



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

GÉNERO Y MATERNIDAD:  
LOS DESAFÍOS DEL CAMBIO  
EN LOS SISTEMAS FAMILIARES

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

**ROBERTO CHÁVEZ NAVA**

TUTORA: MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO

REVISOR: MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS

JURADO: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

DRA. DOLORES MERCADO CORONA

MTRA. CAROLINA MARINA DÍAZ WALLS ROBLEDO

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE DE 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A mi esposa, **Mónica Cecilia**, por su amor y la oportunidad del compromiso y el crecimiento. Gracias también por brindarme a tu familia y hacerme parte de ella, gracias a todos ellos por su apoyo en la construcción de nuestra relación.

A mi padre, **Roberto “El Gordo” (†)**, por enseñarme el valor del conocimiento y la importancia de los momentos.

A mi madre, **Irene**, por enseñarme la virtud de la paciencia y la tolerancia

A mis hermanos, **María Matilde, María Elena, María Lorenia, José Luis (Pachis) y Enrique**, por su cariño y apoyo.

A mi abuela, **Evangelina (Nana)**, por demostrarme la fuerza de las convicciones y las decisiones.

A mis sobrinas, **Karla Lorenia y Alejandra**, por hacer que nuestro amor de familia perdure.

A **Julio César Cortés** por ser un sexto hermano que descubrí en la Maestría.

A **Cruz Alicia Zavala** por descubrirme el pensamiento sistémico.

A **Aldo Bazán** por motivarme a salir y buscar oportunidades de crecimiento profesional

A **Sofía Rivera** por hacerme tomar en serio la investigación.

A **María Elena Rivera** por la capacidad de vincular la visión sistémica en terapia con la investigación formal.

A **Rebeca Monroy** por motivarme a crecer más como terapeuta

A **Silvia Becerril y Mary Blanca Moctezuma** por hacerme notar la importancia del trabajo personal como condición para el desarrollo del terapeuta.

A **María Antonieta Alvarez (Toni)**, mi terapeuta, por caminar junto a mí la senda del cambio en mi vida.

A mis amigos, **Juan Carlos, Carlos Ochoa, Gregorio, José Guadalupe, Carlos Alberto Ramírez, Luis Enrique, Christian Oswaldo, Amado Armando, Samuel Enrique, Aldo León, Ramón Abiel, y Jorge**, por acompañarme en los buenos y malos momentos.

A mis tíos, **Gloria, José Trinidad (Lucero), Graciela, Francisco (†) y Mario**, por apoyar incondicionalmente siempre a mi familia.

## RECONOCIMIENTOS

**A mis compañeros de la Maestría, Domingo, Elvia, Lourdes, Ana Lilia, Maribel, Martha, Guadalupe y Miriam**, por hacer que con sus voces se enriqueciera la experiencia del aprendizaje, personal y profesional.

**A mi tutora, Silvia Guadalupe Vite**, por ser guía de mi desarrollo formativo en la Maestría y tener la paciencia para concluir conmigo este proceso.

**A mi revisor, Jorge Orlando Molina**, por su disposición y colaboración.

**A mis maestros de la Maestría, Raymundo Macías, Jacqueline Fortes, Patricia Moreno, Dolores Mercado, Carolina Díaz, Arturo Lara, Carmen Merino, Flavio Sifuentes, Blanca Barcelata, Nora Rentería y Luz María Rocha**, por participar en mi crecimiento y hacer el profesional que soy hoy día.

**A mis maestros de la Licenciatura, Sergio Antonio Camarena, Jesús León, Miguel Ángel Sitten**, que aportaron con su diferencia una buena parte de la visión de la psicología que tengo.

**A mis pacientes** porque al final es con ellos donde realmente aprendo y a quienes va dirigido mi esfuerzo de ser mejor psicólogo.

**A mis alumnos**, por permitirme participar en su formación compartiéndoles lo que la experiencia y el desarrollo profesional me deja..

**A mis colaboradores en CAICH** por sumarse al desarrollo de otras alternativas en psicología, con todo y las dificultades que ello conlleva.

**A las Comunidades** que nos han permitido trabajar con ellos colaborando en su desarrollo y permitiéndonos aprender en el terreno de la realidad social.

## ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	2
RECONOCIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	6
I. Antecedentes y Contexto de la Terapia Familiar	9
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.	10
1.1. Características del campo psicosocial.	10
1.2. Principales problemas que presentan las familias.	12
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	15
1.3.1. Embarazo Adolescente	15
1.3.2. Diferencias de Género en la Pareja	16
1.3.3. Divorcio	19
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico:	22
2.1. Descripción de los escenarios.	22
2.2. Análisis sistémico de los escenarios.	24
2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes	25
II. Marco Teórico.	27
1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	28
1.1. Teoría General de los Sistemas	28
1.2. Teoría de la Comunicación.	30
1.3. Cibernética	32
1.4. Constructivismo.	35
1.5. Construccinismo Social.	37
2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	38
2.1. Modelo Estructural	38
2.2. Modelo Estratégico	43
2.3. Modelo de Terapia Breve	48
2.4. Modelo Orientado a Soluciones	55
2.5. Modelo de Milán	60
2.6. Modelos derivados del Posmodernismo.	67
III. Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales.	74
1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.	75

<b>1.1.</b> Integración de expedientes de trabajo clínico.	<b>75</b>
<b>1.2.</b> Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica.	<b>86</b>
<b>1.3.</b> Género y maternidad: Los desafíos del cambio en los sistemas familiares.	<b>90</b>
<b>1.4.</b> Análisis del Sistema Terapéutico Total.	<b>98</b>
<b>2.</b> Habilidades de Investigación	<b>100</b>
<b>2.1.</b> Reporte de investigación cuantitativa.	<b>100</b>
<b>2.2.</b> Reporte de investigación cualitativa.	<b>109</b>
<b>3.</b> Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.	<b>114</b>
<b>3.1.</b> Productos tecnológicos.	<b>114</b>
<b>3.2.</b> Programa de intervención comunitaria.	<b>115</b>
<b>3.3.</b> Asistencia a foros académicos.	<b>118</b>
<b>4.</b> Habilidades de compromiso y ética profesional.	<b>118</b>
 IV. Consideraciones finales.	 <b>121</b>
<b>1.</b> Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.	<b>122</b>
<b>2.</b> Incidencia en el campo psicosocial.	<b>123</b>
<b>3.</b> Reflexión y análisis de la experiencia.	<b>124</b>
<b>4.</b> Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.	<b>125</b>
 V. Referencias Bibliográficas.	 <b>127</b>

# INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

El Reporte de Experiencia Profesional que se presenta a continuación es requisito para el Examen de Competencias que permite obtener el grado de Maestro en Psicología, dependiente de la Residencia en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México en la que el autor cursó sus estudios de Posgrado del año 2004 al 2006. Se hace en cumplimiento de los objetivos del Programa de la Maestría y orientado hacia el Perfil de Egreso de la misma.

Se divide en Cuatro Capítulos y sus respectivos subcapítulos.

El primero de ellos presenta los Antecedentes y Contexto de la Terapia Familiar, esto a través de un análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar así como una caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico. La primera parte presenta las características del campo psicosocial y los principales problemas que presentan las familias, así como formas en la que las Terapias Familiar Sistémica y Posmoderna han abordado la problemática mencionada. La caracterización de los escenarios se hace a través de su descripción, de un análisis sistémico y de la explicación del trabajo y secuencia de participación en los mismos.

El segundo Capítulo se refiere al Marco Teórico en el que primero se hace un análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna y se concluye con un análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna. En este último se mencionan los Modelos Estructural, Estratégico, de Terapia Breve Orientada a Problemas y a Soluciones, de Milán, y finalmente los derivados del Posmodernismo.

En el tercer Capítulo, que trata sobre el desarrollo y aplicación de las Competencias Profesionales adquiridas, se inicia con las Habilidades Clínicas Terapéuticas integrándose los expedientes de trabajo clínico por familia en la que se atendió como terapeuta, analizando y discutiendo teórica y metodológicamente la intervención clínica realizada con ellas (para esto, además, se desarrolla un tema teórico considerado pertinente a los casos vistos), se concluye este apartado con un análisis del Sistema Terapéutico Total basado en las observaciones clínicas que como parte de los equipos terapéuticos se hicieron en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico. Un subcapítulo siguiente es lo referente a las habilidades de Investigación, reportándose las investigaciones realizadas usando metodología cuantitativa y cualitativa. Uno más es el relativo a las habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria: esto está dado por la elaboración y presentación de productos tecnológicos que sirvan para la atención de los usuarios o para programas de formación de los terapeutas, asimismo por el desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria, terminando con un reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado en dichos foros. La parte final de este capítulo



es el tocante a las habilidades de compromiso y ética profesional en el que se discute e integran las consideraciones éticas que emergieron de la práctica profesional.

