidad comporta misterio, negocia con lo irracional, lo oscuro, lo irrazonable. Debe luchar contra la racionalización que bebe en las mismas fuentes que ella y que, sin embargo, sólo incluye en su sistema coherente, que se afirma

exhaustivo, algunos fragmentos de la realidad. No solo es crítica sino también autocrítica. La verdadera racionalidad se reconoce por su capacidad de reconocer sus insuficiencias” (Morin, 1974, p. 111), con lo cual podemos transitar hacia una visión Construccionalista Social, anclada en las corrientes posmodernas.

4) Construccionalismo Social

A partir de la década de los 80, y apuntalada en las visiones posmodernas que se desprenden de la semiótica y la crítica literaria (en el deconstruccionismo de Jacques Derrida), surge una nueva postura reflexiva, postestructural, en las ciencias sociales, en la búsqueda de desmantelar los fundamentos filosóficos del pensamiento occidental. El posmodernismo se enmarca en una conciencia generalizada del agotamiento de la razón, tanto por su incapacidad para abrir nuevas vías de progreso humano como por su debilidad teórica para sortear lo que se avecina. La racionalización de la sociedad no conlleva ninguna perspectiva utópica, sino que más bien conduce a un aprisionamiento progresivo del hombre moderno en un sistema deshumanizado (Gergen, 2005).

La modernidad, como ya se explicó previamente, creía que existía un vínculo fuerte y necesario entre el desarrollo de la ciencia, la racionalidad y la libertad humana. Pero lo que sobrevino fue el triunfo de la razón instrumental que no conduce a una realización concreta de la libertad universal sino a la creación de una "jaula de hierro" de racionalidad burocrática de la que nadie quiere escapar, instituyendo lo que se conoce como la tradición occidental del individuo en la cual está definido como "agente de acción racional, independiente, moralmente equilibrado y capaz de razonar" (Gergen, 2005, p. 48).

La posición posmoderna es escéptica, duda de la capacidad de la razón, y, por sobre todo del lenguaje, para representarnos o para informarnos "cuál es la cuestión". Si el lenguaje está dominado por intereses ideológicos, si su uso está regido por convenciones sociales y su contenido por el estilo literario en boga; no puede reflejar la realidad, por lo tanto no hay descripción objetiva, pues en palabras de Gergen "...no existe ningún medio para determinar en

forma precisa qué aspectos de la configuración del estímulo están descritos por los términos...” (1996, p. 143).

Tal conclusión es uno de los golpes más devastadores para la modernidad y sobre todo para su reina: "la ciencia". Pues Gergen asegura que “no hay una mayor objetividad o precisión que otra, cualquier relato para que adquiriera status de verdad, de verdad verdadera, o verdaderamente verdadera, requiere de un acuerdo común, de un consenso social” (Gergen, 2005, p. 52).

En tal caso, considera más adelante, no hay motivo objetivo alguno para sostener que una persona tenga pasiones, intencionalidad, razón, rasgos de personalidad o cualquier otro elemento propuesto por el romanticismo o el modernismo. Todos estos conceptos están ligados a circunstancias sociales e históricas, son el producto de fuerzas ideológicas y políticas, de comunidades que se atrincheran y de las modas estéticas o literarias. Por lo tanto, de acuerdo a Gergen, el Construccionismo Social cumple con una función liberadora al despojar de su poder retórico a todos aquellos que proclaman una verdad, a todos aquellos que proclaman una sabiduría universal, útil para cualquier persona (Gergen, 2005).

Del mismo modo, para Gergen (2005), el centro en torno al cual gira nuestra sociedad modernista que es el yo cae de su pedestal en la sociedad posmoderna, ya que el nuevo énfasis y centro de acción son las "relaciones", que serían el principal producto que permitiría la construcción del yo en la interacción social y no al revés. Un individuo nace dentro de una relación y a la vez que es definido por ella, la define.

Este nuevo pensamiento significó un ataque a la concepción cibernética de la homeostasis y el paso a una visión hermenéutica, es decir, marco un giro interpretativo en el cual los sistemas sociales cibernéticos son reemplazados por la curva intersubjetiva del diálogo, por la idea que son generativos, generan significado, los estados de desequilibrio son productivos y normales, y los problemas existen en un lenguaje y son mediatizados por él (Hoffman, 1996).

El Construccionismo Social considera que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje, todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas en el ámbito del “mundo común y corriente”. Y es sólo a través de la permanente conversación que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior. La

identidad está compuesta por flujos temporales que pueden ser simples o complejos, de forma ecológica y social al mismo tiempo. Es decir, en palabras de Gergen “..las palabras son activas en la medida en que son empleadas por personas en relación, en la medida en que se les da poder en el intercambio humano...” (1996, p. 160).

Las hipótesis básicas del Construccinismo Social son (Gergen, 1996, p. 161):

- 1) Lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, como pensaba el positivismo, sino que está determinado por la cultura, la historia y/o el contexto social.
- 2) Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no es dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación.
- 3) El grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto).
- 4) Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales, y al formar así parte de varios modelos sociales sirven para sostener y apoyar ciertos modelos excluyendo otros. Alterar descripciones y explicaciones significa amenazar ciertas acciones e invitar a otras.
- 5) Como el lenguaje es un subproducto de la interacción, su principal significado se deriva del modo en que está inmerso dentro de los patrones de relación.
- 6) Apreciar las formas existentes de discurso es evaluar patrones de vida cultural, cada evaluación da voz a un enclave cultural dado, y compartir apreciaciones facilita la integración de todo.

2.1.6 La nueva mirada en psicoterapia: Terapia Familiar Sistémica

a) Influencia de Gregory Bateson

El antropólogo inglés Gregory Bateson es, para la mayoría, quien introdujo esta nueva mirada en el terreno de la psicoterapia derivando en el nacimiento de la Terapia Familiar Sistémica. Él, junto con equipo interdisciplinario del Hospital de Veteranos en Palo Alto, California dieron un viraje extraordinario a la concepción de la esquizofrenia trasladando su etiología personal y patológica, a una dimensión comunicacional.

Una de las preocupaciones centrales de Bateson fue la pauta que conecta, la pauta que controla la segmentación social⁶. Cuando se encontraba estudiando a la cultura *Iatmul* en Nueva Guinea en la década de los 30 observó la ceremonia *Naven* (Hoffman, 1981) de cuyo análisis se desprendieron conceptos vitales para la Cibernética y la Terapia Familiar Sistémica. La tribu *Iatmul* estaba conformada por cazadores de cabezas, los cuales se organizaban en clanes. Sin embargo, no existía jerarquía entre ellos, no había gobernante, ni jefe, ni estructura de status de importancia en las aldeas, no existía una autoridad superior a cual se le llevara las disputas. Por lo tanto, había odio entre clanes, rivalidades intensas y una gran competencia. Cuando las riñas o rivalidades se volvía demasiado intensas uno de los clanes en disputa se separaba para formar una nueva aldea.

El *Naven* era una ceremonia que afirmaba el apego entre un hijo y los hermanos de su madre, los tíos se vestían como ancianas estafalarias, y las mujeres se vestían con el atuendo ceremonial de los hombres, caricaturizándolos, lo cual les divertía mucho pues normalmente estaban subordinadas a los hombres. Del análisis de esta ceremonia Bateson consideró más que una ceremonia para la cohesión social y el fortalecimiento de los nexos con la familia de origen, el *Naven* era un proceso de diferenciación en las normas del comportamiento individual resultante de la interacción acumulativa entre individuos, de tal suerte que el patrón visual que le representaba era de planos de separación que se entrecruzaban. Este

⁶ En esta preocupación se puede observar su inclinación cibernética.

concepto lo denominó esquismogénesis, el cual se desarrolla por procesos de reacción mutua. En esta sociedad Bateson observó la presencia de ciclos autorreforzantes en que las interacciones A desencadenarían las respuestas B, que entonces desencadenaría una respuesta más intensa de A. Estos ciclos podrían ser de dos tipos:

- Simétricos: En los que los comportamientos intensificados de A y B son similares, como rivalidad o competencia.
- Complementarios: Las acciones autogeneradores son distintas, como en los ciclos de sumisión-dominio.

Posterior a las Conferencias de Josiah Macy, Bateson empezó a analizar la ceremonia *Naven* como un mecanismo cibernético. Pues ésta ocurría cuando estaba a punto de inclinarse la balanza entre clanes en competencia. Recupera la Teoría de Ashby para explicar la ceremonia *Naven* como Cambio de Primer Orden que sustituiría los cambios complementarios por intensificaciones simétricas, pues los primeros son incompatibles con los segundo bloqueando eficazmente el desarrollo de escapadas simétricas, manteniendo el *status quo*, o bien en el caso contrario su ruptura y dependiendo de la interacción simétrica o complementaria, el nacimiento de nuevos grupos ya fuera iguales o heréticos.

En la década de los 50, Bateson encabezaba a un grupo de investigación en Palo Alto, California, entre los que se encontraban Jay Haley, Don Jackson, John Weakland y William Fry, orientado a clasificar la comunicación por niveles: niveles de significado, niveles de tipo lógico y niveles de aprendizaje. A partir de su interacción con personas esquizofrénicas el grupo se planteó la hipótesis de que una persona esquizofrénica, con problemas para discriminar entre niveles de tipo lógico podría aprender a aprender en un contexto en el que esta dificultad fuese adaptativa. Por lo tanto, la familia del esquizofrénico pudiera acaso moldeado estas formas peculiares por vía de requerimientos específicos de comunicación que se imponían.

La hipótesis anterior derivó en una teoría de la esquizofrenia articulada alrededor de un Doble Vínculo o Doble Atadura, la cual presenta una primera revisión en 1956 y otra en 1962. La doble atadura describe un contexto

de habituales callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación. Es decir, es una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel es anulada o contradicha en otro nivel, estructurada de forma paradójica. La primera revisión la establece de la siguiente forma (Hoffman, 1981, p. 29):

- 1) Una orden primaria negativa.
- 2) Una orden secundaria negativa a otro nivel que entra en conflicto con la primera.
- 3) Una orden que prohíbe toda posibilidad de metacomunicarse y que prohíbe a la persona abandonar el campo.
- 4) Una situación que parece de importancia para sobrevivir.
- 5) Una vez establecida una pauta de comunicación que contenga estos elementos, sólo se necesita un pequeño recordatorio de la secuencia original para producir una reacción de pánico o de ira.

En la revisión de 1962, Bateson transforma este concepto en una forma particular de organización familiar en la que todo mensaje es condicionado por otro mensaje en un nivel superior y no existe posibilidad de zafarse de éste ni haciéndole caso, ni no haciéndole caso. Por lo tanto, el esquizofrénico se comunica como si esperara ser castigado cada vez que indica que tiene razón, en su visión del contexto de su propio mensaje.

b) Teoría de la Comunicación Humana

Derivada de la experiencia de Bateson y su equipo de trabajo en el Mental Research Institute en Palo Alto California aparece, la *Teoría de la Comunicación Humana*. En su amplia presentación del enfoque de las disfunciones de la interacción como problema de la comunicación, Watzlawick, Beavin y Jackson (1986) restan énfasis a los factores intrapsíquicos e inconscientes, así como también a la búsqueda de factores etiológicos del pasado. La conducta se comprende mejor en el contexto en el que ocurre; toda conducta comunicativa es, en alguna forma, apropiada en el contexto interaccional en el que está inmersa. Sugieren que los constructos "normal y

anormal" son conceptos relativos, cuyo significado depende de los factores contextuales.

Para caracterizar de qué modo las comunicaciones entre los miembros de la organización se pueden ver como sistemas, Watzlawick y cols. (1986) exponen cinco premisas básicas que estos autores llaman axiomas:

- 1) Uno no puede dejar de comunicarse.

Partiendo de que toda conducta es comunicación se deduce que por mucho que uno lo intente no puede dejar de comunicar. En la actividad o inactividad, palabras o silencio, toda conducta siempre tiene valor de mensaje e influye sobre los demás (verbal, tono de voz, postura, contexto, gestos, silencio, etc.).

- 2) Cada comunicación tiene un aspecto referencial (contenido) y otro connativo (proceso o definición de la relación).

Pues las relaciones no son realidades concretas, sino experiencias puramente subjetivas o construcciones hipotéticas, en las que un miembro del sistema hace una definición de sí mismo, y el otro, opta por uno de tres tipos de respuestas, a saber: confirmarla, rechazarla o descalificarla y es a partir de este proceso que se define la relación de ambos.

Proponen también que para que la relación sea funcional, los miembros en interacción deberían coincidir, tanto en el nivel de contenido (mensaje) como en el relacional (forma de expresarlo y significado del mismo), y además deberían poder metacomunicarse (hablar acerca de su relación, de cómo piensan que el otro la recibe) ya que la metacomunicación, aparte de ser la base de una comunicación eficaz y clara, también conlleva implícita la percepción del *self* propio y el del "*otro*".

- 3) La naturaleza de una relación depende de la puntuación de una serie de eventos repetitivos (quién hace qué, a quién, en respuesta a qué).

Las fuentes de disfunción pueden surgir al no lograr reconocer la cualidad repetitiva de ciertos patrones de comunicación, las formas alternativas de puntuar los eventos y la posibilidad de romper la cadena de ciertas comunicaciones.

- 4) Los humanos se comunican básicamente de dos formas:

- I. La digital, que en su forma textual expresa el "contenido" del mensaje transmitido verbalmente.

- II. La analógica o no verbal, que explica el "proceso", el cual se transmite por medio de gestos, postura, modulación de voz, actitudes o emociones que se manifiestan durante la interacción y que permiten captar metamensajes.

- 5) Las comunicaciones pueden ser de dos tipos: simétrica o complementaria. Las simétricas son relaciones basadas en la igualdad y las complementarias basadas en la diferencia.

c) Terapias de Primer Orden, de Segundo Orden y Posmodernas

Esta nueva mirada ha promovido en la psicoterapia el nacimiento de la Terapia Familiar Sistémica que anclada en una epistemología sistémica y cibernética ha optado por el paso del por qué causal lineal al para qué circular, circunscribiendo al hombre a su contexto y en su mutua determinación. Se ha instituido como una nueva forma de ver la vida, cambiando el contexto psicoterapéutico a un espacio de aprendizaje, en donde el terapeuta como epistemólogo, enseña a pensar desde otra dimensión epistemológica.

Las explicaciones se trasladan al terreno de la recursividad, señalando un por qué interaccional como trampolín hacia las prescripciones

y utilizadas como la técnica de reformulación o de reencuadre. A través de las preguntas circulares, ya como formas de recolectar información, o como nuevos *inputs* informativos que permiten las reformulaciones, posibilitando los cambios de los marcos de referencia no útiles.

La explicación del por qué de las cosas dentro de una lógica circular posibilita redimensionar las perspectivas acerca del problema en el contexto en que se desarrolla, la explicación circular de ciertas actitudes y comportamientos interaccionales en un sistema, produce efectos en cada uno de los miembros, en las que el cambio de mirada gesta una variación en la recurrencia, ampliando la realidad.

De la experiencia de Bateson en Palo Alto se desarrollaron dos grandes bloques de Modelos en Terapia Familiar Sistémica (Golann, 1988). Los primeros derivados directamente de Palo Alto con Watzlawick y Haley, y otros como Minuchin y Papp⁷, desarrollaron un enfoque pragmático y estratégico, que si bien privilegia el contexto de la interacción, presentan una orientación sistémica, no abordan a la familia a través de sus pautas, formas y organización, es decir, no desde una perspectiva de la Cibernética del Segundo Orden. Bateson fue en este punto inflexible, especialmente en relación con la terapia estratégica y su metáfora del poder, pues para él el poder es una forma de puntuar los eventos, está en la mano del que puntúa no necesariamente en lo observado.

Un segundo bloque son los modelos que han sido llamados de Segundo Orden, en el cual se encuentra la aproximación inicial del Grupo de Milán con Mara Selvini y sus colegas. Ellos pusieron un gran énfasis en la neutralidad del terapeuta, la circularidad y la connotación positiva, a través del interrogatorio circular. El interrogatorio circular es un método para observar la interacción y estructura familiar y llevarla a un cambio cognitivo para la modificación de las premisas que enmarcan y dan coherencia a los problemas de la familia.

Finalmente, derivado del Construccionismo Social y la Posmodernidad, han nacido diferentes modelos basados en el discurso o modelo narrativo (White y David Epston), la reflexión (Andersen) y la

⁷ Sin embargo, Papp con el tiempo se alejó de los enfoques estratégicos y se acercó a los de segundo orden.

colaboración (Anderson). En éstos la actividad del terapeuta pasa de un epistemólogo al de un actor político en la búsqueda de cuestionar las técnicas por medio de las cuales se somete a las personas a una ideología dominante, y las formas en que sus discursos y conocimientos se ven subyugados (White y Epston, 1993). En este enfoque narrativo el problema está en el lenguaje no en la persona, la conversación terapéutica permite a las personas a identificar los conocimientos unitarios y los discursos de verdad que los se están sometiendo y a liberarse de ellos, además de que no existe una voz única, ni un yo unificado, lo importante es ayudar al paciente a hacer surgir en él otras voces.

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

2.2.1 Modelo Estructural

*La familia está como el bosque, si usted está fuera de él solo ve su densidad, si usted está dentro ve que cada árbol tiene su propia posición.
Proverbio Africano.*

2.2.1.1 Historia y enfoque del Modelo Estructural

Este modelo fue iniciado por Salvador Minuchin y sus colaboradores de la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, como Jay Haley, Braulio Montalvo y Harry Aponte, al final de la década de los 70, principios de los 80 (Umbarger, 1983). El modelo abandona el abordaje puramente intrapsíquico y lineal de la psicodinámica para anclarse en un paradigma organísmico basado en la Teoría General de los Sistemas del biólogo austriaco Ludwig von Bertalanffy. En éste la causalidad es circular y la conducta no se entrama menos con el contexto de interacción, que con los procesos mentales interiores. La terapia entonces está basada en el estudio del individuo en su contexto social en la búsqueda de la transformación de la organización familiar, para modificar en consecuencia las posiciones de los miembros de ese grupo, y con éstas las experiencias de cada individuo (Minuchin, 1974).

Del mismo modo, se aleja del individuo como asiento de la patología, pues al abordar al hombre dentro de su contexto y circunstancias la localización de la patología es mucho más amplia, aumentando las posibilidades de intervención. La patología puede ubicarse en el interior del

paciente, en su contexto social o en el feedback de ambos, pues la vida psíquica de una persona no es exclusivamente un proceso interno. Influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción. Las personas de manera natural viven en sistemas sociales, en familias, a las que se adaptan derivando en la necesidad de ajustar sus acciones a las características de éstas, por lo tanto, cambios en las familias implican cambios en el individuo, en sus conductas y procesos psíquicos. Además, cuando un terapeuta trabaja con un paciente o familia su conducta se incluye en este contexto, formando un nuevo, haciendo que su conducta sea significativa para lograr un cambio a manera de facilitador de nuevas modalidades o modalidades alternativas de interacción.

Este modelo aborda el proceso del *feedback* entre las circunstancias y las personas implicadas, los cambios impuestos por una persona sobre sus circunstancias y la forma en que las retroalimentaciones derivadas de estos cambios afectan su acción posterior. Una mutación en la posición de una persona en relación a sus circunstancias constituye una modificación de su experiencia. Las técnicas utilizadas en la terapia estructural se orientan básicamente a la modificación de su contexto inmediato, de tal suerte que sus posiciones cambian y al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar, se modifica consecuentemente su experiencia subjetiva. El objetivo es abordar el presente, modificarlo y no explorar el pasado e interpretarlo, pues éste se hace presente en la organización y funcionamiento actual de la familia.

El modelo aborda a la familia en dos dimensiones, una estática (su estructura), y otra dinámica (ciclo de vida) y la forma en que ambas dimensiones dan como resultado la adaptación tanto del sistema en su totalidad como de sus miembros. La estructura familiar se afronta a partir de ciertos preceptos (Minuchin, 1974):

- a) Su transformación permite al menos una posibilidad de cambio.
- b) El sistema se organiza sobre la base del apoyo, la regulación, la comunicación y la socialización de sus miembros. El terapeuta al asociarse a éste busca modificar su funcionamiento de tal suerte que le permita desarrollar estas tareas con mayor eficacia.

- c) El sistema familiar tiene propiedades tanto de autorregulación como de autopropagación, por lo tanto, una vez iniciado el proceso de cambio, éste será mantenido por la familia en ausencia del terapeuta precisamente por sus mecanismos de autorregulación.

La estructura familiar de acuerdo a Minuchin (1974, p. 86) “es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”, a través de pautas transaccionales, las cuales establecen las formas de relación, es decir, las reglas del juego. Estas pautas regulan la conducta de los miembros de la familia y se mantienen a través de dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica reglas universales que gobiernan la organización familiar. El segundo es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. La estructura familiar debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las circunstancias cambiantes a través de pautas transaccionales alternativas para responder a cambios tanto internos como externos.

El sistema familiar es más que la suma de sus partes, es decir, de sus miembros. Es en realidad una entidad compleja y dinámica, en la que cada uno de sus elementos da cuenta del sistema en su conjunto, y el sistema del elemento. Para referirse a esta cualidad de los sistemas familiares existe la palabra holón (Minuchin y Fishman, 1984), la cual designa a aquellas entidades de rostro doble en las que evoca el todo y la parte. El sistema familiar está conformado por los siguientes holones:

- 1) Holón individual: La persona.
- 2) Holón conyugal: La pareja.
- 3) Holón parental: Las interacciones de crianza de los hijos.
- 4) Holón fraterno: Las interacciones entre hermanos.

Ahora bien, la parte dinámica se refiere al momento que del ciclo vital en el que se encuentra la familia. En general se observan las siguientes etapas:

- 1) La pareja sola.
- 2) La familia con hijos pequeños.
- 3) La familia con hijos en edad escolar o adolescentes.
- 4) La familia con hijos adultos.

2.2.1.2 Técnicas de intervención

Una intervención estructural inicia desde el primer contacto, es decir, las primeras interacciones, las cuales generalmente son a través del teléfono. A partir de éstas el terapeuta puede evocar la posibilidad de ciertas configuraciones familiares y ámbitos de problemas, esbozar ciertas hipótesis e ingresar al sistema familiar.

El terapeuta al ingresar a un sistema familiar entra en coparticipación o *joining* con éste, la cual es más que una técnica o estrategia, es una actitud y consiste en la cobertura bajo la cual se producen todas las interacciones, es decir, imaginemos el área que se forma debajo de un paraguas al abrirlo, el tamaño de esta área corresponde a la abertura o circunferencia del paraguas, así más o menos se constituye este espacio, depende de que paraguas decida abrir el terapeuta al entrar en coparticipación con el sistema familiar.

Coparticipar (Minuchin y Fishman, 1984, p. 45) es la forma en que el terapeuta hace saber a los miembros de la familia que los comprende y trabaja con ellos y para ellos. Las maniobras de coparticipación se clasifican según las diferentes posiciones del terapeuta hacia el sistema familiar. Son tres estas posiciones:

- a) Posición de cercanía: el terapeuta brinda apoyos, connota positivamente.
- b) Posición intermedia: Escucha de manera activa, pero neutral, rastrea información.
- c) Posición distante: Muestra neutralidad emocional, pero es muy directivo en sus intervenciones y puede llegar a desafiar. Toma posición de experto.

Esta posición va cambiando a lo largo de todas las intervenciones y está apuntalada en la meta, objetivo o foco de la intervención, derivados de las hipótesis esbozadas, y en con base en éste se establecen las estrategias y técnicas seleccionadas por el terapeuta.

Las estrategias son planes globales de intervención orientados a producir cambios en el sistema como un todo. Por su parte, las técnicas son formas específicas, derivadas de las estrategias, que llevan a reorganizar a la familia mediante el cuestionamiento de su organización, en la búsqueda de pautas nuevas de interacción.

De forma general, encontramos en terapia estructural tres bloques principales de estrategias las cuales agrupan sus técnicas correspondientes. Éstas son:

Cuestionamiento del síntoma o reencuadre

Las familias que acuden a terapia después de una larga lucha, por lo general, han individualizado a uno de sus miembros como el origen o la fuente del problema. En la sesión, inundan al terapeuta sobre el relato de esta lucha, sus intentos de solución y sus fracasos, los cuales están plagados de interacciones ineficaces que sólo refuerzan los afectos sin producir cambios. Al observar las interacciones de la familia en la sesión, el terapeuta obtiene de primera mano la manera en que ésta se organiza en torno al síntoma y su portador, pudiendo conocer las formas de interacción que ha utilizado de forma ineficaz. El terapeuta, por lo tanto, cuestionará la definición que la familia da del problema y sus respuestas para modificar la concepción de éste, promoviendo que sus miembros busquen respuestas afectivas, cognitivas y conductuales diferentes. Para lograrlo utiliza las técnicas de escenificación, enfoque e intensidad (Ver Cuadro 1 y 2).

Cuadro 1

Intensidad	Descripción
<p>Consiste en romper con la "sordera de la familia" haciendo que ésta oiga el mensaje del terapeuta.</p> <p>El mensaje debe de ser reconocido por los miembros de la familia lo que significa que deben de recibirlo de un modo que los aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas.</p>	Repetición del mensaje
	<p>Repetición del mensaje tanto en contenido como en estructura a lo largo de la sesión hasta obtener respuesta.</p>
	Repetición de interacciones isomórficas
	<p>Reunir sucesos en un mensaje que en apariencia están desconectados pero que tienen un significado orgánico único.</p>
	Modificación del tiempo
<p>Promover que una interacción continúe aun cuando la señal de alarma familiar se accione y quieran detenerse como mecanismo homeostático.</p>	
Cambio de distancia	
<p>Cambiar la distancia que los mantiene cómodos, es un elemento e instrumento significativo para la emisión de un mensaje terapéutico.</p>	

Cuadro 2

Técnica	Descripción
<p>Escenificación</p> <p>Consiste en hacer "danzar" a la familia en presencia del terapeuta, es decir promover interacciones que dentro del consultorio den cuenta de cómo son las interacciones disfuncionales de la familia. Se produce en el contexto de la sesión, en el presente y en relación con el terapeuta. La hipótesis que subyace en esta técnica es que la estructura familiar se vuelve manifiesta en estas interacciones y que el terapeuta podrá obtener una visión de las reglas que presiden las pautas de interacción dentro de la familia. Se da por medio de tres movimientos.</p>	<p>Primer Movimiento</p> <p>Observar interacciones espontáneas y determinar áreas disfuncionales que conviene iluminar.</p> <p>Segundo Movimiento</p> <p>Organización de secuencias escénicas en las cuales los miembros de la familia representan sus pautas disfuncionales en su presencia.</p> <p>Tercer Movimiento</p> <p>Propuesta de modalidades diferentes de interacción con el fin de proporcionar información predictiva e infundir esperanza.</p>
<p>Enfoque</p> <p>Elección de ciertos elementos de la interacción familiar y organizarlos de cierta forma que guarde armonía con la estrategia terapéutica, a través de la investigación en profundidad de un campo limitado, ignorando otros y en la acomodación de la información que a la familia le es cómodo presentar.</p>	<p>Sub-técnica</p> <p>No hay</p>

Cuestionamiento de la estructura familiar o reestructuración

La concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ocupan dentro de los diferentes holones familiares y de la dinámica de estos holones dentro del todo. Hay familias donde se observa una pertenencia o amalgamamiento excesivo, el funcionamiento del todo individual se ha subordinado a la pertenencia, es decir, hay poca individuación, y en ocasiones es al contrario.

Es decir, las familias con sectores de mal funcionamiento en esta área se encuentran en el continuo entre el apego y desapego excesivo. En los casos extremos el terapeuta tendrá que interponerse diferenciando y delineando fronteras, o bien flexibilizándolas, de tal suerte que de cabida al crecimiento de sus miembros y a su adaptación dentro de diferentes contextos y holones. Las técnicas para cuestionar la estructura son: Fronteras, Desequilibramiento y Complementariedad (Ver Cuadro 3 y 4).

Cuadro 3

Técnica	Descripción
<p>Desequilibramiento</p> <p>Son una serie de técnicas orientadas a cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema.</p> <p>El terapeuta se usa a sí mismo como miembro del sistema terapéutico para cuestionar y modificar la distribución del poder en el seno de la familia.</p>	
	<p>Alianza con miembros</p>
	<p>Destinada a modificar su posición jerárquica en el sistema, pone en relieve sus lados fuertes y constituye una fuente importante de autoestima.</p>
	<p>Ignorar a miembros</p>
<p>Ayuda a volver a su lugar a la gente, por ejemplo un padre dominante, una madre intrusiva o un hijo demandante.</p>	
<p>Coalición contra miembros</p>	
<p>El terapeuta utiliza su posición de poder y se une en coalición contra un miembro de la familia.</p>	

Cuadro 4

Técnica	Descripción
<p>Fronteras</p> <p>Se orienta a regular la permeabilidad de las fronteras que separan a los holones o subsistemas entre sí. Participar en el contexto específico de un holón requiere de respuestas específicas para este contexto, en ocasiones no es así, por lo tanto, requiere que el terapeuta intervenga para que se actualicen las alternativas potenciales si un individuo empieza a actuar en otro subsistema o si cambia el índole de su participación en un sistema determinado.</p>	<p>Duración de la Interacción</p> <p>Extender o acortar interacciones a través de: Tareas placenteras que unan díadas o triadas Tareas paradójicas (aumento de interacción entre individuos muy fusionados).</p> <p>Distancia Psicológica</p> <p>Separación o fusión de díadas, triadas, coaliciones y alianzas a través de: inmovilizar a miembros, ampliar la definición del problema, el bloqueo de intrusiones y alianzas o coaliciones temporales.</p>
<p>Complementariedad</p> <p>Consiste en el cuestionamiento no lineal del conflicto en términos de de poder, jerarquía y construcciones. Existen aspectos complementarios individuales que se convierten en partes de un todo, la conducta y la experiencia de éstas junto con las demás partes se influyen recíprocamente. Más allá de la parte surge una nueva entidad, cuyas partes son reguladas por las reglas del todo, siendo una meta de la terapia familiar que los miembros de la familia se den cuenta de esto y vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual. La técnica apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia de forma íntegra, cobrando relieve las pautas del organismo total y se advertirá que la libertad de las partes es interdependiente.</p>	<p>Cuestionamiento del Problema</p> <p>Se cuestiona el problema a través de preguntas que introducen incertidumbre y se alejan de la versión familiar del problema.</p> <p>Cuestionamiento del Control Lineal</p> <p>Se cuestiona la idea de que un solo miembro puede controlar el sistema familiar, sino que cada persona es el contexto de las demás.</p> <p>Cuestionamiento de la forma de recortar los sucesos</p> <p>Se cuestiona la epistemología de la familia introduciendo el concepto de tiempo ampliado y encuadrando la conducta individual en un todo.</p>

Cuestionamiento de la realidad familiar o realidades

Toda familia presenta una concepción del mundo en la cual encuadra la realidad que a su vez encuadra a la persona. Cuando acude a la terapia es porque esta concepción resulta inviable. Un terapeuta familiar parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada y contienen esta modalidad de experiencia. Por lo tanto, para modificar la visión de la realidad de los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos.

El terapeuta tiene que proponer a la familia que realidades distintas, nuevas, estas concepciones alternativas no se pueden encuadrar como un mundo diferente; la gente tiene miedo a lo nuevo. Por otra parte, pocos abandonarían como si se tratara de un par de zapatos viejos una realidad que ha prestado un buen servicio, y que se apoya en diversas legitimaciones (Minuichin y Fishman, 1984). Lo que sí puede hacer el terapeuta es aflojar la rigidez del esquema preferencial. Para ello desestima algunos hechos y toma otros en vista a establecer una "meta terapéutica". Las técnicas al servicio de esta estrategia son lados fuertes, constructos y paradojas. (Ver Cuadro 5 y 6).

Cuadro 5

Lados Fuertes
Toda familia contiene elementos positivos, son rasgos que pasan relativamente inadvertidos y que les aseguran la supervivencia: interacciones para prodigar cuidados, velar por los demás, brindarles apoyo. En el momento en que las familias acuden a terapia en ocasiones son invisibles para ellos estos lados fuertes o positivos, los cuales en ocasiones los han mantenido en buen funcionamiento en el pasado. Al indagar sobre éstos el terapeuta puede combatir las disfunciones familiares y pueden convertirse en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros.

Técnicas	Descripción
<p>La realidad de la familia es una construcción terapéutica, la cual puede ser convertida o transformada en una concepción diferente del mundo y la realidad en la cual no tenga cabida el síntoma y una nueva visión de la realidad más flexible y pluralista que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo.</p>	<p>Símbolos Universales</p> <p>El terapeuta presenta la intervención como si se apoyara en una institución en un acuerdo que trascienda el ámbito de la familia y como si fuera una realidad objetiva.</p>
	<p>Verdades Familiares</p>
	<p>Selección de metáforas de la familia que simbolizan su realidad reducida para transformarlas cada vez que sean</p>
	<p>Consejo Profesional</p> <p>El terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad familiar y la basa en su experiencia conocimiento o sabiduría, e incluso apoyando las visiones del problema de un miembro de la familia.</p>
<p>Paradojas</p> <p>La paradoja es una técnica que no puede ser aplicada en todos los casos. Se basa en dos principios, el del síntoma como mecanismo de autorregulación y en el de resistencia sistémica al cambio. El síntoma se utiliza para regular una parte disfuncional del sistema, si el síntoma es eliminado, esa parte del sistema quedará sin regulación. En este sentido las paradojas se utilizan para cambiar el síntoma sin modificar el sistema para así enfrentar la resistencia de éste y evitar la lucha por el poder entre familiar y terapeuta. Por lo tanto se utiliza en casos de alta resistencia y lucha de poder. Lo realiza a través de una demanda contradictoria, a partir de la cual el terapeuta dará una serie de enérgicas redefiniciones que conectará el síntoma con el sistema de tal manera que resulte imposible modificar el uno sin hacerlo con el otro. Con este método el terapeuta define el problema terapéutico, se desplaza del problema, al modo en que la familia podrá vivir sin él, quien será afectado por su falta, como lo será y que conviene hacer. Por medio de esta redefinición sistemática se genera una crisis de percepción y como consecuencia la familia encuentra cada vez más difícil regularse por medio de un síntoma y empieza a hacerlo de manera diferente.</p>	<p>Desafío</p>
	<p>Intervención en la que obedeciendo tendrá como consecuencia lo opuesto de lo que parece pretender. Depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta u obedezca a ellas hasta un grado tan absurdo que se vea obligada a retroceder.</p>
	<p>Coro Griego</p> <p>Consiste en el empleo de un grupo de consulta como refuerzo de las intervenciones del terapeuta. El grupo se compone de colegas que se turnan observándose del otro lado del falso espejo haciendo comentarios en el momento sobre la interacción entre la familia y el terapeuta enviando mensajes regulares en colaboración y visto bueno del terapeuta.</p>
	<p>Inversión</p> <p>Se imparten directivas a un miembro de la familia para que invierta su actitud o su conducta en un aspecto decisivo, con la esperanza de provocar de ese modo una respuesta paradójica en otro miembro de la familia. Se basa al mismo tiempo en el desafío y la aceptación y requiere de la cooperación conciente del miembro que recibe instrucciones y el desafío del otro.</p>

2.2.2 Modelo Estratégico

*Haz que los adversarios vean como extraordinario lo que es ordinario para ti,
haz que vean como ordinario lo que es extraordinario para ti.
Sun Tzu, El Arte de la Guerra.*

2.2.2.1 Historia y desarrollo del modelo

Jay Haley, considerado como el precursor de este modelo, formó parte, a partir de 1952 hasta 1962, del *Proyecto Bateson* sobre comunicación junto al propio Bateson, Weakland, Fry y Jackson. En este proyecto desarrolló una visión diferente sobre la esquizofrenia y la psicoterapia pasando de una visión psicopatológica e intrapsíquica a la relacional y comunicacional, de la cual retomó, ya en un enfoque propio, conceptos tales como organización, comunicación y secuencia.

Durante varios años visitó de manera continua a Milton Erickson de 1952 a 1980, en Phoenix, con el objetivo de conocer sus técnicas terapéuticas. La visión terapéutica de Erickson, especialmente su directividad dentro de las sesiones, tuvo una gran influencia en Haley de tal suerte que a partir de las observaciones y análisis de sus técnicas desarrolló el enfoque estratégico, presentado por primera vez como tal en 1963, en el libro *Estrategias de psicoterapia* (Galicia, 2004).

Posteriormente, trabajó junto a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en el *Philadelphia Child Guidance Clinic*, del que fuera director de 1967 a 1974. Ahí, influido por la visión estructural de Minuchin, retomó en su visión estratégica importantes conceptos como el de jerarquía y el de coaliciones intergeneracionales.

En 1974 se convirtió en director del *Family Therapy Institute* en Washington (Galicia, 2004) en donde junto con la terapeuta argentina Cloé Madanes se dedicó a desarrollar el modelo y publicó un gran número de textos como *Terapia para resolver problemas* (1976), *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar* (1985), *Aprender y enseñar terapia* (1996), y su última publicación, *El arte de la terapia estratégica* (2003) en coautoría con su esposa, Madeleine Richport-Haley.

2.2.2.2 Enfoque del Modelo Estratégico

a) Epistemología

Se basa en la cibernética de primer y segundo orden al considerar que las conductas repetitivas y redundantes dentro de una organización están gobernadas por el error, es decir, considera a la desviación activa como principio rector. Retoma de Bateson el concepto de pauta sin embargo, considera que la pauta, vista como una secuencia, se articula en la jerarquía y el poder dentro del sistema.

b) Concepto de cambio

Para Haley (2003) la causa del cambio se centra en la acción, el actuar formas diferentes de interacción, y no en la comprensión individual o familiar como promotora del cambio. Para que el cambio se produzca debe de haber acción, todo esquema interpretativo o bien orientado a la comprensión podría ser contraproducente pues podría derivar en una gran preocupación o angustia en los clientes.

c) Particularidades del modelo

Directividad y acción

El enfoque estratégico es un modelo directivo centrado en la acción y en el presente. Es un modelo directivo pues desde un inicio el terapeuta asume el control de lo que sucede en la terapia y diseña un enfoque particular para cada problema. Con este fin se enfoca en identificar problemas solubles, fijar objetivos, diseñar las intervenciones adecuadas para alcanzarlos, examinar las respuestas que recibe para corregir si es necesario y por último, examinar el resultado para ver si ha sido eficaz (Haley, 1976.).

Se centra en la acción, es decir, en la búsqueda de que la gente se comporte de manera diferente de forma que logre tener experiencias diferentes,

por lo tanto, se aboca a cambiar la secuencia de acciones que existen en la familia. En consecuencia, no busca la comprensión por parte de los consultantes de lo que está pasando o del pasado, además de que se aleja de la consejería pues aconsejar implicaría que la gente tiene control racional sobre sus actos y en ocasiones en repetir lo que dicta el *sentido común*.

Se enfoca en el presente al suponer que la formulación de sus problemas es una analogía de su situación actual, al insertarse en la ecología de la persona y de su red interpersonal.

Organización, poder y jerarquía

Para Haley (1976) estar organizado significa seguir modos de conducta estandarizados y redundantes, así como existir dentro de una jerarquía, es decir, en formar parte de una escala de estatus o de poder en la cual cada uno ocupa un lugar o posición. En términos jerárquicos la organización familiar incluye a personas de diferentes generaciones en la cual las líneas jerárquicas guardan relación con las múltiples funciones de la familia involucrando en la jerarquía más elemental el límite generacional.

En la familia hay 3 generaciones en funcionamiento las cuales pueden simplificarse en 3 niveles de poder o de estatus. Toda familia debe organizarse jerárquicamente elaborando reglas sobre quiénes tendrán más estatus y poder, y quiénes ocuparan un nivel secundario. La manifestación de síntomas por parte de un individuo es señal de que la organización en que vive tiene un ordenamiento jerárquico confuso, podría ser tan ambiguo que nadie sepa quien es su par y quien es su superior, o tal vez, algún miembro que ocupa un determinado nivel jerárquico se empeña en formar coalición contra uno de sus pares con otro miembro de nivel distinto, violando así según Haley, las reglas básicas de toda organización (1976).

Lo que para un observador externo representa como una lucha de poder ante una jerarquía es en realidad, un esfuerzo por aclarar o elaborar las posiciones dentro de la jerarquía dentro de una organización. Las coaliciones ponen en peligro la organización, ésta se trastorna y los miembros experimentan angustia.

Secuencias

La jerarquía dentro de un sistema familiar puede ser delineada a través de la observación de las secuencias de hechos que ocurren dentro de esa organización. La terapia deberá tener como objetivo cambiar las secuencias de hechos que suceden dentro de un grupo organizado, es decir impidiendo que la secuencia actual continúe, entendiendo que cuando esa secuencia cambia también se experimenta un cambio en los miembros del grupo. Por lo tanto, el cambio terapéutico es aquel que se produce en los actos reiterados de un sistema autorregulando dando paso a un sistema más diversificado pues una secuencia rígida y repetitiva dentro de límites estrechos es lo que determina de acuerdo a Haley un caso patológico (1976).

Para lograr el cambio el terapeuta deberá pensar en función de por lo menos 3 pasos de secuencia y 3 niveles de jerarquía. Una vez coordinadas secuencia y jerarquía, está en posición de idear estrategias (intervenciones) para producir el cambio de manera racional en la búsqueda de cambiar las secuencias impidiendo que se formen coaliciones, es decir, del proceso de acción conjunta contra un tercero, a través de los límites generacionales.

En suma:

- b) Las secuencias definen las jerarquías, las cuales son determinadas por el comportamiento de las personas involucradas en tanto la conducta sea repetitiva y redundante.
- c) El comportamiento patológico surge cuando la secuencia reiterada define simultáneamente a 2 jerarquías opuestas, o cuando la jerarquía es inestable porque la conducta indica una conformación y luego otra.
- d) La tarea del terapeuta es cambiar la secuencia modificando así la jerarquía de la familia.

Guías de terapia (Haley, 1976)

- 1) No debe restarse importancia a los problemas.

- 2) Evitar abstracciones.
- 3) Evitar coaliciones persistentes.
- 4) Eludir los debates sobre la vida.
- 5) No creer que los problemas son idénticos entre sí.
- 6) El terapeuta joven no intentar de parecer más sabio de lo que es.
- 7) No dejar de formular objetivos.
- 8) No se obligará a la pareja a formular explícitamente lo que desea el uno del otro.
- 9) Evitar que se cristalicen las luchas por el poder.
- 10) La pluralidad de terapeutas puede dificultar el cambio.
- 11) No se permitirá adoptar posiciones irreversibles.

2.2.2.3 Intervenciones

a) Primera entrevista

La primera entrevista juega un papel primordial dentro del enfoque estratégico. Tiene como objetivo ingresar al universo de la familia, proveer de información al terapeuta e iniciar el cambio. En ésta se esclarece la estructura familiar, la naturaleza del problema, las metas u objetivos y el contrato terapéutico. Haley (1976) distingue dos actos fundamentales, el acto terapéutico, que es la manera de examinar el problema y el acto de intervención, el cual saca a la luz los problemas y pautas de relación a modificar.

La primera entrevista permite observar los problemas en su contexto, de lo cual se desprende la necesidad de entrevistar a todos los involucrados. Se divide en 5 fases o etapas:

- 1) Etapa social: Lo más importante en esta fase es promover la comodidad de los clientes. Se puede lograr a través de preguntas neutras como los nombres de cada uno de los asistentes. En esta etapa fundamental no permitir que se comente el problema, eso se hace una vez finalizada esta etapa. En este momento de la entrevista se puede observar a través del lenguaje analógico y digital la geografía, los límites, el estado de ánimo, la

disciplina, etc. Este tipo de información es importante, mas tiene carácter de provisional, debe ser verificada en el transcurso de la sesión. Del mismo modo, es importante no comunicar estas observaciones podría generar un clima defensivo y con dificultades.

- 2) Etapa de planteamiento del problema: Se pregunta el motivo de su presencia ahí. Es importante que la pregunta sea planteada de la manera más general y ambigua posible con el objetivo de que la familia tenga un mayor campo para la expresión de sus puntos de vista. En general, se recomienda preguntar a la persona que en apariencia esté más desligada del problema, nunca al niño problema. Asimismo, se debe establecer un orden y método de manera tal que todos puedan hablar.

Conviene escuchar el problema de la siguiente forma:

- Sin interpretaciones o comentarios que promuevan un cambio de perspectiva sobre tal.
- Sin interrupciones. Si algún miembro de la familia interrumpe al otro se le deja hablar para conocer la índole de la interrupción para luego hacerlo callar.
- Impedir grandes disertaciones.
- Calibrarse al tono familiar en el lenguaje, velocidad, etc.
- Dirigiendo la situación, asumiendo la posición de líder.

Se debe observar:

- El lenguaje analógico y digital.
- El cansancio o tedio en la voz.
- La relevancia del problema.
- La responsabilidad por el problema.
- La reacción del niño problema.

- 3) Etapa de interacción: En esta etapa una vez que se recaban las opiniones de cada uno de los asistentes se pone a dialogar entre sí sobre el problema, procurando que cada vez más miembros entren en el debate de forma que todos dialoguen. Se puede pasar de la conversación a la acción interviniendo directamente con el objetivo de promover interacciones o comportamientos.
- 4) Etapa de definición de cambios deseados: En esta etapa se centra la atención de todos en las cuestiones más importantes para fijar las metas de la terapia, el establecimiento del contrato. Éste debe ser lo más claro posible para sí aumentar la participación familiar y las probabilidades de éxito. Deberá ser una meta operacional, es decir, computable, observable y medible.
- 5) Conclusión de la entrevista: Se concluirá con una nueva cita y una tarea en el hogar para vincular lo trabajado durante la sesión con la familia entre semana.

b) Directivas

Las directivas de acuerdo a Haley (1976, p. 64) son todas aquellas acciones del terapeuta que constituyen un mensaje para que otra persona haga algo o deje de hacerlo, es decir, son formas de orientar las conductas, de dirigir los actos ya sea de manera expresa o de forma tácita.

Sus objetivos principales son 3:

- 1) Promover que la gente se comporte de forma diferente para obtener experiencias subjetivas diferentes.
- 2) Intensificar la relación entre clientes y terapeuta.
- 3) Obtener información.

Las directivas pueden ser de 2 formas:

- Directivas tipo a: Decirle a la gente qué hacer con el objetivo que lo cumplan.

- Directivas tipo b: Decirle a la gente qué hacer con el propósito de que no lo hagan, es decir, que cambien por la vía de la rebelión por medio de tareas paradójicas.

Directivas tipo a

En este tipo de directivas es fundamental que todos los miembros de la familia participen o intervengan aunque sea no interviniendo, manteniéndose al margen. Deben ser precisas y ajustarse al marco y estilo de vida de la familia.

Básicamente encontramos tres tipos de directivas tipo a o directas:

- 1) Ordenar a alguien que deje de hacer: Descansan en el prestigio y confianza del terapeuta, de su posición como experto. Ésta debe de estar acompañada de otros mensajes, de su repetición constante y de magnificarla a través de la comunicación verbal y no verbal. Debe de tener o adoptar una actitud extrema u obtener la cooperación de los otros miembros de la familia.
- 2) Pedirle que haga algo diferente, que pruebe nuevos hábitos.
- 3) A veces la gente está más dispuesta a cumplir una directiva si no tiene conciencia de haberla recibido, es decir, de forma metafórica. La metáfora es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra, es la relación de analogía entre una cosa y otra. En éstas el terapeuta se expresa mediante acciones parecidas a lo que él desearía que sucediera.

Directivas tipo b

Las tareas paradójicas o directivas indirectas tienen como objetivo abordar la resistencia derivada de la búsqueda por modificar la situación de la persona problema, pues toda la familia se desestabiliza derivando en resistencias de diferente intensidad.

Pueden tener 2 enfoques:

- Enfoque global de la familia: Se presentan mensajes transmitidos a dos niveles diferentes: cambio y no cambio que incluyen a todos los miembros de la familia.

- Enfoque que involucra a una parte de la familia: Se presenta igual un mensaje a dos niveles, cambio y no cambio, pero dirigido sólo a un miembro de la familia.

Etapas de una intervención paradójica:

- 1) Establecer una relación que se define como tendiente a provocar un cambio.
- 2) Definir claramente el problema.
- 3) Fijar objetivos con claridad.
- 4) Ofrecer un plan: Explicación lógica que haga razonable una directiva paradójica.
- 5) Descalificar diplomáticamente a quien es tenido como autoridad en la materia.
- 6) Impartir la directiva paradójica.
- 7) Observar la reacción y seguir alentando en comportamiento usual.
- 8) A medida que continúa el cambio el terapeuta deberá evitar que se le acredite como un logro de él, debe de mostrarse perplejo ante la mejoría.

2.2.3 Modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema

*Si utilizas al enemigo para vencer al enemigo
serás poderoso en cualquier lugar a donde vayas.*

Sun Tzu, El arte de la Guerra.

2.2.3.1 Historia y desarrollo del modelo

En 1952 Gregory Bateson fundó el *Proyecto Bateson* sobre comunicación convocando a John Weakland, Jay Haley y William Fry inicialmente, y posteriormente, a Don D. Jackson. Ubicados en el Hospital de la Administración de Veteranos en California, comenzaron a trabajar sobre las paradojas y sus efectos en la comunicación. En 1956 el grupo publica su artículo más importante *Hacia una teoría de la esquizofrenia* en la que se formula el concepto de *Doble Vínculo* como pauta de comunicación que se

encuentra en la génesis de la esquizofrenia. El grupo siguió trabajando hasta 1962, año en que se disolvió.

En marzo de 1959 Don D. Jackson funda, junto a Jules Riskin y Virginia Satir, el *Mental Research Institute* (MRI) el cual representa una continuación en las ideas así como en la presencia de varios de los integrantes, como Haley y Weakland (Espinosa, 2004). Hacia fines de 1959 se incorporó Paul Watzlawick, un psiquiatra de origen austríaco. El equipo del MRI se dedicó entonces a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia, desde la perspectiva interaccional, con bases epistemológicas en la Cibernética de primer y segundo orden y el Constructivismo.

En enero de 1967 Richard Fisch, M. D. propuso a Jackson la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve. Ese proyecto dio origen al *Brief Therapy Center*, al que se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin. Este grupo desarrolló lo que hoy se conoce como el *Modelo de Palo Alto*, generando un cambio radical en la psicoterapia, al desarrollar un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio.

2.2.3.2 Enfoque del Modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema

a) Epistemología

El Modelo de Terapia Breve (MTB) se basa, como ya se mencionó, en la Cibernética de primer y segundo orden, y el Constructivismo. La idea central de la Cibernética es que existe una pauta que organiza los procesos físicos y mentales. De esta forma, la Cibernética de la búsqueda de corporización de la mente, pasa de la sustancia, la materia y la energía de la Física, a la forma o pauta de organización, es decir, las leyes que gobiernan la organización. El por qué pierde importancia, y cobra importancia el quién hace qué y cómo.

Los procesos cibernéticos no escogen un estado estático. La acción correctiva se pone en marcha debido a la diferencia, es decir, se activa por el error, la diferencia entre algún estado presente y algún estado preferido, activa la respuesta correctiva. Por lo tanto, todo cambio puede entenderse como el

empeño para mantener una cierta constancia, y esta constancia se mantiene a través del cambio, a través de la homeostasis u homeodinamia, este concepto es fundamental para la concepción del cambio y de los intentos de solución en el MTB.

La Cibernética de segundo orden sitúa al observador en el seno de lo observado, haciendo toda descripción autorreferencial, en diferentes órdenes de recursión. La noción original de sistema cambia en la cual existen los procesos de *input* y *output* (entrada y salida) de la cibernética clásica. Sin embargo, éstos son controlados por mecanismos propios del sistema capaces de autorreproducirse. Es así como la primera cibernética introduce nociones importantes como homeostasis y adaptación, mientras la segunda cibernética incluye los conceptos de autorreferencia, autonomía y los que corresponden a unidades más complejas de la mente (Keenney, 1983).

Este marco epistemológico es esencial para el MTB pues le permite describir circuitos recursivos, analizando la persistencia y el reforzamiento a través de las soluciones intentadas, del problema o queja inicial. Es decir, se concentra en la descripción del funcionamiento del problema en sus dinámicas y procesos (*el cómo*), el estudio y revelación de sus reglas y de las funciones propias y las soluciones propuestas, situándose en el presente y en el qué hace quién y cómo, en lugar de en el pasado y las causas del problema derivadas del por qué.

El Constructivismo, por su parte, asevera en términos generales que la percepción no depende del mundo factual o real, es decir, de las características de los objetos sino de la persona que los percibe. Lo anterior se refiere concretamente a que las características de su estructura individual, de su sistema nervioso y de la historia de vida del sujeto, determinan o definen lo percibido. Por tanto, partiendo de que el proceso de percepción es la base para el conocimiento, conocer no implica tomar y aprehender lo exterior en el interior, por lo que el concepto de verdad y realidad se reemplaza por la exigencia de que las construcciones conceptuales que denominamos conocimiento sean *viables* en el mundo del sujeto cognoscente.

La importancia del Constructivismo para el MTB implica que a través de las expresiones de cada persona sobre sus malestares, se va conociendo cómo construye su realidad en función de acciones, interacciones y

retroacciones, es decir, lo que es viable para ésta, y cómo por medio de ciertas maniobras específicas, apuntaladas en esta viabilidad, su postura como persona y paciente, es posible general realidades alternativas ya por la vía de la praxis, es decir del cambio en la acción, o de la semántica, en la reformulación a través del lenguaje (re-encuadramiento).

b) Concepto de cambio

La noción del cambio (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2003) para el MTB está fuertemente anclada dentro de la Cibernética pues retoman a Ashby y su homeostato, para describir dos tipos de cambio:

- 1) El cambio de primer orden o Cambio1 en el cual los parámetros individuales varían de manera continua pero la estructura del sistema no se altera, sino se mantiene gracias a la homeostasis. Los intentos de solución son para el MTB Cambios1 pues son variaciones sobre un mismo concepto como por ejemplo, una madre desesperada que para corregir a su hija adolescente le quita el teléfono, las salidas con amigos, su mesada, etc., todos estos intentos pertenecen a la misma categoría, castigo, y generalmente no cambian al sistema pues mantienen el problema entre madre e hija a manera de un juego recursivo en el que entre más castiga la madre a la hija, la hija se enoja más y se comporta peor.
- 2) El cambio de segundo orden o Cambio2 en el cual el sistema cambia cualitativamente y de una manera discontinua, derivados de cambios en el conjunto de reglas que rigen su estructura u orden interno derivando en una modificación del sistema mismo. Este tipo de cambios son aquellos en los que se cambia la pauta o forma de interacción, retomando el ejemplo anterior, podría dejar de castigar a la hija y la madre podría recompensarla por cada comportamiento adecuado a su sistema de reglas de tal

forma que el juego castigo-enojo-mal comportamiento-castigo se rompe y la interacción cambia.

La terapia se orientará, por lo tanto, a romper los intentos de solución, entendidos como Cambio1 en los cuales se busca disminuir la desviación, para llegar a Cambio2, por medio de la ruptura de sus pautas recurrentes, y lograr un aumento en la desviación, iniciando el desarrollo de nuevas estructuras. Por lo tanto, el cambio para el MTB implica acción y no reflexión, implica que el terapeuta desde un enfoque estratégico y táctico defina que interacciones se quieren evitar y a través de que acciones específicas se podrá a interactuar de forma diferente a las personas.

c) Particularidades del Modelo

Diferencia paciente/cliente

Cliente (Fisch, Weakland y Segal, 1988) es un individuo que está buscando activamente la ayuda de un terapeuta, es alguien que solicita ayuda. Se halla hondamente interesado en el cambio y en experimentar un alivio para su dolor, ya sea que se refiera a sí mismo o a otra persona a quien identifica como paciente.

Paciente es aquel que el cliente define como persona desviada o perturbada, ya sea que él mismo quien se defina así u otra persona. Al ser sólo paciente no se hallaría interesado en cambiar el estado de la situación aunque advierta una dolencia; al ser cliente/paciente estaría interesado en cambiar el estado de su malestar. La mayor parte del tiempo se trabajará con clientes, de modo que es fundamental entender que en este modelo de aprender actuando, el terapeuta deberá tener especial cuidado en devolver al cliente las partes del problema que le aqueja que de *él dependen*, en la definición del problema y fijación de objetivos, y sobre eso planificar el caso, pues, siendo sólo paciente su interés no es el de cambiar y nuestros esfuerzos terapéuticos podrían ser en vano. Es importante recalcar, en congruencia del paradigma constructivista, que en gran medida no son las circunstancias, las cosas o las personas las que causan las dolencias de los clientes sino sus opiniones o formas de afrontarlas,

por lo tanto, el terapeuta deberá promover en el cliente una resignificación de sus problemas.

Postura del cliente

La solución que el paciente propugna, la que provoca el problema, está determinada por lo que él considera como la única cosa razonable, saludable o salvadora que hay que hacer, a pesar de que no haya servido para solucionar su problema. Lograr, por lo tanto, que el paciente abandone su propia solución y se decida por algo diferente, tal vez alocado o peligroso, constituye un factor determinante para abreviar la terapia. La tarea principal de la terapia consiste en influir en el cliente para que afronte de un modo distinto su problema y rompa con sus pautas “patológicas” de interacción, de los juegos que derivan en la manutención del problema, es decir, que mantienen la homeostasis o el equilibrio. Esta influencia depende en gran medida de a quién intentamos influir. No se trata solo de formular sugerencia sino de la forma en que se enmarca cualquier sugerencia que se haga. El cómo expresemos algo, puede resultar convincente para una pero no para otra, pues cada quien tiene sus propios valores, creencias y prioridades que están fuertemente consolidados y determinan el modo en que actuarán o no actuarán, es decir, conforman su postura, la cual representa su inclinación interna (Fisch, Weakland y, Segal, 1988). Ésta puede ser utilizada para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta.

La postura del cliente se observa en cuatro diferentes dimensiones:

- 1) Sobre el problema (lo doloroso o manejable que es).
- 2) Sobre la terapia (en búsqueda de reflexión, soluciones mágicas, opiniones especializadas).
- 3) Sobre su persona (como personas extraordinarias, comunes, serviciales o responsables).
- 4) Sobre su actividad en terapia (pasiva, altamente reflexiva, con mucha actividad).

Para conocer su postura y poder utilizarla en el sentido del Cambio², el terapeuta pondrá atención especial a las palabras concretas que emplea, el tono, el énfasis con que se expresa, en torno a su dolencia o problema y en relación con el tratamiento y/o terapeuta. No importa que el problema sea igual o similar a otros, la manera en que la persona lo exprese definirá el camino a seguir, pues expresa, en realidad, una forma de *percibir y sentir única* a la que deberán adaptarse las estrategias de intervención de tal suerte que pasan de ser planes globales de intervención, a tácticas específicas y únicas que se van conformando en el proceso terapéutico mismo, partiendo de lo que el cliente lleva a la terapia: su visión del mundo, sus miedos, recursos, limitaciones, experiencias, rutinas, etc...

Papel del terapeuta

El papel del terapeuta es activo y su objetivo primordial no se orienta a solucionar todas las dificultades del cliente sino iniciar un proceso de inversión. Es por lo tanto, un agente activo del cambio, teniendo una visión clara de la conducta problemática y de las conductas que sirven para conservarla, debe considerar también en que podría consistir el cambio más estratégico en las soluciones y dar pasos que estimulan dichos cambios haciendo frente a los compromisos del cliente para continuarlos. Debe de meditar con cuidado sus movimientos de tal forma en que no pierda su capacidad de maniobra, es decir, la libertad para actuar de la forma en que considere adecuada en el transcurso del tratamiento.

De acuerdo a Fisch, Weakland y Segal, (1988) la capacidad de maniobra se puede obtener a través de:

- Oportunidad y ritmo: No apresurándose a intervenir sin haber abonado adecuadamente el terreno. Cambiar de rumbo apenas aparezcan indicios de que la estrategia no funciona. Evaluar previamente a través de comprobaciones pequeñas si el paciente acepta lo que se le indica.

- Tiempo necesario: Ante la prisa del paciente por el cambio deberá de resistir esa presión para salvaguardar la posibilidad de tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar, ya sea optando por posiciones que impliquen ir más despacio o una de aparente embotamiento o confusión.
- Uso del lenguaje condicional: El uso de frases condicionales como “no estoy seguro”, “creo”, “quizás”, permite que el terapeuta no comprometa de manera absoluta su posición cuando aún no tiene la información o el tiempo suficiente para decidir.
- El cliente debe de asumir posturas comprometidas y bien definidas.
- Actitud igualitaria.
- Sesiones individuales y conjuntas.

Proceso terapéutico

El proceso terapéutico inicia con una planificación estratégica del caso (Fisch, Weakland y Segal, 1988), especialmente en lo relacionado con los objetivos, la estrategia del tratamiento y las intervenciones necesarias para poner en práctica dicha estrategia. No obstante, este plan de tratamiento deberá tener cierta flexibilidad para adoptar cualquier otra medida que a medida de que vaya avanzando el tratamiento y surjan dificultades o cambios positivos. Tampoco, se pretendería que en este plan se incluyeran todos los aspectos posibles del tratamiento.

El primer paso en la planificación del caso implica el claro establecimiento del problema del cliente, es decir, saber de manera muy específica qué es lo que trae al cliente a consulta. Posteriormente, se deberán conocer la solución o soluciones intentadas por el cliente en especialmente las que se están llevando a cabo en el momento presente. Es importante, entender en núcleo básico de las soluciones intentadas, es decir, las categorías generales a las que pertenecen, pues una amplia variedad de conductas pueden corresponder a una misma categoría la cual puede ser descubierta

mediante la reflexión. Una vez establecidos los intentos de solución del cliente se da inicio al paso más importante para el tratamiento, el cual consiste en dejar claro de qué hay que apartarse, es decir, que queremos evitar, pues si el terapeuta tiene claro que debe de evitar, por lo menos no colaborará en el mantenimiento del problema del cliente.

Una vez que se tiene claro lo que se quiere evitar el terapeuta formulará un enfoque estratégico que aleje al paciente de lo que siempre ha hecho apartándose en 180 grados de esa dirección. Esto implica saber hacia dónde dirigirse y no simplemente optar por una posición neutral; lo contrario de hacer algo no es dejar de hacerlo, sino seguir actuando pero con connotación contraria. Ya que se ha establecido la estrategia global, el terapeuta tendrá que traducir esta estrategia en acciones concretas que recomendará o sugerirá al cliente. De modo que para que esta recomendación sea la adecuada para el estilo de vida y construcciones del cliente, el terapeuta deberá tener en cuenta la factibilidad de la misma dentro del contexto de paciente o bien porque es en apariencia poco trascendente. Para que esta sugerencia sea aceptada por el cliente es necesario enmarcarla dentro de su propio marco de referencia para que ésta suene razonable, factible y lógica a pesar de ser alocada, peligrosa, tonta o chistosa, tomando en cuenta la postura que el paciente tiene frente al problema, la terapia, como persona y en el mundo. Finalmente, deberá formular objetivos y las formas o maneras en que se apoyará para evaluar su éxito o trabajo.

2.2.3.3 Intervenciones

En el MTB existen dos categorías de intervenciones planificadas (Fisch, Weakland y Segal, 1988):

- Las intervenciones principales, apuntaladas en cinco intentos básicos de solución y que constituyen un medio de interrumpir la solución previamente ensayada.
- Las intervenciones generales, las cuales pueden usarse en casi cualquier momento del tratamiento y ante una amplia gama de problemas.

a) Intervenciones principales

El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.

El paciente presenta una dolencia que lo afecta a *él mismo* y no a otra persona pues se trata de problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento como: rendimiento sexual, funcionamiento intestinal, función urinaria, temblores y tics, espasmos musculares, problemas del apetito, tartamudeo, dolor imposible de aliviar, dificultades respiratorias, insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter, obsesiones y compulsiones, bloqueos creativos y de la memoria. En un lapso breve de tiempo las perturbaciones se corrigen. El paciente define estas fluctuaciones como problema y toma voluntariamente determinadas medidas para corregirlas y evitar su aparición. En esta clase de problemas es probable seguir la solución cuando el paciente sencillamente deja de esforzarse demasiado. Se le

pide implícitamente a un paciente que renuncie a una conducta concreta cuando se le enseñamos explícitamente a que lleve a cabo otra conducta que de por sí excluya la conducta que se desea eliminar.

El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.

La queja principal son estados de terror o ansiedad. El paciente experimenta *él mismo* el malestar sin la necesidad de que otro más intervenga. En su intento de solución, se dice a sí mismo que la tarea en realidad es algo sencillo y fácil para los demás, luego entonces, no tendrá ninguna dificultad en llevarla a cabo, pero al mismo tiempo se siente vulnerable y no se siente preparado para realizarla. Derivando en un problema inacabable que aplaza mediante una constante preparación para el enfrentamiento. En esencia se prepara para el acontecimiento temido de modo que ese acontecimiento pueda ser dominado con antelación. El terapeuta no elaborará interpretaciones que sean sólo variantes del intento de solución. Elaborará directrices y

explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio de ella, o bien un dominio incompleto. Al no tener dominio o control, o sólo de forma parcial, la persona empieza a tener dominio o control sobre la situación. Se expone a la tarea temida al tiempo que se le impide acabar con éxito.

El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.

Las personas aquejadas por este tipo de problemas sermonean a otra persona sobre el deber de someterse a sus exigencias con respeto a conductas concretas y le exigen que les trate con el respeto, la atención o la deferencia que piensan que se les debe. Un modo de impedir esta solución consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad. El cliente necesita una explicación que le permita aprender a efectuar solicitudes de forma no autoritaria.

El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.

En esta solución A pide a B que haga algo y cuando B no lo hace, A trata de contrarrestar la resistencia de B señalando que lo que ha pedido es algo justo o razonable. Es decir, no se atreve a pedirlo de manera abierta pues podría ser considerado como una forma dictatorial o como una intromisión en la vida del otro. La estrategia a seguir consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario, el terapeuta tendrá que redefinir como beneficioso el hacer solicitudes directas.

La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

En este caso el sujeto A formula acusaciones acerca del sujeto B y éste responde mediante la negación de las acusaciones y la autodefensa. La

Defensa de B confirma las sospechas de A, derivando en que A continúa con sus acusaciones, B refuerza su defensa y así sucesivamente en forma de juego. Esta pauta se puede romper a través de la interferencia, la cual reduce el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión.

b) Intervenciones generales

No apresurarse.

Esta es una de las técnicas más utilizadas y en algunos casos es la única intervención. Se le pide al cliente que no se apresure en la solución de su problema, se le dan instrucciones muy generales y vagas, pidiéndole que no haga nada concreto. Del mismo modo, se le ofrecen argumentos razonables sobre porqué no ir de prisa. Este tipo de intervención se hace generalmente en la primera sesión en clientes que tienden a:

- 1) Esforzarse demasiado como una solución ensayada.
- 2) Hacer presión sobre el terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa en tanto que ellos se limitan a ser pasivos y no colaboran.
- 3) Cuando después de verse sometido a una intervención concreta, los clientes han vuelto a la siguiente entrevista informando una mejora específica y deseada.

Los peligros de una mejoría.

Se considera una variante de la intervención anterior, sin embargo, sus objetivos son diferentes pues se aplica a ciertas clases de resistencia. Consiste en preguntarle al paciente si está en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema y luego, se le expone algún posible inconveniente razonable y próximo en el caso de haber mejoría.

Se utiliza para:

Aumentar la motivación.

Presionar al paciente para tareas nuevas después de que el paciente no ha cumplido con tareas previas.

Cambio de dirección.

Implica un cambio de postura, directriz o de estrategia por parte del terapeuta y que al hacerlo debe de ofrecerle al cliente una explicación sobre ese cambio.

Se utiliza específicamente en estas situaciones:

- 1) Cuando terapeuta comienza discutir con el cliente y no se da cuenta.
- 2) Cuando terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero que una vez puesto en marcha no ha resultado efectivo.

En estos casos es importante que el terapeuta tome una posición de simulada inferioridad.

Cómo empeorar el problema.

Esta técnica se utiliza para causar un mayor impacto en el paciente de tal forma en que se mueva hacia el cambio. Se le ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren y el cliente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuara así.

Se utiliza en casos en donde:

- 1) El cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias.
- 2) Se ha mostrado reticente a probar algo nuevo.

Una variante es pedirle más de lo mismo, de lo que el paciente ha estado haciendo, pero sin presentarlo como una sugerencia para que las cosas empeoren y al mismo tiempo está definiendo la conducta del cliente como potencialmente útil para la definitiva solución del problema, al tiempo que le exige al cliente ejecute esta anterior solución hasta el extremo que le provoque aversión.

2.2.4 Modelo de Terapia Breve Centrada en la Solución

Si quieres abrir la puerta es más importante encontrar la llave que la abre, que la naturaleza de la cerradura.

Steve de Shazer

2.2.4.1 Historia del Modelo

El Modelo de Terapia Breve Centrada en la Solución tiene como antecedentes más dístales al enfoque terapéutico de Milton Erickson y la visión sobre la comunicación humana de Gregory Bateson, y como antecedentes inmediatos al Modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema o Modelo de Palo Alto.

En la década de los 70 y 80 el enfoque de Terapia Breve derivado del Modelo de Palo Alto tuvo una gran difusión y aceptación en los EE.UU. fundándose importantes centros de Terapia Breve como el *Brief Family Therapy Centre* en Milwaukee. En este centro, paulatinamente, la atención de los Terapeutas encabezados por Steve de Shazer, como Insoo Kim Berg, Elam Nunnally, Eve Lipchick, Alex Molnar, Marilyn Bonjean, Michelle Weiner-Davis entre otros, se fue centrando en identificar lo que le funcionaba a los clientes para marcar y amplificar las secuencias de solución, en lugar de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia del problema (Espinosa, 2004).

Derivado de estas experiencias en 1984, de Shazer, considerado el padre de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), publica el artículo *The death of resistance (La muerte de la resistencia)* en el cual asegura que los clientes está deseosos de cambiar, que lo esencial para el proceso terapéutico es el de promover la cooperación entre terapeuta-cliente, dando inicio a una nueva concepción dentro de la Terapia Breve. El enfoque se desarrolla poco a poco centrándose en las soluciones y derivando en la creación de técnicas e intervenciones a través de preguntas, como las preguntas por las excepciones o la pregunta por el milagro.

Del enfoque inicial se desprende el trabajo de Bill O'Hanlon y Michelle Wiener-Davis, quienes aportaron su propio método, *la cocreación de problemas solubles* a través de la introducción del Principio de Incertidumbre de la Física en la definición del problema. Utilizaron preguntas que generan información

acerca de lados fuertes, capacidades y recursos, y el uso específico del lenguaje, orientado al cambio, a través de preguntas presuposicionales.

Actualmente el enfoque ha incorporado otros métodos como en el trabajo desarrollado por Matthew Selekman, quien incorpora el trabajo de White en Narrativa. Asimismo, O'Hanlon ha desarrollado un Método en Soluciones orientado a conocer y validar los sentimientos y los puntos de vista del cliente, incluyendo lo espiritual, con el objetivo de cambiar en la acción y la forma de ver el problema, derivando en un modelo puente entre el constructivismo y el construccionismo social (Espinosa, 2004).

2.2.4.2 Enfoque del Modelo

a) Epistemología del Modelo

Este modelo tiene como bases epistemológicas el Constructivismo y la Teoría General de los Sistemas.

Del constructivismo retoma la premisa de que la realidad es definida por el observador y que el terapeuta participa en la construcción del sistema terapéutico a través de la co-construcción de problemas solubles y la colaboración. Además, considera que las situaciones pueden ser enfocadas de múltiples formas, pero ninguna es mejor o más correcta que otra, pues la realidad carece de una explicación última. Asimismo, retoma el concepto sobre *la distinción de una diferencia que hace la diferencia*, al promover la construcción de una nueva visión más productiva y optimista de la situación de los clientes a través de las cosas diferentes que hacen, piensan o incluso, de acuerdo a Lipchick (2002), sienten, las emociones que viven. Finalmente, considera a la queja como una conducta generada por la visión del mundo que tiene el cliente por lo tanto, es importante cambiar esta visión para cambiar la situación problemática ya sea en el presente o pasada, o bien al revés, cambiar en la acción para cambiar en la cognición.

De la Teoría de Sistemas retoma la concepción de la familia como un sistema de partes interactuantes e interdependientes en el cual un pequeño cambio en alguna de éstas provoca un cambio en las demás.

Finalmente, como la gran mayoría de las terapias consideradas como sistémicas o estratégicas o breves, retoma del modelo psicoterapéutico de Erickson *el enfoque de la utilización*, es decir, es el enfoque mediante el cual el terapeuta empela todo lo que el cliente en terapia tales como los síntomas, creencias rígidas, conductas compulsivas al ser componentes esenciales a tener en cuenta y con la posibilidad de ser utilizados activamente como parte de la solución.

b) Concepto de cambio

Para el modelo el cambio es constante e inevitable, y para lograrlo, basta el cambio más pequeño pues al estar interconectados las partes del sistema familiar, el cambio en un elemento del mismo produce efectos en otras partes del sistema.

El cambio se centra en tres dimensiones fundamentales (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990):

- 1) Cambiar la "forma de actuar" en la situación percibida como problemática: Se orienta a cambiar las acciones e interacciones que intervienen en la situación, dando a los clientes libertad para usar otras acciones, atípicas, que tengan más probabilidad de resolverlo. Un cambio de este tipo puede producir un cambio en su marco de referencia y generar recursos o capacidades nuevas u olvidadas.

A través de cambios en el patrón de la queja tales como:

- La frecuencia de la queja.
- Su tiempo de ejecución.
- Su duración.
- El lugar donde se produce.
- La adición de al menos un elemento nuevo al patrón de queja.
- Cambio en su secuencia de elementos o eventos.
- Descomponerlo en fragmentos pequeños.