Finalmente, el capítulo cuarto, se refiere al resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas, la incidencia en el campo psicosocial, la reflexión y análisis de la experiencia, y las implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

# **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. Características del Campo Psicosocial.**

Actualmente con la cultura moderna, urbana y tecnológica, la civilización exalta, en forma universal, el valor de la familia conyugal. Sobre todo en las zonas urbanas, adquieren importancia el amor conyugal basado en la libertad de decisión, el derecho de filiación y herencia directa, de elección del trabajo, el control de la fecundidad, la participación activa de la mujer, etc. Sin embargo, el desarrollo real de este modelo originado básicamente en la pequeña burguesía europea, queda en muchos casos al nivel puramente formal y simbólico, pues las relaciones familiares primarias en México aparecen frecuentemente con un sentido diferente, ligados al régimen semifeudal establecido y muy lentamente separado (Leñero, 1983).

Respecto al arquetipo de la familia nuclear conyugal que existe en la sociedad contemporánea, Tuirán (1994) afirma que estudios realizados en México revelan que una proporción importante de las familias no se ajusta a este arquetipo, lo que pone en claro que la dinámica colectiva no puede ser enmarcada en modelos aparentemente uniformes y monolíticos; Pardo (1984, en Mansour y Soni, 1986) afirma que en apariencia la familia urbana mexicana es generalmente amalgamada. Frente a las versiones estereotipadas de "la familia", es necesario contraponer un mosaico desarrollado bajo la influencia de las distintas subculturas regionales, clases sociales y grupos étnicos. Dentro de la sociedad mexicana coexisten formas nuevas y viejas que se mezclan en la práctica con el modelo de la familia nuclear conyugal. El resultado por tanto, es que no puede hablarse de un modelo típico sino de un panorama pluriforme y diverso. Lo que si es claro es que diversas transformaciones de índole socioeconómica, cultural y demográfica han contribuido a multiplicar los arreglos familiares y a consolidar formas nuevas y viejas de organización familiar.

Existen estudios que consideran la evolución de la familia mexicana en su dimensión sociocultural, haciendo referencia a las formas que ésta adoptaba en las distintas comunidades prehispánicas, para luego referirse a los cambios que la conquista y el proceso de colonización marcaron en la dinámica de la familia mexicana. Seguramente muchas pautas culturales de la familia actual en México tienen su origen en última instancia en el sincretismo de las culturas que conformaron al México independiente.

Leñero (1983) establece dos patrones de estereotipos principales surgidos del prototipo cultural mexicano. Uno de ellos es el de los estereotipos tradicionales en donde se ubica al machismo, la maternidad santa, la familia como unidad básica sobre todo para la mujer y la sacralización de la familia. El otro son los estereotipos modernos, en donde se encuentra el ideal de familia pequeño-burguesa (familia nuclear de tipo sajón), la paternidad responsable como prototipo ambiguo y las doctrinas familística y antifamilística como ideología.

En este aspecto, Mansour y Soni (1986) hacen referencia a estudios realizados por Díaz Guerrero (1955; 1972; 1977), Almeida (1983), Ross (1983) y Said (1983), en los que se constata que los mexicanos consideran que el varón es superior a la mujer y que ésta debe obedecer, servir y dedicarse a cuidar de sus hijos. Si bien, padre y madre suelen ser autoritarios, el padre aparece como una figura distante por lo que muchos hijos no desarrollan una capacidad para crear fuentes de control internas (Gecas, 1979 y Peñalosa, 1968 en Mansour y Soni, 1986).

Algunos autores afirman que los mexicanos se sienten impotentes para resolver sus problemas y establecen su seguridad a partir de figuras de autoridad y fuentes de control externas. Esta situación provoca altos niveles de ansiedad y baja aspiración al logro, lo que se contrarresta al estar inserto en una red comunitaria que brinde apoyo social (Billings, Cronkite, Moos, 1983; Medinnus, 1983; Ross, Mirowsky, Cocherbam, 1983; en Mansour y Soni, 1986).

Santiago Ramírez (1977) afirma que lo que caracteriza a la familia mexicana es el exceso de madre, la ausencia de padre y el exagerado número de hijos. Ciertamente, una situación que se presenta en alta proporción en las familias mexicanas principalmente de clase baja, es el abandono del padre.

Según Calvert (1983), la madre transmite a los hijos su desconfianza producida por los abandonos y las pérdidas, lo que influirá en generar confusión, apatía y pasividad y culpa, entre otros sentimientos. La maternidad da a las mujeres un sentimiento de valía al sentirse necesitadas por los hijos y al sobrecompensar en ellos el abandono del padre. La mujer se refugia entonces en su papel de madre abnegada, sin derecho a una vida de aspiraciones propias, basada en la satisfacción de las necesidades de sus hijos.

De acuerdo con esta misma autora, el niño mexicano desde muy temprano desarrolla habilidades para burlar al padre violento, lo que lo hará propenso a burlar a las figuras de autoridad en su etapa adulta. Estas son algunas de las causas por las que el niño mexicano difícilmente logra establecer identificaciones masculinas fuertes, constantes y seguras.