- 2) Cambiar la "forma de ver" la situación percibida como problemática: Cambiar los marcos de referencia que a su vez pueden derivar en cambios en las acciones y a la estimulación de potencialidades y

recursos no utilizados. A través del reencuadre, redefinición, la connotación positiva, la normalización, el elogio y el uso del humor.

- 3) Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática: Recordar a los clientes sus recursos y fomentar estas fuerzas y capacidades con el objetivo de cambiar sus acciones y su marco de referencia. A través de la búsqueda de excepciones y preguntas presuposicionales.

c) Supuestos de la TBCS (Selekman, 1996)

- 1) La resistencia no es un concepto útil: El cliente coopera aún sin buscarlo en psicoterapia con todo lo que trae, lo que le gusta, lo que no le gusta, sus pasatiempos, ideas del mundo, etc. Además es inútil pensar que no quiere cambiar o se resiste a hacerlo, en realidad, es el terapeuta quien no ha entendido cual es su forma natural de cooperar.
- 2) La cooperación es inevitable: Se puede utilizar todo lo que lleve a terapia, ya sea en tiempo presente o en el pasado, en términos de recursos, sistemas de creencias, palabras claves, conductas no verbales, el terapeuta deberá comprender estas formas de cooperar y usarlas a favor del cambio.
- 3) El cambio es inevitable: Al no centrarse en el problema, la “causa” de su dificultad, se puede generar un horizonte de cambio, y el terapeuta evita perderse en un mar de información sobre conflictos pasados y presentes. Del mismo modo, al estructurar los mensajes terapéuticos a través de lenguaje presuposicional el terapeuta utiliza el “cuando” y verbos en futuro, en lugar del uso del “si” y de verbos en condicional, dando por hecho de que el cambio va a suceder.
- 4) Sólo se necesita un pequeño cambio: No es necesario que toda la familia asista a terapia para que se dé el cambio, además, cuando un cliente percibe algo por diferente, por muy pequeño que sea, en sus formas de afrontar los problemas tiene efecto de “bola de nieve”.
- 5) Los clientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar: Cualquier logro que haya tenido en el pasado, servirá de modelo para otros logros en el presente y en el futuro. Es más probable

que el cliente coopere y cambie en un contexto que saque a relucir sus fuerzas y recursos, y no centrado en sus problemas y en etiquetas patologizantes. Les ayuda a generar una visión más esperanzadora y optimista ante la adversidad.

- 6) Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos: Todo está permeado por su propia visión del problema, promoviendo que no se actúe cuando se debe, que se actúe cuando no se debe o que actúe en el nivel lógico inadecuado.
- 7) No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo: Centrándose en las secuencias de conducta excepcional y la charla positiva del cliente consigo mismo, el terapeuta amplifica el área de soluciones levantándole el ánimo, subrayando las diferencias y trasladándolo a un futuro lleno de esperanza y cambios, pues “la noticia de una diferencia que establece una diferencia”.
- 8) El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990).
- 9) Los clientes definen los objetivos: No existe una forma única, correcta o válida de vivir la vida, por lo tanto, los clientes son quienes identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento, los terapeutas no están mejor preparados que ellos para decidir cómo deberán vivir sus vidas, a excepción de cuestiones ilegales como abuso de niños, homicidio, etc.
- 10) Las emociones son parte del problema y de la solución (Lipchik, 2002): Al hablar sobre éstas y de conectarnos a ese nivel aumenta nuestra comprensión del cliente, su comprensión de sí mismo y las posibilidades de encontrar soluciones.
- 11) No podemos cambiar el pasado, pero sí la manera en que es percibido, de modo que debemos concentrarnos en el futuro: El pasado no se puede cambiar, se puede cambiar la manera de percibirlo, menos negativamente, menos dolorosamente. Las preguntas presuposicionales, orientadas al futuro, promueven la construcción de un futuro diferente desde los pequeños cambios presentes.
- 12) No podemos cambiar al cliente, sólo él se puede cambiar a sí mismo: Sólo hay que guiarlos en el proceso de encontrar soluciones y con éstas, esperanza, pues cuentan con los recursos y aptitudes para lograrlo.

13) Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.

d) Particularidades

Co-crear problemas solubles (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Este método desarrollado por O'Hanlon y Weiner-Davis implica la introducción del *Principio de Incertidumbre de Heisenberg* en la terapia, es decir, la forma en que se observa altera los datos que se miran. La definición de los problemas en terapia está en función del proceso de evaluación, el cual a su vez está influido por las metáforas y ideas del terapeuta respecto a las personas y la naturaleza de los problemas, así como por la teoría de solución que tenga. La gente llega a sesión y arroja una serie de datos brutos, observaciones, percepciones, emociones, sentimientos sobre un problema o situación problemática, es entonces, en la interacción terapéutica que se moldea hasta configurar un problema presentado, más sólido, más identificado y pulido.

Los problemas que derivan de los datos o quejas presentados por los clientes o familias bajo este enfoque son negociados o co-creados interpersonalmente. Es así como la tarea del terapeuta se orientaría inicialmente a negociar una definición del problema que esté tanto en sus manos como en las manos del cliente resolver, es decir, que sean más abordables.

La negociación se realiza a partir de estas ideas:

- 1) Desaparecer la idea de que hay un problema.
- 2) Negociar un problema soluble: Reducir el tamaño del problema ante el cliente, haciéndolo parecer más manejable.
- 3) Situar a los clientes en un marco en el que piensen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver su problema: Crear un contexto en que se sientan mejor preparados para resolver sus dificultades que cuando llegaron.

Adaptarse al lenguaje del cliente (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Para la creación de una realidad terapéutica es fundamental el uso que le damos al lenguaje. El lenguaje nos ofrece la posibilidad de solidificar ciertos puntos de vista de la realidad y al mismo tiempo como instrumento para cuestionar certezas inútiles. El uso creativo y consciente del lenguaje en terapia ayuda a crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable. Inicialmente es importante adaptarnos al lenguaje del cliente usando las palabras que usa para unirlos a ellos y establecer *rapport*, pues al hacerlo los clientes llegan a pensar que entendemos, apreciamos y nos identificamos con sus experiencias subjetivas.

No obstante, lo fundamental es usar nuestro lenguaje para producir cambios en la percepción y en la conducta, específicamente a través de presuposiciones. Las presuposiciones son formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente, en este caso presumen un cambio, o lo dan por hecho sin afirmarlo, más adelante se explicará su uso como técnica de intervención.

Encauzar el lenguaje del cliente

Ya se mencionó la importancia de inicialmente utilizar las mismas palabras del cliente o familia. Al transcurrir un poco la sesión empezamos a encauzar los significados de esas palabras, de forma sutil, hacia una dirección más productiva. Generalmente, al describir su problema o queja los clientes utilizan etiquetas fijas y negativas como “estoy deprimido” que tal vez se derivan de contextos terapéuticos diferentes o ya forman parte del lenguaje común y de los medios de comunicación de masas. Es importante llevar estas etiquetas hacia descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano, de tal suerte que se describirán cosas visibles y por lo tanto medibles.

Del mismo modo, al encauzar su lenguaje lo llevamos de descripciones patológicas hacia visiones normalizadoras y despatologizantes, las cuales veremos como intervenciones más adelante. Este movimiento es gradual, utiliza palabras diferentes e incluso tiempos verbales diferentes.

Por ejemplo, ante la palabra “depresión” gradualmente se puede introducir, “poco ánimo”, “ánimo bajo”, “pilas bajas”, etc... O cuando en su

aseveración el cliente utiliza “siempre” o “nunca” o “todos los días”, podemos introducir sutilmente las palabras “algunas veces”, “en algunas ocasiones”. Si escuchamos con detenimiento incluso podremos utilizar tiempos verbales diferentes, en pasado, dando paso a las soluciones y al cambio.

2.2.4.3 Intervenciones en Terapia Breve Centrada en la Solución

a) Preguntas presuposicionales

Las preguntas presuposicionales son la técnica e intervención por excelencia de la TBCS. A través de ellas se intenta influir sobre la percepción de los clientes dirigiéndolos hacia las soluciones, ayudándolos a ver las cosas desde otra perspectiva. Son preguntas que encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos y los enriquecen, pues el principio que subyace en éstas es que el cambio es inevitable, es decir, dan por hecho de que algo diferente está sucediendo.

b) Preguntas sobre excepciones

Son preguntas que buscan los momentos libres de problemas o cuando los problemas no tienen tanta magnitud (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Tienen el objetivo de encontrar las soluciones examinando las diferencias entre los momentos en que surge el problema y las ocasiones en que no. Así el cliente tendrá la oportunidad de localizar lo que le ha funcionado y seguir haciéndolo, es decir, son preguntas que redirigen la atención de los clientes hacia lo que ya funciona, además de que nos permite hacerle saber sobre qué es importante hablar en sesión.

Generalmente, se pregunta sobre las excepciones al problema una vez que el cliente o familia ha hecho una breve descripción de lo que la lleva a terapia en la primera entrevista.

El proceso de estas preguntas es el siguiente:

1) Elicitar: Es realizar una pregunta sobre excepciones o sacar el tema en la sesión. Ya sean excepciones en el presente o bien en el pasado.

Ejemplo:

¿Qué es diferente en las ocasiones en que no _____?

¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? ¿Cómo lo resolviste entonces?

2) Marcar: Hacer evidente que es una excepción, algo diferente y positivo. Eso es diferente a lo que hiciste la semana pasada.

3) Ampliar: Se refiere a extender la excepción a otras dimensiones, como por ejemplo, la percepción de otras personas sobre ésta o hacia la forma de ver la situación, ahora que se ha marcado la excepción, por parte del cliente. Por ejemplo:

¿De qué manera el que _____ hace que las cosas sean de otra forma?

¿Quién más advirtió que _____?

¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o dijo?

4) Atribuir el control: Adjudicar al paciente la voluntad y dominio sobre la situación, es decir, alejarlo de visiones azarosas sobre la aparición de la excepción. Por ejemplo:

¿Cómo lograste que sucediera?

c) Uso de elogios y connotación positiva

El terapeuta al localizar y destacar una tendencia positiva deberá felicitar por ello, con el objetivo de ampliar los aspectos positivos de lo que comentan los clientes. En general, entre 4 ó 5 elogios son los habituales por sesión (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

También, la situación problemática puede ser connotada positivamente al adscribirle intenciones o motivaciones positivas a las conductas que se consideran problemáticas.

d) Normalizar y despatologizar

Consiste en considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo psicológico o patológico. Verlas más bien como dificultades ordinarias de la vida y no como manifestaciones patológicas. Puesto que si un experto normaliza alguna emoción o comportamiento tiene un efecto tranquilizador, llevándoles a pensar que tal vez las cosas no son tan malas como parecían (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

e) Preguntas de escala

Las preguntas de escala según Selekman (1996) tienen varios fines:

- 1) Obtener una medición cuantitativa del problema familiar antes del tratamiento y en el presente.
- 2) Definir los objetivos a alcanzar (a futuro) de forma cuantitativa es decir, concretos, específicos.
- 3) Conocer el avance de los clientes a lo largo del tratamiento de manera objetiva y concreta, dejando de lado la vaguedad de respuestas como "estoy bien", "voy mejorando".

En general se utiliza una escala del 1 al 10 y se le pide a la familia o al cliente que califique su problemática ya sea en el pasado (antes del tratamiento), en el presente (durante el tratamiento) y en el futuro (a dónde quiere llegar).

f) Secuencia de Pregunta por el "Milagro"

Esta pregunta puede presentarse como pregunta del milagro o como de la bola de cristal o la varita mágica (De Shazer, 1986; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Está conformada por una serie de preguntas y en general se utiliza de forma combinada con preguntas por excepción, preguntas de escala y preguntas presuposicionales.

De acuerdo a Selekman (1996) tiene varios objetivos:

- Desplazar rápidamente a los clientes a una realidad futura exenta de problemas, se emplea cuando no hay excepciones o soluciones pasadas y la

visión del cliente sobre el problema es particularmente pesimista. Es probable, que una vez planteada la pregunta resulte que algo de ese milagro está sucediendo, entonces la secuencia se manejará como una excepción, marcando, ampliando y atribuyendo el control.

- Determinar objetivos accesibles de tratamiento y obtener una descripción detallada de lo que será el resultado ideal una vez solucionado su problema. Se puede utilizar de manera combinada con preguntas de escala.
- Actuar como catalizador para producir una visión sobre la solución.
- Centrarse en la solución y no en el problema.

La secuencia de esta pregunta es la siguiente:

- 1) Introducción o inducción a la secuencia para obtener la atención del cliente:
- 2) “Quiero que hagamos un ejercicio que ha tenido buenos resultados con otras personas. No sé si con usted vaya a tener el mismo resultado. Aún así me gustaría intentarlo. Le voy a pedir que cierre sus ojos y se imagine que es de noche y está por dormirse....”
- 3) Explicar que ha sucedido un milagro y sus problemas han desaparecido.
- 4) Preguntar sobre ¿Cómo se va a dar cuenta de que el milagro ha sucedido?
- 5) Preguntas sobre lo que será diferente, cómo lo habrá logrado, quién se sorprenderá más, etc.

2.2.5 Modelo de Milán

Martha: ...!No quiero hablar de eso;

Jorge: No me extraña. Martha no quiere hablar de eso...de él.

Martha está arrepentida de haber hablado de eso...de él.

Edward Albee, ¿Quién le Teme a Virginia Wolf?

2.2.5.1 Historia del Modelo

El “Grupo de Milán” empezó sus actividades en mayo de 1967 a través del *Centro para el Estudio de la Familia*, organizado por Mara Selvini Palazzoli junto a Cecchin, Prata y Boscolo. Su inicio fue accidentado pues había grandes dificultades para encontrar y motivar a las familias para el tratamiento en un contexto cultural no preparado y a menudo hostil (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1986) y además por sólo contar con dos co-terapeutas con nula experiencia en el trabajo con familias (Prata y Boscolo), pues partían de una tradición eminentemente psicoanalítica. El grupo se erigió de forma privada alejada de patrocinios y/o subsidios institucionales, como una asociación sin fines de lucro, por lo cual los investigadores no percibieron compensación.

A partir de 1971 (Ochoa de Alda, 1995) adoptan el enfoque del MRI, puesto que Selvini y Cecchin estudiaron ahí en diferentes momentos, y desarrollan la intervención contra- paradójica con el objetivo de anular el doble vínculo patológico. Es entonces que inician un programa de investigaciones especiales orientado específicamente al estudio de familias con pacientes afectados por la anorexia del cual deriva el texto de Palazzoli en 1974 “Self-starvation. From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa”.

Los miembros del grupo aumentan progresivamente hasta llegar a 8, sin embargo, su estabilidad fue poca pues a la larga el grupo solo se mantuvo con 4 miembros, los originales. Hacia 1975, por la influencia de Bateson, pasan de una concepción de sistema familiar homeostático a predominantemente cambiante con diferencias entre el nivel de significado (creencias) y de acción (pautas conductuales), periodo en el que desarrollan el esquema de elaboración de hipótesis, circularidad y neutralidad, el cual se considera como su consolidación como escuela de terapia familiar.

No obstante, hacia finales de los 70 y principios de los 80 (Selvini, 1990) el grupo sufre la más fuerte de sus escisiones cuando Boscolo y Cecchin se empiezan a inclinar por la enseñanza y la formación, antes que la investigación lo que deriva en la disolución de grupo como tal, pues si bien el centro se siguió compartiendo las actividades comunes se suspendieron. Lo anterior causó

problemas logísticos pues el compartir el centro implicaba un uso limitado del mismo y confusiones, además, tanto como Boscolo como Cecchin se habían alejado de la visión del grupo y no estaban al corriente de sus nuevos hallazgos por lo que en 1982 la disolución se hizo oficial y pública, trasladándose Selvini y Prata a una nueva sede en Viale Vittorio Veneto, donde fundaron el Nuevo Centro para el Estudio de la familia junto a Cirillo, Sorrentino y Mateo Selvini.

Boscolo y Cecchin, sin abandonar totalmente el esquema del grupo, incorporaron a su trabajo la dimensión temporal (lo diacrónico como el relato y lo sincrónico como la pauta) derivando en una perspectiva más flexible y orientada hacia la singularidad de cada familia, influyendo en el trabajo de terapeutas como Tomm y Papp, quienes desarrollaran posterior a la disolución del grupo el interrogatorio como intervención basado en las premisas de neutralidad y circularidad.

2.2.5.2 Enfoque del Modelo

a) Concepto de cambio

El cambio se produce al reemplazar el juego familiar por otro menos dañino o menos perjudicial, pues como sistema familiar es necesario tener un juego que regule su vida como tal. Asimismo, al lograr un cambio en el juego (en la acción) se produce un cambio mucho más profundo a nivel de percepciones y creencias, y con esto se altera el mapa de relaciones, la secuencia familiar de conductas y obtener una metaregla del cambio (Ochoa de Alda, 1995) que permita cambiar las reglas que regulan el funcionamiento de sistema.

a) Epistemología y Supuestos

Se basan fundamentalmente en la Cibernética y la pragmática de la comunicación humana:

- 1) La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores.
- 2) La familia se forma mediante una serie de ensayos, intercambios y retroalimentaciones correctivas, experimentando así sobre lo que está y lo que no está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por medio de reglas que le son peculiares.
- 3) Las familias que presentan conductas “patológicas” en uno o más de sus miembros se rigen por un tipo de relaciones, y por ende, de normas peculiares de este tipo de patología, y las conductas comunicacionales y las conducta-respuesta tienen un características que permiten mantener las reglas, norma o juegos, y en consecuencia las relaciones patológicas.
- 4) En los sistemas patológicos aparece la tendencia cada vez más rígida, a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas al servicio de la homeostasis.
- 5) La conducta de un miembro de la familia influye inevitablemente sobre la de los otros miembros y es influido por los demás, actúa sobre el sistema, pero es influido por las comunicaciones que provienen del mismo sistema.
- 6) Cada interacción familiar es una serie de comportamientos-respuesta que a su vez influyen sobre otros comportamientos-respuesta y así sucesivamente.
- 7) El poder no pertenece ni a uno ni a otro miembro del sistema, el poder se encuentra en las reglas del juego establecidas en el tiempo y en el contexto pragmático de aquellos que están implicados.
- 8) Las familias con transacción esquizofrénica sostienen su propio juego a través de marañas de paradojas que involucran a todos los miembros de la familia.
- 9) La normalidad no existe, lo importante es que todos acepten el juego conciente y abiertamente.
- 10) En las familias con transacción esquizofrénica todos los miembros evitan definir la relación y la rechazan cuando ésta se llega a dar.

- 11) Ninguno de los miembros reconoce ejecutar el liderazgo y ninguno acepta la responsabilidad de lo que anda mal.
- 12) En estas familias existe una simetría exacerbada y encubierta que nunca llega a terminar. Las jugadas o intentos por perpetuar la lucha es infinita.

b) Particularidades

Establecimiento de hipótesis sistémicas

Una hipótesis sistémica o circular es una hipótesis que explica todos los elementos contenidos en una situación problema y el modo en que se vinculan entre sí. Éstas se establecen en cuatro niveles:

- 1) Papel del síntoma.
- 2) Alianzas y coaliciones
- 3) Papel de la familia extensa
- 4) Papel de las instituciones.

Neutralidad

La neutralidad para este grupo se entiende como una constante curiosidad del terapeuta y la comprensión de la inserción de éste en el juego familiar.

Circularidad

Es la posibilidad de establecer y exponer la relación entre los actos y las creencias de los miembros de la familia y su influencia mutua.

Esquema de trabajo

El grupo trabajaba en equipo, dos hombres y dos mujeres, quienes en parejas hombre y mujer, atendían un caso en vivo. Se trabajaba en una sala con un espejo bidireccional y se dividió la sesión en cinco partes (Rodríguez González, 2004):

- 1) Presesión: El equipo analiza la ficha de la entrevista telefónica o bien el acta de la sesión anterior.
- 2) La sesión: Dos terapeutas estaban a cargo de la familia y los dos detrás del espejo observaban.
- 3) La discusión de la sesión: Los terapeutas a cargo salen a discutir con el equipo lo sucedido en sesión y deciden como terminarla.
- 4) La conclusión de la sesión: Se da el mensaje final.
- 5) El acta de la sesión: El quipo redacta el acta de la sesión en donde asentaban lo observado, las orientaciones futuras y una síntesis de lo ocurrido.

2.2.5.3 Intervenciones

Las intervenciones se basan en la neutralidad del terapeuta con respecto al cambio, es decir, el cambio no va a ser sugerido por el terapeuta con acciones o palabras sino se apuntalará en la tendencia homeostática de la familia al liberarla de la rigidez de sus sistema de creencias para que después ésta por sí misma encuentre el cambio más conveniente. Las intervenciones de este modelo acuerdo a Ochoa de Alda (1995) se clasifican de la siguiente forma y corresponden a la primera fase del grupo, antes de su disolución:

Intervenciones cognitivas	Intervenciones conductuales	Intervenciones ritualizadas
Redefinición	Prescripciones directas	Rituales y tareas ritualizadas.
Connotación positiva	Prescripciones paradójicas (connotación positiva + redefinición + prescripción de la secuencia sintomática + un límite temporal arbitrario)	La prescripción invariable.

Las preguntas, que constituyen el interrogatorio circular, como un tipo de intervención, se dividen de acuerdo a Ochoa de Alda (1985) en:

Tipología	Explicación
------------------	--------------------

Triádicas	Tercero como testigo de la relación
Preguntas sobre alianzas	¿Quién está más cerca de quién?
Preguntas para clasificar	Trazan el mapa de las relaciones y/o establecen un orden. ¿Quién es el que más cree que X está enfermo?
Explicativas	Establece las creencias que la familia tiene, el modo en se explica las cosas que ahí ocurren.
Hipotéticas	Sirven para esbozar un mapa de relaciones o tantear una reacción.

a) Connotación positiva

La connotación positiva (Selvini, P., et al, 1986) surgió de la necesidad de llegar a una intervención terapéutica paradójica a través de la prescripción del síntoma al paciente designado y la connotación positiva de los comportamientos sintomáticos de los otros miembros, es decir, en señalar su aparición como algo bueno, necesario, inspirado en la necesidad común de mantener la unión familiar y la cohesión por ejemplo. Sitúa a todos los miembros de la familia en un mismo plano en cuanto complementarios en relación con el sistema sin connotarlo como moralista.

La connotación positiva alude a los aspectos homeostáticos de la familia pues ignora el aspecto alusivo y amenazador del síntoma en el sentido de protesta y de invocación al cambio. También confirma los comportamientos de los otros miembros de la familia tendientes a la estabilidad y cohesión. Asimismo, tiene dos funciones terapéuticas importantes e interdependientes: Definir claramente la relación sin peligro de ser descalificada y la definición de un contexto terapéutico. Al connotar positivamente la tendencia homeostática provoca la capacidad de transformación pues la connotación positiva abre el camino a la paradoja, la cual en términos terapéuticos se conoce como *contraparadoja* y coloca a la familia en una posición donde haga lo que haga a partir de entonces está bien.

b) Rituales familiares

Los rituales familiares (Selvini, P., et al, 1986, p. 96) son una táctica terapéutica ideada por este grupo que con el tiempo, aún en nuestros días, ha resultado muy eficaz. Su eficacia deriva de su capacidad para derribar un mito familiar en cuya construcción han colaborado tres generaciones, por lo cual requiere de información profunda sobre la historia familiar.

Los rituales familiares consisten en una acción o serie de acciones combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. Se precisa por escrito en lo relacionado a: modo, tiempo, repetición, persona, secuencia, etc. El ritual familiar alude al cambio en las reglas del juego en familias con interacción esquizofrénica, es decir, a la epistemología familiar sin recurrir a las explicaciones, la crítica, o al lenguaje digital, pues se propone a nivel de acción, es decir, en un código analógico, lo que es mucho más apto que las palabras para unir a los participantes en una poderosa vivencia colectiva y para introducir una idea básica compartida por consenso. En suma, el ritual familiar es la prescripción ritualizada de un juego cuyas normas nuevas tácitamente sustituyen a las precedentes.

c) La prescripción invariable

Es una prescripción que elimina la necesidad de establecer hipótesis al presuponer que todas las familias de esquizofrénicos el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filial, con la consiguiente ausencia de emancipación mutua entre el hijo y los padres. La intención de esta intervención es separar de forma gradual los dos subsistemas, introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites intergeneracionales, evitando coaliciones progenitor-hijo que mantienen el juego de las familias psicóticas.

d) Interrogatorio circular

Derivado del esquema de hipótesis, circularidad y neutralidad del grupo, y que tiempo más tarde retomaran Tomm y Penn después de la disolución del grupo, la entrevista o interrogatorio circular puede ser, al mismo tiempo, un método de evaluación y una intervención capaz de general el cambio sin necesidad de recurrir a intervenciones adicionales al final de la entrevista.

f) Otras intervenciones (Selvini, P., et al, 1986)

Rivalidad y sacrificio entre hermanos

La simetría encubierta entre paciente designado y los hermanos considerados como sanos, y entre los padres, puede cambiarse al trasladar la etiqueta del enfermo a uno o más hermanos considerados como sanos señalando que el enfermo fue el único en intuir en qué medida los hermanos se encuentran en peores condiciones que él y necesitan de su ayuda, aun a costa de su crecimiento y autonomía, es decir, el juego se revela sin ser nombrado como tal dando la oportunidad de desarmarlo y disolverlo sesión a sesión.

Dilema relación padres e hijos

En toda perturbación adolescente fuerte subyace una pretensión simétrica de reformar a los padres pues el adolescente está íntimamente convencido que no está bien porque sus padres no lo están y viceversa, asumiendo el papel de forma encubierta y por medio de coaliciones secretas. Los terapeutas deben de comportarse de forma en que se destruya la falsa creencia mediante el mensaje contrario que no es en absoluto tarea de los hijos mejorar las relaciones entre padres, o reemplazarlos en sus funciones, que pueden evolucionar cualquiera que sea la relación entre sus padres, convencerlo que el tema no es de su incumbencia.

Aceptar una mejoría sospechosa

Ante la desaparición inexplicable del síntoma y los comportamientos de resistencia colectiva es preferible concluir súbitamente la terapia, y poner a prueba la autenticidad de la curación, teniendo como colchón un cierto número de sesiones en caso de que no resista mucho tiempo. No se expresa opinión sobre la mejoría, ni se confirma, se toma nota de la satisfacción obtenida por la familia del éxito obtenido, pero se recalca que existen todavía más sesiones de reserva pero que ellos decidirán en que momento se toman y si son necesarias. Al hacer esto la familia queda atrapada en la trampa paradójica de ser designada como la iniciadora de una sesión que en realidad es tomada por los terapeutas, lográndose anular el movimiento saboteador y se coloca a la familia en la necesidad de tener que pedir de nuevo la terapia.

El ausente

Es el ausente, en realidad, una resistencia compartida por toda la familia. En estos casos el terapeuta debe de tener a la ausencia como el problema central de la sesión, de no hacerlo corre el riesgo de sucumbir ante la maniobra familiar y perder el contexto y rol terapéutico.

Cómo eludir a la descalificación

Maniobrar e intervenir en familias con interacción esquizofrénica implica jugar de la forma más fría posible, con una actitud cínica, de distancia e insensibilidad para el sufrimiento entendiendo que jugamos contra el juego, en la búsqueda de cambiar sus reglas, y no contra sus víctimas.

Declarar impotencia

Hay ocasiones que la familia actúa solo para acomodarse nuevamente, sin realmente moverse, o se sintieron muy amenazadas, ante esto la familia refuerza las descalificaciones. Los terapeutas al declararse confundidos, se definen en la relación como complementarios, sin culpar a la familia, tomando en sus manos el control de la situación, lanzando una paradoja, ante la cual la familia reacciona pues no quiere perder a su contrincante.

Paradoja extrema

En ésta el terapeuta se autoprescribe una paradoja, basándose en la paradoja “solo puedes ayudarme siendo lo que no eres”, en ese sentido se autoprescribe el acceder a ese pedido, el ser, como terapeuta, lo que no eres para ayudar al otro.

Abandonar el rol paterno

El terapeuta se niega a mantener el rol de padre, devolviéndoles a los progenitores su papel real prescribiéndolo paradójicamente a los miembros de la última generación, situación que es en realidad, la que siempre intentaron hacer, es decir, resolver el problema entre los padres, al ser prescrita los hijos la pueden rechazar devolviendo a los padres su papel real.

El grupo en la actualidad

Como ya se había mencionado el grupo se disolvió dando origen a dos grupos, el de Mara Selvini (que continúa en la actualidad su hijo Matteo Selvini) y el de Boscolo y Cecchin. Las intervenciones del grupo de Selvini se han alejado de la paradoja y de la neutralidad, aunque siguen trabajando con pacientes psicóticos y anoréxicos en la búsqueda de revelar el juego familiar. Sin embargo, su enfoque actual es más colaborativo, en la búsqueda de alianzas terapéuticas más fuertes con los miembros más débiles de la familia, reconociendo la importancia de la empatía y de la persona del terapeuta (Deschamps, Rocco y Serebrinsky, 1997). Por su parte Boscolo y Cecchin incorporaron a su trabajo la dimensión temporal (lo diacrónico como el relato y lo sincrónico como la pauta) derivando en una perspectiva más flexible y orientada hacia la singularidad de cada familia; apuntalados en las premisas de neutralidad, circularidad y los conceptos de curiosidad e irreverencia en la búsqueda de liberarnos de nuestros prejuicios, incluso sistémicos, con el

objetivo final de conectar todo el sistema en el presente, pasado y el futuro a través del interrogatorio circular como intervención.

2.2.6 Modelos derivados del posmodernismo

*Y dijo Dios: "¡Qué exista la luz!"
Y la luz llegó a existir.*

Génesis 1:3

A finales de la década de los 80 e inicios de los 90 la metáfora cibernética en Terapia Familiar Sistémica empezó a ser fuertemente criticada por una serie de terapeutas quienes, a la luz de las visiones Posmodernas, enunciadas por la teoría literaria, la antropología social, la teoría feminista, la teoría sociológica, las ideas postestructuralistas y la hermenéutica, comenzaron a dar el giro interpretativo a su práctica clínica surgiendo el paradigma narrativo de White y Epston, el enfoque colaborativo de Harlene Anderson y Harold Goolishian y el trabajo en equipos reflexivos de Tom Andersen.

Estos enfoques tienen en común el trasladar la posición del terapeuta de epistemólogo a la de actor político y agente social. Las relaciones que establece son no jerárquicas sino heterárquicas, basadas en el no saber qué, sino saber cómo; en consecuencia, están permeadas por una gran curiosidad a través de conversaciones abiertas. A continuación se detallará en que consiste cada uno de estos enfoques.

2.2.6.1 Modelo Narrativo

Hay que reevaluar permanentemente los poderes hegemónicos en cursos de constitución y en la marcha sin la ilusión de que vayamos a acabar con la hegemonía para siempre. Debilitar una hegemonía puede significar también volver a instituir otra, por lo cual la vigilancia crítica no debe descansar nunca.

Jacques Derrida.

Este modelo surge de la práctica terapéutica de Michel White y David Epston, uno en Adelaide, Australia, el otro en Nueva Zelanda, y la introducción de la analogía del texto o la metáfora literaria en lugar de la cibernética. Sus trabajos fueron independientes hasta el año de 1981 cuando coincidieron en el Segundo Congreso de Terapia Familiar Australiana en Adelaide e iniciaron una estrecha colaboración la cual dio frutos al publicarse el texto de *Medios Narrativos para fines terapéuticos* en el cual se lograron concretar sus ideas sobre la analogía del texto, el poder y el saber en terapia (White y Epston, 1993).

2.2.6.1.1 Influencias teóricas

a) Analogía del texto

Para White y Epston, influidos por las nociones de Bateson sobre la percepción de la realidad, los seres humanos somos seres interpretantes, que activamente interpretamos nuestra experiencia a medida que vamos viviendo nuestras vidas (White, 1995). Estas experiencias serían imposibles de ser interpretadas de no contar con un cerco de inteligibilidad que nos brinde un contexto para ésta y posibilite la atribución de significados. Este marco de inteligibilidad está constituido por los relatos o la historia propia.

De acuerdo a Bruner, los relatos (En: White y Epston, 1993) son narraciones mediante las cuales las personas dan sentido a sus vidas y organizan sus experiencias y los acontecimientos en secuencias temporales con el objetivo de obtener un relato coherente de sí mismas y del mundo que las rodea. El éxito de esta narración de la experiencia provee a las personas un sentido de continuidad y significado en sus vidas, y se apoyan en ella para

ordenar lo cotidiano e interpretar las experiencias futuras, en consecuencia la interpretación de las experiencias actuales está determinada por el pasado así como modelada por el futuro. Asimismo, para estructurar una narración se realiza un proceso de selección por medio del cual dejamos de lado, de entre el conjunto de los hechos que forman nuestra experiencia, aquellos que no encajan en los relatos o narraciones dominantes que tanto nosotros como los demás, desarrollamos acerca de nosotros mismos, dejando experiencias de lado, sin relatar, sin contar, sin expresar, es decir, sin organización, sin forma.

En psicoterapia la analogía del texto implica la presencia de relatos saturados de problemas o de un problema, es decir, el relato dominante resulta problemático para la persona, le es poco satisfactorio, lo llena de frustración, etc. Sin embargo, esas experiencias que dejamos de lado, sin organizar, sin relatar, aquellas que se encuentran fuera del relato dominante de nuestras vivida y relaciones constituyen una fuente para la generación de relatos o historias alternativas con efectos liberadores. Las historias alternativas son historias identificadas por los consultantes y que van en la dirección en que quieren que vaya su vida, reduciendo la influencia del problema en su vida y abriendo nuevas posibilidades.

b) Poder y saber

Aunada la analogía del texto, el pensamiento y la práctica terapéutica de Michael White y Epston se ve influida de forma muy especial por la obra de Foucault sobre el discurso y el colonialismo de la salud mental a través del concepto de poder, el cual, es también parte esencial de la crítica feminista. De acuerdo a Foucault (1992), el poder no es sólo aquello que dice *no*, o una barrera, una censura, una delimitación, un rechazo, sino que va más allá, induce placer, forma placer, produce discursos, es decir, atraviesa todo el cuerpo social y no solamente como figura jurídica sino apoderándose, incluso, de los cuerpos, o sea, es un poder *constitutivo*.

Las relaciones de poder penetran materialmente en el espesor de los cuerpos sin tener que ser sustituidos por la representación de los sujetos, a manera de bio-poder, somato-poder que es al mismo tiempo una red a partir de la cual nace la sexualidad, por ejemplo, como fenómeno histórico y cultural en

el interior de la cual nos reconocemos y nos perdemos a la vez. Entre cada punto del cuerpo social, entre un hombre y una mujer, en una familia, pasan relaciones de poder que no son la proyección pura y simple del gran poder del soberano sobre los individuos, es decir, va más allá de su figura jurídica, de ley, del Estado, pues en estas relaciones de dominación tienen su configuración propia y una relativa autonomía. Es así como se desplaza desde la persona o las personas que controlan las relaciones dentro de una sociedad hacia el discurso mismo que da forma a estas relaciones. Una vez que las personas se adhieren a un discurso dado, ya sea religioso, psicológico o referido al género, favorecen ciertas definiciones acerca de cuáles son las personas o los temas más importantes o que tienen legitimidad.

Por lo tanto, la operación fundamental del poder es un acto de enunciación de palabras, *es el discurso de la prohibición*. Éste es aplicado en todas las formas de sociedad y a todos los niveles de sometimiento avocándose por tanto, a una doble subjetivación: *el poder*, del lado absoluto en el que se ejerce, es concebido como una especie de gran *Sujeto absoluto* (real, imaginario, instituciones) que articula la *institución del padre, de monarca, de la institución general* (1992, p. 169).

Existen tres diferentes formas de dominación dentro de la teoría de Foucault, a través del discurso y por tanto, a través de la palabra:

- El científico
- El ético
- El de las prácticas

Existe un binomio indisoluble, entre *el poder y el saber* anclados en la estructura social y en sus prácticas. Por lo tanto, la verdad, que está centrada en la forma del *discurso científico* y en las instituciones que lo producen, no está fuera del poder, ni sin el poder, sino ésta es producida, dentro de un contexto social, gracias a múltiples imposiciones además de que sus efectos están reglamentados, con lo que escoge el tipo de discursos que hace funcionar como verdaderos, los mecanismos o instancias que permiten sancionar unos y otros, las técnicas y procedimientos que son valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de aquellos encargados de decir qué es lo que funciona como verdadero.

La *verdad* está sometida a una constante incitación económica y política que implica una necesidad de verdad tanto para la producción económica como para el poder político. Es producida y transmitida bajo el control, no exclusivo pero sí dominante, de algunos grandes aparatos políticos y económicos. Por lo tanto, la verdad no quiere decir “el conjunto de cosas verdaderas que hay que descubrir o hacer aceptar” sino es “el conjunto de reglas según las cuales se discrimina lo verdadero de lo falso y se ligan a lo verdadero efectos políticos de poder” (Foucault, 1992, p. 199). De ahí que la verdad está ligada circularmente al los sistemas de poder que la producen y mantienen, y a los defectos de poder que induce y la acompañan.

Este poder que se corporiza, que se adentra en los cuerpos de las personas, deriva irremediamente en que sufrimos simultáneamente sus efectos y lo ejercitamos en relación a los otros. Se refleja en su discrepancia con quienes sostienen el predominio de unos conocimientos sobre otros. El aislamiento en que se encuentran determinados conocimientos se logra fundamentalmente por medio del desarrollo de discursos de realidad objetiva que permiten a estos conocimientos ocupar un lugar en la jerarquía de los conocimientos derivando en conocimientos marginales, subyugados, considerados de bajo rango, exiliados del dominio legítimo de los conocimientos formales.

c) Relato y poder

La narración o relato dominante puede ser entendido como saber o conocimiento dominante y unidad de poder. Toda narración de la experiencia depende del lenguaje, entonces entendemos también que asignamos nuestra experiencia y constituimos nuestras vidas y relaciones a través del lenguaje, y el lenguaje, ya lo comentábamos, no es neutral, está inserto en los diferentes discursos, socialmente asequibles, sobre la verdad. Por lo tanto, implica al poder y sus efectos constitutivos, a través de los conocimientos globales (científicos) y unitarios (de verdad). Luego entonces, poder y conocimiento son inseparables. En psicoterapia lo esencial es cuestionar estas prácticas de poder para apartarse de los conocimientos unitarios de forma tal que la terapia

adquiera una dimensión política, liberadora y transformadora de la experiencia humana.

2.2.6.1.2 Concepto de cambio

Para White y Epston, el cambio se logra una vez que los conocimientos aislados o logros aislados, es decir, aquellos que no fueron relatados u organizados, constituyen relatos dominantes a partir de que se alejan de los conocimientos unitarios y de los discursos de verdad, se cuestionan las técnicas de poder (organización de las personas en el espacio, registro y clasificación de las personas, las de exclusión de grupos de personas, las de asignación de identidad a estos grupos, las de aislamiento de las personas, y finalmente, las de vigilancia y evaluación) y se reviven los conocimientos subyugados y cómo éstos se van tejiendo con otros transformando la forma de verse, pensarse y de sentirse, es decir, cambiando la identidad.

2.2.6.1.3 Intervenciones

a) Externalización del problema

La externalización del problema (White y Epston, 1993.) es una forma terapéutica a través de la cual las personas pueden cosificar, y en ocasiones, personificar a los problemas que los oprimen. A través de ésta, el problema se convierte en una entidad separada, externa a la persona o la relación a la que se le atribuía. Es decir, es el proceso de separar el problema de la persona, y es el fundamento en que se construyen las conversaciones pues va más allá de ser una técnica, es una actitud.

Permite, entre otras cosas:

- 1) Disminuir los conflictos personales más estériles alrededor de quién es el responsable del problema.
- 2) Combate la sensación de fracaso ante la persistencia del problema.

- 3) Promueve la cooperación, pues permite que las personas 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.
- 5) Permite a las personas afrontar de un modo más desenfadado, más eficaz y menos tenso problemas que parecían muy difíciles y serios.
- 6) Hacen visibles las prácticas sociales que promueven, sostienen y nutren al problema.
- 7) Examina las historias culturales y socio-políticas que influyen en la vida de las personas.
- 8) Ofrece opciones de diálogo, y no de monólogo, sobre el problema.
- 9) Se destapan habilidades y saberes que están presentes.

La externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado moldeando sus vidas y sus relaciones, y al hacerlo pueden recuperar la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados (lo no relato de la experiencia vivida) pero cruciales a forma de “acontecimientos extraordinarios”. Éstos a su vez pueden ayudar a las personas a desarrollar nuevos significados en relación a ellos, formando parte de una nueva historia o historia alternativa, denominada también como “relato extraordinario” por medio de una serie de preguntas. El primer paso dentro de este proceso es el de las “redescripciones extraordinarias” y nuevas de sí mismas y de sus relaciones, con otras personas y con el problema, para finalmente llegar a las “posibilidades extraordinarias” de sí mismas y de sus relaciones, como veremos más adelante.

El proceso de externalización inicia al bautizar el problema. Una vez bautizado, incluso personificado, se inician las preguntas de influencia relativa. Estas preguntas están compuestas por dos conjuntos de preguntas, las primeras se orientan a trazar un mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones en lo conductual, lo emocional, lo físico, interaccional y actitudinal.

Sobre el problema se puede explorar (Morgan, 2000):

- Sus trucos.
- Tácticas.
- La manera en que opera.
- La manera en que habla.
- Su tono de voz.
- Sus intenciones.
- Creencias.
- Ideas, planes, gustos y disgustos.
- Sus reglas y propósitos.
- Deseos, técnicas y sueños.
- Quien lo apoya o lo sostiene en sus mentiras.

Las segundas, instan a las personas a describir su propia influencia sobre la “vida” del problema con el objetivo de encontrar contradicciones, es decir información que se contrapone a la descripción saturada del problema y ayuda a las personas a identificar su competencia y sus recursos ante la adversidad.

b) Deconstrucción

El proceso de deconstrucción (White, 1989) es un procedimiento a través del cual se subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas, esas llamadas verdades divorciadas de las condiciones y del contexto de su producción, esas maneras desencarnadas de hablar que ocultan sus prejuicios y esas familiares prácticas del yo y de su relación a que están sujetas las vidas de las personas. Es decir, parafraseando a Bourdieu, es el proceso de volver *exótico lo doméstico*, facilitando la reapropiación del yo.

Es fundamental para la terapia narrativa descubrir, reconocer y llevar a parte las ideas, creencias, prácticas de la cultura en que vive la persona y que sirven para asistir al problema y a su historia, para así poder cuestionarla y desafiarla. Este proceso implica resaltar y examinar las verdades que se dan por hecho (Morgan, 2000) en lo relativo a la historia de estas ideas, los efectos en la vida de las personas y sus relaciones, permitiendo abrir alternativas para cuestionar o desafiar y romper con la visión del problema y a estar más

conectados con lo que prefieren de sus vidas, modos de ser y de pensar, es decir, lograr agencia personal.

Una vez encontradas las contradicciones a forma de logros aislados se nos abre la puerta de entrada a territorios alternativos de la vida de la persona, es decir, de relatos, narraciones e historias alternativas. Para esto el terapeuta podrá ayudar facilitar la generación de éstas al orientarse a los logros aislados a través de preguntas de los siguientes tipos:

Panorama de acción: Son preguntas relativas a los logros aislados en secuencias de tiempo, pueden referirse al pasado, presente y futuro. Historian los logros aislados. Incluyen a las personas, a las relaciones y a los hechos.

Panorama de conciencia: Incitan a reflexionar sobre los hechos (acción) y a determinar qué podrían revelar sobre:

- 1) La naturaleza de sus preferencias y deseos.
- 2) Carácter de las varias cualidades personales y de relación.
- 3) Constitución de sus estados intencionales.
- 4) La composición de sus creencias preferidas.
- 5) La naturaleza de sus empeños.

Preguntas referentes a experiencias de experiencias: Incitan a las personas a dar una versión de lo que creen o imaginan que la otra persona puede pensar de ellas:

- 1) Incitan a remontarse a sus experiencias pasadas y a expresar ciertos aspectos olvidados o descuidados con el paso del tiempo.
- 2) Ponen en juego la imaginación de las personas de maneras tales que constituyen experiencias alternativas de sí mismas.

Preguntas sobre logros aislados: Incitan a discernir aquellas intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada de problemas de la vida familiar, esos milagros que de otra forma pasarían inadvertidos definiendo la relación de la familia con el problema.

Preguntas relativas a la explicación única: Instan a dar sentido al logro aislado localizándolo dentro de una pauta o clase de sucesos que están relacionados en el tiempo y en el espacio (Logros aislados estructurados en el panorama de acción).

Preguntas de redescrición única: Estimulan a los miembros de la familia a dar significación de los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la redescrición de sí mismos, los otros y sus relaciones (Panorama de la conciencia).

Preguntas sobre posibilidades únicas: Incitan a especular sobre el futuro personal y de sus relaciones lo cual está relacionado con las explicaciones únicas y redescriciones únicas. Alientan a investigar otras versiones posibles del yo y de sus relaciones a describir qué nuevos y valiosos destinos o metas podrían acompañar las explicaciones y redescriciones.

c) Las cartas como narrativa

Permiten convertir las vivencias en una narración o relato que tenga sentido de acuerdo a los sentidos de coherencia y realismo en forma de un diálogo. Además permite:

- 1) Dar la máxima importancia a las vivencias de las personas.
- 2) Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.
- 3) Invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples.
- 4) Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos.
- 5) Invita a adoptar una postura reflexiva y a preciar la participación de cada un en los actos interpretativos.

- 6) Fomenta el sentido de la autoría y de la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia.
- 7) Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el objeto se convierta en autor privilegiado.
- 8) Introduce consistentemente los pronombres “yo” y “tú” en la descripción de los eventos.

Las cartas pueden ser utilizadas en diversas situaciones a continuación se citan algunos de éstas:

- Cartas de invitación: Para incluir en terapia a personas reacias a participar en ella.
- Cartas de despido: Para demostrar lo innecesario que es que ciertas personas desempeñen funciones de “vigilantes de los padres,” “consejeros”, “padres de los hermanos”, etc.
- Cartas de predicción: Se utilizan para predecir el futuro de una relación, futuro o familia.
- Cartas de contraderivación: Se les envían a otros profesionales y se les informa sobre los progresos de consultantes previamente derivados.
- Cartas de recomendación: Se les extienden a los consultantes en relación a sus propios recursos.
- Cartas para ocasiones especiales: Pueden resumir las sesiones, se les pueden plantear preguntas que no alcanzaron a formularse durante la sesión, se les pueden plantear dudas.
- Cartas breves: Su uso depende de la intención puede ser desde un simple saludo hasta el planteamiento de una pregunta corta y rápida.

d) Contradocumentos

Son documentos alternativos a través de los cuales se establece la adquisición de un nuevo status por medio del cual la persona desempeña un papel central a la hora de contribuir a la especificación de sí mismo y de esta

manera se hace consciente de su participación en la constitución de su propia vida, desarrollando un profundo sentido de responsabilidad personal, es decir, son documentos que acreditan sus nuevos relatos.

Algunos ejemplos de éstos son:

1) Los Certificados:

Son documentos que acreditan los nuevos relatos, es decir, son galardones que premian a los clientes al haber triunfado sobre los males que aquejaban sus vidas como el dolor, el sufrimiento, la enuresis. Generalmente se incluyen los recursos que les permitieron derrotarlos y convocan a un público más amplio, el cual en ocasiones pudo no haber estado presente en sesión como la escuela u otros niños necesitados de ayuda.

2) Las Declaraciones

Las declaraciones son documentos en los que el cliente re-historia su propia vida y declara su vida libre del dominio del problema que lo aquejaba, hace un recuento de sus recursos y de la forma en que seguirá su vida libre del problema. El terapeuta y la familia aparecen como testigos.

3) Los Autocertificados

Son documentos escritos entre el terapeuta y el cliente en donde el cliente se hace un reconocimiento por el triunfo sobre el problema.

En general, los contradocumentos son escritos en donde el terapeuta, convocando a una audiencia más amplia, reconoce los triunfos de los clientes sobre sus problemas y les ayuda a re-escribir sus vidas, al retomar historias de éxito, amor y auto-confianza.

2.2.6.2 Modelo Colaborativo

El lenguaje y la historia constituyen tanto las condiciones como los límites de la comprensión.

Wachterhauser.

Este enfoque tiene como antecedente más próximo el trabajo en Terapia de Impacto Múltiple (TIM) en la *University of Texas Medical Branch* en Galveston, Texas de Harold Goolishian, al que se sumó Harlene Anderson. De acuerdo a Beltrán (2004) esta forma de hacer terapia representó una aproximación innovadora a la comprensión de la terapia y al diseño de una nueva teoría social, en el cual el equipo valoraba la importancia del individuo y sus sistemas de relaciones. Esto implicó una concepción diferente del papel del equipo pues éste consistía en movilizar los recursos de la familia y de comunidad, jugando un papel importante la autorreflexión, el cambio autogenerado y el aprendizaje. Además se valoraba la diversidad y la multiplicidad de voces, estimando lo más importante comprender los puntos de vista diferentes antes que descartarlos, promoviendo su evaluación no jerárquica. Hasta tiempo después fue que se contaron con los estudios sobre el lenguaje que dieron fundamento conceptual y filosófico a su enfoque.

La mancuerna Anderson-Goolishian se estableció formalmente en 1977 a través de la fundación del *Galveston Family Institute* en colaboración con Paul Dell y George Pulliam. Trabajaron con el formato del TIM al que le agregaron prácticas terapéuticas derivadas del MRI en lo relativo al lenguaje del cliente. Sin embargo, su concepción e importancia del lenguaje pasó de ser instrumental, es decir, como instrumento del cambio, a constitutivo, generativo, la esencia del diálogo, y en consecuencia, pasó a ser la esencia del proceso terapéutico. Posteriormente, sus ideas fueron influidas por Gergen, Hoffman, Shotter y Andersen quienes aseveraban que las vidas son expresiones de la narrativa y del lenguaje socialmente construido, hasta dar forma a lo que se conoce como el *Enfoque Colaborativo* de terapia, mismo que se encuentra en constante cambio y evolución.

2.2.6.2.1 Premisas del enfoque (Anderson y Goolishian, 1988)

- 1) Los sistemas humanos son sistemas generadores de lenguaje y simultáneamente, generadores de significado. La comunicación y el discurso definen la organización social, es decir, en un sistema sociocultural es el producto de la comunicación social en lugar de que la comunicación sea producto de la organización. Por lo tanto, todo sistema humano es un sistema lingüístico o comunicativo. El sistema

terapéutico es un sistema lingüístico relacional en el que dos o más personas generan significación.

- 2) El significado y el entendimiento son social e intersubjetivamente contruidos. Intersubjetivamente se refiere a estados en donde dos o más personas consideran que están experimentando el mismo evento en la misma forma. Arribamos al significado y al entendimiento hasta que llegamos a la acción comunicativa, esto es, a un discurso generador de sentido o diálogo. La construcción de entendimiento y significado, la construcción de los sistemas humanos está en constante cambio, es creativa, es un proceso dinámico.

Esta visión de la interconexión humana no depende de una definición de la percepción y la cognición que requieran de una representación o visión objetiva de la realidad. De hecho, esta visión considera a la realidad como una construcción social. Vivimos y tomamos acción en un mundo que definimos a través de nuestro lenguaje descriptivo por medio del contacto social con otros.

Un sistema terapéutico es un sistema en donde la comunicación tiene una relevancia específica por ella misma.

- 3) El sistema terapéutico es un sistema que organiza y disuelve los problemas: El sistema terapéutico se forma, y se distinguen como tales, en función de su pertenencia comunicacional, en general, definida en términos de problemas. Son producto del dominio lingüístico y existen sólo en nuestras descripciones, en nuestro lenguaje. Un sistema terapéutico, en consecuencia, desarrolla su propio lenguaje y sentido en función de su organización específica y de su forma específica de disolver el problema.

Los problemas existen en el lenguaje pues las personas han llegado a un punto de quiebra conversacional y de pérdida del sentido de autonomía, ya sea como individuos o como miembros de una familia o de otro sistema relacional, han perdido la capacidad de dialogar.

- 4) La terapia es un evento lingüístico que tiene lugar en lo que llamamos una conversación terapéutica. Ésta es una búsqueda mutua y una explicación a través del diálogo, un intercambio en dos vías, en donde los significados son constantemente orientados a la disolución de los

problemas, por lo que el cambio es la evolución de un significado a través del diálogo.

- 5) El rol del terapeuta es el de un especialista en conversaciones, un arquitecto del diálogo, cuya pericia se orienta en crear el espacio para facilitar una conversación dialógica. El terapeuta es un participante-observador y un participante-facilitador de una conversación terapéutica.
- 6) A través del diálogo los sistemas humanos mutuamente desarrollan su propio lenguaje y confirman sus significados. Este sentido evolutivo de los procesos lingüísticos produce que las regularidades, pautas o patrones y predicciones que los terapeutas experimentan sean independientes de las descripciones y se conviertan en modelos de entendimiento. La realidad es conceptuada como un multiverso de significados creados en la dinámica social, el intercambio y la conversación, en consecuencia, las verdades únicas pierden importancia pues el multiverso incluye una diversidad de versiones diferentes del mundo. En este orden de ideas, no hay realidades externas, solo comunicación y humanos individuales *lenguajeantes*.

2.2.6.2.2 Concepto de cambio

El cambio se produce en y por el lenguaje es decir, en nuestras narrativas socialmente construidas y su transformación en acciones. El cambio es la evolución de un nuevo significado a través del diálogo y la conversación (Anderson y Goolishian, 1988).

2.2.6.2.3 La conversación terapéutica

La terapia consiste en encontrar formas nuevas de dialogar acerca de las partes de las historias de los clientes que les preocupan o alarman (Anderson, 1997). El objetivo no es describir conocimiento o información, sino crear sentidos y comprensiones, a través de la co-exploración de historias ya contadas y la co-creación de historias nuevas, todavía no contadas. Estas narrativas dan lugar a una nueva orientación de sentido, una nueva historia, un nuevo diálogo y, en consecuencia, un nuevo futuro. De tal forma que la terapia permite la transformación del sí-mismo narrador del cliente.

Conversar de forma dialógica se caracteriza por la indagación compartida, es decir, por el continuo intercambio y discusión de ideas, opiniones, preferencias, recuerdos, observaciones, sensaciones, emociones, etc. Es un proceso de participación conjunta de ida y vuelta, de dar y recibir. Una conversación terapéutica está conformada por preguntas conversacionales, las cuales se formulan desde una posición de ignorancia en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas (Anderson y Goolishan, 1996.). La ignorancia requiere que la comprensión y las interpretaciones no estén limitadas por el conocimiento, las experiencias previas o ciertas verdades formadas teóricamente. Esta visión antes que todo es una postura filosófica la cual sostiene que la comprensión es siempre interpretativa, y que para que se dé, no hay punto de vista privilegiado.

En una conversación terapéutica es fundamental entender que cada persona *habla con el otro*, no le habla al otro, es decir, ambos, tanto terapeuta como cliente o clientes participan del desarrollo de nuevos significados, nuevas realidades y nuevas narraciones. Por lo tanto, el papel del terapeuta consiste en poner toda su pericia al servicio de un esfuerzo por desarrollar un espacio conversacional libre y por facilitar el inicio de un proceso dialogal dentro del que pueda producirse *lo nuevo* y co-evolucionar hacia lo *no dicho*.

A continuación se presentan los elementos centrales de una conversación terapéutica (Anderson y Goolishan, 1988):

- 1) El terapeuta mantiene su curiosidad dentro de los parámetros del problema de la forma descrita por el cliente.
- 2) El terapeuta entreteje ideas múltiples y contradictorias de forma simultánea.
- 3) El terapeuta elige lenguaje cooperativo en lugar de lenguaje poco cooperativo.
- 4) El terapeuta aprende, entiende y conversa en el lenguaje del cliente pues éste es la metáfora para la comprensión de sus experiencias.
- 5) El terapeuta es un escucha respetuoso quien no comprende muy rápido, si es que alguna vez comprende.
- 6) El terapeuta formula preguntas, las respuestas requieren nuevas preguntas.

- 7) El terapeuta es el responsable de la creación de un contexto conversacional que permita la mutua colaboración en el proceso de definir el problema.
- 8) El terapeuta mantiene una conversación dialógica consigo mismo.

El problema se define de forma colaborativa; este proceso inicia a partir de la curiosidad sobre qué le concierne a las personas y quienes son los actores que conforman el sistema comunicacional. El problema no es definido desde el terapeuta, éste se convierte en parte del sistema problema, en consecuencia se convierte en igualmente responsable en su co-creación y en su disolución.

2.2.6.3 Equipo Reflexivo

El imperativo ético: actúa siempre con miras a incrementar el número de opciones.

Heinz von Foerster.

El equipo reflexivo nace de las inquietudes del psiquiatra noruego Tom Andersen sobre la visión de expertos del equipo en relación al problema de los clientes y la devolución de información en Terapia Familiar (Andersen, 1996).

Sus primeros años dentro del movimiento sistémico estuvieron demarcados dentro de la metodología propuesta por la Escuela de Milán en donde el equipo devolvía a los clientes mensajes como intervenciones los cuales se estructuraban de tal forma que excluían posibilidades y se presentaba la visión del equipo y del terapeuta como una mejor forma de ver y entender el problema, aún mejor que la de la misma familia, lo cual le causó una creciente incomodidad.

Fue entonces que junto a sus colegas la idea de que la familia escuchara los comentarios del equipo en vivo, cara a cara, se les empezó a

hacer cada vez más atractiva. Sin embargo, pensaban, podrían surgir comentarios negativos, situación que los detenía. Alrededor de marzo de 1985 decidieron por primera vez invitar a la familia a escuchar los comentarios y reflexiones que el equipo hacía en voz alta dando a luz lo que se conoce actualmente como *Equipo Reflexivo*. A continuación se detallará su enfoque teórico-filosófico.

2.2.6.3.1 Premisas del enfoque

Este enfoque se basa primordialmente en la idea de decir todo abiertamente, de forma en que el cliente siempre lo pueda oír. Además, se orienta a conversar sobre las conversaciones, es decir, a dialogar con los clientes a cerca de las conversaciones en las que se discutió el problema y preguntarles cuáles conversaciones han sido útiles y cuáles no. Del mismo modo, le interesa analizar qué conversaciones podrían sostenerse en el futuro (las no utilizadas) con quiénes, en qué momento, sobre qué y de qué modo.

Asimismo, las conversaciones son indagaciones de lo que puede verse y oírse en las situaciones que fueron definidas como problemáticas, para así llegar a una nueva comprensión de la situación y así aparezcan nuevas ideas sobre cómo manejarla o resolverla.

2.2.6.3.2 El proceso de reflexión

Para Andersen (1987) un sistema atorado, es decir, una familia con un problema, necesita nuevas ideas con el objetivo de que sus perspectivas y premisas contextuales se les amplíen. El proceso de reflexión es aquel mediante el cual se busca expandir e implementar una nueva epistemología en la familia a través de diferentes voces o versiones, descripciones o explicaciones del problema.

Este proceso se ve permeado por la idea de introducir diferencias no demasiado inusuales, es decir, lo suficientemente inusuales para promover un cambio de forma tal, retomando a Bateson, que exista la diferencia que hace una diferencia y compartir diferentes versiones de un mismo mundo (Andersen,1994). Una diferencia puede ser muy pequeña y puede pasar desapercibida, otra puede ser lo suficientemente significativa de forma que

puede ser notada por los demás, y por última, hay una diferencia que es tan grande que puede desorganizar o trastornar al sistema. En esos casos el sistema puede cerrarse en sí mismo y a todos aquellos que traten de implementar tan diferencia. Por lo tanto, el imperativo es introducir diferencias suficientes, no tan inusuales. Estas ideas se aplican a lo que se habla con las familias, cómo se habla con ellas y cuál es el contexto de la conversación.

Las normas que rigen este proceso son tres (Andersen, 1996):

- 1) Las reflexiones del equipo deben de basarse en lo expresado durante la conversación, por lo tanto, no deben de extraerse de un contexto diferente.
- 2) No se deben de transmitir connotaciones negativas.
- 3) La reflexión del equipo se ofrece como una invitación y no como una imposición, de tal forma en que nadie de be sentirse obligado a escucharlos. Por lo tanto, el diálogo se realiza únicamente entre los miembros del equipo y no con la familia, aún dentro de la misma habitación.
- 4) Una vez concluidas las reflexiones la conversación se concentra entre la familia y el entrevistador.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES:

3 Habilidades Clínicas-Terapéuticas

Análisis y discusión de un tema.

3.1.1 Enfermedad, duelo y familia

La noche es oscura y mi corazón tiene miedo... no obstante cogeré la lámpara, abriré la puerta y me inclinaré para darle la bienvenida. Es tu mensajera la que está ante mi puerta.

Tagore, de Gitanjali, LXXXVI

La experiencia de la enfermedad en la familia, ya sea crónica, aguda o psicossomática, afecta la vida no solo del individuo que la tiene, sino de la familia en su totalidad, a tal grado que produce experiencias traumáticas (Penn, 2001) pudiendo generar traumas relacionales compartidos por más de un miembro de la familia, derivados de la necesidad familiar de afrontar a la enfermedad a través cambios en sus hábitos, sus rutinas y en ocasiones, en sus planes, y también, cambios en la forma en que se ven unos a otros.

De entrada la enfermedad, siguiendo a Penn (2001), representa un dilema social, moral, en el que en la persona enferma *algo anda mal*, no es una persona *completa, normal*, promoviendo un gran sufrimiento, enojo y dolor en ésta y las personas que la rodean, pudiendo derivar en silencio y estancamientos individuales o familiares. Además, al ingresar la enfermedad en un sistema familiar atenta contra el *status quo* generando una serie de movimientos adaptativos para contrarrestarla, por lo tanto, la familia en su interacción con la enfermedad y sus características, puede tener una influencia negativa o positiva dentro de su curso y efectos dentro de ella misma. En consecuencia, es fundamental entender el enlace de tres procesos evolutivos (Rolland, 1987): el de la enfermedad física, el del individuo (enfermo o no enfermo) y el de la familia.

3.1.2. La cibernética de la enfermedad física

Para Dym (1987) la enfermedad, vista como una serie de ciclos recursivos contrapuestos, se mueve dentro de una dimensión psicosocial marcada por el cambio o movimiento para llegar al equilibrio. Esta serie de ciclos van ajustando:

- 1) Los cambios fisiológicos y emocionales individual y familiar (curso de la enfermedad y sus consecuencias sociales y psicológicas).
- 2) Los cambios por momento de desarrollo familiar e individual.
- 3) Los cambios en las pautas familiares (dinámica de la familia).
- 4) Los cambios en el tratamiento.

3.1.2.1 Tipología psicosocial de la enfermedad

Para Rolland (2000), la relación entre la dinámica individual, familiar, social y la enfermedad se puede entender a la luz del comienzo de la enfermedad, su curso, desenlace y discapacidad.

a) Comienzo

El comienzo de la enfermedad puede clasificarse en agudo y gradual. Más que referirse a la cuestión biológica, se refiere a los tipos de presentación sintomática que puede ser percibida subjetivamente por el paciente u objetivamente por otras personas como el médico. Ejemplos de una presentación súbita son los accidentes cerebro vasculares, los ataques cardiacos o una meningitis, pues se presentan clínicamente de forma súbita a pesar de que puedan haber pasado por largos períodos de cambio biológico que condujeron finalmente a la presentación del síntomas y de los signos físicos. Por su parte, una artritis, una afección pulmonar crónica o la enfermedad de Parkinson constituyen ejemplos de enfermedades con comienzo gradual, en ocasiones el diagnóstico sirve como una confirmación algo arbitraria cuando ya han aparecido síntomas clínicos.

Dentro de la familia la aparición súbita o gradual de la enfermedad implica reajustes en su estructura, en roles, en la resolución de los problemas y en las estrategias afectivas que pueden ser iguales para ambos casos, no obstante, lo diferente es el marco temporal. Para una enfermedad de aparición aguda los cambios emocionales y prácticos se condensan un breve lapso de tiempo y exigen de la familia una movilización más rápida de su capacidad para manejar la crisis. Además la tensión inmediata es mucho más intensa al tratar simultáneamente de evitar una pérdida mayor, o la muerte, y dar respuesta a

un problema nuevo. La aparición gradual de la enfermedad le da la oportunidad a la familia de abordar los problemas despacio pero con determinación, pues la familia puede contar con los recursos para manejar las complejidades de una enfermedad prolongada, permitiendo un periodo de ajuste mucho mayor.

b) Curso

El curso de una enfermedad crónica según Rolland (2000) suele adoptar algunas de las siguientes formas generales: progresivo, constante o recurrente/episódico.

Progresiva

Una enfermedad progresiva es continua o generalmente sintomática y se agrava con el tiempo, por ejemplo el VIH-Sida, el Alzheimer o el Enfisema Pulmonar. En una enfermedad de este tipo el individuo y la familia se enfrentan a los efectos que producen la presencia de un miembro de la familia perpetuamente sintomático, en quien la discapacidad se incrementa de manera progresiva o escalonada. Hay pocos periodos de descanso en las demandas y las familias tienen que estar preparadas para la adaptación y cambio de roles permanentes. En cada etapa de una enfermedad progresiva la familia debe de organizarse para manejar un nivel determinado de discapacidad y un cierto grado de incertidumbre, sin poder realmente afianzarse o relajarse en una etapa determinada pues la progresión se vislumbra y la familia debe estar preparada para seguir reformando su sistema a fin de seguirle el ritmo al cuadro cambiante de la enfermedad. Por lo tanto, la flexibilidad familiar en términos de reorganización de roles como de la disposición para recurrir a ayuda externa es de vital importancia.

Constante

Una enfermedad de curso constante se caracteriza por un acontecimiento inicial y la posterior estabilización de la condición fisiológica. Ejemplos de este tipo de enfermedad es un accidente cerebro vascular, un

ataque cardiaco de episodio único o lesión de médula con parálisis. En general, después de un periodo inicial de recuperación la fase crónica se caracteriza por algún déficit bien definido o puede haber limitaciones funcionales residuales. Puede haber recaídas, pero el individuo o la familia se enfrentan a un cambio semipermanente que es estable y previsible durante un tiempo considerable. La familia o el paciente podría agotarse pero no enfrentan las tensiones de las demandas que impone el cambio de roles constante que caracteriza a las enfermedades progresivas. A estas familias les resulta relativamente más fácil volver a un ritmo normal de vida, pues una vez que el paciente y la familia aprenden a manejar la discapacidad pueden hacer planes para el futuro sin la constante incertidumbre.

Recurrente o episódico

Las enfermedades de curso recurrente o episódico incluyen el síndrome de colon irritable, el asma, algunos tipos de cáncer que responden a la quimioterapia o son extirpables. Lo característico de este curso es la alternancia de periodos de estabilidad de duración variable, caracterizados por un bajo nivel o una ausencia de síntomas, con períodos de crisis o agravamiento. Con frecuencia la familia puede llevar una rutina normal, aunque nunca deje de acecharlos el fantasma de una recidiva. Este curso de enfermedad implica un tipo de adaptabilidad diferente entre familia y paciente. Suelen requerir un mínimo de atención continua o cambio de roles, mas la índole episódica de la enfermedad requiere de una flexibilidad que permita un desplazamiento pendular entre dos formas de organización familiar: una para los períodos de crisis y otra para los periodos de remisión. La familia tendrá que estar siempre preparada para dar respuesta a una crisis y hacer frente a un agravamiento de la enfermedad, la tensión psico social puede a la larga ser muy fuerte.

c) Desenlace

El desenlace puede ser no mortal, expectativa de vida reducida o muerte súbita y mortal. La principal diferencia entre estos tipos de desenlace consiste

en la medida en que la familia siente la pérdida anticipada y sus profundos efectos en la vida familiar. Potencialmente, toda enfermedad crónica entraña la pérdida de control corporal comprometiendo aspectos clave de nuestra identidad y de nuestras relaciones íntimas. En las enfermedades con riesgo de vida, la pérdida de control acarrea consecuencias mayores: la muerte y la pérdida permanente de las relaciones. Desde el punto de vista del ciclo de vida, el familiar enfermo teme que su vida acabe antes de que su proyecto de vida pueda completarse y estar solo al morir. Los familiares temen convertirse en solitarios sobrevivientes. Existe en ambos una corriente subterránea de duelo anticipado y separación que impregna todas las fases de la adaptación. Frecuentemente, las familias quedan atrapadas entre el deseo de intimidad con el familiar enfermo y el impulso de liberarse emocionalmente de él, pues la expectativa de la pérdida puede hacerle extremadamente difícil a la familia la tarea de mantener una perspectiva equilibrada.

La discapacidad puede ser resultado de un deterioro del funcionamiento cognoscitivo, de la percepción, del movimiento, una disminución en la energía, deformidad o causantes de estigma social. El estigma social es una importante causa de discapacidad en muchos procesos, como las quemaduras graves, un cáncer de piel, son estéticamente incapacitantes y distorsionantes de la imagen corporal que el estigma social concomitante interfiere con la interacción social normal. Los diferentes tipos de discapacidad implican claras diferencias en los ajustes específicos que se requerirán de la familia. La influencia de las expectativas que la familia tiene sobre el familiar enfermo sobre sus responsabilidades y autonomía se relaciona estrechamente con una mejor respuesta a la rehabilitación y una mejor integración en la familia a largo plazo.

3.1.2.2 Fases temporales de la enfermedad

La enfermedad de acuerdo a Rolland (2000) tiene una serie de fases con diferentes demandas sociales y tareas de desarrollo que le exigen a la familia fortalezas, actitudes o cambios muy diferentes. Sus fases son fase de crisis, fase crónica y fase terminal.

a) Fase de Crisis

La fase de crisis comienza con un período sintomático previo al diagnóstico, en el que la familia y el individuo tienen la sensación de que algo no anda bien, más no saben claramente qué está pasando. No importa como sea que se dé con el diagnóstico las familias tienen una fuerte necesidad de que se les asegure que se están conduciendo de manera normal o adecuada. Este periodo es generalmente angustiante, de gran vulnerabilidad e incertidumbre, todas las experiencias parecen más intensas y los miembros de la familia buscan a todas las maneras de reafirmar el control.

b) Fase Crónica

La fase crónica es el lapso de tiempo que transcurre desde el diagnóstico inicial y el período de adaptación y la fase terminal, cuando predominan las cuestiones relativas a la muerte y la agonía. Es la fase de convivencia cotidiana con la enfermedad, pues el paciente y su familia han abordado en lo psicológico y lo operativo los cambios permanentes que presenta una enfermedad crónica y han ideado un modo de vida viable.

En este periodo la tarea clave de la familia es mantener algo parecido a una vida normal bajo las condiciones anormales que presenta la enfermedad y el aumento de incertidumbre, además de mantener la máxima autonomía de todos los miembros de la familia a pesar de la tendencia hacia la dependencia y el cuidado mutuo. Esta autonomía necesita crecer dentro de un contexto de comunicación que permita la expresión de las necesidades individuales y las actividades independientes de cada miembro de la familia.

c) Fase Terminal

En la fase terminal, la inevitabilidad de la muerte se hace visible y domina la vida familiar. Comprende los períodos de duelo, congoja y elaboración de la pérdida. En ésta se observa la predominancia de cuestiones relativas a la separación, la muerte, el dolor, la elaboración del duelo y la reanudación de la vida normal familiar después de la pérdida. Cuando las familias entran a esta fase, una de sus tareas clave es el cambio de la

anticipación de la posibilidad de una fase terminal por la de su probabilidad y finalmente, su inevitabilidad.

3.1.2.3 Dinámica familiar en las enfermedades crónicas

La evaluación del funcionamiento familiar (Rolland, 2000) cuando hay una enfermedad se basa en las siguientes áreas:

a) Pautas estructurales/organizativas de la familia

1) Constelación familiar

Incluye a todos los miembros de la unidad doméstica actual, el sistema de la familia extensa y las personas clave que funcionan como miembros de la familia. Además, incluye a los profesionales comprometidos en la atención del familiar enfermo pasando a formar parte de la unidad familiar agente de salud o sistema de tratamiento.

2) Adaptabilidad familiar

Se refiere a dos principios fundamentales del funcionamiento familiar: la estabilidad y la flexibilidad:

- I. La estabilidad es complementaria a la habilidad familiar para adaptarse a las circunstancias cambiantes o a las tareas de desarrollo de ciclo vital, pues provee valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes.
- II. La flexibilidad es un elemento fundamental en familias con enfermedad especialmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas, pues es necesaria para adaptarse a los cambios internos o externos que las enfermedades graves suelen requerir. Internamente, la familia debe reorganizarse en respuesta a los nuevos imperativos de desarrollo que trae consigo la enfermedad. A medida que la enfermedad interactúe con la vida normal familiar y el desarrollo del ciclo de vida de los miembros individuales se harán

necesarios cambios en su organización familiar, como lo veremos más adelante.

3) Cohesión

Es un elemento fundamental para la predicción de la respuesta familiar frente a la enfermedad, pues deberán encontrar un equilibrio entre la necesidad de proximidad y conexión y el respeto por la separación y las diferencias individuales. Este equilibrio cambia a medida que las familias se desplazan a lo largo del ciclo de vida, como con hijos pequeños e hijos adolescentes.