Con respecto a los roles dentro de la familia, Leñero (1994) afirma que las tareas consideradas típicamente como "femeninas" siguen siéndolo, a pesar de los cambios introducidos por la participación de la mujer en el trabajo externo y en la misma vida social y hasta política. Mientras que en 1967 había un 76% de casos en los que las tareas domésticas eran sólo asumidas por las madres de familia, hemos pasado en la actualidad a un 71%, apenas cinco puntos menos. La mujer casada siente, en casi la mitad de los casos que ha tenido que sacrificar su desarrollo personal.

La estructura del poder dentro de la familia, tiene dos grandes niveles: el primero, de carácter formal e institucional, el cual obedece a una modalidad autocrática de tipo tradicional, detentada por el llamado jefe de la familia; y el segundo, por un sistema real y operativo de toma de decisión hecha, en la práctica de la vida

cotidiana, a partir de situaciones de facto. El jefe, reconocido en casi la totalidad de familias estudiadas por Leñero (1994), es un hombre, aunque de hecho no conviva en el hogar. Hay una participación mayor de la mujer, en la toma de decisión reconocida públicamente, Se ha visto una reducción de la autocracia masculina del 37% de hace 25 años a un 18 por ciento (Leñero, 1994).

## **1.2. Principales Problemas que presentan las Familias.**

Todavía amplios sectores de la población mexicana inician su vida conyugal a edades tempranas. La alta prevalencia de este tipo de uniones suele considerarse, además de un factor que obra en contra de los razonamientos previos sobre la autonomía, como un problema potencial de salud reproductiva, sobre todo cuando los embarazos ocurren antes de que se haya alcanzado la plena madurez fisiológica. En muchas ocasiones, las uniones prematuras se originan por embarazos precoces, con frecuencia no deseados. Paralelamente, afectan la situación de las mujeres, ya que por lo general las orillan a abandonar los estudios y a perpetuar las condiciones de desventaja con las que inician su vida familiar. Por ejemplo, está documentado que las mujeres que se unen precozmente tienen mayores probabilidades de terminar su periodo reproductivo con una descendencia mayor: quienes iniciaron su vida conyugal antes de los 18 años lograron una descendencia de 4.8 hijos doce años después, mientras que las mujeres que iniciaron su vida conyugal a partir de los 23 años presentan una paridad de 3.2 hijos en el mismo lapso (CONAPO, 1997).

La conyugalidad precoz está asociada con una menor autonomía de los individuos frente a la sociedad, ya que el unirse por un embarazo y para cumplir con principios ético-morales vigentes en la sociedad, conlleva a pensar el matrimonio no como un acto de libre albedrío, sino como una imposición social, cuando no un castigo. Este tipo de compulsiones, por lo general, deja huella en la relación de la pareja, que más tarde suele cobrar presencia en los conflictos conyugales.

El momento en que las mujeres inician su vida conyugal está fuertemente asociado con su nivel educativo. Datos recientes para México muestran que entre las mujeres de la generación de 1960-1969, por cada una que ha terminado la escuela primaria y se ha unido antes de los 16 años, tres lo hicieron sin haber concluido la primaria y casi cinco sin tener instrucción alguna (CONAPO, 1995).

La educación tiene igualmente efectos sobre la conducta reproductiva. La escuela otorga habilidades, estimula el desarrollo cognitivo, promueve el cambio de valores y abre mayores expectativas de oportunidades económicas. Estas transformaciones establecen las bases para promover una menor influencia -y tal vez un dominio menos evidente- de los hombres sobre las mujeres.

Algunos trabajos documentan cómo las uniones precoces, el arribo temprano de los hijos y la imposibilidad de controlar su número y espaciamiento suele privar a las mujeres de oportunidades de acceso a empleos formales en los sectores

modernos y mejor remunerados de la economía. Los obstáculos se incrementan para quienes tienen una descendencia numerosa.

Las formas a través de las cuales la educación influye en la conducta reproductiva son diversas. La educación está asociada con la entrada tardía al matrimonio, la preferencia por familias pequeñas, una mayor conciencia, aceptación y uso de los métodos anticonceptivos. Los embarazos no deseados y no planeados también son menores entre las mujeres con mayor nivel educativo, lo cual sugiere que la educación las posibilita para seleccionar su propio proceso reproductivo y establecer mayor control sobre la formación de la familia. Estos hechos, relativos a la educación, sitúan a las mujeres y sus parejas en condiciones distintas a las de sus antepasados en el ejercicio de su vida conyugal.

Se ha hablado de la emergencia de nuevas pautas de conyugalidad que, no obstante, conviven con formas tradicionales hegemónicas, sobre todo, en ciertos contextos. En efecto, todavía muchas mujeres mexicanas se unen a edades tempranas y tienen a su primogénito poco tiempo después. Esta circunstancia constituye una clara evidencia de los patrones culturales que "definen el comienzo de la vida familiar y que hasta ahora han podido resistir los embates de la gran transformación modernizadora de las últimas décadas" (CONAPO, 1997).

Mientras una parte de la población continúa inserta en patrones tradicionales de conyugalidad (con respecto a: selección de cónyuge, motivos para el matrimonio, inicio de las relaciones sexuales, edad a la primera unión, formas de convivencia de pareja, edad al inicio de la maternidad/ paternidad) otra parte -aunque efectivamente mucho menor- protagoniza los grandes cambios culturales que se reflejan en las prácticas demográficas y en las interacciones de la pareja.

Es de extrema importancia tener presente que las protagonistas principales de los mencionados cambios son las nuevas generaciones, hecho comprobado en estadísticas recientes. Funcionan como marco general de tales situaciones la mayor libertad sexual que se acompaña de un debilitamiento de los controles sociales y familiares que legitiman la actividad sexual de forma exclusiva dentro del matrimonio.

En las últimas tres décadas, el nivel de la fecundidad en el país ha descendido en aproximadamente 4.3 hijos. Al mismo tiempo, el uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado, sobre todo entre las mujeres. Esta disminución de la prole ha sido un elemento determinante en la reducción de la talla de los hogares por su impacto en el tamaño medio de los núcleos familiares, hecho que, sin duda, ha tenido importantes repercusiones sobre la organización de las familias y sobre la interacción de las parejas.

El descenso en el tamaño de los núcleos familiares, provocado por la reducción del número de hijos, ha propiciado cambios en las cargas de trabajo dedicadas por las mujeres a la atención de niños pequeños, es decir, ha habido una reducción en los años de crianza.

Otro cambio que afecta también la estructura y tamaño de las familias, y por ende la organización familiar y de pareja, es el aumento en la esperanza de vida de la población, la cual se traduce en una mayor sobrevivencia de las personas adultas y ancianas, y una presencia más prolongada en el ciclo de vida familiar. Con este hecho demográfico, la esperanza de vida al momento de la unión también se ha incrementado de manera sostenida en el transcurso de este siglo.

La reducción de la prole como la mayor presencia de ancianos, incide en la transformación de funciones, tareas y responsabilidades de los miembros de las familias, al interior de los hogares, así como en el tamaño medio de las familias.

Si bien el incremento en la expectativa de vida de la población se traduce también en mayores probabilidades de alargamiento de la esperanza de vida marital, hoy día hay mayores riesgos que compiten con este hecho al provocar rupturas tempranas en la vida conyugal.

Las rupturas en la vida conyugal -por abandono, separación o divorcio- se remiten a cuestiones culturales y éticas guardando relación con las transformaciones en los derechos y deberes involucrados en la vida en pareja y de ésta con la prole. Reflejan, también, una pérdida de vigencia de los controles sociales promovidos por ciertas instituciones sobre la vida de los cónyuges. Las tasas de divorcio tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados se están incrementando. La ruptura de la relación conyugal generalmente deteriora las condiciones económicas de la madre y los hijos. La separación y el divorcio pueden también estigmatizar socialmente a la madre reduciendo su estatus social y limitando el apoyo de redes provenientes de la familia del cónyuge (Bruce, J.; C.B. Lloyd; A. Leonard et al:1995).

Las tendencias seguidas en las trayectorias de vida de cónyuges e hijos después de las rupturas familiares dan lugar a formas de vida más complejas y a una gama de arreglos muy amplia, entre los que destaca la formación de familias reconstruidas (es decir, formadas por personas separadas o divorciadas con o sin prole).

La existencia de hogares monoparentales con jefatura femenina obedece a diversos factores, sobresaliendo los de índole demográfica, económica y cultural. El embarazo adolescente y el embarazo en ausencia de una relación conyugal; el divorcio, las separaciones, el abandono y la viudez, son fenómenos que han contribuido al incremento de las proporciones de mujeres jefas de hogar y de las madres solteras. En ciertos países subdesarrollados, entre el 40 y 60 por ciento de las mujeres en edad de los cuarenta señalaron que su primer matrimonio se había disuelto (República Dominicana, Ghana, Indonesia y Senegal) y en otros países se registró un 25 por ciento de las mujeres en la misma situación. Por otra parte, los datos demuestran que la tasa de divorcio en los países desarrollados se ha incrementado notablemente y varía de país en país. Por ejemplo, en Italia se registran ocho divorcios por cada 100 matrimonios, mientras que en Estados Unidos hay 55 divorcios por cada 100 matrimonios (Lloyd y Duffy:1995). La