4) Límites

En este punto es importante evaluar las pautas de apego excesivo y desapego para lograr una exitosa estrategia de respuesta y adaptación familiar, deberán ir en concordancia a las demandas psicosociales de cohesión y las pautas familiares de proximidad. Del mismo modo, se deberán evaluar las fronteras generacionales en lo relativo a la organización jerárquica de la familia y las fronteras entre familia y comunidad, y las fronteras individuales. Un punto importante de análisis es la triangulación pues las enfermedades crónicas incrementan en gran medida el riesgo de triangulación en particular cuando ya existen ciertas cuestiones familiares conflictivas sin resolver, como lo se verá más adelante en el apartado de enfermedades psicosomáticas.

b) Procesos de comunicación:

Para que la familia logre un buen control de la enfermedad es absolutamente esencial que tenga una comunicación efectiva, en contenido y en relación, es decir en la información y para marcar el tono de la relación (orden). Las familias estabilizan el proceso de definición de los roles de cuidado del enfermo por medio de acuerdos mutuos y de reglas familiares, por tanto, es fundamental la claridad y la dirección de la comunicación.

c) Solución de problemas:

Se refiere a la habilidad de la familia para solucionar los problemas normativos y no normativos con los que se enfrenta y mantener un funcionamiento familiar eficaz. En un proceso de enfermedad largo muchas de las decisiones significativas de la familia se verán afectados por la enfermedad.

3.1.2.4 Pautas transgeneracionales en las historias de enfermedad, pérdida y crisis.

Una perspectiva histórico-sistémica (Rolland, 1987) sobre cómo la familia se ha organizado en momentos estresantes, así como la evolución y adaptación familiar son fundamentales para la comprensión del afrontamientos de las enfermedad, la pérdida y la crisis. Se deberán observar las pautas adaptativas, discontinuidades, cambios en las relaciones (alianzas, triangulaciones, etc.) y el sentido de competencia. Estos patrones se transmiten de generación en generación en forma de mitos familiares, tabus, expectativas catastróficas y sistemas de creencias.

Un genograma orientado al manejo o afrontamiento de enfermedades nos brinda información de cómo la familia se ha configurado alrededor de la enfermedad, crisis inesperadas o pérdidas en otras generaciones.

Asimismo, un manejo transgeneracional ayuda a poner en claro cuáles son sus lados fuertes y las áreas de vulnerabilidad, así como a identificar a las familias de alto riesgo, que abrumadas por cuestiones sin resolver y pautas disfuncionales transmitidas a lo largo del tiempo, no pueden asimilar los desafíos que les presenta una enfermedad grave.

3.1.2.5 Enfermedades crónicas y ciclo de vida

Cuando una enfermedad es prolongada o crónica, la dimensión temporal se convierte en un punto de referencia central. Pues la familia y sus miembros se enfrentan al desafío de enfocar simultáneamente el presente y el futuro, al hacerse cargo de las tareas prácticas y emocionales de la situación inmediata mientras planifican el modo de solventar las complejidades e incertidumbres de su problema en un futuro desconocido. En este proceso se interrelacionan tres

fenómenos evolutivos los ciclos de vida de la enfermedad, del individuo y de la familia (Rolland, 1987).

El ciclo de vida es un concepto fundamental para el desarrollo de la familia como de la familia, la idea de ciclo indica un orden subyacente del curso vital en el que la singularidad del individuo, la familia o la enfermedad ocurre dentro de una secuencia o desenvolvimiento básico. Un segundo concepto clave es el de estructura de la vida humana, la cual se refiere a la pauta, diseño o trama subyacente de la vida de una persona o familia en cualquiera que sea su momento del ciclo de vida. Sus principales componentes incluyen: la ocupación, las relaciones amorosas, el matrimonio, los roles en diversos contextos sociales y la relación consigo mismo.

Comprende las relaciones recíprocas de una persona o familia con diversos otros significativos en el ecosistema mayor. Ésta crea un límite entre el individuo o la familia y el entorno, rige las transacciones entre ellos y les hace de mediadora, por lo tanto, evoluciona a lo largo del ciclo vital, con el cambio, con el paso del tiempo, de la importancia relativa de los diferentes componentes.

El desarrollo de la enfermedad, del individuo y de la familia tienen en común el concepto de períodos o fases caracterizados por diferentes tareas de desarrollo. Las etapas de ciclo vital se unen por la alternancia de períodos de construcción o mantenimiento de la estructura de la vida (estables) y de cambio de la estructura de la vida (transicionales).

A lo largo del ciclo de vida familiar existen períodos centrípetos y centrífugos, es decir, de alta cohesión y de menor cohesión (Rolland, 1987). Estos períodos coinciden con oscilaciones entre las tareas de desarrollo de la familia que requieren vínculos intensos y de alta cohesión, como la crianza de los niños pequeños y tareas que ponen el énfasis en la identidad personal y autonomía, como la adolescencia.

Estos conceptos adquieren gran importancia al entender las demandas psicosociales de la persona, de la familia y de la enfermedad, pues se alternan períodos de menor y mayor cohesión. Las enfermedades ejercen una atracción centrípeta y requieren una mayor cohesión familiar. Es por eso que están naturalmente desfasados con las familias que se hallan en un período de mayor autonomía individual y menos cohesión o en transición hacia este. Por lo

tanto, las enfermedades pueden ser especialmente desestructurantes para las familias que se encuentran en una fase de desarrollo caracterizado por un bajo nivel de cohesión.

El comienzo de una afección crónica tiende a crear un período de transición cuya duración e intensidad dependen del tipo psicosocial de enfermedad y de la fase en que ésta se encuentra. Esta transición está particularmente desfasada si coincide con un periodo de construcción o mantenimiento de la estructura del ciclo de vida del individuo o de la familia.

Si la enfermedad es progresiva, recurrente, progresivamente incapacitante y/o con riesgo de vida, las fases en la evolución de la enfermedad se verán pobladas de numerosas transiciones para las cuales la familia deberá alterar con más frecuencia la estructura de vida que ha generado en presencia de la enfermedad, con el objeto de adecuarse a las demandas cambiantes y a menudo crecientes de la dolencia. Este nivel de demanda e incertidumbre mantiene la enfermedad en primer plano e interfiere constantemente con los intentos de la familia de retomar la fase que le corresponde desde el punto de vista evolutivo.

La transición de la fase de crisis a la fase crónica del ciclo de vida de la enfermedad es con frecuencia la coyuntura clave en la cual la intensidad de la socialización de la familia en la convivencia con una enfermedad crónica puede relajarse, ofreciendo una oportunidad a la familia de corregir su curso de desarrollo.

3.1.3. Familias psicósomáticas

Las enfermedades psicósomáticas requieren un análisis y abordaje diferente pues una enfermedad psicósomática comprende más allá de la cuestión fisiológica o el curso normal de una enfermedad y del manejo individual y familiar de ésta (estrés, adherencia al tratamiento, actitud ante la enfermedad, etc.) pues se circunscriben a la función de la enfermedad dentro de un sistema familiar.

En consecuencia, existen enfermedades psicósomáticas primarias y secundarias (Minuchin, 1978). Las primarias son aquellas en donde existe una disfunción fisiológica previa como en el caso de desórdenes metabólicos como la diabetes, el asma y las alergias. El factor psicósomático está ligado a la

exacerbación emocional del síntoma ya presente. Por ejemplo, un niño con una diabetes en la que constantemente cae en cetoacidosis¹ derivada de una exacerbación emocional puede considerarse como una diabetes psicósomática, ligada a la dinámica familiar y no solo a su manejo individual del estrés. En las enfermedades psicósomáticas secundarias no existen ni predisposición física ni disfunción previa. El elemento psicósomático aparece en la transformación de conflictos emocionales en síntomas somáticos. Estos síntomas pueden cristalizarse en una severa, debilitante e incapacitante enfermedad como la anorexia nerviosa, la bulimia, la dermatitis atópica, la obesidad.

La enfermedad psicósomática a la luz de la teoría sistémica debe ser ubicada y observada en el interior del contexto natural en el que vive, es decir, la familia (Onnis, 1985). Para descifrar el síntoma psicósomático es necesario insertarlo en la red de relaciones que lo liga a los demás miembros de la familia, considerándolo parte de esta red y así comprender las modalidades particulares, las reglas que gobiernan esta interacción. Es decir, observando dentro del contexto de relaciones y de comunicaciones en el que se manifiesta, el síntoma psicósomático se convierte él mismo en un comportamiento comunicativo ya que está inserto en una secuencia de comunicaciones de la que participa, uniformándose a las reglas de comunicación de la familia y reforzándolas.

Por lo tanto, de acuerdo a Onnis (1985), el cuerpo del paciente *comunica*, algo que no podría ser comunicado de otra forma, el mensaje proviene de él a través del síntoma puesto en circulación dentro de los canales comunicativos familiares, influyendo sobre ellos y resultando, a su vez, circularmente influido. Subrayar la importancia del contexto familiar no implica subestimar la alteración fisiológica, sin embargo, el dato biológico no basta por sí solo para dar razón de todo el fenómeno pues no explica la persistencia crónica de determinado síntoma aun siendo tratado médicamente de forma adecuada.

¹ Acidosis que se acompaña de una acumulación de cetonas en el organismo, resultado de un metabolismo defectuoso de los glúcidos o carbohidratos. Sucede fundamentalmente como complicación de la diabetes sacarina y se caracteriza por el olor a frutas de la acetona en el aliento, confusión mental, disnea, náuseas, vómitos, deshidratación, pérdida de peso y, si no se trata, deriva en coma.

La elección del síntoma, puede no tener una relación de significado o metafórica con el resto del sistema, sobretodo en enfermedades primarias (Minuchin, 1978) o bien de acuerdo a las investigaciones en muchachas anoréxicas y bulímicas de Mara Selvinni Palazzoli (1996); puede tener un significado metafórico adecuado a la modalidad interactiva de la familia, al tratarse de enfermedades secundarias o que traducen un malestar emocional en un síntoma físico. Como quiera que sea el síntoma podría correlacionarse con los otros componentes en juego, emotivos e interpersonales, y releerse con mayor plenitud de significados a la luz de las relaciones que unen circularmente a los diversos miembros del sistema.

De acuerdo a la visión sistémica las familias con pacientes psicósomáticos presentan características muy específicas. Minuchin (1978) en un estudio en familias con pacientes anoréxicas, diabéticos psicósomáticos y asmáticos, encontró cuatro características funcionales y estructurales:

a) Aglutinamiento

Se refiere a la extrema proximidad e intensidad en las interacciones familiares a diferentes niveles: familia, subsistemas e individuos. Un cambio en cualquier parte del sistema repercute fuertemente en las demás. Los límites entre subsistemas están débilmente trazados, de tal forma que hay poca diferenciación y son fácilmente traspasables. Además, la diferenciación o individuación del sistema es pobre, los miembros son regulados por el sistema familiar, pues los límites que definen la autonomía individual son tan débiles que la diferenciación está altamente coartada. Existe un apego y unión excesiva derivando en falta de privacidad tanto en pensamientos como sentimientos de tal suerte que la percepción individual está altamente influida por la opinión de los demás.

b) Sobreprotección

En una familia psicósomática existe un grado alto de preocupación por el bienestar de los demás, lo cual no se circunscribe al área de la enfermedad. Las respuestas de protección y nutricias son constantemente provistas y

solicitadas. Los miembros de la familia son hipersensibles a los signos de estrés, tensión y conflicto. La sobreprotección de los padres retarda el desarrollo de los niños en lo relativo a autonomía, competencia e interés en actividades fuera del hogar.

A este respecto Stierlin y Weber (1990) hacen una descripción de una familia sobreprotectora, en donde la autonomía es prácticamente nula, con una hija anoréxica. Describen como en una familia donde la autoridad de los padres está claramente integrada en el credo familiar, la enfermedad se vuelve una forma de revelarse contra ello. Al restringir la cantidad de alimentos que ingiere y negarse a comer, puede parecer que la joven rechaza esa expresión de amor, desafiando un principio central del credo familiar e iniciando su individualización contra los padres. Al hacerlo, sin embargo, no sólo da muestras de autonomía respecto de los progenitores, sino también respecto de su propio cuerpo.

Ésta es otra posible lectura de la enfermedad psicósomática; la protesta o revelación contra de la autoridad de los padres. Pero esto puede traerle consecuencias incontroladas para el propio paciente. Porque lo que empezó siendo una forma de protestar se convertiría en su propio claustro. Pues cae en una contradicción o paradoja al provocar consecuencias contrarias a las que se proponía. Si lo que buscaba era una individualización dentro de la familia su enfermedad tiene una consecuencia contraria, ya que todo el mundo y la familia se vuelcan hacia él. El enfermo se vuelve el centro de la dinámica familiar y cae en la misma contradicción descrita por Watzlawick y sus colaboradores en 1981 en la que el esquizofrénico trata de no comunicar pero encuentra que es imposible no comunicar. Eso lo lleva a autocontradecirse y perderse en su propia definición.

c) Rigidez

Se refiere a los esfuerzos familiares por conservar el *status quo*. En periodos en los que el cambio y crecimiento son necesarios experimentan una gran dificultad. Insisten en mantener la continuidad de la familia por lo que mantienen los mismos métodos interaccionales.

d) Evasión de conflictos

Se niega la presencia de problemas, no ven la necesidad de desacuerdos o conflictos, generalmente, su único problema es la presencia de la enfermedad. Se concentran mucho en mantener el consenso y la armonía. En ocasiones cuando existen desacuerdos los miembros de la familia se mueven rápidamente para hacer manejable la situación, esto puede ser precisamente a través del síntoma. Para evitar el conflicto el enfermo juega un rol central y vital al bloquear el conflicto y atraer sobre sí mismo la atención preocupada de los demás.

Desde el punto de vista transaccional el enfermo, en especial un niño enfermo, se encuentra envuelto en un conflicto parental, los padres incapaces de afrontarse entre sí directamente se unen en una preocupación y protección por su niño enfermo, evitando el conflicto entre ellos a través de la protección. O en cambio, un conflicto marital se transforma a un problema parental sobre el paciente y su manejo, en ocasiones deriva en que el niño tome parte por alguno de los progenitores o se introduzca como mediador (triangulación).

Para Selvini Palazzoli (1996), en su estudio en muchachas anoréxicas y bulímicas, encontró las siguientes reglas:

- 1) Cada miembro rechaza los mensajes de los otros (a nivel de contenido o de relación) frecuentemente.
- 2) Todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para tomar abiertamente el rol de líder.
- 3) Está prohibida toda alianza abierta de dos contra un tercero.
- 4) Ningún miembro se hace cargo de culpa alguna.

De acuerdo a Onnis, (1985) el síntoma aparece como adecuado a la modalidad interactiva prevalente en donde cualquier comunicación tiene alta probabilidad de provocar un rechazo, entonces el rechazo a la comida aparece como una forma perfectamente a tono de este estilo dominante en el sistema.

Stierlin y Weber (1990) describen un tipo ideal de familia anoréxica, son familias con una insistencia en la cohesión familiar, el autosacrificio y la

abnegación o renuncia personal. Todo esto para lograr la tan anhelada unión familiar, y es ésta la característica principal. La familia está por encima de cualquier actitud personal que afecte al todo. Los ideales de logros siempre están presentes al igual que un alto sentido de justicia. Son valores legados y delegados dentro de la familia como los que emanan de las expectativas y valores de la sociedad. El ideal de logros envuelve la familia en una dinámica de competitividad, siguiendo de forma similar las mismas expectativas sociales.

El sentido de justicia inculca en los miembros de la familia la idea de que todos somos iguales y por tanto tenemos los mismos derechos a la hora de repartir el amor y todo en la familia. Según Stierlin y Weber (1990), al aparecer estos dos elementos en la familia se impide la individualización de los miembros y su consiguiente separación emocional. Están todos unidos en un sólo sentir en el cual aparecen de forma constante contradicciones especialmente para los hijos. Siempre se les ha dicho que todos son iguales, que no hay preferidos, pero la realidad se muestra muy diferente. Es una idea prácticamente imposible de cumplir ya que en algún momento evolutivo hay hijos que requieren más atención que otros. El paciente identificado entiende que ese sentido de justicia tantas veces idealizado no es cierto. En estos casos el síntoma aparece como una forma de recobrar los derechos perdidos.

La pareja dentro de ese tipo ideal de familias, suelen tener un poderoso vínculo de lealtad que hace que los hijos se vuelvan susceptibles a ella. Así los padres esperan la misma lealtad por parte de sus hijos, a veces en situaciones que van más allá de las posibilidades de estos, haciendo de ellos sus confidentes y aliados adultos. Formando de esta manera triángulos y coaliciones en contra de uno de los padres.

Del mismo modo, para Onnis (1985) la mayoría de las familias con problemas psicossomáticos encierran un problema de pareja muy serio, que viene incluso desde su formación. La enfermedad del hijo constituye un elemento muy importante para que esta pareja no se disuelva o no caiga en contradicciones al enfrentarse como pareja.

La enfermedad funciona para distraer la atención y para darle fundamento al hecho de que estén juntos. Ya que es su misión ser buenos padres antes que pareja. En terapia presentan gran resistencia debido a que:

- a) Llegaron a terapia a solucionar el problema de su hijo, no el de ellos.
- b) Como familias con gran resistencia al cambio, en cuestiones de pareja lo son más.
- c) El enfrentamiento directo entre ellos tendría un efecto inmediato en el paciente identificado, cosa que reforzará su resistencia.

En suma, de acuerdo a Onnis (1985), se debe de leer a la familia como un espacio no lineal donde se origina la enfermedad, la cual no puede ser tratada como una enfermedad común, lo que influye en su evolución y consideración como enfermedad crónica.

3.1.4 El proceso de enfermedad como duelo

El proceso de enfermedad ya fue descrito desde sus fases temporales como en su tipología psicosocial. El proceso de enfermedad también puede ser entendido como un proceso de duelo en tanto representa la pérdida de la salud por una enfermedad.

Duelo, viene del latín *Dolus* que significa dolor, el cual fue introducido por Sigmund Freud en *Duelo y Melancolía* (1915) para referirse a un efecto normal que presentan los seres humanos como reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción, como la patria, la libertad o un ideal.

El proceso de duelo presenta diferentes fases. Bowlby (1989), propone cuatro fases que comprenden:

1) Fase de embotamiento de la sensibilidad

Comienza ante la primera experiencia de la pérdida, en este caso sería en diagnóstico, y se prolonga desde unas cuantas horas hasta una semana. La persona y su familia se sienten aturdidas e incapaces de aceptar la realidad. Suelen continuar sus actividades cotidianas de forma casi automática, como si

el diagnóstico no fuera real, o fuera solo un sueño. En esta fase se experimenta mucho dolor e incluso, hasta rabia.

2) Fase de anhelo y búsqueda de lo perdido

Comienza unas horas después o días después de la pérdida, o el diagnóstico, y suele prolongarse un tiempo. En la medida en que comienza aparecer la realidad de la pérdida surgen pensamientos obsesivos respecto a lo perdido. En esta fase se suelen mezclar la rabia, el dolor, la búsqueda y la ingratitud. En el caso de la pérdida de la salud podrían buscarse de forma obsesiva otras opiniones médicas o tratamientos alternativos que restituyan la salud.

3) Fase de desorganización y desesperanza

En esta etapa se intensifican los sentimientos de desesperanza y soledad al imponerse la noción de la realidad y la aceptación consecuente de lo que está pasando, cayendo inevitablemente en una etapa de depresión y apatía.

4) Fase de reorganización

En esta fase se encuentra en condición de aceptar esta nueva situación y es capaz de redefinirse a sí mismo, a su nuevo contexto, que incluye a la enfermedad, y su caso, a la proximidad de la muerte.

Por su parte, Kübler-Ross (1969) propone una tipología para describir las fases psicológicas que pasa el enfermo terminal, las cuales se describen a continuación:

1) Negación

La primera reacción es de choque e incredulidad. Se niega la información, creyendo que es imposible, eso no puede estar pasando. Consiste

en la resistencia del enfermo a aceptar la realidad de su situación, reacción que es frecuente frente a la muerte inminente o una enfermedad crónica.

La negación es un mecanismo adaptativo ya que cumple una función protectora que permite al enfermo enfrentarse de un modo gradual a su condición. Algunas manifestaciones pueden ser el intento de buscar opiniones médicas que le nieguen el diagnóstico, que hablen de una equivocación. Al extremo puede convertirse en un obstáculo para la comunicación y planificación de los tratamientos.

2) Ira

El doliente es hostil y desagradecido con las personas que lo rodean. Siente que no hay razón suficiente para que una situación como ésta le ocurra, mientras que la vida para los otros sigue igual. La ira surge del sentimiento de importancia que produce al paciente el hecho de saber que va a morir pronto. Se puede manifestar como irritabilidad, agresión, dirigida hacia los demás o incluso hacia Dios.

3) Negociación

La persona creyente se dirige a Dios, preguntándole por las razones del porqué de la pérdida. Hay una aceptación parcial de la situación. El enfermo hace un intento de aplazar su muerte con la intención de solucionar un asunto pendiente ofreciendo algo a cambio para obtener lo que desea. Esto surge de la esperanza de vivir.

4) Depresión

La persona siente un profundo dolor, ya que ha aceptado la situación real de la ausencia. Los vínculos con la persona ausente se comienzan a romper, a partir de lo cual se toma una actitud de apatía y silencio. Surge al

enfrentarse a diferentes pérdidas derivadas de su condición de enfermo como la pérdida de independencia, de control sobre sus actos o su cuerpo.

5) Aceptación

La atención se centra en sí mismo. Se acepta la situación de ausencia, con tristeza y serenidad. Se alcanza cuando se resuelve la fase depresiva y consiste en una separación gradual de los lazos afectivos, de los roles y objetos de la vida en general; aquí el paciente ya ha comprendido su situación y realiza una conciliación existencial.

3.1.4.1 Duelo familiar

La pérdida de la salud en un miembro es una de las mayores crisis a la que tiene que enfrentarse un sistema familiar, ya que amenaza su existencia, se encuentra tal vez, justo detrás de la muerte de alguno de ellos.

Uno de los objetivos de un sistema abierto es desarrollar mecanismos de adaptación que le permitan continuar existiendo en cualquier circunstancia. Por lo tanto, si el sistema tiene suficientes recursos, reaccionará con un cambio adaptativo, si no los tiene, el sistema puede desaparecer. La reorganización del sistema necesita tiempo.

Es necesario adoptar una conducta defensiva de la integridad del sistema. Sobre el duelo familiar, Pereira (2002), desde la teoría sistémica esboza algunos mecanismos de defensa ante un duelo familiar:

- 1) Reagrupamiento de la familia nuclear.
- 2) Intensificación del contacto con la familia extensa o con las personas más cercanas afectivamente.
- 3) Disminución de la comunicación con el medio externo.
- 4) Apoyo socio-cultural a la continuidad de la familia.

- 5) Exigencia de tregua en los conflictos familiares “antiguos”, una aparente y momentánea reconciliación.
- 6) Conductas con frecuencia de debilidad, reclamantes de protección por parte de la familia hacia sistemas sociales más extensos como la escuela, el trabajo o la iglesia. Es decir, ante el dolor y aflicción familiar la tensión y presión exterior tiende a ceder, y los cuidados se incrementan.

Asimismo, la reorganización familiar (Pereira, 2002) durante el duelo por pérdida de enfermedad implica cuatro dimensiones fundamentales:

1) Reorganización de los sistemas comunicacionales en lo relativo a las:

- Habilidades y capacidades comunicacionales de la familia.
- De la importancia del enfermo en la comunicación familiar.
- De la brusquedad con que se produce el diagnóstico.

2) Reorganización de las reglas de funcionamiento del sistema:

- De las reglas que sea necesario modificar.
- De lo repentino del diagnóstico.
- Del ciclo vital de la familia.

3) Redistribución de roles.

4) Adaptación a una nueva realidad con la presencia de la enfermedad y sus consecuencias.

3.2 Análisis Teórico-Methodológico de Dos Casos Clínicos

3.2. 1 Concentrado de Familias atendidas*

Observadora

* Los nombres de los consultantes fueron cambiados para proteger su anonimato.

NOMBRE DE LA FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	ESCENARIO CLÍNICO Y SUPERVISORAS
Guerra Gómez	Bajo aprovechamiento escolar, falta de comunicación y posible consumo de marihuana.	C.C.H. Supervisora: Carolina Rodríguez González.
Gómez Rojas	Trastorno de la conducta alimentaria, depresión.	C.C.H. Supervisora: Carolina Rodríguez González.
Valdés Soriano	Aislamiento, depresión, falta de comunicación con papá.	C.C.H. Supervisora: Carolina Rodríguez González.
Rodríguez Zamora	Falta de comunicación con mamá.	C.C.H. Supervisora: Carolina Rodríguez González
García Hernández	Depresión, problemas de pareja.	ISSSTE Supervisora: Susana González Montoya

NOMBRE DE LA FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	ESCENARIO CLÍNICO Y SUPERVISORAS
----------------------	--------------------	----------------------------------

Aguirre González	Problemas de pareja.	ISSSTE Supervisora: Susana González Montoya
Sánchez López	Problemas de pareja.	ISSSTE Supervisora María Rosario Espinosa Salcido

Terapeuta

NOMBRE DE LA FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	BAJA	ALTA	ESCENARIO CLÍNICO Y SUPERVISORAS	SESIONES
Marín Pedroza	Rebeldía, bajo aprovechamiento escolar, alejamiento entre madre e hija.	X		FESI Ofelia Desatnik M.	4

Marín Castro	Cambio en el ciclo de vida de familia con un hijo autista que ingresa a la adultez.	X		FESI Luz de Lourdes Eguiluz Romo	4
Castro Sánchez	Timidez y problemas de comunicación con papá.		X	C.C.H Juana Bengoa González	9
Ornelas Gutiérrez	Crisis ante inicio de enfermedad crónica.		X	ISSSTE Susana González Montoya	5
Arroyo Vázquez	Trastorno de lenguaje.		X	ISSSTE María Rosario Espinosa Salcido	5
García Gómez	Dos intentos de suicidio.	X		FESI Luz de Lourdes Eguiluz Romo Iris X. Galicia Moyeda	5
Buenrostro Rosas	Hijo con T.D.A.H.	X		FESI María Suárez Castillo	5

A continuación, a la luz de lo descrito en el apartado anterior, se analizarán dos casos de familias atendidas en las instalaciones de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla las cuales presentan a la enfermedad, y el duelo por enfermedad, como un importante eje de análisis e intervención terapéutica.

3.2.2 Caso 1

Expediente Clínico

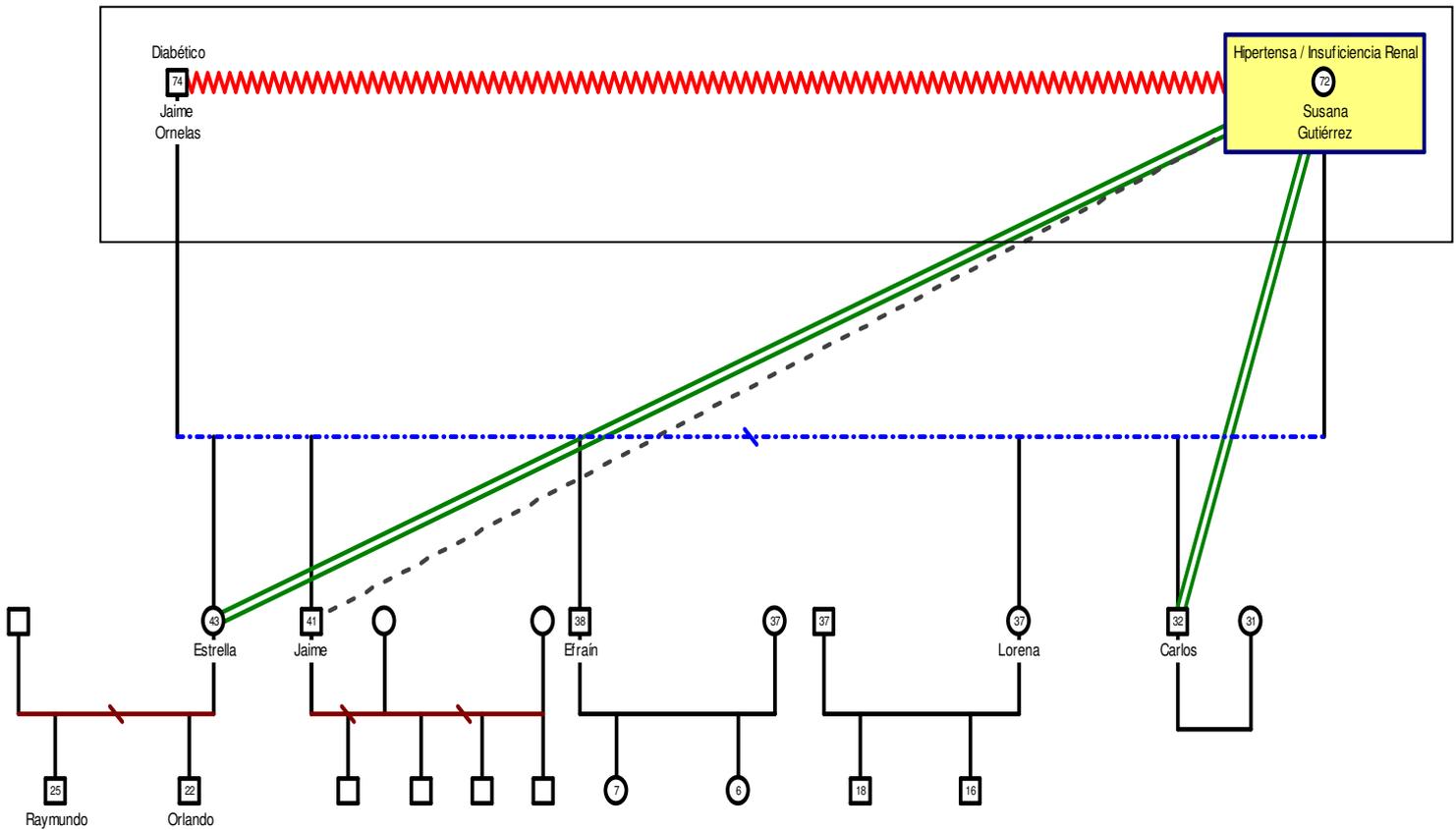
Sede: Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla

Supervisora: Mtra. Susana González Montoya

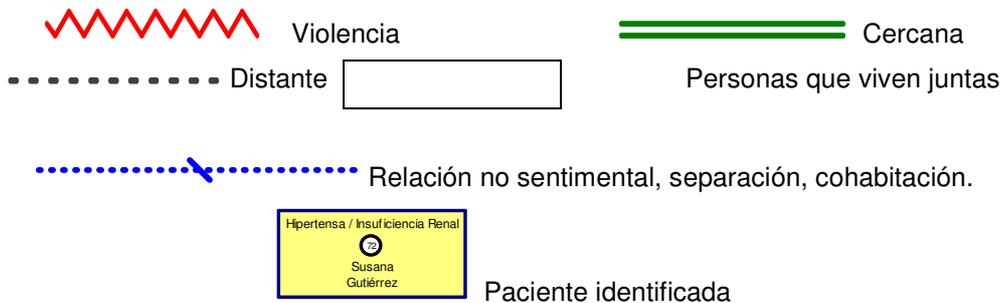
Nombre de la familia: Ornelas Gutiérrez

Número de sesiones: 5

Familiograma:



Simbología de relaciones:



Nota: Los nombres de los consultantes fueron cambiados por motivos de confidencialidad.

Motivo de consulta:

A la Sra. Susana le informaron, dos semanas antes de iniciar el tratamiento, que su riñón no funcionaba adecuadamente, de hecho, su funcionamiento era muy deficiente por lo que era probable que tuviera que someterse a diálisis. Bajó 8 kilos en esas dos semanas, no dormía ni comía

bien y lloraba mucho. Esta situación le provocó mucho miedo, angustia y tristeza.

Antecedentes familiares:

Refirió que tras 28 años de matrimonio, su esposo se fue de la casa e inició una nueva relación, la cual sólo duró 5 años, por lo cual regresó con la Sra. Susana; ella lo recibió por tratarse de quien la mantenía y ser el padre de sus hijos, a pesar de que le aconsejaron que no lo hiciera, situación que se reprocha actualmente. Explica que después de su regreso sólo por unos años tuvieron vida conyugal, posteriormente ella se cambió de cuarto y ya no tuvieron vida sexual común. La relación ha sido muy mala, se pelean constantemente, pues el señor presenta también una enfermedad crónica, es diabético, por lo que, ella considera, es malhumorado y enojón. Él critica lo que ella hace, se enoja y le grita, como “echándole en cara” todo lo que a su juicio hace mal. Ella lo culpa de su enfermedad del riñón pues a raíz de que salió de casa empezó con la hipertensión, la cual es considerada como la causa de la insuficiencia renal. Hasta 2 meses antes de iniciar el tratamiento vivió con ellos Carlos, el hijo más pequeño, mas se casó y se fue a vivir a su propia casa. Carlos era quien la defendía del padre, era su apoyo moral.

La Sra. Susana estudió hasta 4to. de primaria y salió muy joven de su pueblo natal para casarse. Lo describe como “haber salido de un encierro a otro”, primero en su pueblo en la casa de sus padres y después al casarse en la casa familiar cuidando a sus hijos y su marido. Su única relación fuera de casa fue la Iglesia, pues con su familia de origen perdió el contacto, sus relaciones fuera de su familia actual son con sus cuñadas. Es una mujer muy devota, asiste frecuentemente a Misa y los diferentes cursos que dan en su Templo. De hecho, la religión fue su único consuelo al irse el esposo, muchos la criticaron, incluso sus hijos. Es madre de 5 hijos, 2 mujeres y 3 hombres. Ninguno de ellos es profesionista, dos de ellos son burócratas y los otros dos son empleados en la iniciativa privada, y la otra se dedica al hogar. A pesar de haber estudiado poco y no haber nunca trabajado fuera del hogar, la Sra. Susana tuvo la idea de comprar el terreno y de construir lo que actualmente es su casa. Ella se encargó de todo, incluso hasta de la distribución de los cuartos y el jardín, situación que la llena de orgullo.

Considera que como siempre estuvo sola, con o sin su marido, no supo exigirles a sus hijos que estudiaran, que se superaran, además, los protegía del padre, mentía por ellos, situación que le provocó muchos disgustos con su esposo y hoy en día se culpa por no haber sido lo suficientemente “exigente”.

Sus hijas también se casaron muy jóvenes y solo la mayor estudió, ya casada, un carrera corta, los demás llegaron solo a la preparatoria. Tiene mucho contacto con su hija Estrella, comen casi diario juntas y convive con sus hijos. Con su hijo Jaime Alberto, el más parecido a su esposo, casi no tiene contacto, no sabe a qué se dedica, lo considera su fracaso como madre, es la oveja negra de la familia. Comenta que Efraín y Carlos son su orgullo pues, a pesar de no haber estudiado, las actividades que desempeñan son profesionales (uno se desempeña en una agencia de mercadotecnia y el otro en un despacho) y les va bien. Su hija Lorena “está como ella” su esposo la humilla y vive encerrada en su casa, casi no la ve.

Hipótesis:

La hipótesis que se estableció inicialmente es que la Sra. Susana se encontraba en crisis por el diagnóstico de insuficiencia renal, la cual ella explicó como una consecuencia de los malos tratos de su esposo, reavivando sus rencores hacia éste, y esta experiencia circularmente tiene un efecto en su salud, en las posibles estrategias para enfrentar el problema y atenderse. Posteriormente se le añadió que como es una persona profundamente católica no tenía una forma óptima y no culpígena de descargar su enojo e impotencia hacia el esposo y hacia la aparición de la enfermedad. Además de que esta fase coincidía con la salida de su último hijo de casa y en consecuencia, el quedarse sola con su esposo sin tener quien la protegiera de él o estuviera pendiente de ella.

Objetivos:

Corto plazo

1. Esclarecer el motivo de consulta.

2. Validar y normalizar la tristeza y desesperación al conocer el diagnóstico.
3. Entender el enlace entre ciclo de vida familiar, ciclo de vida de la enfermedad y momento de vida de la consultante.

Mediano plazo

1. Retomar recursos y lados fuertes para afrontar la enfermedad y su situación conyugal.

Largo plazo

1. Lograr adherencia al tratamiento médico-dietético.
2. Lograr una actitud positiva y activa frente a la enfermedad.
3. Desarrollar estrategias protectivas para sobrellevar conflicto conyugal.

Intervenciones terapéuticas:

Las intervenciones estuvieron sustentadas primordialmente por las guías para la evaluación y tratamiento psicoterapéutico de las enfermedades crónicas de Rolland (2000), al que se le incorporó el Modelo de Terapia Breve centrado en el problema en lo relativo al uso de la postura del paciente, algunas técnicas del Modelo de Soluciones para el esclarecimiento de los avances, y el uso de un contradocumento del Modelo Narrativo para enfatizar recursos.

Primera Sesión

Se inició con un joining cercano, específicamente no verbal a través del silencio y de la no interrupción, de una posición corporal cercana y relajada, para favorecer una relación empática, pues la señora venía con una gran carga emocional y tenía la necesidad de hablar y llorar sobre cómo había sido el diagnóstico de su enfermedad, lo que sentía y cómo se la explicaba. Fue validada en lo relacionado a su miedo y dolor por la pérdida de su salud, se normalizó la angustia y la tristeza pues se acababa de enterar.

El planteamiento del motivo de la consulta fue largo y muy atropellado, su carga emocional era muy fuerte y en ese momento lo más apropiado fue dejarla hablar. A lo largo del discurso surgieron diferentes premisas de género

en relación con su “ignorancia” y pocos estudios lo cual promovió, según ella, los maltratos de su esposo y en consecuencia que estuviera enferma, pues su esposo la repudia tanto que no quiere ningún contacto con ella, no quiere su ayuda a pesar de encontrarse enfermo. Se redefinió que el tener o no tener estudios no tiene que ver con hacer las cosas con gran inteligencia y fuerza, como en su caso.

Del mismo modo, se redefinió el “repudio” de su esposo como un permiso que le otorga éste para mantenerse más al pendiente de sí misma y no de los demás. Utilizando su postura de *persona que ayuda* se le preguntó de que formas se ayuda a sí misma ahora que ha sido diagnosticada y habló de la religión, el cual resultó ser su recurso más importante. Para ella la religión ha sido el más grande de los refugios y el mayor consuelo ante la adversidad, relata como le ayudo a superar su separación asistir a misa casi a diario y a los cursos que ofrecía su parroquia, además de platicar durante varias horas con su confesor. Dice que fue criticada por sus hijos pero que a ella no le importo pues se sintió muy consolada. Apelando a que ella “se graduó de la universidad de la vida” se le pidió que me ayudara a entender qué esperaba de esta terapia, para esbozar un objetivo terapéutico, a lo que respondió que lo que quería era sentirse mejor, descargarse un poco.

Utilizando su postura, y su recurso más fuerte, la religión, fue validada en su sufrimiento y que aún enferma y con problemas ha dado muestras de la gran fortaleza que Dios le ha dado, por lo que se le pidió, pues no lo había hecho, y que tendría que empezar a hacer como la buena persona que es, ver por sí misma, pues ya nos dice Dios *Ayúdate, que yo te ayudaré y Ama a los demás como a ti mismo*. Por lo tanto, era momento para cuidarse y ver por sí misma de forma disciplinada. Es decir, se construyo desde sus propios constructos y creencias. Este primer paso fue fundamental para lograr adherencia al tratamiento médico-dietético pues la enfermedad presenta un curso constante y potencialmente mortal, lo que quiere decir, que con una adecuada alimentación y medicación la posibilidad de un daño mayor y la consecuente diálisis disminuye, o por lo menos se retrasa un poco, aumentando la calidad de vida para la consultante.

Este paso no hubiera sido tan firme de no haberse apuntalado en el recurso quizás el más importante de la consultante: su religión. Al haber

enmarcado las ideas de autocuidado dentro de un marco espiritual obtuvieron credibilidad pues se le atribuyó un significado que trasciende la esfera de lo humano desde el propio sistema de creencias de la consultante. No obstante, al final de este análisis haré algunas aclaraciones de lo que esta experiencia en lo particular implicó para mí en lo relacionado con mis valores, mi religión y mi espiritualidad, pues su sistema de creencias no fue utilizado únicamente de forma instrumental.

Segunda Sesión

Derivada de la contención emocional y de retomar del sistema de creencias de la consultante, la adherencia al tratamiento médico-dietético aumentó rápidamente de una sesión a otra, la pérdida de peso fue disminuyendo, empezó a comer y dormir mejor, y dejó de sentir “tantas ganas de llorar”. Al igual, la actitud hacia la enfermedad cambió pues explicó que al principio se asustó mucho y no sabía que hacer, mas en ese momento con el apoyo de sus hijos logró comer mejor, en orden, así como tomar sus medicamentos en el momento adecuado, empezando a tener confianza de que podía estar mejor. Se normalizó la situación al asegurar que cualquier persona en su posición se hubiera asustado y sentido mal, además que es normal paralizarse por el impacto de una noticia así. Se rastreó información relativa a las cosas diferentes que estaba haciendo para afrontar la enfermedad observándose el apoyo de sus hijos y el trabajo en terapia como recursos importantes. Se redefinió como saber escuchar los consejos de los demás y el saber pedir ayuda cuando uno lo necesita.

Sin embargo su situación conyugal, miedo y rencor entremezclados, se agudizó, por lo tanto, primero se redefinió la actitud hostil del esposo como aburrimiento, insatisfacción personal, celos y consecuencias naturales de una enfermedad crónica. Se pudo observar que la consultante se encontraba en la fase de ira del duelo por la pérdida de salud, una ira que no podía dirigir a Dios y que tampoco podía dirigir de forma declarada hacia quien creía culpable de su situación, su esposo, por su sistema de creencias, por lo que entonces, dirigía su ira parcialmente hacia sí misma por lo que no hizo para protegerse y en otra proporción, y de forma algo confusa, hacia su esposo.

Tercera Sesión

Al no lograr disminuir la carga emocional, la ira, dirigida en parte hacia sí misma, en parte hacia su esposo, se nombró la situación como violencia y que como tal no podía ser justificada, ante lo cual reaccionó favorablemente abriendo paso a la discusión del manejo de la situación. Se rastreó información relativa al manejo de los episodios violentos del marido, tomando en cuenta de que lo conoce mejor que nadie y durante muchos años lo ha sabido sobrellevar con el objetivo de retomar sus estrategias protectoras y lados fuertes. Se iluminan las estrategias funcionales utilizadas y elogiaron al ser una muestra de prudencia, paciencia e inteligencia de su parte. Posteriormente, tiene una cita de seguimiento médico en donde sus análisis salen casi normales, a lo cual ha nombrado un “milagro”. A lo que se le contesta que por supuesto que Dios hace milagros y que ella le ha ayudado, pues ha sabido escuchar los consejos de los demás y los ha seguido, ha hecho la dieta como se lo han dicho y se ha tomado sus medicamentos en orden, pues Dios siempre nos dice *Ayúdate que yo te ayudaré*.

Cuarta Sesión

Se utilizó una escala de avance en lo relativo al objetivo inicial que era el de sentirse mejor, menos preocupada, y refiere un avance de 5 puntos, es decir, inicialmente estaba en 0. Se elogia el avance y se hace un recuento de los recursos usando la metáfora de *la llave para el control de su enfermedad* y la importancia de seguir usándola con prudencia y encomendándose a Dios para saber escuchar los consejos de los demás, seguir su dieta, pedir ayuda y seguir confiando en su mejoría.

Quinta Sesión

Se observó que en este punto estaba ya dejando la fase de ira e iniciaba probablemente la de negociación específicamente a partir del pensamiento de que no estaba “tan mal como otros”, y que podía controlar su enfermedad, aunada a esta situación la ira dirigida hacia sí misma desapareció y la dirigida

hacia esposo cambio a aceptación de la situación que como pareja vivían desde hace tanto tiempo, pues al analizar sus posibilidades reales, económicas especialmente, era mejor permanecer como hasta el momento.

Cierre

Se le hizo una plegaria u oración en donde se hace un recuento de sus recursos para afrontar su enfermedad y su situación conyugal, la cual se le entrega junto a una llave de San Benito, patrono de las enfermedades del riñón, como metáfora del control que tiene sobre su enfermedad a través de su confianza en Dios y en las actividades que realiza para estar mejor.

Técnicas

1. Validación: Fueron validados principalmente el miedo, la tristeza y la confusión derivados de la pérdida de su salud.
2. Normalización: Fueron normalizados las emociones anteriores, especialmente la parálisis y crisis derivada del diagnóstico.
3. Redefinición: Se redefinen principalmente premisas de género y la actitud hostil del marido.
4. Lados fuertes: Se resaltaron en todo momento sus recursos y logros.
5. Uso del elogio: Se elogiaron las estrategias recién encontradas para enfrentar su enfermedad y las que ya había desarrollado para sobrellevar a su esposo.
6. Contradocumento : Para resaltar sus recursos se recurrió al uso de un contradocumento en forma de plegaria u oración donde se enfatizaban éstos:

Señor te pido me AYUDES a encontrar la tranquilidad para que con PRUDENCIA y PACIENCIA pueda DARME ÁNIMO ante la adversidad y CONFIANZA para superar mis aflicciones.

Te pido Señor me AYUDES a ESCUCHAR LOS CONSEJOS DE LOS DEMÁS, para hacer lo necesario para sentirme mejor.

Te pido me AYUDES a encontrar la fuerza para hacer las cosas que necesito hacer para SENTIRME MEJOR aunque no me gusten, para así poder COMPARTIR CON LOS QUE ME QUIEREN y a quienes quiero, tanto mis alegrías como mis penas.

Te pido Señor me AYUDES a seguir haciendo las cosas que ME GUSTAN y AYUDAN a sentirme mejor.

Te pido Señor, como a San Pedro, me AYUDES a conservar la llave para controlar mi enfermedad, te pido seas mi custodio y mi guía, de mi no apartes tu protección.

A ti me acojo y elevo esta humilde petición con PRUDENCIA, CONFIANZA, TRABAJO y AMOR, tenme piedad AYUDÁNDOME a apartar de mi destino toda miseria y tristeza.

Se trata de una enfermedad de aparición gradual, de curso constante, con la posibilidad de un desenlace mortal si la situación sale de control o de llegar a una discapacidad por el mal funcionamiento de los riñones. Su arribo a consulta fue al final de la fase de crisis ante el diagnóstico y el inicio de la fase crónica de la enfermedad, es decir, el de la convivencia cotidiana con ésta y los cambios permanentes en su rutina y estilo de vida.

Por lo tanto, el inicio del tratamiento fue el de una intervención en crisis en donde lo más importante era escuchar a la consultante para que ésta lograra descargar las emociones que el diagnóstico le había provocado tales como desesperación, angustia y tristeza, además de una ira hacia el esposo, y hacia ella misma, al culparlo de su enfermedad.

Lo principal en este caso era manejar la parte emocional de la consultante con el objetivo de promover una actitud positiva hacia la

enfermedad y lograr adherencia hacia el tratamiento médico-dietético. Además, del manejo emocional, resaltar los lados fuertes y recursos con los que la consultante había empezado a afrontar la enfermedad y las adversidades en su vida fue fundamental (Rolland, 2000). Es en este punto donde surgió lo espiritual como la fuerza para afrontar el dolor, el sufrimiento y la enfermedad, y de encontrarles un sentido, y con esto, tener la capacidad de transformar su vida.

Para los ancianos las redes sociales (Sluzki, 2000), como un sistema dinámico en permanente evolución y activamente inserto en el microsistema sociocultural, promueven la evolución de sus historias a historias alternativas consensualmente validadas que facilitan el cambio y promueven la sensación de competencia.

En este caso, sumadas a la espiritualidad, se encontraron que las redes sociales de la consultante, las cuales incluían a su Congregación religiosa, su familia, su equipo médico e incluso nosotros mismos, quienes con el paso del tiempo, a decir de la consultante, adquirimos una gran importancia y sobretodo, ganamos su confianza, tenían una gran importancia emocional, espiritual e instrumental y al mismo tiempo, podían ayudar a promover el cambio. Y así fue, pues a manera de consejos de la gente “que la quiere” y a la “que le importa” y a los que ella ha sabido escuchar, la Sra. fue desarrollando adherencia hacia el tratamiento médico-dietético de tal forma que a los siguientes exámenes de seguimiento, todo estaba en orden.

La actitud hacia la enfermedad se observó ambivalente pues la consultante se encontraba en un dilema. En su duelo por pérdida de salud la consultante reavivó situaciones de pareja inconclusas que le causaron gran enojo y que por su sistema de creencias la pusieron en el dilema de dejar al marido para protegerse y dejar de sufrir, y ser mal cristiana, es decir, no apegarse a lo que su religión le dicta. Mismo dilema en el que se encuentra ante el enojo por su enfermedad pues no puede enojarse con Dios ni con su esposo de forma declarada pues no sería adecuado para una persona tan devota como ella, entonces dirigía parcialmente su enojo hacia a él y en parte hacia ella por no haberse protegido antes y haberlo aceptado aún después de haberle sido infiel, y haberse sometido a tanto estrés el cual derivó el la hipertensión causante de la insuficiencia renal. Además, de que no existía la

posibilidad de una comunicación abierta con el esposo pues a pesar de que viven en la misma casa sus vidas son a parte y mucho menos de ingresarlo en el tratamiento.

Por lo tanto, fue necesario ayudar a la consultante a liberarse de la culpa por la toma de decisiones que hizo en el pasado, religión mezclada con premisas género, e ir iluminando de qué forma esas decisiones en el momento presente hacen de su vida y la de sus hijos algo diferente, como por ejemplo, el tener una casa, el que sus hijos hayan llegado a cierto grado escolar, el que sus hijos se muestren tan agradecidos con ella y le guarden tanto respeto a diferencia de su esposo. Esto promovió que la consultante percibiera a su esposo de forma diferente y pensara que no era una persona feliz ni querida por los demás, a diferencia de ella, que aún enferma era muy visitada por sus hijos y hermanas.

El cierre del tratamiento llegó en el momento en que la paciente mostró un mayor control sobre la enfermedad, lo que se traduce en adherencia al tratamiento y una actitud más positiva hacia la misma, y se reforzaron sus estrategias protectivas ante el “malhumor” y violencia verbal del esposo.

Este caso tuvo una gran relevancia en mi práctica terapéutica, y también en lo personal, al incorporar como tema a la enfermedad crónica y la espiritualidad, y la forma en que ambas se entretajan y transforman la experiencia humana. Creo hoy en día que la terapia es un acto no solo científico, técnico y artístico por momentos, sino espiritual pues implica la transformación personal y la aceptación del dolor, en este caso, de la enfermedad, de la muerte, de la vejez, de la soledad, de todo aquello que por sí solo produce tanto temor y carece de significado de no ser le atribuyamos algo que vaya más allá de nuestra propia existencia. Considero que pocas veces como terapeutas reflexionamos sobre nuestra propia espiritualidad pues generalmente pensamos que es algo que va separado, sin embargo, yo creo que no lo está.

Habitualmente somos respetuosos con el credo del otro considerando que importa mucho más en qué crea él y menos en qué crea yo. Yo no estaría tan segura, pues la religión y la espiritualidad son una cuestión de valores, es decir, de los núcleos básicos sobre los cuales edificamos nuestras vidas y entendemos algunas cuestiones tan importantes como el respeto, la honestidad

o el amor. Y yo solo puedo amar a alguien como entiendo que es el amor, yo solo puedo respetar a alguien como creo que es el respeto. Es por eso que considero que no solo es importante saber en qué creen nuestros consultantes, cuáles son sus valores, y utilizarlos de forma instrumental, es decir, con apego a un fin, sino también saber cuáles son los nuestros eso daría una dimensión espiritual y ética, y con esto quiero decir honesta, transparente, y posiblemente transformadora, liberadora, a nuestra práctica.

3.2.3 Caso 2

Expediente Clínico

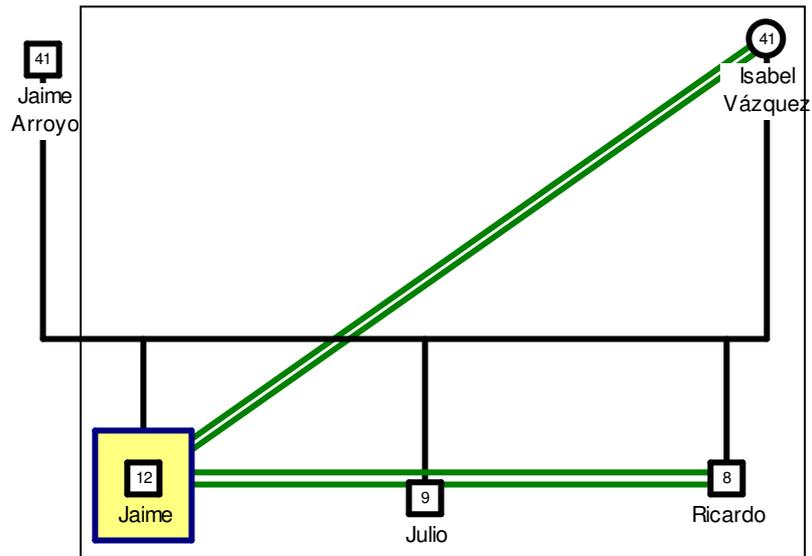
Sede: Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla

Supervisora: Rosario Espinosa Salcido

Nombre de la familia: Arroyo Vázquez

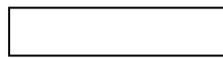
Número de sesiones: 5

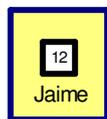
Familiograma:



Simbología de relaciones:

 Cercana

 Personas que viven juntas

 Paciente identificado

Nota: Los nombres de los consultantes fueron cambiados por motivos de confidencialidad.

Motivo de consulta:

Jaime presenta un trastorno de lenguaje, tartamudeo, especialmente en la escuela, cuando le pregunta algo la maestra, no puede hablar, se pone excesivamente nervioso.

Resumen:

Jaime desde pequeño no habla bien, con el paso del tiempo el problema se exacerbó en situaciones en las que se pone nervioso, tartamudea mucho. En casa el problema es pequeño, casi imperceptible, pero en la escuela no, ha sido citada la madre pues no puede hablar frente al resto de sus compañeros cuando se le pregunta. Presenta problemas de aprovechamiento y de relación. Va mal especialmente en matemáticas, a tal grado que los recreos los pasa con la maestra intentando regularizarse con poco éxito. La madre se sienta con él a ayudarlo en casa, le presta más atención, en este sentido, a él que a sus hermanos, sin embargo, describe que al no entender alguna información se "cierra" y no hace nada. Con sus compañeros solo se relaciona si éstos se acercan a él y le piden jugar, por lo que durante los recreos pasa el tiempo con su hermano menor de 8 años, Ricardo.

La madre lo describe como un joven aislado, que difícilmente expresa lo que siente a pesar de que ella le pregunta y se mantiene pendiente. Es un joven muy sobreprotegido en casa y en la escuela, tanto por la madre como por los hermanos. La madre es quien ve por el joven y busca la ayuda. El padre regresa a casa cada 25 días pues trabaja fuera de la ciudad y actúa frente a la preocupación de la madre hablando con el joven, acercándose cuando tiene tiempo.

Hace 6 meses Julio fue intervenido quirúrgicamente por un hematoma cerebral lo que tuvo a la familia bajo una fuerte tensión, la cual todavía no ha desaparecido por completo y por momentos, ante un síntoma físico como vómito derivado de un malestar estomacal y no del problema neurológico previo, provoca una preocupación excesiva y la consecuente movilización familiar.

Antecedentes de tratamientos:

Tratamiento psicológico en tres ocasiones, una en el DIF y 2 particulares, de los cuales desertaron por el costo que implicaba.

Hipótesis:

El síntoma de Jaime ayuda a la familia a diferentes niveles. Por un lado, para promover el manejo de la tensión y preocupación familiar derivada de la pérdida de salud de Julio, su hermano de en medio, y por el otro, para ayudar a una madre muy presionada por los problemas económicos, familiares y de pareja. Además, se conjugan situaciones de ciclo de vida de la familia, de la enfermedad y de la persona que se contraponen.

Objetivos:

Corto plazo

1. Esclarecer el motivo de consulta.
2. Descentrar la atención de Jaime.

Mediano plazo

1. Promover interacciones familiares diferentes que les permitan manejar la presión y tensión originada por problemas de salud y por la distancia del padre.

Largo plazo

1. Entender el conflicto vedado que existe en la pareja.

Intervenciones terapéuticas:

Las intervenciones se apuntalaron en las preguntas del interrogatorio circular tanto para aclarar el motivo de consulta, como para establecer un objetivo terapéutico y trabajar sobre éste.

Primera Sesión

En un principio, a pesar de ser Jaime el paciente identificado, quien asistió a consulta fue la madre, Isabel, pues consideró que primero debía

tantear un poco el terreno antes de llevar a sus hijos. Confesó haber dudado de la veracidad de la llamada pues al contar con información personal por un momento pensó que, como en otras ocasiones, se podría tratar de una llamada falsa. Fue validada en su desconfianza por lo que se buscó, a través de un *joining* cercano, crear un clima de confianza y certidumbre brindándole tanta información como se pudo del Programa de Residencia, como los años que tiene, las sedes, los apoyos institucionales, etc.

Posteriormente, se procedió a esclarecer el motivo de consulta. Aseguró que su hijo Jaime tenía problemas para convivir con los demás pues, tendía a apartarse de la gente, a aislarse, se pone muy nervioso al hablar en público, y tartamudeaba en ocasiones, situación que presenta desde pequeño. Por lo tanto, para descartar un problema orgánico o de aprendizaje, se procedió a rastrear información en torno al desarrollo del niño, encontrándonos que fue casi normal.

No obstante, se observó cierta tendencia hacia la introversión, cuestión que ha generado culpa en Isabel al asegurar que tal vez, por no dedicarle tiempo suficiente, sea responsable de ello. Fue validada su preocupación, pues al ser el primer hijo uno se va conociendo como mamá y va conociendo a su hijo y que como en cualquier relación se necesita tiempo para ir la construyendo e ir entendiéndose. Se preguntó la interacción de Jaime en la escuela, con sus hermanos, su papá y con ella.

Poco a poco se nos fue revelando que para la Isabel la culpa y preocupación por Jaime iba mucho más allá de no haberle puesto atención, se relacionaba con su propia historia pues ella también es la hija mayor. Al ser la hija mayor fue muy sobreprotegida, cuidada en extremo, lo que promovió mucha inseguridad y aislamiento en ella. Se abordó la forma en que solucionó esta situación y se le relacionó con la problemática actual de su hijo, específicamente cómo podría ayudarlo a solucionar el problema que enfrentaban.

Segunda Sesión

Al ingresar los niños a sesión se inició un interrogatorio circular para conocer las relaciones entre hijos-madre, hijos-padre, hermanos y escuela. Se

pregunta sobre las cosas que les gustan de su familia y las cosas que les gustaría que cambiaran. Se habla de peleas, mal humor y gritos. No obstante, se iluminan recursos importantes como el amor, apoyo y comprensión entre hermanos y mamá. Después se aborda la cuestión de Jaime, incluyendo la probable visión del papá, a través de preguntas circulares de comparación y clasificación.

Al abordar la cuestión de Jaime la madre llora y los chicos se entristecen por lo que orientamos las preguntas hacia los sentimientos y demostraciones de afecto lo cual nos permitió empezar a trabajar sobre lo soluble y medular de la situación, pues se observó como la presión los ha ido cambiando poco a poco a todos, especialmente después de que operaron a Julio, estableciendo como problema a solucionar la presión familiar. Se les dejan tareas en la búsqueda de provocar nuevas interacciones libres de presión y permeados por los recursos que iluminamos como el amor, la comprensión y el apoyo.

Tercera Sesión y Cuarta Sesión

Apoyados en el interrogatorio circular, se realizaron intervenciones con relación a las soluciones y enfocada a los cambios que lograron. Los avances fueron importantes y la atención se empezó a alejar de Jaime, pues se redefinió su timidez como la sensibilidad de Jaime para con su familia pues al atravesar una situación como la que pasaron con Julio era necesario replegarse y reflexionar, además de que necesitaba espacio y respeto pues también estaba atravesando por un momento de cambio físico y emocional.

Al descentrarse la atención de Jaime el problema de pareja salió a flote, el cual fue abordado en una sesión exclusiva para ésta.

Quinta Sesión y Cierre

En esta sesión la pareja llegó con muchas decisiones tomadas previamente y muy clara en el rumbo que querían tomar como familia, por lo que se les escuchó respetuosamente y se intervino solo en los momentos en que ellos lo solicitaron. En consecuencia, fueron dados de alta, con la posibilidad de volver a solicitar el servicio si consideraran que lo necesitaban de

nuevo, pues los acuerdos y decisiones a los que habían llegado parecían ser el camino adecuado para ellos.

Técnicas:

Preguntas de tipo:

1. Comparación y clasificación con relación a conductas de interacción.
2. Comparación y clasificación con relación a los diferentes subsistemas.
3. Intervención con relación a los sentimientos.
4. Intervención con relación a preguntas específicas
5. Intervención con relación a las soluciones.
6. Preguntas reflexivas.

La enfermedad en esta familia aparece como aguda de tipo episódico con la posibilidad de remisión. En esta familia las tensiones venían desde antes de la aparición de la enfermedad y se relacionaban específicamente con la distancia entre el trabajo del papá y el hogar familiar. La madre se sentía desde tiempo atrás muy sobre cargada y sola con la responsabilidad de educar a tres niños, dos en edad escolar, uno entrando a la adolescencia.

Por lo tanto, el problema de salud de Julio en su momento pudo ayudar a desplazar la atención de este conflicto de pareja y en el momento en que entró en remisión el conflicto necesitó otro distractor. En este caso la timidez de Jaime fue el síntoma de un sistema muy tensionado por problemas de salud y de pareja.

Lo fundamental en este caso era descentrar la atención de Jaime y repartir el síntoma en la familia y así llegar a un objetivo en común y soluble. El interrogatorio circular permitió, en sus diferentes categorías de preguntas, conocer las interacciones, intervenir en sentimientos y en las soluciones, así como diferenciar en subsistemas para centrar la atención en el problema de fondo, el de pareja.

Ahora bien, el síntoma de Jaime, puede ser visto como parte de un duelo familiar, en donde existe un reagrupamiento de la familia nuclear y una disminución de la comunicación con el medio externo. Además como una forma de exigir una nueva forma de comunicación e interacción dentro de la familia donde la madre estuviera menos sobre cargada y el padre tomara un papel más activo y cercano con los hijos, pues de hecho, este fue el acuerdo último al

que la pareja llegó, el papá renunció al trabajo que lo mantenía lejos y regresó al hogar familiar para apoyar a su esposa en la educación de los hijos.

Este caso como terapeuta me dejó una gran enseñanza: nuestros consultantes a menudo saben qué es lo mejor para sus vidas solo necesitan aclarar un poco sus ideas y encontrar en nosotros unos oídos y unos ojos que escuchen y vean sus posibilidades, sus recursos y sus fortalezas para ayudarlos a seguir el camino que ellos saben que quieren andar.

3.3 Análisis del Sistema Terapéutico Total

3.3.1 Definición de Sistema Terapéutico Total

El Sistema Terapéutico Total (STT) puede entenderse como un conjunto de sistemas en interacción, insertado dentro de un marco institucional. Por lo tanto, para su comprensión cabal y puntual es fundamental conocer, en primera instancia, los diferentes sistemas que lo integran. De acuerdo a Troya y Aurón (1988), la supervisión es un espacio teórico en el que se diagnóstica a la familia y al Sistema Terapéutico (ST), se deciden modalidades terapéuticas y se retroalimenta y acompaña al terapeuta para optimizar su desempeño en el sistema terapéutico. El Sistema Terapéutico (ST) está conformado por el Sistema Familiar en conjunción con el terapeuta. Aunado a este sistema se encuentra el Sistema de Supervisión (SS), formado por el Equipo de supervisandos y el Supervisor. Asimismo, el Sistema de Supervisión en conjunción con el Terapeuta forma el Sistema de Terapeutas (S de T). Finalmente, el ST unido al SS forma el STT.

La supervisión dentro de la Residencia en Terapia Familiar generalmente es en vivo, al igual que cruzada (es decir, terapeuta con equipo de supervisión), en ocasiones es relatada y en las menos, por videocasete. La supervisión en vivo puede entenderse como contexto, como tratamiento y como entrenamiento (Berger y Dammann, 1982). Como contexto se entiende las diferencias que plantea que el terapeuta principal sea supervisado a través del cristal de una cámara de gessel. Entre estas diferencias se encuentra la separación del supervisor del campo emocional de la familia lo que deriva en que éste podrá ver con mayor rapidez los patrones y podrá intervenir con

mayor rapidez. En cambio el terapeuta se unirá a la familia, por lo que acomodará sus pautas transaccionales, sus estilos emocionales e incluso su lenguaje a ésta, y al mismo tiempo, deberá actuar sobre los patrones de la familia.

Como tratamiento es una forma más condensada, más rápida e intensa que otros modos de tratamiento. Esto se debe a que la información es procesada y utilizada de forma rápida. Como modalidad de entrenamiento promueve que el terapeuta reciba retroalimentación al momento de hacer terapia de tal forma que pueda cambiar el curso de ésta.

El papel del supervisor de acuerdo a Montalvo (1973) se puede resumir en tres puntos:

- 1) Inferir de las interacciones de las sesiones los deseos y preferencias de la familia, en lo individual y la forma en que éstas se interrelacionan.
- 2) Utilizar esto para dirigir al terapeuta en las demandas de la familia, las intervenciones, arreglos en las pautas y situaciones, para que se puedan mover hacia el cambio.
- 3) Utilizar su experiencia para mantener un margen de maniobra mientras el cambio ocurre, previniendo una fuerte dislocación de la realidad durante el proceso de cambio.

Es decir, observa el Sistema Terapéutico y el Sistema familiar de tal forma que disminuya el impacto afectivo de las interacciones familiares y pueda observar las acciones del terapeuta, detectar sus dificultades y relacionar unas con otras (Troya y Aurón, 1988).

3.3.2 Análisis del STT

En el Capítulo 2 ya fueron descritos los escenarios clínicos y su inserción dentro de los diferentes marcos institucionales como la FES-Iztacala, el CCH Plantel Azcapotzalco y la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE. Aunados a estos contextos institucionales, el STT se inserta en las regulaciones de calidad y compromiso derivadas de la pertenencia del Programa de Maestría en Psicología en el Padrón Nacional de Posgrados de Excelencia del Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACYT) y

de su pertenencia a la UNAM como institución educativa, específicamente en lo relativo a la tradición, prestigio y compromiso social. De lo anterior, se derivan diferentes reglas de comportamiento, implícitas y explícitas, así como expectativas muy altas de la calidad del servicio por parte de los consultantes.

Del mismo modo, el STT tiene relaciones internas, dentro de la FES-Iztacala, importantes. Se relaciona, no sólo como referencia o derivación de consultantes sino también para el diagnóstico y tratamiento conjunto, con la Residencia en Neuropsicología, en casos de síndromes orgánicos. Del mismo modo, mantiene una relación importante con la Unidad de Evaluación Psicológica en lo relativo a diagnóstico específicamente cuando se sospecha de problemas de aprendizaje no derivados de la interacción familiar. Asimismo, hacia el exterior, mantiene relación con otras Instituciones especializadas en adicciones como los Centros de Integración Juvenil para el tratamiento integral de los consultantes.

La terapia supervisada es en sí un acto co-construido entre terapeuta, familia, supervisora, equipo de supervisión y observadores pues el “problema” se va revelando en la interacción de todos y dosis pequeñas, lo que un momento parecía la explicación de un problema en otro momento nos devuelve a otro nivel de explicación más complejo y que exige un cambio en el momento de las estrategias. La “revelación del problema” es una interacción discontinua y heterogénea, la información no fluye de la misma forma siempre, en ocasiones, es lenta, muy lenta, y el terapeuta se enfrenta a callejones sin salida aparente, y en otras el flujo es tan rápido, impresionante e intenso lo que hace pensar que todas las partes de este engranaje terapéutico caminan armoniosamente y en sincronía.

La observación de cada una de las partes, desde su propia epistemología, su posición en el momento y frente al problema, sus intereses y posibilidades remiten al acto terapéutico a diferentes órdenes de recursión, ya sea volteando a un pasado que se actualiza, a un presente contextual, o proyectándose en el futuro, como un cambio posible y deseado, todas las miradas se dirigen al entramado de relaciones e interacciones apoltronadas en un contexto que los dota de viabilidad y significado.

Del mismo modo, las hipótesis derivadas de este acto de observar, no exclusivo del terapeuta, supervisor y observadores, sino también por parte de

la familia, surgen y se comprueban en el momento, derivando en nuevas hipótesis, nuevos mapas de interacción y por lo tanto, en nuevos escenarios posibles de explicación. Las hipótesis son, entonces, una serie de distinciones sobre distinciones concatenadas y autorreferentes. Quien las esgrime está conectado a su propia construcción, por lo tanto, la validación en el contexto es fundamental, es en este punto donde el acto de co-construcción toma especial relevancia pues el paciente en la interacción con el terapeuta va desechando lo que no encaja y aceptando lo que encaja.

Por lo tanto, la realidad terapéutica se esgrime como algo más que las realidades referidas por cada una de las partes de este sistema, está en otro nivel lógico, pues tenemos por un lado la realidad que se construye dentro del consultorio, en la interacción terapeuta y paciente, la que se construye dentro de la cámara de *Gessell* y finalmente, la derivada de ambas realidades. La labor dentro de la cámara de *Gessell* es fundamental y de gran valor terapéutico pues permite que los que están ahí establezcan distinciones, sobre las distinciones, de las distinciones del terapeuta y el paciente de tal suerte que se pueda elaborar una descripción, recordemos que la descripción es posterior a la distinción, conformada por un mayor número de puntos de vista y epistemologías, y no es que promueva hipótesis en realidad más certeras, por decirlo de una forma, pero si más completas.

La oportunidad de detener la sesión en un momento para dar mensaje final y tarea promueve la generación de estrategias más complejas, pues la contribución espontánea de los equipos ayuda al terapeuta a brindar mensajes más intensos o reflexivos, además para el consultante que sabe que el terapeuta va a consultar el equipo le da un soporte social y de solidaridad muy grande, pues hay muchos ojos en la búsqueda de soluciones, de apoyos, para él.

Tomando en cuenta que toda observación es hecha por un observador y cuyo ojo guía su actuar, el sujeto está dentro de lo que observa, lo que hace que de acuerdo a su perspectiva oriente su mirada y acción a situaciones muy específicas derivadas de su ciclo de vida, sexo, situación particular y mapas cognoscitivos. Esto es realmente una situación muy peligrosa pues al encontrarse en su praxis de vivir puede no darse cuenta de lo que hace y derivar en situaciones peligrosas, pues a pesar de que de forma habitual el

paciente no le acepte sus distinciones, un terapeuta cegado por sus propias ideas de qué está pasando, o sobre lo que es importante en terapia, puede derivar en falta de adherencia al tratamiento, incompreensión y en casos graves, deserción.

3.3.3 De los lentes del observador y el poder en supervisión

De lo que anteriormente comenté surge como una de las cuestiones fundamentales para cualquier terapeuta, y más para un sistémico, el de los lentes con que elija mirar a sus casos. Si bien es una cuestión que afecta a cualquiera que trabaje con personas, a cualquier terapeuta no importando su epistemología, cobra mayor relevancia para un terapeuta que trabaja con un marco constructivista y construccionista social en el cual el mapa no es el territorio pues en el primer caso, la elección de los lentes se convierte en una acción mucho más conciente, lo cual deriva, irremediabilmente, en una fuerte responsabilidad, y en el segundo, somos y hacemos en el lenguaje por lo que nuestro lenguaje se ve determinado por nuestra forma de mirar las cosas.

Esta reflexión tiene hoy en día mucha relevancia en mi práctica clínica pues con el paso del tiempo, y al conocer los diferentes modelos terapéuticos, la elección de los lentes cobra una importancia de gran trascendencia sobretodo al tratar de integrarse a los lentes con los que la supervisora y el resto del equipo deciden mirar. Me gustaría pensar que esto es efectivamente una decisión, una elección, no obstante, no estamos exentos de ser incapaces de ver cómo estamos viendo y de descalificar la forma en que otro observa lo mismo, lo cual es, desgraciadamente, no solo fuente de discusiones, las cuales no son malas pues ayudan a observar y “describir” la complejidad, sino de disgustos y, desgraciadamente, de confrontaciones, pues el elemento del poder entra el juego.

El poder como una forma de legitimar o deslegitimar una forma de ver, lo cual puede promover fuertes diferencias entre supervisado, supervisor y equipo de supervisor. A este respecto Berger y Dammann (1982) aseguran que la

visión detrás del espejo bidireccional no es mejor ni peor que dentro de la cámara, es simplemente diferente. Ambas visiones son importantes pues el terapeuta principal puede describir el campo emocional de la familia, lo tiene de primera mano, y por su parte, el supervisor junto al equipo de supervisión han visto patrones y diseñado estrategias. Por lo tanto, ambas visiones son complementarias. No obstante, el terapeuta es quien tiene las impresiones vitales sobre lo qué es trabajable en sesión por su conocimiento del campo emocional y tendrá que explicar al supervisor y al equipo su perspectiva y decidir por donde ir.

La cuestión de los lentes para observar y “describir” nuestros casos puede tener consecuencias que yo llamaría inesperadas para el terapeuta y el paciente. Pues cuando el equipo que observa y la supervisora no han entendido, o descalifican, la lógica de las intervenciones puede traer como consecuencia modelos contrapuestos que derivan en una gran confusión para el terapeuta, restringiendo en ocasiones su margen de maniobra y su credibilidad frente al consultante, pues, la contundencia o fuerza de una intervención de un modelo estratégico se contraponen con el respeto de una intervención de un modelo de terapia breve centrada en la solución, por ejemplo, además son lógicas, no epistemologías, diferentes, en una hipótesis es vital, y con eso es fundamental rastrear minuciosamente la información, en otra no es necesario si quiera conocer mucho del problema.