disolución del matrimonio, ya sea por abandono, separación, divorcio, ya sea por la muerte de algunos de los cónyuges, es común en todo el mundo y se ha visto que la creciente proporción de divorcios involucra parejas con hijos chicos, lo que incrementa la posibilidad de que el hogar, en el futuro, sea dirigido por sólo uno de los cónyuges. Detrás de estos fenómenos figuran los aspectos culturales de la vida de la pareja como, por ejemplo, el debilitamiento de vínculos que unen a los cónyuges y las dificultades para establecer lazos conyugales nuevos de carácter más durable.

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

#### **1.3.1. Embarazo Adolescente.**

Lejos de ser causa de una mala educación sexual, el embarazo adolescente proviene de una conducta observada en la familia y cumple una función histórica con ésta, al cubrir carencias emocionales y afectivas. Se ha demostrado que un embarazo adolescente no tiene como origen la ignorancia en torno a los métodos anticonceptivos, sino la repetición de un patrón de conducta transmitido por generaciones, presente en clases sociales bajas, con pocos estudios y relaciones familiares conflictivas (Sánchez, en Tello, 2003).

Es un problema social en zonas suburbanas pobres, pues provoca que la madre dependa de sus familiares, al encontrar el padre dificultades para conseguir empleo. Son familias disfuncionales con muchos hijos, algo que tiene su explicación en la necesidad de la mujer de mantener el vínculo afectivo con el marido, por pequeño que éste sea, mediante el engendramiento de hijos, pauta que la adolescente aprende.

Por regla general el sistema de salud ve el embarazo adolescente como un problema de la chica encinta; sin embargo, en él interviene la familia, su conducta y su manera de pensar. La aparición de este problema cumple una función para sus miembros. Es curioso el dato, pero en cuanto a la familia materna, más de la mitad de las adolescentes sabe a qué edad contrajeron matrimonio sus abuelas, tuvieron su primer hijo y el tipo de relación que tenían con sus abuelos. En cambio, de la paterna casi desconocían todo.

Existe una relación afectiva que propicia el intercambio de información. Entonces la madre platica a la hija cómo fue su primer parto, a qué edad quedó embarazada, si la forzaron a casarse o escapó con el novio, etcétera. Sánchez (en Tello, 2003) comprobó que a raíz del embarazo, el nexo con la madre experimenta un estrechamiento, mientras que el padre adopta una actitud distante y de molestia. Un fenómeno que ilustra tal actitud masculina aparece en los novios, pues la mayoría huye al saber que su pareja está embarazada.

Y esto no solo ocurre en México, sino también en Europa, donde las campañas anticonceptivas son más fuertes. Se recomienda reenfocar los esfuerzos



educativos de salud y bienestar hacia las familias, para modificar la incidencia del embarazo adolescente. Esto propiciará mayores acercamientos afectivos que involucren a las figuras masculinas.

### **1.3.2. Diferencias de Género en la Pareja**

Hoy es imprescindible, para el terapeuta de pareja, teniendo en cuenta las importantes contribuciones de las investigaciones sobre género. Las mismas aportaron una comprensión diferente sobre los procesos psíquicos y el comportamiento de las personas y las interacciones en las relaciones de pareja. Según Castro (2004), el factor género es un organizador esencial de la subjetividad, del modo de percibir la realidad y del establecimiento de prioridades dentro de una determinada escala de valores. El género condiciona la construcción del psiquismo de mujeres y varones porque es un compendio de juicios de valor que impregnan la cultura y establecen que se aprueba y se prohíbe a cada uno. Este condicionamiento se ejerce a través del proceso de socialización dentro de la familia, las instituciones educativas, con la influencia de los medios de comunicación. Tiene consecuencias decisivas en la configuración del vínculo de pareja.

Para Castro (2004) los estereotipos de género tradicionales forman parte constitutiva del inconsciente y tienden a perpetuarse con diferentes características según las épocas. Estos estereotipos implican una manera desigual de distribución del poder en detrimento del género femenino.

La concepción tradicional de género sexual femenino dispone para las mujeres, la exaltación de la función maternal y su realización personal a través del matrimonio y los hijos. Entiende el trabajo doméstico como un aspecto más de su centramiento en los vínculos familiares. Atribuye a las mujeres gran emotividad, con tendencia a la labilidad y al desequilibrio mental, inseguridad sostenida en diversos temores y bajo nivel de agresividad. Se considera, que las mujeres tienen mayor tendencia a la enfermedad corporal, y poca capacidad de desenvolvimiento en el plano económico. Se estima que poseen escaso desarrollo para el razonamiento, la organización y la acción. Se les asigna pasividad en lo sexual y otros terrenos de la vida.