Pienso que en el mejor de los casos tanto equipo como supervisor deben de ayudar a caminar por su propio camino al terapeuta principal y no obligarlo a transitar por uno que no es el propio, a menos, claro está, que el terapeuta principal no cuente con la iniciativa para elegir sus lentes y camino, o que no lo haga bien. Me he dado cuenta de lo difícil que es escuchar tu propia voz en un mar de voces que hablan de lo mismo mas con otra mirada, sin embargo, creo que una vez que la escuchas es tan fuerte y clara que no puedes menos que seguirlo haciendo y con esto encontrar tu propio estilo terapéutico. A este respecto Berger y Dammann (1982) aseguran que a menos que la intervención propuesta pueda perjudicar a la familia el principio guía en supervisión debería ser que el supervisor propone y el terapeuta dispone.

En el primer semestre, cuando sólo éramos observadores, había muy poca oportunidad para comentar u opinar sobre lo que veíamos. Situación que

tal vez en el momento fue mal entendida, pues por un lado, no contaba con los recursos que te da la práctica clínica directa, ni el bagaje de los modelos, por lo que tenía muchas dudas y por el otro, existía la seductora posibilidad de explicar lo observado de forma lineal.

Por lo tanto, opinar no era algo sencillo para uno como observador, y que un observador todavía inexperto opinara sobre un caso era sin duda, confuso para un terapeuta en práctica. Esto solo lo pude comprender hasta ahora que estoy del otro lado, pues como terapeuta todavía inexperta, con inseguridades normales y dudas, es difícil decidir los lentes a usar y las voces que queremos escuchar, por lo tanto, algunas voces inexpertas, que todavía no han terminado de comprender qué es lo sistémico, antes de ayudar, confunden y es adecuado que reserven sus comentarios para un momento posterior, lo importante es que lo sepan desde un inicio y no se de preste para interpretaciones derivadas de abuso de poder o descalificación.

A continuación describo algunas de mis observaciones sobre el STT en cada uno de los escenarios clínicos de la Residencia:

a) Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE

En la sede Clínica ISSSTE Tlalnepantla la población asistente a terapia es en su mayoría mujeres de clase media baja que presentan problemas conyugales en sus diferentes formas sintomáticas: hijos fuera de control, pequeños con síntomas físicos, depresión, enfermedades mal cuidadas, etc...

La Clínica, como ya se describió, no cuenta con una cámara de *Gesse/* por lo tanto, la terapia, la supervisión y las observaciones se realizan dentro de un mismo espacio. El supervisor y equipos se encuentran detrás del paciente y la comunicación entre supervisor y terapeuta se realiza a través de un pizarrón.

Esta característica es en sí misma una desventaja y una ventaja terapéutica. Es una desventaja pues acota en parte la participación del equipo con sus comentarios y la co-construcción de la realidad terapéutica pues si bien con la simple presencia del equipo dentro de la sala el contexto cambia y la interacción entre paciente y terapeuta se modifica, la posibilidad de describir las distinciones de las distinciones de las distinciones se torna difícil. De hecho, ésta sólo es posible en el momento de consulta con el equipo, la pausa o

intermedio, y que por ser un momento acotado temporalmente no permite hacer todos los comentarios que espontáneamente pudieron haber surgido. Además, los consultantes en ocasiones se intimidan por la presencia del equipo, en especial cuando son problemas muy delicados como violencia o abuso sexual.

Es una ventaja pues en ocasiones el impacto de la presencia tan cercana del equipo puede ser muy positiva para el consultante, en especial, al utilizar la el enfoque del equipo reflexivo. Pues éste promueve la espontaneidad por parte del equipo y el supervisor, lo cual deriva en que los consultantes realmente crean lo que les decimos, pues no hay oportunidad de preparar las intervenciones, es en el momento. Hemos constatado el gran poder terapéutico de este tipo de intervenciones dentro de este contexto por sus características especiales, pues dentro de otros escenarios clínicos el impacto no es tan fuerte, la gente cree que lo que se les dice es de corazón y en muchas ocasiones dicen “nunca nadie me había dicho algo así” “nunca nadie me había visto de esa forma”.

Otra característica fundamental de este escenario es el uso obligatorio de la bata blanca por parte del terapeuta principal, equipo de supervisión y supervisor. Su uso tiene un gran impacto en la relación terapéutica, en lo relacionado a credibilidad y adherencia al tratamiento. Los consultantes se muestran más seguros, tranquilos y con una actitud, en la mayoría de las ocasiones, cooperativa. Esto se relaciona con el proceso por el que los consultantes llegan a Terapia Familiar, es decir, por referencia de su médico familiar dentro de la misma institución. Por lo tanto, modifica necesariamente por un lado, la forma en que se establece el contrato terapéutico, pues el camino al Departamento de Psicología en ocasiones es largo, y por el otro, en consecuencia, la adherencia al tratamiento, pues el servicio es muy valorado, lo cual disminuye las inasistencias y generalmente, aumenta en compromiso de la gente con el tratamiento.

b) Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco

La población de esta sede clínica son adolescentes entre 15 y 20 años de edad, alumnos del plantel. En su mayoría solicitan y asisten al tratamiento

solos, alrededor del 80% de los casos. Por lo tanto, en su mayoría es una terapia individual sistémica desde el inicio hasta el final. Los problemas que presentan no solo son los típicos de la edad como deserción escolar, problemas con los padres o adicciones. También, presentan violencia familiar y abuso sexual infantil.

En esta sede el STT se inserta en un contexto delicado por un lado, se encuentra la regulación institucional y la necesidad específica de sacar adelante a los chicos, es decir, que obtengan el diploma bachiller, por el otro los padres generalmente exigentes y demandantes, y por el otro los jóvenes ansiosos de ser ayudados. Entonces, el STT tiene que atender a las demandas de todos de forma cabal sin formar alianzas permanentes que impidan el buen desarrollo de la terapia.

Este espacio, como ya se describió cuenta con una cámara de *Gessell*, un área de análisis de casos y el consultorio. El consultorio se encuentra a un metro y medio de distancia de la cámara por lo que el espacio se percibe un poco más abierto y la presencia del equipo de supervisión no es tan cercana. En mi experiencia esta característica influyó notablemente en mi forma de dar terapia, pues hubo varias ocasiones en que me olvidé de la presencia del equipo derivando en una terapeuta más relajada, una terapia más fluida y que disfruté mucho.

c) Clínica de Terapia Familiar FES-Iztacala

Esta sede, como ya se explicó, cuenta con cámara de *Gessell*. La población de este escenario clínico es heterogéneo, es muy diversa y con problemas diferentes. No obstante, se trata de personas que viven en la periferia de la FES-Iztacala y que generalmente llegan a terapia por recomendación de sus vecinos o porque se enteran que la Universidad ofrece el servicio a un costo accesible, o bien por referencia de la Clínica Universitaria de Servicios Integrales (CUSI) o de la Unidad de Evaluación Psicológica (UEPI). La lista de espera es muy larga, en ocasiones el periodo de tiempo entre la solicitud y el inicio del servicio puede ser hasta de 4 meses.

En esta sede hemos observado dos circunstancias muy especiales, se podría pensar que por la longitud de la lista el servicio fuera muy valorado y

cuidado, no obstante, hemos visto que en alrededor del 20% de la primera llamada telefónica, los consultantes no llegan, y de este 80% solo alrededor del 50% terminan el tratamiento. Esta situación podría derivarse de múltiples causas, aunque comparando con las características de las otras sedes esta es la única que cobra por el servicio, 50 pesos, ¿podría influir el cobro del servicio en la adherencia al tratamiento? No lo sé, mas creo que sería fundamental hacer un estudio para saber si influye o no, o para saber qué otras circunstancias influyen en la deserción.

Ahora bien, uno de los lados más fuertes de esta clínica es que al ser un servicio proporcionado por la Universidad las expectativas de los consultantes sobre éste son muy grandes, lo cual aprovechado de forma adecuada promueve credibilidad por parte de los consultantes, y también adherencia al tratamiento.

3.4. Habilidades de Investigación.

3.4.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa.

3.4.1.1 Investigación cuantitativa

IDEACIÓN SUICIDA, DEPRESIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES

El suicidio en México ha cambiado substancialmente durante los últimos 20 años, se han modificado las tasas de incidencia, el tipo de población y las edades de las personas que deciden terminar con su vida indicando a todas luces, que el fenómeno en vez de estar contenido se ha ido incrementando. En consecuencia el suicidio actualmente se considera como un problema de salud pública, derivando en la necesidad de investigar para conocerlo y explicarlo desde sus elementos primigenios con el objetivo de estructurar mecanismos de prevención e intervención siendo ideación suicida el primer eslabón de la cadena constituyendo un rubro fundamental para la investigación y el desarrollo de estrategias con el objetivo de salvar vidas.

Las investigaciones sobre ideación suicida sugieren la relación entre desesperanza (Mondragón et al., 1998), depresión, funcionamiento familiar (Valadez et al., 2005; Guibert y Torres, 2001; Hernández et al., 1999) e ideación suicida. No obstante, en nuestro país, el funcionamiento familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes se han abordado de forma periférica, no así para el intento de suicidio o el suicidio consumando. Sin embargo, la familia, como la célula básica de la sociedad, cumple con la función de elemento socializador (Andolfi, 1984; Florenzano, 1995; Hidalgo y Carrasco, 1999). El grupo familiar inmediato imprime su sello indeleble en la formación personal, constituyendo el eslabón con el sistema social, es decir, es un contexto fundamental para el desarrollo de los adolescentes.

La familia es un sistema dinámico e interdependiente (Andolfi, 1984; Gómez, 2004, Eguiluz, 2004) en el que las acciones de unos influyen en las de los otros, afectando en mayor o menor medida la calidad y estilo de las relaciones domésticas, o sociales externas, en las que surgen procesos

interpsicológicos de tipo afectivo, escolar, entre otros. El funcionamiento familiar es el proceso interactivo mediante el cual la familia esboza sus estrategias para resolver problemas, establece su clima emocional, su capacidad de equilibrio y cambio a lo largo de su ciclo de vida (Eguiluz, 2003).

La forma en que la familia mantiene síntomas depresivos e ideación suicida es a través de su funcionamiento. En el Modelo de Funcionamiento Familiar de McMaster (MFFM) (Epstein, Bishop, Levin, 1978) la interacción familiar normal o asintomática, se aborda por medio de seis dimensiones: resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conducta.

a) Objetivo

El objetivo de esta investigación fue conocer la relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en una muestra de adolescentes estudiantes de secundaria del D.F.

b) Método

La muestra estuvo conformada por alumnos de primer y segundo grado de secundaria entre 12 y 15 años. El muestreo fue de tipo accidental ($n=292$). Los instrumentos aplicados fueron: Inventario de Depresión de Beck (1976), Escala de Ideación Suicida de Beck, Schuyler y Herman (1974) y Escala de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune (2006) basando en el MFFM. El diseño fue transversal correlacional, en un grupo con tres mediciones, en un solo momento.

c) Resultados

Se encontró correlación positiva entre la depresión e ideación suicida ($r=.452$, $p=0.01$); correlación negativa entre ideación suicida e involucramiento afectivo funcional ($r= -0.387$, $p= 0.01$); correlación negativa entre ideación suicida y patrones de comunicación funcionales ($r= -0.338$, $p= 0.01$); correlación negativa entre depresión e involucramiento afectivo funcional ($r=0.440$, $p=$

0.01); correlación positiva entre depresión e involucramiento afectivo disfuncional ($r=0.371$, $p=0.01$); correlación negativa entre depresión y patrones de comunicación disfuncionales ($r=-0.354$, $p=0.01$), correlación negativa entre depresión y patrones de control de conducta ($r= -0.312$, $p=0.01$) .

e) Discusión

Los resultados en relación a la depresión indicaron que: el 70.08% (207 jóvenes) de la muestra no presentaron síntomas de depresión o ésta fue nula; se ubicaron con depresión leve el 17.8% (52 jóvenes), el 7.5% (22 jóvenes) presentó depresión moderada, por último, con depresión severa se encuentra el 3.1% (11 jóvenes). Este último dato coincide con el de la investigación de, De la Peña, Ulloa y Paez (1999) quienes encontraron la prevalencia de la depresión mayor en adolescentes de secundaria del 4.5% para mujeres y de 2.1% para hombres, siendo el promedio a lo largo de la vida de 4.0%. Del mismo modo, lo encontrado coincide con los resultados de la investigación de De la Peña, Lara, Cortez, Nicolini, Paez y Alemeida (1996) quienes señalan que en población normal se pueden encontrar una prevalencia de la depresión de 0.4% a 8.4% en una proporción 2 a 1 en mujeres y hombres respectivamente.

Asimismo, De la Peña et al. (1996) agregan que existen diversos factores que se deben de tomar en cuenta tanto, para detectar la depresión, evaluarla así como para atenderla o tratarla y uno de ellos es el funcionamiento familiar. Señalando en su estudio, que la comorbilidad de este trastorno en la adolescencia está asociada a los intentos e ideación suicida.

Según González-Forteza et al. (1996) el mejor predictor del suicidio es el haberlo intentado en algún momento, el 40% de personas que se suicidan lo han intentado antes varias veces, sin embargo el intento representa un paso en el proceso que empieza con la ideación, continua con las amenazas, posteriormente viene el intento y por último la consumación. González-Forteza, (1996) con una población similar al presente estudio encontró resultados análogos, señala que el 47% de los estudiantes al menos presentan un síntoma de ideación suicida, un 17% señaló haber pensado en quitarse la vida, mientras que el 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos de la escala de ideación suicida. En esta investigación se encontró que el 21.21% de

la población (62 jóvenes) presentan ideación suicida. Mientras que en la investigación de Chávez, Pérez, Macias y Páramo (2004) se pueden apreciar que la tercera parte de los estudiantes reportaron haber tenido la sensación de no poder seguir adelante, uno de cada cuatro tuvo pensamientos sobre la muerte y el 8% abiertamente mencionó tener la idea de quitarse la vida.

Se pueden apreciar resultados similares cuando la ideación es comórbida con otros trastornos (Jiménez et al., 1997; Mondragón et al., 1998).

La correlación encontrada entre ideación suicida y depresión coincide con un gran número de estudios tanto en México como en el mundo (Garrison, Lewionsohn, Masterlller, Langhirrichsen, Lanni, 1991; Beck, 1976; Arias, Cárdenas, Alonzo, Morales y López, 1994; Saucedo, Montoya, Higuera, 1997; Jiménez, Sentíes y Ortega, 1997) en los que el afecto o ánimo depresivo es el articulador entre la ideación suicida, o cualquier otro comportamiento suicida, pautas familiares disfuncionales, conflictos en la familia, trastornos de la personalidad y conductas adictivas.

La correlación entre ideación suicida, depresión e involucramiento afectivo funcional es negativa, es decir, a mayor ideación suicida y/o depresión, menor es la posibilidad de un involucramiento afectivo funcional. Del mismo modo, la correlación entre ideación suicida, depresión e involucramiento afectivo disfuncional es positiva, por lo tanto, a mayor ideación suicida y/o depresión el involucramiento afectivo disfuncional podría aumentar. El involucramiento afectivo funcional dentro del Modelo de McMaster implica empatía e interés, mientras el involucramiento afectivo disfuncional implica ausencia de relación, involucramiento desprovisto de afecto, una relación tipo narcisista, sobreinvolucramiento y simbiosis. Esto coincide con la investigación de Richman (1979) quien señala el aumento de conductas suicidas, en familias con simbiosis y sin empatía, es decir, en familias donde falta individuación y presentan un apego excesivo, lo que implica que existe un interés patológico en el otro, proveniente de una relación tan intensa que resulta difícil establecer límites que diferencien una persona de la otra.

Ahora bien, la correlación entre ideación suicida, depresión y patrones comunicacionales funcionales es negativa, lo que significa que a mayor ideación suicida y/o depresión, menores serán los patrones comunicacionales funcionales.

Los patrones de comunicación funcionales implican dos aspectos de la comunicación: la claridad y su dirección. La primera hace referencia a que tan claro fue el mensaje emitido y la segunda hace énfasis en la coincidencia entre a quien se dirigió el mensaje y si esa persona lo recibió y entendió; de manera que entre más clara y directa sea la comunicación más eficiente será el funcionamiento familiar.

Lo antes dicho coincide con la investigación de Richman (1979) quien señala que un nivel exagerado de secretos aunado a patrones de comunicación al estilo del "Doble Vínculo", donde el patrón de comunicación está caracterizado por una comunicación confusa y paradójica, es típico en las familias con riesgo suicida. De igual forma coincide con las investigación de Guibert y Torres (2001), Valadez et al. (2005) y Eguiluz, Nyffeler, Alcántara y Chávez (en prensa), quienes encontraron una fuerte asociación entre una inadecuada comunicación y la expresión de afecto.

Sobre la correlación entre ideación suicida, depresión y la resolución de problemas, ésta es negativa lo que implica que a mayor ideación suicida y/o depresión, menor será la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo, lo que involucra también la capacidad para manejar y solucionar los problemas. En esta área de funcionamiento familiar los problemas pueden ser de dos tipos, instrumentales y afectivos. Los instrumentales son aspectos cotidianos de la vida diaria y los afectivos se vinculan con aspectos emotivos como: coraje, amor y depresión. Esta correlación coincide con lo encontrado por Valadez et al., donde los resultados indican una relación entre el intento de suicidio de los adolescentes y un inadecuado manejo de conflictos y agresividad.

Finalmente, la correlación entre ideación suicida, depresión y patrones de control de conducta es negativa, es decir, entre mayor sea la ideación suicida y/o depresión, menores serán los patrones de control de conducta que mantengan un funcionamiento familiar óptimo. Patrones de conducta rígidos, de tipo *laissez-faire* (dejar hacer) y comunicación caótica son los menos efectivos, especialmente éstos últimos, pues son generalmente impredecibles y los miembros de la familiar no saben qué normas aplicar en ningún momento, no consideran la negociación, ni tampoco saben hasta donde se puede llegar.

Este resultado coincide también con lo encontrado por Guibert y Torres (2001) quienes observaron una alta incidencia de inconsistencias en reglas, desorganización, riñas constantes y conflictos de poder en familias con adolescentes suicidas.

Esta investigación nos permitió no sólo obtener datos epidemiológicos que ayudan a ampliar el conocimiento que se tiene sobre el suicidio en jóvenes, sino también al término de la misma se ofreció a los alumnos que participaron en la investigación, un taller de reflexión en las mismas instalaciones escolares que titulamos : «Desarrollando Fortalezas Internas» con el fin de ayudar a los jóvenes a reflexionar sobre estas temáticas. El taller fue empleado también como una etapa de rastillaje, a efecto de decidir a qué alumnos se les iba a ofrecer terapia gratuita (como parte del servicio que ofrece la UNAM Iztacala), por haber sido detectados en riesgo.

3.4.1.2 Investigación cualitativa

IDEACIÓN SUICIDA, DEPRESIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES: UN ESTUDIO DE CASO

La forma en que la familia desarrolla y mantiene síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida es a través de su funcionamiento, o por lo menos, en la forma en que una persona en lo individual percibe el funcionamiento de su familia. En el estudio cuantitativo previo se encontró una relación significativa entre ideación suicida, depresión y la percepción de algunas de las seis dimensiones de funcionamiento familiar del *Modelo de McMaster* en una muestra de adolescentes capitalinos (n=292). Se encontró una correlación positiva entre ideación suicida y depresión, y entre depresión e involucramiento afectivo funcional, así como correlaciones negativas entre ideación suicida e involucramiento afectivo funcional y patrones de comunicación funcionales; entre depresión, involucramiento afectivo funcional, patrones de comunicación funcionales y patrones de control de la conducta.

Estos resultados son importantes para conocer la relación, sin embargo, no así para comprenderla pues, si bien establece una relación entre estos tres constructos, la óptica con la que se observa no nos permite comprender y entender la percepción del funcionamiento familiar desde el ojo observador y

constructor de percepciones y significados del adolescente con ideación suicida. En consecuencia, requerimos una forma diferente de aproximación, siendo la cualitativa la opción adecuada pues permite conocer las cualidades de los fenómenos y no el grado en que el fenómeno tiene o no de cierto atributo (Mella, O.,1998). Es decir, permite conocer las percepciones, significados, acontecimientos, acciones, normas, valores, etc. sobre el funcionamiento familiar desde la perspectiva del adolescente con ideación suicida.

a) Objetivo

El objetivo central de este estudio cualitativo fue el conocer la percepción y significados sobre el funcionamiento familiar del adolescente con ideación suicida, desprendiéndose de éste tres objetivos particulares:

Comprender la percepción y significados sobre el involucramiento afectivo en la familia de un adolescente con ideación suicida.

Comprender la percepción y significados sobre los patrones de comunicación de la familia de un adolescente con ideación suicida.

Comprender la percepción y significados de las formas de resolución y afrontamiento de problemas en la familia con un adolescente con ideación suicida.

Para el logro del objetivo general se planteó la siguiente pregunta central: ¿Cómo percibe, valora y dota de significados el funcionamiento de su propia familia un adolescente con ideación suicida?

Y las siguientes preguntas particulares:

¿Cómo es para un adolescente con ideación suicida el involucramiento afectivo su familia?

¿Cómo son para un adolescente con ideación suicida los patrones de comunicación en su familia de un adolescente?

¿Cuáles son y cómo percibe e interpreta las formas de resolución y afrontamiento de problemas su la familia un adolescente con ideación suicida?

¿Cuáles son y cómo percibe las formas o estrategias para la resolución de los duelos o las pérdidas en su familia un adolescente con ideación suicida?

¿Cuáles son y cómo percibe los mecanismos para afrontar la tristeza en su familia un adolescente con ideación suicida?

b) Diseño

Se trata de un diseño proyectado (Valles, 2000) pues a pesar de mantener la flexibilidad necesaria de todo estudio cualitativo, no es tan emergente, tan abierto o tan flexible pues existe una estructura determinada por lo siguiente:

- 1) Por un lado, existe un estudio cuantitativo previo del que se parte para la selección del caso de estudio en donde conocimos la relación entre ideación suicida, depresión y percepción de funcionamiento familiar.
- 2) Por el otro, se conoce literatura científica sobre el tema, se conoce el estado del arte sobre la investigación de suicidio en adolescentes y su relación con la familia (Valadez, Amescua, Quintanilla y González, 2005; Hernández, Rebustillo, Danauy y Bess, 1999; Guibert y Torres, 2001).

c) Muestreo

En un primer momento, el muestreo de caso estuvo limitado por la presencia de ideación suicida y depresión en el adolescente determinado previamente por los instrumentos: Inventario de Depresión de Beck (1976) y la Escala de Ideación Suicida de Beck, Kovacs y Weissman (2000). En un segundo momento, del universo total de casos con ideación suicida y depresión, se eligió a aquel que puntuara lo más alto, es decir se integro de forma deliberada el caso más extremo. Se considero el caso más extremo como una muestra pues representa un contexto institucional específico, la familiar, en el que el individuo actúa y que él también tiene que representar a otros.

Se utilizó la estrategia del estudio de caso de tipo instrumental (Vázquez, R. y Angulo, F., 2003), pues a través de éste se puede conocer y comprender a un grupo de individuos que presentan las mismas características, es decir, a través de este caso se puede comprender la percepción del funcionamiento familiar del adolescente con ideación suicida.

Para este fin se utilizó la técnica de la entrevista etnográfica de tipo en profundidad o no estructurada (Vázquez, R. et al., 2003) pues a través de ésta se puede recoger información sobre las opiniones, significados y acontecimientos, en profundidad, y con esto lograr una comprensión de las perspectivas y percepciones que presenta un adolescente con ideación suicida sobre su funcionamiento familiar. Se utilizó esta técnica debido a que permite al investigador a partir de encuentros reiterados cara a cara la comprensión de las perspectivas, experiencias, percepciones y significados del adolescente, a diferencia de una historia de vida en la cual el investigador trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que esa persona aplica a tales experiencias (Taylor, S.J. y Bogdan, R., 1998). Del mismo modo, nuestro interés era claro, estaba bien definido y se centraba en la experiencia subjetiva de un adolescente con ideación suicida, el ver a través de sus ojos e introducirnos en sus experiencias y significados, para poder comprender su percepción del funcionamiento de su familia.

Como se utilizó la entrevista a profundidad no se tuvo un guión de entrevista, sólo una guía de temas para asegurar de que los temas claves fueran explorados. Es decir, no hubo un protocolo estructurado sino una lista de áreas generales. Estas áreas generales de información se estructuraron con base en nuestros conceptos sensibilizadores: ideación suicida, depresión y las seis dimensiones de funcionamiento familiar del *Modelo de McMaster*.

Se decidió analizar la información recolectada con el paquete hermenéutico *ATLAS-ti*. Se utilizó este paquete para analizar la información con el objetivo de clasificar la información e ir conformando familias o categorías de códigos de frases al estilo de la *Grounded Theory* y poder ir concatenando significados y percepciones sobre el funcionamiento familiar en las seis dimensiones propuestas por el *Modelo de McMaster*. Del mismo modo, se seleccionó este paquete porque nos permitía hacer el análisis de manera sistemática, ordenada y en el tiempo requerido.

d) Resultados

Se encontró que la unión de significados entre ideación suicida, depresión y desesperanza en lo relacionado a dolor, duelo no resuelto, tristeza y soledad articulados en el funcionamiento familiar en la forma de involucramiento afectivo disfuncional. En esta categoría se encontró falta de interés, evasión de conflicto, falta de empatía y valorización de sentimientos y emociones, falta de empatía en el dolor, miedo de decir algo, pérdida emocional, tristeza muda y manejo individual del dolor. Este hallazgo es congruente con el estudio cuantitativo previo en el cual hay una correlación significativa entre ideación suicida y/o depresión con el involucramiento afectivo disfuncional, es decir, a mayor ideación suicida y/o depresión el involucramiento afectivo disfuncional podría aumentar. También coincide con la investigación de Richman (1979) quien señala el aumento de conductas suicidas, en familias con simbiosis sin empatía.

Ahora bien, se encontró en el manejo de pérdidas emocionales y físicas una gran tristeza familiar, tristeza individual, tristeza muda, tristeza manejada a través de la comida, así como falta de empatía, pérdida de lugar en la familia, ciclos de vida traslapados y narcisismo ligado a una fijación a patrones de relación infantiles y primarios. Esto coincide con los hallazgos de Richman (1979) quien encontró dificultades afectivas en las familias de personas con conductas suicidas tales como depresión, aislamiento, conflictos comunicacionales y exceso de secretos. En el estudio cuantitativo previo se encontró una correlación entre ideación suicida y depresión la cual a su vez coincide con un gran número de estudios tanto en México como en el mundo (Garrison, Z.C., Lewionsohn, P., Masterller, F., Langhirrichsen, J. Lanni, I., 1991; Beck, A.T., 1976; Arias, G., Cárdenas Navarrete, R, Alonzo, V., Morales Castillo, López García, A., 1994; Saucedo M., Montoya M. A., Higuera F. ,1997; Jiménez Genchi, A, Sentíes Castella, H., y Ortega Soto, H., 1997) en los que el afecto o ánimo depresivo es el articulador entre la ideación suicida, o cualquier otra conducta suicida, pautas familiares disfuncionales, conflictos en la familia, trastornos de la personalidad y conductas adictivas.

Sobre la resolución de problemas emocionales en este estudio se encontraron significados negativos ligados incluso con el involucramiento

afectivo disfuncional pues se observa poco interés con empatía y una gran falta de comprensión, confianza y una tendencia muy marcada hacia la evasión de los problemas. Esto se relaciona con el estudio cualitativo previo donde se encontró una relación negativa entre ideación suicida y/o depresión con resolución de problemas, lo que implica que a mayor ideación suicida y/o depresión menor será la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo. Esta correlación coincide con la investigación de Valadez et al., en el cual se encontró una relación entre intento de suicidio en adolescentes con un inadecuado manejo de conflictos y agresividad.

a) Conclusiones

Las principales conclusiones pueden sintetizarse en tres puntos fundamentales sobre cómo una adolescente con ideación suicida percibe el funcionamiento de su familia:

1) Involucramiento afectivo disfuncional, manejo de pérdidas emocionales y/o físicas, y resolución de problemas:

- Hay poco interés sobre lo que siente y la manera en que lo siente.
- El interés se aboca a la resolución de problemas instrumentales ligados talvez a la conveniencia pero no a una percepción de legítimo interés en la persona.
- Derivado de lo anterior hay falta de comprensión, aislamiento, abandono y sentimiento de soledad muy fuerte.
- El dolor, la tristeza y las pérdidas se viven y resuelven en lo individual, pues no hay alguien que los pueda entender.
- Hay cosas mucho más importantes sobre las que hablar en familia o problemas que resolver que los propios.

2) Pautas de comunicación y resolución de problemas:

Hay cosas y situaciones problemáticas de las que no se puede hablar por que no va a haber a quien le interese o entienda.

Sólo se dicen cuando los problemas alcanzan proporciones no manejables en lo individual.

3) Ideación e intento suicida:

- Es el resultado de la falta de interés, comprensión y empatía en el dolor, en la tristeza, en las pérdidas y en los cambios de la familia de la adolescente.

3.5 Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria.

3.5.1 Productos Tecnológicos

a) Tipo de producto: Video

Tema: Terapia Familiar, Modelo Estructural.

Duración: 19:45

Justificación:

En la formación de terapeutas familiares además de la práctica supervisada, simulaciones en talleres sobre los diferentes modelos y la revisión de los textos de los autores representativos en seminario, es fundamental contar con recursos didácticos que les permitan observar la praxis de las estrategias y técnicas, en lo relacionado con las situaciones y los momentos en las que se pueden ejecutar, el uso del lenguaje y la actitud de un terapeuta. En ocasiones estos recursos no son asequibles, pues adquirir videos de los casos cumbres de Terapeutas famosos puede ser costoso y operativamente difícil, por lo tanto, el desarrollo de materiales dentro del mismo espacio académico resulta fundamental para el enriquecimiento de la formación del terapeuta.

Objetivos:

Ofrecer un recurso didáctico que permita la comprensión por un lado, de los conceptos teóricos, y por el otro, la praxis de las estrategias y técnicas del Modelo Estructural de Terapia Familiar.

Mostrar de manera clara y práctica las técnicas de intervención en Terapia Familiar que se derivan del Modelo Estructural de Salvador Minuchin enfatizando las generalidades de cada técnica, no sus particularidades, pues está orientado a aquellos que inician su aventura dentro de este modelo, es decir, su intención es meramente introductoria.

Integrar los recursos teóricos con la práctica clínica a través de ejemplos.

Aplicación:

El video se puede proyectar antes de leer, a manera de introducción, el texto de Técnicas de Terapia Familiar de Minuchin y Fishman (1984).

Población a la que se dirige: Terapeutas familiares en formación

Descripción:

El video presenta tres bloques de información en los que agrupa las tres estrategias de intervención del Modelo Estructural y las técnicas que se derivan de éstas, así como la actitud de coparticipación del terapeuta.

Se observa:

- Coparticipación:

Intermedia: En el rastreo de la información.

Cercana: A través de la validación de puntos de vista.

- Estrategia Reencuadre:

Escenificación: Se observa por medio de la promoción de interacciones alternativas.

Enfoque

Intensidad: Se da a través de la repetición del mensaje.

- Estrategia Reestructuración:

Fronteras: En la duración de la interacción.

Complementariedad: En el cuestionamiento del control lineal.

Desequilibramiento: En el ignorar a miembros.

- Estrategia Realidades:

Construcciones: A través de Símbolos Universales, Paradoja, Lados fuertes

b) Tipo de producto: Video

Tema: Terapia Familiar, Modelo Estratégico.

Duración: 14:57 minutos.

Justificación:

La necesidad de tener material didáctico disponible para los terapeutas familiares en formación con el objetivo de que conozcan o en su caso, tengan una mejor comprensión del Modelo Estratégico de Jay Haley.

Objetivos:

Ofrecer un recurso didáctico que permita la comprensión por un lado, de los conceptos teóricos, y por el otro, la praxis de las estrategias y técnicas del Modelo Estratégico de Terapia Familiar.

Mostrar de manera clara y práctica las técnicas de intervención en Terapia Familiar que se derivan del Modelo Estratégico de Jay Haley enfatizando las generalidades de cada técnica, no sus particularidades; está orientado a aquellos que inician su aventura dentro de este modelo, es decir, su intención es meramente introductoria.

Integrar los recursos teóricos con la práctica clínica a través de ejemplos.

Aplicación:

El video se puede proyectar antes, a manera de introducción, o después, para esclarecer dudas, de leer los diferentes textos sobre el modelo.

Población a la que se dirige: Terapeutas familiares en formación.

Descripción:

El video presenta una introducción al modelo abordando la biografía de su precursor principal así como las generalidades del modelo.

Posteriormente, se aboca a mostrar el proceso de la primera entrevista y sus etapas.

Finalmente, muestra las intervenciones que se desprenden del modelo tales como:

Directivas directas

Directivas Indirectas

Directivas paradójicas

Ordalías

c) Tipo de producto: Video

Tema: Terapia Familiar, Modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema.

Duración: 20 minutos.

Justificación:

La necesidad de ofrecer al terapeuta familiar en formación recursos didácticos para su introducción al modelo o bien para su esclarecimiento.

Objetivos:

Ofrecer un recurso didáctico que permita la comprensión por un lado, de los conceptos teóricos, y por el otro, la praxis de las estrategias y técnicas del Modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema de Terapia Familiar.

Mostrar de manera clara y práctica las técnicas de intervención en Terapia Familiar que se derivan del Modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema del Mental Research Institute enfatizando las generalidades de cada técnica, no sus particularidades, pues está orientado a aquellos que inician su aventura dentro de este modelo, es decir, su intención es meramente introductoria.

Integrar los recursos teóricos con la práctica clínica a través de ejemplos.

Aplicación:

El video se puede proyectar antes, a manera de introducción, o después, para una mejor comprensión del modelo, de la lectura de los diferentes textos que abordan el modelo.

Población a la que se dirige: Terapeutas familiares en formación.

Descripción:

El video presenta el enfoque general del modelo como concepto de cambio y postura del cliente. Aborda las diferentes etapas de la entrevista inicial, ejemplos de las intervenciones principales y las generales, y finaliza, con el término del tratamiento terapéutico.

3.5.2 Programas de Intervención comunitaria

a) Taller para la Prevención de Suicidio “Desarrollando Fortalezas Internas”

Objetivo General

Informar y prevenir el suicidio en adolescentes en lo relacionado a: riesgos, signos de alerta y estrategias de afrontamiento.

Objetivos Específicos

- 1) Informar a los adolescentes del centro educativo a cerca de la problemática del suicidio juvenil.
- 2) Dar a conocer las principales situaciones de riesgo y los signos de alerta que pueden hacer sospechar que un adolescente presenta ideas o intenciones suicidas.
- 3) Promover en el joven habilidades para vivir y manejar adecuadamente situaciones de su entorno para así prevenir conductas de riesgo relacionadas con el suicidio.

Población

Alumnos seleccionados de 1ero y 2do grado de la Secundaria Diurna Federal 109 "León Felipe".

Duración

Dos sesiones de 3 horas cada una.

Temario

- 1) La adolescencia y los cambios.
- 2) Los cambios y las pérdidas.
- 3) Suicidio en jóvenes, situación a nivel mundial.
- 4) Suicidio, situación en México.
- 5) Factores de riesgo.
- 6) Signos de Alerta.
- 7) Significados y razones del suicidio.
- 8) Habilidades para vivir: autoconocimiento, autoestima, comunicación, manejo de la presión de grupo y de la ansiedad, plan de vida.

b) Escuela para Padres del CCH Plantel Azcapotzalco

Objetivo General

Integrar a los padres de familia de los estudiantes del CCH – Azcapotzalco a los procesos formativos de sus hijos, de manera que asuman la corresponsabilidad en dicha tarea principalmente en el reconocimiento de su participación, de sus recursos y limitaciones para la orientación de sus hijos.

Propiciar la formación de los padres de familia y otras personas significativas con las que convive el adolescente, de manera que puedan ampliar su comprensión del desarrollo de sus hijos y de la problemática que viven dentro y fuera de la escuela para que adquieran estrategias para enfrentar dichas situaciones y para y participar activamente en la prevención de conductas de riesgo y en la adaptación de sus hijos en los contextos en los que viven.

Orientar a los padres en la detección de situaciones de riesgo, reconocer sus recursos y redes profesionales Y conocer centros de apoyo y redes comunitarias a las que puedan acudir para solicitar orientación.

Población

Padres de Familia del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco.

Duración

Tuvo una duración aproximada de tres meses. Las sesiones fueron cada quince días con una duración de dos horas. Mi participación fue en dos sesiones la segunda sobre Ciclo de Vida de la Familia y la última sobre Conductas de Riesgo en los Adolescentes.

Sesión 2: Ciclo de Vida de la Familia

Objetivo General:

Que los padres identifiquen los momentos de transición de la familia, así como sus retos y desafíos. Proporcionar información de la etapa de la adolescencia, la familia y la escuela.

Temario

1) Cambio y pérdidas.

2) Tipología de ciclo de vida familiar:

- Formación de pareja
- Hijos pequeños y edad escolar
- Adolescentes
- Nido vacío y repleto
- Vejez y Muerte

3) Familia con hijos adolescentes:

- Características del adolescente.
- Proyecto de vida familiar vs. Individual.
- Individuación y pertenencia.
- Supervisión vs. Sometimiento.
- Adolescentes, familia y escuela.