Este modelo descalifica y considera impropio la realización de proyectos personales que no estén en función de la familia, así como la búsqueda de autonomía a través de la defensa de los deseos, necesidades e intereses propios. Como consecuencia se resalta una posición dependiente del género masculino, desde el varón, primero del padre y luego del marido.

El estereotipo tradicional masculino considera que los varones poseen rasgos de autonomía, fortaleza física y emocional, autodominio y tendencia a dominar a los demás, y especialmente a las mujeres, control sobre los estados emocionales displacenteros como la angustia, la tristeza y el dolor. Les atribuye capacidad para el razonamiento y la acción, lo que los hace aptos para la investigación científica,

la creación cultural, y el trabajo productivo en general. Según este estereotipo los varones tienen impulsos sexuales fuertes, con independencia de los vínculos. Lo natural es que organicen de su vida en función del trabajo y el prestigio personal.

En la concepción tradicional la mujer es criada con un sentimiento de minusvalía frente al mundo. Lo que puede aportarles tranquilidad y cierto equilibrio psíquico es el amor, que se obtiene dentro del vínculo de pareja, especialmente bajo la forma del matrimonio. Una vez dentro del mismo ellas son responsables de la felicidad y la continuidad de la pareja. Para mantener este vínculo son capaces de minimizar y negar situaciones perturbadoras, en la relación de pareja, con la ilusión de un futuro mejor. La pareja constituye el sostén del sentimiento de identidad de estas mujeres. La separación implica un derrumbe que desean evitar a cualquier costo. Ahora bien, con el paso de los años esta actitud puede ocasionar en muchas mujeres profundas frustraciones que afectan seriamente su estado emocional, y es frecuente que hagan cuadros depresivos. Algunas mujeres “tradicionales”, en la edad media de la vida empiezan a sentir rechazo por la dependencia y autorestricciones y entran en crisis. Desean mayor libertad individual y tener la posibilidad de frecuentar otros ámbitos. El hecho de no haber desarrollado intereses más allá de la pareja y la familia, así también como tener pocos proyectos que comparten con su pareja, una comunicación deficiente y una vida social limitada al ámbito familiar, las hace sentir solas y frustradas.

Uno de los temores de las mujeres que no cumplen este rol es la de perder la posibilidad de ser amadas, se refiere al temor a no encontrar pareja o a ser abandonada por no ser femenina en el sentido tradicional, o por no poder satisfacer en grado suficiente las demandas de su pareja y perjudicar a los hijos por dedicarles poco tiempo, debido a sus otras ocupaciones. Cuando una familia llega a la consulta por un niño, cuya madre trabaja, siempre aparece “la culpa” que ella siente atribuyéndose al hecho de estar menos tiempo en casa las dificultades del niño.

El modelo de los varones que adhieren al estereotipo tradicional es que la pareja se funda en la oposición dominador dominada, la expectativa es que las mujeres se adapten a ellos satisfagan, sus deseos y necesidades y los acompañen en sus aspiraciones y forma de vida. La dominación se ejerce de diferentes modos: responsabilizando exclusivamente a la esposa por las dificultades de pareja o familiares e inclusive por la aparición de síntomas físicos y/o psíquicos de los hijos, presionarla para que actúe como él considera bajo pena de escándalos o aislamientos dolorosos, sobrecargarla con demandas domésticas, sexuales, etc.; oponiéndose directamente o descalificando cualquier intento de actividad independiente, estudio, trabajo, amistades, etc. El reconocimiento de sus cualidades puede faltar o estar circunscripto a sus funciones domésticas, muchas veces dicho con un tono irónico. El principal temor masculino es el de ser debilitado por el vínculo amoroso y dominado por la mujer. En consecuencia la intimidad es considerada peligrosa y por ende es frecuente que adopten una distancia emocional y física. Desoyen las demandas de las mujeres y creen que utilizan artilugios para atarlos y someterlos.

La crisis socioeconómica actual coloca a los varones en una situación real de inseguridad y disminución del poder. Es común que los desocupados o subocupados se tornen más susceptibles con relación a la pareja en cuanto a sentirse dominados, descalificados y debilitados. En muchos casos aparece violencia contra la mujer, originada en los sentimientos de impotencia por sentirse descolocados del único rol que aprendieron a desempeñar.