Técnicas de instrucción

1) Reflexión en grupos

2) Presentaciones.

3) Reflexiones grupales.

Sesión 7: Conductas de riesgo en los Adolescentes

Objetivos:

Que los padres identifiquen los principales signos de alterna de algunas de las conductas de riesgo en los adolescentes.

Que cuenten con herramientas de solución para manejar las situaciones.

Que conozcan las diferentes alternativas de apoyo institucional.

Temario

- 1) Conductas de riesgo.
- 2) Signos de alerta sobre adicciones.
- 3) Signos de alerta sobre Trastornos de la Alimentación.
- 4) Signos de alerta sobre depresión y suicidio.
- 5) Signos de alerta sobre relaciones autodestructivas.
- 6) Alternativas de acción para los padres.

Técnicas de Instrucción

- 1) Reflexión grupal y en grupos.
- 2) Presentación.

3.5.3 Asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado (clínico y/o de investigación) en foros académicos

a) Asistencia a:

Taller: “Creando Conversaciones Externalizantes en la Narrativa”

Expositor: Dr. David Epston

Fecha: 26 y 27 de Enero de 2007.

Lugar: Xalapa, Veracruz, México.

Descripción:

El taller abordó la externalización de los problemas como una herramienta terapéutica que promueve un cambio en la identidad de los consultantes a través de una conversación conformada por preguntas que se orientan a la

descripción de los problemas que los aquejan como algo exterior a ellos, es decir, desligado de su *self* y que por lo tanto puede ser controlado y eventualmente derrotado.

Institución: Centro de Atención Psicológica a la Familia.

b) Asistencia a:

Congreso: VIII Congreso al Encuentro de la Psicología Mexicana. IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología.

Fecha: 7 al 10 de marzo de 2007.

Lugar: Morelia, Michoacán, México.

Descripción:

Congreso que abordó diferentes temáticas relacionadas con las diferentes ramas de la psicología: psicología clínica, psicología social, neuropsicología, psicología jurídica, etc.

Institución: Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología.

c) Asistencia a:

Foro: II Foro Nacional sobre Prevención del Suicidio “El suicidio acaba con más de una vida”.

Fecha: 22 y 23 de Noviembre de 2007.

Lugar: Morelia, Michoacán, México.

Descripción:

Foro que abordó diferentes temáticas relacionadas con la prevención del suicidio.

Institución: Asociación Mexicana de Sucidología.

d) Asistencia a:

Congreso: X Congreso Nacional, 1er. Iberoamericano de Terapia Familiar “Ciencia, Arte y Espiritualidad”.

Fecha: 23 al 26 de Noviembre de 2006.

Lugar: Acapulco, Guerrero, México.

Descripción:

Congreso sobre las diferentes dimensiones de la Terapia Familiar en México y Latioamérica.

Institución: Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C.

e) Asistencia a:

Curso-Taller: Soluciones en Terapia Breve con Parejas

Fecha: 30 y 31 de agosto de 2006.

Lugar: Tlalnepantla, México.

Descripción:

Curso sobre técnicas de intervención en el modelo de terapia breve centrada en soluciones y técnicas hipnóticas en el manejo de parejas y padres.

Institución: Centro de Crecimiento Personal y Familiar, S.C. Instituto Milton H. Erickson de Monterrey.

f) Asistencia a:

Taller: Intervención en Crisis en casos de Depresión y Ansiedad.

Fecha: 25 de Octubre de 2007.

Lugar: Hermosillo, Sonora, México.

Descripción:

Taller introductorio al manejo por intervención en crisis en pacientes que presentan depresión y ansiedad.

Institución: Sociedad Mexicana de Psicología.

g) Reporte de Actividades de Difusión

1) Ponencia: Memoria in extenso: "Ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar" por Luz de Lourdes Eguiluz Romo, Mónica Ayala Mira, Cristian Eduardo Treviño Guerson.

Descriptor: Adolescentes, Ideación Suicida, Depresión, Funcionamiento Familiar.

Modalidad: Trabajo libre

Población: Adolescentes

Problemática: Depresión e ideación suicida.

Abordaje: Terapia Familiar Sistémica

Congreso: XV Congreso Mexicano de Psicología: El trabajo del Psicólogo y su relación con otras ciencias.

Fecha: 24 de Octubre de 2007

Lugar: Hermosillo, Sonora.

Descripción:

Se presentó la justificación, el método, el análisis de resultados y la discusión de la investigación durante 20 minutos en una mesa dedicada al análisis de la depresión y la adolescencia.

Institución: Sociedad Mexicana de Psicología

2) Ponencia: Memoria in extenso: "Percepción del funcionamiento familiar en una adolescente con ideación suicida: un estudio de caso" por Luz de Lourdes Eguluz Romo y Mónica Ayala Mira.

Descriptor:

Adolescentes, Ideación Suicida, Depresión, Funcionamiento Familiar.

Modalidad: Trabajo libre.

Población: Adolescentes.

Problemática: Ideación suicida y funcionamiento familiar.

Abordaje: Terapia Familiar Sistémica

Congreso: XXXV Congreso del Consejo Nacional para la Enseñanza y la Investigación en Psicología. Psicología en México: Cambiando Rumbos, Redefiniendo caminos.

Fecha: 23 de Abril de 2008.

Lugar: Puerto Vallarta, Jalisco

Descripción:

Se presentó un estudio de caso sobre la percepción del funcionamiento familiar en una adolescente de 13 años con ideación suicida en el momento de la entrevista en una mesa sobre adolescencia.

Institución: Consejo Nacional para la Enseñanza y la Investigación en Psicología (CNEIP).

3) Curso: Crisis y el proceso de duelo.

Descriptor:

Crisis, duelo, muerte, suicidio

Modalidad: Curso

Población: Estudiantes Psicología

Abordaje: Terapia Familiar Sistémica

Fechas: 14-18 de Enero de 2008 y 21-23 de Enero de 2008.

Lugar: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Descripción:

Se presentó, desde la terapia familiar sistémica, el proceso de duelo y muerte en la familia.

Institución: Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala.

4) Foro:

“Primer Ciclo de Conferencias sobre Integración Familiar” Sistema Municipal DIF Naucalpan (se adjunta constancia de ponencia)

Fecha:

1 de marzo de 2007.

Participación con la ponencia:

“Funcionamiento Familiar y Suicidio en Adolescentes”.

Descripción del evento:

Dirigida a psicólogos, médicos y trabajadores sociales pertenecientes al Sistema Municipal DIF Naucalpan con el objetivo de ponerlos al día sobre familia y suicidio en adolescentes en México, y sobre alternativas terapéuticas para esta problemática. La ponencia abordó datos epidemiológicos sobre el suicidio de adolescentes en México, conceptos sobre suicidio, el estado del arte en la investigación sobre suicidio en México, generalidades sobre la familia y funcionamiento familiar, su relación con la ideación suicida, la familia suicidógena y una alternativa para su evaluación, prevención y terapia.

3.6. Habilidades de compromiso y ética profesional.

3.6.1 Ética y psicoterapia

La dimensión ética en Psicología, y en consecuencia en psicoterapia, (Ferrero, 2005) se ha desplazado de ser una reflexión filosófica a una vertiente mayoritariamente deontológica, es decir, que establece deberes y derechos. Por lo tanto, existe una diferencia entre una teoría ética de las relaciones humanas y una ética para hacer terapia. En este apartado nos referimos a esta última. No obstante, es importante aclarar que en lo personal me parece una división artificial, siendo congruentes con nuestra epistemología constructivista, construccionista social y de la cibernética de segundo orden, por lo cual comentaré oportunamente en donde ambas dimensiones me parecen una sola.

Para Carrasco (2001) existen tres grandes problemas o constructos de fondo en la relación psicoterapéutica que la diferencian de otras formas de relación médico-sanitaria y que redundan en problemas éticos: los valores, la

ideología y el poder. Asegura que en la relación psicoterapéutica la contaminación ética se produce inexorablemente a pesar de que sus protagonistas no se den cuenta de cómo sus valores influyen recíprocamente.

Los valores van mucho más allá de juicios éticos estructurados y racionales pues además, llevan una carga emocional e intuitiva que los hace más resistentes al discurso teórico y racionalizador, por lo que son mucho más vulnerables a la sugestión personal o al clima emocional que se establezca entre terapeuta y consultante. En consecuencia, por muy respetuoso y delicado que pretenda ser con la autonomía de su consultante, desde de la perspectiva de la Cibernética del Segundo Orden y de la Teoría de la Comunicación Humana, su mera presencia activa y contamina el espacio comunicacional y sin pretenderlo transmite necesariamente evaluaciones desde sus propios valores sobre lo que considera bueno o malo, adecuado o no adecuado, tal vez no con palabras sino con matices de voz, gestos, entre otras.

La ideología va muy ligada a los valores en la forma de “filosofía de vida”, bagaje cultural, intelectual, por medio del cual enjuiciamos conductas y las orientamos hacia la consecución de fines o proyectos personales o colectivos. Además, lleva consigo la ideología subyacente en todo modelo de psicoterapia, es decir, implica una idea del hombre, del mundo, de la sociedad, del bienestar etc. Entonces, Carrasco nos plantea la pregunta ¿cómo podríamos tener en psicoterapia una idea genérica de la beneficencia, es decir, ¿qué puede ser bueno o redundar en bienestar para todo ser humano?.

Finalmente, el poder que adquiere el terapeuta al depositar el consultante en éste su confianza, poniendo en juego su yo mismo, que cree, confía y se abandona en sus manos en lo teórico y en lo práctico, pudiendo redundar en decisiones a corto, mediano y largo plazo. También, en ocasiones, delega responsabilidades y pide que se le diga qué hacer, por lo que si hay encuadres psicoterapéuticos en los que el objetivo es tan general o poco preciso, éste da cabida o entrada a todo.

Ahora bien, por lo general, los códigos éticos de las diferentes asociaciones de psicólogos y terapeutas en México y en el mundo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2002; American Psychological Association, 2002; Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, 2001; Federación de Psicólogos de la República Argentina, 1999) presentan como ejes rectores o

principios generales, basados en la bioética moderna, el respeto a los derechos y dignidad de las personas lo que se traduce en el principio bioético de la beneficencia y no maleficencia; la integridad en la relación; la responsabilidad ; y la justicia. En consecuencia, los temas que se abordan en los estándares éticos son la competencia de la profesión, la relación psicólogo-consultante (es) y la privacidad o confidencialidad, es decir, el secreto profesional.

3.6.2 Ética y terapia familiar

En Terapia Familiar los principios generales son, en realidad, los mismos de cualquier otra escuela en Psicología. No obstante, por la metodología del trabajo terapéutico y sus características especiales, derivados de su epistemología, existen algunos dilemas éticos importantes. Wendorf y Wendorf (1985) señalaron como algunos problemas importantes los siguientes:

- 1) Decidir quién es el paciente.
- 2) Subordinar las necesidades de los niños y de los más débiles de la familia a las de los adultos y más poderosos en la terapia.
- 3) Cuándo y a quién puede revelar un terapeuta los secretos que le han contado en el transcurso del tratamiento.
- 4) La intromisión de los valores del terapeuta en la evaluación y en el proceso del tratamiento, sin que estos valores hayan sido clarificados entre el terapeuta y los pacientes.
- 5) Si los aspectos multigeneracionales deben de ser siempre tomados en cuenta.
- 6) Si es justificable, y en que casos, rehusar dar tratamiento cuando no vienen todos los miembros de la familia.
- 7) La manipulación o engaño por parte del terapeuta al formular sus intervenciones.
- 8) La inserción de valores feministas.
- 9) La incapacidad de los terapeutas para ver de forma sistémica el contexto terapéutico, es decir, la forma en que la sociedad afecta a la familia y al terapeuta, y el terapeuta y la terapia afectan a la sociedad.

Estos son solo algunos de los dilemas éticos que de la práctica psicoterapéutica sistémica emergen pues existen muchos más como el manejo

de la violencia y el abuso sexual, por mencionar algunos.

3.6.3 Consideraciones éticas que emergieron durante mi formación

Una de las consideraciones éticas que más me preocuparon a lo largo de mi formación es la posibilidad de que las estrategias usadas puedan llevar implicadas el engaño o la manipulación al formular las intervenciones. Me manifesté muy renuente a mostrarme altamente estratégica, a través de intervenciones paradójicas de tipo estructural o Milán, o intervenciones al estilo MRI, las cuales para mí son un engaño pues vedan las intenciones del terapeuta e incluso por momentos, hasta las tergiversan totalmente, a pesar de que logren el cambio. Esto se debe a mis valores y especialmente a mi religión, soy Católica practicante. En consecuencia, la idea de una intervención que manipula no va conmigo, pues no sólo es para mí una mentira, también, es una falta de respeto hacia la otra persona. Creo, además, que es congruente con la ética de nuestra profesión pues ante todo busca el respeto a las personas y a su dignidad, y un engaño, es para mí una falta de respeto, no importando sus intenciones. Es precisamente en este punto donde puedo ver cómo va unidas una teoría ética de las relaciones humanas y la deontología, pues si bien, el deber que me exige mi profesión es respetar a las personas y solo lo puedo hacer desde lo que yo entiendo y he vivido como respeto, lo que irremediablemente me lleva a mis valores.

Del mismo modo, ser altamente estratégica conlleva el no ser respetuosa con los tiempos de los consultantes, con sus necesidades de ser escuchados, de desahogarse, de ser comprendidos y sobretodo de poder confiar. Además, conlleva una actitud de alta suficiencia y de gran pericia que por momentos hace parecer que uno está por encima del otro confundiendo la relación pues, sin duda, una actitud de este tipo va más con la consejería o la asesoría psicológica no con una psicoterapia. Aunque, siendo congruente con una visión construccionista social, puede ser útil en un momento dado y tal vez, hasta necesario, sin embargo, me queda claro que puede no coincidir con mis valores personales y trataré de evitarlo lo más que pueda.

Ahora bien, en lo relativo a la intromisión de mis valores personales al evaluar un problema me enfrenté a un dilema muy interesante, que de nueva

cuenta me dejó ver la unión entre la teoría ética de las relaciones humanas y la deontología, aunado, a lo que denominé en el apartado del Sistema Terapéutico Total, la elección de los lentes en psicoterapia. En la clínica del CCH tuve el caso de un joven que abusaba de sustancias, lo cual fue para algunos de mis compañeros de equipo algo alarmante y digno de prestar mucha atención dentro del tratamiento.

No obstante, yo decidí, con el apoyo de mi supervisora, que si mi consultante no ponía como tema central de la terapia a las drogas, yo tampoco lo iba a hacer. Probablemente, en el momento en que lo decidí no tenía tanta claridad de porqué lo hacía. No obstante, de algo sí estaba segura, el problema ético del consumo de drogas o alcohol es algo que está sujeto más bien a lo que ésta considere como adecuado o no, y si yo como observador externo lo juzgo como algo malo o reprobable, sin duda el problema está en mi mirada y no en el hecho. Y no es que yo esté en pro del uso y abuso de sustancias, más bien creo en la libertad de cada quien para decidir cuándo una situación es un problema que amerita ser resuelto, es decir, de nueva cuenta toca a mis valores en este caso la libertad y el respeto a la libertad de los demás.

Sin embargo, este razonamiento tiene sus matices pues no es lo mismo en una situación de consumo de drogas en el que se ha afectado de manera considerable el cuerpo y la mente de la persona, la cuales podrían poner en peligro a la persona y a otras dentro de su contexto social. Por lo tanto, juzgo necesario que en caso así, en los que se puedan contraponer mis valores, uno de ellos es la libertad de decisión y de hacer con nuestro cuerpo lo que queramos, con los de una situación extrema de consumo de drogas, tal vez no sería ético de mi parte atender a este cliente y lo mejor sería referir con otro profesional.

En este caso en particular lo que hicimos fue continuar con el tema que lo trajo a terapia y en el momento en que del joven decidió dejar las drogas fue referido a Centro de Integración Juvenil, pues no quiso que el tema fuera abordado con nosotros por considerarlo bajo control. Lo único que le dijimos es que era muy importante contar con apoyo médico por cualquier complicación y que ahí lo podían orientar correctamente. Creo que actué correctamente pues lo supe escuchar, él poco a poco me fue revelando qué era lo bueno para él,

pues hoy en día, su vida no es color de rosa eso sería una mentira, sin embargo, ha aprendido a librar sus batallas él solo y luchar por lo que quiere.

Otro dilema ético que enfrenté fue el relacionado con la confidencialidad, la cual se me presentó como un problema importante en dos casos con adolescentes. En el primero, una joven me confesó un secreto que implicaba a la ex pareja de su mamá, con quien llevaba una relación muy difícil, complicada, de amor y odio. El secreto tenía matices sexuales y me exigía no ser revelado a su madre, esa fue la consigna para serme confiado. La verdad es que en un principio este secreto me atrapó y me dejó sin la oportunidad de moverme para ningún lado, pues si lo revelaba traicionaba la confianza de la joven y si no lo revelaba podría ponerla en peligro. Entonces, lo que hice fue realmente investigar todo alrededor de ese secreto antes de tomar una decisión y de definir una estrategia para apareciera a la luz sin mellar tanto mi vínculo con la joven como la cuestión ética.

Resultó que en realidad la situación no era tan peligrosa como me pareció en un principio, la madre había terminado la relación con el hombre y la situación no había pasado del robo de unas pantaletas. Y hasta ahí me quedé pues la familia tuvo problemas de salud y fue dada de baja. No obstante, a mí me dejó pensando muchas cosas alrededor de los secretos familiares pues hay ocasiones en que los secretos son revelados bajo consigna de no contarse a otros miembros por temor, pena o porque no le conciernen al otro. Mas hay ocasiones en que un secreto puede tener una función dentro del sistema, entonces es importante no volverse isomórfico y mantener la estructura que permite la secrecía, de otra forma no ayudaríamos a la familia y nos volveríamos cómplices del sistema. Por lo tanto, la cuestión del secreto se convierte tanto en un problema ético como terapéutico (Barker, 1992). La necesidad ética principal es asegurarse de que las personas apropiadas sepan y acepten las líneas directrices, los problemas clínicos son otro asunto.

En el otro caso, la joven en tratamiento presentó dos intentos de suicidio previos al tratamiento. Ella solicitó el servicio y decidió entrar sola sin sus familiares. En mi afán de lograr un vínculo fuerte con la chica desde que llegó le hice saber que el espacio en terapia era suyo, que ella me iba a marcar el ritmo y la dirección, y lo que habláramos en sesión era entre ella y yo. Creo que fue una excelente idea para fomentar un vínculo fuerte y dio grandes frutos, no

obstante, me dejó con muy poco margen de maniobra para incluir a otras personas en terapia especialmente ante un situación de emergencia, que afortunadamente no se dio, al no poder revelar intenciones suicidas o planes. En una situación tan delicada como un intento de suicidio considero fundamental establecer un vínculo fuerte, es realmente vital, una forma para que la persona se aferre un poco a la vida, pues sabe que hay alguien para ella, para escucharla y ver por su bienestar. Y en ese sentido no me arrepiento de haber hecho las cosas así.

Creo, sin embargo, que le añadiría solo una frase más a mi encuadre psicoterapéutico, una frase en donde le haga saber que si yo veo su vida en peligro haré lo necesario para que su familia esté ahí para apoyarla, que de ahí en fuera lo que hablemos será solo para nosotras. Creo que así la relación sería clara y precisa, y yo me sentiría congruente y actuando de forma adecuada, teniendo un cuidado también con la persona del terapeuta. Barker (1982) asegura que los límites de la confidencialidad deben de ser explicitados en el momento del contacto entre terapeuta y consultante, debe explicarse en qué circunstancias será necesario dar información a personas ajenas y porqué.

IV. CONSIDERACIONES FINALES.

*Después de un tiempo, uno aprende la sutil diferencia
entre sostener una mano y encadenar un alma...*

Jorge Luis Borges.

4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

Las principales habilidades y competencias que he adquirido, y otras que he desarrollado, en estos dos años son las siguientes:

- A. Establecer un contacto terapéutico cálido y comprensivo con mis consultantes a través de mi lenguaje corporal (no verbal) y verbal, y generar una relación de colaboración.
- B. Establecer buenas alianzas terapéuticas.
- C. Evaluar el tipo de problema y las opciones para su solución.
- D. Observar y conceptualizar los problemas o situaciones expuestas por mis consultantes desde los diferentes modelos teóricos.
- E. Observar y conceptualizar los casos desde una perspectiva sistémica.
- F. Proponer hipótesis explicativas e ir las ajustando de acuerdo a la situación.
- G. Evaluar los resultados y terminar el tratamiento.
- H. Seleccionar y diseñar intervenciones y técnicas que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones.
- I. Acordar con el consultante el curso de acción terapéutica.
- J. Explorar con curiosidad, respeto y paciencia para conocer la experiencia de mis consultantes.
- K. Preguntar de forma conversacional y no como interrogatorio, aprovechando lo que se vaya presentando en el contexto, es decir, en las respuestas del consultante.
- L. Una de las cuestiones más importantes que aprendí y que nunca voy a olvidar es que la terapia es una cuestión de ver y de oír, ver las pautas y de oír qué es lo que quieren nuestros consultantes, pues hay muchas ocasiones que el terapeuta se mueve más por lo que él quiere y no por lo que el consultante desea.
- M. He ampliado mi repertorio personal de recursos con cuentos, poemas,

pinturas, la espiritualidad entre otras... en general, he descubierto que las artes y la espiritualidad son unos de mis recursos importantes.

- N. He aprendido a improvisar y a afrontar algunas situaciones de crisis.
- O. También, desarrollé la habilidad de trabajar en equipo de supervisión y de multiplicar mis puntos de vista, de multiplicar mis focos de observación, de multiplicar las voces a quienes presto atención, y sobretodo, aprendí mucho, sobre la capacidad de dialogar.

4.2 Incidencia en el campo psicosocial.

Me he dado cuenta que la incidencia del terapeuta familiar en el campo psicosocial todavía tiene grandes posibilidades a través del trabajo comunitario específicamente por medio del concepto de resiliencia pues si bien se abordan los problemas de las familias de forma sistémica, también se aborda su contracara, sus recursos y lo que los ha llevado a mantenerse de pie, brindando grandes oportunidades para re-escribir la vida familiar e individual, y yo creo que también, de grupos más grandes como de comunidades.

4.3 Reflexión y análisis de la experiencia.

Para mí esta experiencia ha sido muy intensa, y como la vida misma, ha tenido matices muy bellos y otros no tanto. No obstante, al hacer el balance puedo asegurar que en estos dos años crecí como nunca lo había hecho en lo personal y profesional, y es que no se puede separar al terapeuta de la persona, somos nuestro propio instrumento de trabajo. Me di cuenta de que no solo tuve las mejores profesoras y supervisoras en lo académico, sino los mejores maestros en lo clínico, mis propios consultantes. Ellos me fueron guiando cuando todo era oscuro y confuso, indicándome qué querían o esperaban de mi como su terapeuta, cuándo era necesario ser más firme, cuándo era necesario ser más cercana, cuándo una intervención estaba fuera de contexto o cuándo algo estaba verdaderamente muy bien y ese era el camino a seguir.

También, en un inicio, como yo venía del área de Recursos Humanos, algo diametralmente diferente a la terapia; tenía una gran confusión sobre lo que el supervisor o el equipo esperaba de mi, eso causó una gran tensión. El inicio de mi formación fue difícil, las primeras supervisiones, fueron casi una tortura pues

tenía un miedo casi paralizante, no sabía qué hacer, no sabía si me iban a decir qué hacer o yo tenía que decidir que hacer. Con el tiempo se fue aclarando hasta llegar a un tercer semestre, maravilloso, donde puedo asegurar que se me olvidó tensión provocada por la presencia del equipo durante la sesión, donde puedo asegurar que la magia en terapia existe, donde conecté corazón con cabeza y empecé a encontrar mi voz entre tantas voces, en donde, empecé a encontrar o recordar algunos de mis recursos artísticos y espirituales, y todo en conjunto empezó a marchar mejor. Entonces como una maquinaria muy bien engrasada todo marchó bien, pues tenía el apoyo de la supervisora, el equipo y el mío propio. Además, la calidad y cantidad de mis lentes aumentó; ya no solo contaba con una epistemología sistémica sino, con la estructura de varios modelos terapéuticos, lo cual también me ayudó mucho pues incrementó mis posibilidades de elección.

4. 4 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

Esta Maestría forma parte de un proyecto de vida, no es un hecho aislado, sino de la forma en que yo voy a conducir mi vida los próximos 40 años de vida profesional y personal. Por lo tanto, ha sido una gran oportunidad para aprender o bien para introducirme en lo que quiero hacer durante estos años, pues, el seguir estudiando es algo que todo terapeuta tiene que hacer, la actualización es permanente. Además, el haber estudiado en la Universidad Nacional Autónoma de México es para mi motivo de gran orgullo y compromiso social, pues somos pocos los que logramos entrar, somos pocos los que egresamos y somos pocos los que nos titulamos, y todavía menos, los que lo hacemos en este nivel de estudios, y con estas condiciones económicas. Para mi es un imperativo ético hacer algo para devolver al país esta confianza que ha puesto en mi, y aunado a mi proyecto como terapeuta, está la docencia e investigación.

La fuerza de uno puede ser la fuerza de muchos si se aplica en el lugar adecuado, como así lo ha sido la fuerza o el esfuerzo de todas mis profesoras y supervisoras para hacer de nosotros buenos terapeutas

familiares. Yo quiero continuar con ese esfuerzo, en mi contexto y hacer de este país un mejor lugar para vivir.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2002). American Psychological Association Principles and Code of Conduct. Obtenido: 23 de marzo de 2008. Desde: [url:http://www.apa.org/ethics/code2002.html](http://www.apa.org/ethics/code2002.html)
- Andersen, T. (1994) *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona:Gedisa.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En: McNamee, Sheila y Gergen, Kenneth J. (comps.) (1996). *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Anderson, H. (1997) *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires:Amorrortu.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process* 27, 371-393.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente. En: McNamee, Sheila y Gergen, Kenneth J. (comps.) (1996). *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Andolfi, M. (1984). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Buenos Aires: Paidós
- Arias, G., Cárdenas N. R., Alonzo, V., Morales, C. y López G. A. (1994). Intento de suicidio en adolescentes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 51, 86-95.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997). Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar. Obtenido: 23 de marzo de 2008. Desde: [url://http://www.amtf.org.mx](http://www.amtf.org.mx)

- Atri, C. y Zetune, R. (2006). Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar. En: Velasco, M. y Luna, M. (Comp.) (2006). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México:Pax.
- Auron, F. y Troya, E. (1988). *La Diferenciación de los Contratos del Terapeuta en la Supervisión*. Trabajo presentado en el 3er. Congreso Nacional de AMPAG, Querétaro, Qro., México.
- Baker, P. (1992). Ética y Terapia Familiar. Federación Española de Asociaciones en Terapia Familiar. *Revista Mosaico*, 20, 16-20.
- Bateson, G(1979). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires:Amorrortu.
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal ideation. The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: The New American Library, Inc.
- Beltrán Ruiz, L. (2004). El Enfoque Colaborativo y los Equipos Reflexivos. En: Eguiluz, L. (comp.) (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Berger, M. y Dammann, Carrell (1982). Live Supervision as a context, treatment and training. *Family Process*, 21, 337-344.
- Bowlby, J. (1989). *La pérdida afectiva*. Baelona: Paidós.
- Butler, J. Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault (1990) En: Lamas, Marta (2003). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México:UNAM-PUEG.

- Carrasco, F. (2001). Ética y psicoterapia. Federación Española de Asociaciones en Terapia Familiar *Revista Mosaico*, 20, 14-16..
- Chávez, H. A., Pérez, H. R., Macías, L. F. y Páramo, C. D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*. 14(3):12-20.
- De la Peña, F., Lara, M. C., Cortés, J., Nicolini, H., Páez, F. y Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (BSR) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*. 19 (Suplemento especial): 17-23.
- De la Peña, F., Ulloa, R. E. y Paez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*. Número Especial: 88-92.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- Des Champs, C., Rocco, J. y Serebrinsky, H. (1997). La escuela de Milán Hoy: las ideas fundadoras y las nuevas propuestas. Entrevista a Matteo Selvini, *Perspectivas Sistémicas*, 40. Obtenido: 2 de Octubre de 1008. Desde: url: <http://www.redsistemica.com.ar/matteo.htm>
- Dym, B. (1987). The cybernetics of physical illness. *Family Process* 26, 35-48.
- Eguiluz, R. L. (1995). Una reflexión sobre la conducta suicida desde el marco de la Terapia Familiar. *Psicología Iberoamericana*, 3, 18-23.
- Eguiluz, R. L. (1996). Las ideas de suicidio en los jóvenes y el funcionamiento familiar. Universidad Autónoma de Tlaxcala, Centro Universitario de Estudios de la Familia, *Revista Familia*, No. 2, enero/junio, 35-41.

Eguiluz, R. L. (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México:Pax.

Eguiluz, R. L., Córdova, M. O., Rosales, C. P. y Juárez, S. (en prensa). La investigación sobre el comportamiento suicida. *Psicología Iberoamericana*.

Eguiluz, R. L.; Nyffeler, E.; Alcántara, G. y Chávez, S. (en prensa). Relación entre ideación suicida y clima social familiar. *Revista Sistemas Familiares*, Argentina.

El rezago educativo en Población Mexicana (2004). México:INEGI.

Encuesta Nacional de Adicciones (2004). México: INEGI.

Encuesta Nacional de Salud (2000). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2003). México: INEGI, UNIFEM e INMUJERES.

Epstein, N. B., Bishop, D. S. y Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning, *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 19-31.

Espinosa S., R. (2004). El Modelo de Terapia Breve con enfoque en problemas y soluciones. En: Eguiluz, Luz de Lourdes (comp.) (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.

Ferrero, A.(2005). El surgimiento de la deontología profesional en el campo de la psicología. *Fundamentos en Humanidades*. 6,177.184.

- Fisch, R., Weakland, J.H., Segal, L. (1988). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Editorial Herder.
- Florenzano, U. R. (1995). *Familia y Salud de los Jóvenes*. Chile: Universidad Católica de Chile.
- Foucault, M.(1992). *Microfísica del poder*. España :Ediciones de La Piqueta.
- Freud, S. (1915). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas. Buenos Aires:Amorrortu.
- Galicia M., I. (2004). Terapia Estratégica. En: Eguiluz, Luz de Lourdes (comp.) (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Garrison, Z. C., Lewionsohn, P., Masterller, F., Langhirrichsen, J. y Lanni, I. (1991). The assessment of suicidal behavior in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21, 217-231.
- Gergen, K. (1996) La construcción social: emergencia y potencial. En: Packman, M. (comp.) (1996). *Construcciones de la experiencia humana Vol. 1*. España:Gedisa.
- Gergen, K. (2005). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Golann,S. (1988). On Second-Order Family Therapy. *Family Process* 27,51-65, 1988.
- Gómez, J. (2004). El adolescente en la familia y en la escuela. En: Eguiluz, L. (Comp.) (2004). *Dinámica de la familia*. México. Pax.
- Guibert, R. W. y Torres, M. N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 17, 452-460.

- Haley, J.(1976). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J., y Richeport-Haley, M. (2003). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, A., Rebutillo, G., Danauy, M. y Bess, S. (1999). Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 15, 372-377.
- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la terapia familiar*. México:Fondo de Cultura Económica.
- Hosftadter, D. (1999). *Gödel,Escher,Bach*. Barcelona:Tusquets.
- Ibañez, J. (coord.) (1990) *Nuevos avances en la investigación social. La investigación social de segundo orden*. Barcelona:Anthropos.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2006). Porcentaje de defunciones generales de 15 a 29 años por sexo y principales causas, 1990 a 2005. Obtenido: 22 de septiembre de 2006. Desde: url: <http://www.inegi.gob.mx>
- Instituto Nacional de la Mujeres (INMUJERES) (2001). *Programa Nacional para la Igualdad de oportunidades y no discriminación contra las mujeres*. México.
- Jiménez, G. A, Sentíes, C. H. y Ortega, S. H. (1997). Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Mental*, 20, 36-41.
- Johansen, O. (1999). *Introducción a la Teoría General de Sistemas*. México: Limusa Noriega.

Keeney, Bradford (1982). What is an epistemology of Family Therapy?. *Family Process*, 21, 153-168.

Keeney, B. (1983). *Estética del cambio*. España: Paidós.

Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. México:Random House Mondadori.

La pobreza en México. Una evaluación de las condiciones, las tendencias y la estrategia de Gobierno (2004). World Bank (Banco Mundial).

Las familias mexicanas (1998). México: INEGI.

Lipchik, E.(2002). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Argentina.

Maturana, H. (1996). Realidad: la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga. En: Packman, M. (comp.) (1996). *Construcciones de la experiencia humana Vol. 1*. España:Gedisa.

Maturana, H. y Varela , F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Argentina: Lumen

McNamee, S. y Gergen, K. J. (comps.) (1996). *La terapia como construcción social*. España:Paidós

Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa*. Santiago:CIDE.

Minuchin, S., Rosman, B, y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.

Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. España: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México:Paidós.

Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental*, 21, 20-26.

Montalvo, B. (1973). Aspects of live Supervision. *Family Process*, 12, 343-359.

Morgan, A. (2002). *What is Narrative Therapy?. An easy to read introduction*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Morin, E.(1974). *El paradigma perdido*. Barcelona: Kairós.

Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona:Gedisa

O'Hanlon, W. Hudson y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.

Onnis, L. (1985). *Terapia familiar de los Trastornos psicósomáticos*. Barcelona: Paidós.

Penn, P. (2001). Chronic Illness: Trauma, language and writing: Breaking the silence. *Family Process* , 40, 33-52.

Pereira, R. (2002). Hacia un modelo familiar de duelo. Federación Española de Asociaciones en Terapia Familiar. *Revista Mosaico*, 33, 9-14.

Platón (1996). *Diálogos*. México: Editorial Porrúa.

- Richman, J. (1979). The family therapy of attempted suicide. *Family Process*, 18, 131-142.
- Rodríguez González, C. (2004). La escuela de Milán. En: Eguiluz, Luz de Lourdes (comp.) (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Rolland, J. S. (1987). Chronic Illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 26, 203-221.
- Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Rosenblueth, A. (1971). *El método científico*. México:Editorial México.
- Secretaría de Desarrollo Social (2001). *Medición de la Pobreza: Variantes Metodológicas y Estimación Preliminar*. Comité Técnico para la Medición de la Pobreza. México.
- Sauceda, M., Montoya, M. A., y Higuera, F. (1997). Intento de suicidio en la niñez y en la adolescencia: ¿Síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 54, 169-175.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones en terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.
- Selvini, P. Mateo (comp.) (1990). *Crónica de una investigación*. Barcelona:Paidós.
- Selvini, Palazzoli .M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, Palazzoli M., Cirilo, S., y Sorrentino, A.M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona:Paidós.

- Simon, Stierlin y Wynne (2002). *Vocabulario de Terapia Familiar*. España: Gedisa.
- Sluzki, C. (2000). Social Networks and the Elderly: Conceptual and Clinical Issues and a Family Consultation. *Family Process*, 39, 271-284.
- Stierlin, H. y Weber, G. (1990). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?* Barcelona: Gedisa
- Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. La búsqueda de significados. España:Paidós.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia Familiar Estructural*. Buenos Aires:Amorrortu Editores.
- Valadez, I., Amescua, R., Quintanilla, R. y González, N. (2005). Familia e intento suicida en adolescentes de educación media superior. *Archivos en Medicina Familiar*, 7, 69-78.
- Valles, M. (2000) *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis.
- Vázquez, R. y Angulo, F. (2003). *Introducción al estudio de casos: los primeros contactos con la investigación etnográfica*. España:Aljibe.
- von Bertalanffy, L. (1978). *Teoría general de los sistemas*. Fondo de Cultura Económica. México.

von Glasersfeld, E. (1988). Aspectos del constructivismo radical. En: Packman, M. (comp.) (1996). *Construcciones de la experiencia humana Vol. 1*. España:Gedisa.

Wartofsky, M. (1987). *Introducción a la filosofía de la ciencia*. Madrid. Alianza.

Watzlawick y Krieg (comps) (1988). *El ojo del observador*. España: Gedisa.

Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D (1967). *Teoría de la comunicación humana*. España: Herder.

Watzlawick, P., Weakland J.H., Fisch R., (2003) *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. España: Herder.

Watzlawick, P. (1994). *¿Es real la realidad?*. España:Herder.

Watzlawick, P. (coord.) (1984) *La realidad inventada*. España:Gedisa.

Watzlawick, P. y Cerberio, M. R. (1998). *La construcción del universo*. España:Herder.

Weber, M. (1984) *.El político y el científico*. México:Ediciones Coyoacán.

Wendorf, D. y Wendorf, R (1985). A systemic view of family therapy ethics. *Family Process* , 24, 443-453.

White, M. (1989). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. España:Gedisa.

White, M. (1995). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. España:Gedisa.

White, M. y Epston, D (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.