Los varones muy tradicionales rechazan consultar al profesional por los conflictos de pareja, y con frecuencia se oponen de modo abierto o encubierto a que la mujer lo haga. La resistencia a revisar las condiciones del vínculo, lleva en muchos casos a que las mujeres decidan la separación o enfermen física o psíquicamente. Si llegan a divorciarse depositan la responsabilidad en forma unilateral en la mujer.

De la relación de pareja en la actualidad se puede decir que en su mayoría las mujeres adhieren en forma conciente o no a su nueva condición social. Se lamentan por estar sobrecargadas, sin embargo no por ello declinan su status actual ya que saben que volver a la antigua división de roles mutila gran parte de su desarrollo personal y perturba su salud. Sus angustias están referidas a los varones. Constatan que ellos tienen una evolución más lenta hacia los vínculos democráticos, que se resisten a los cambios que son percibidos como una sucesión de pérdidas, y que en algunos casos puede ser el disparador de conductas perturbadoras.

La sociedad occidental dada la transformación de las subjetividades y de las condiciones socioculturales que atraviesa se enfrenta con el desafío de integrar las semejanzas entre los géneros y de entender estas diferencias como no jerárquicas. Debemos ser cautos sobre las conquistas obtenidas porque los principios patriarcales aún persisten en ambos géneros y deberán transcurrir varias generaciones para su modificación.

Con respecto a la relación de pareja la mayor dificultad de la época se centra en establecer el vínculo. Los vínculos son frágiles ya que se busca sólo el contacto para lograr los suministros afectivos y eróticos imprescindibles, el límite al compromiso emocional tiene la función de preservar del sufrimiento y de las problemáticas que implica un vínculo amoroso estable en el cual va surgiendo la interdependencia. Cada vez con más frecuencia la revisión de los estereotipos de género y de la pareja tradicional es reconocida como válida y necesaria. Como consecuencia los conflictos pueden conceptualizarse y dejar de ser antagonicos y silenciados para transformarse en problemas que pueden ser comunicados y compartidos, lo cual hace posible modificaciones subjetivas y en las prácticas cotidianas.

Gotman (1995) afirma que la "sustancia cotidiana real del matrimonio, esa lenta acumulación a lo largo de años de incontables, pequeñas, sutiles pero profundas y elocuentes pautas de interacción que conforman o rompen un matrimonio sigue siendo para la mayoría cónyuges y terapeutas incluidos una tierra incógnita". Las

creencias ortodoxas de que la compatibilidad es indispensable para la felicidad conyugal y la reducción del conflicto es decisiva para salvar un matrimonio, según los estudios citados por él, es un mito. Lo que determina el bienestar de una pareja es el balance entre las interacciones emocionales positivas y negativas; que los buenos momentos sobrepasen los malos; lo que importa es el saldo global.

Gotman (1995) alerta que existen formas de negatividad que son muy peligrosas en la ecología del matrimonio: la crítica, la defensividad, el desdén y el amurallamiento (encierro o aislamiento). Es común encontrarlas alguna vez, en todas las parejas, pero implica un riesgo importante si comienzan a hacerse frecuentes en las disputas, por su enorme poder destructivo.

Un terapeuta de pareja debe ser tolerante con los diferentes modos de vida propios de cada cultura y subcultura, aunque por supuesto debe tener confianza en su propia postura moral., y su propio sistema de creencias, que está obligado a revisar constantemente. Trabajar con personas implica revisar constantemente las propias creencias y poder relativizarlas. Es un punto de equilibrio difícil en el cual el terapeuta no debe volverse rígido pero tampoco poner en duda su postura moral a cada rato. Es importante que el terapeuta no se solidarice con un cónyuge en contra del otro. Un terapeuta sólo se puede apartar de esta fundamental regla cuando está de por medio la violencia o la falta total de cooperación.

Es importante mantener como principio, que si una pareja viene a la consulta, existe en ella a priori y hasta que se pruebe lo contrario, un resto de la pasión constitutiva de la relación a descubrir. Si existe, la tarea será liberar esa energía creadora para poner de manifiesto las vías que la pareja deberá explorar. Si ya no existe también es importante que la pareja se de cuenta, y se libere hacia otros destinos.

### **1.3.3. Divorcio**

Cuando se forma una pareja, se ponen en funcionamiento educación, creencias, mitos de dos familias distintas, las familias de origen de cada uno de los cónyuges. Como dice Canevaro (1979), para trabajar con una familia hay que pensar en la pareja que la creó. A las jóvenes parejas no se les enseña a recorrer este difícil camino: las expectativas de ambos, los contratos no explicitados, las fantasías sobre lo que se espera lograr de la relación, y los acuerdos mínimos que es necesario realizar para lograr un funcionamiento satisfactorio. Esta falta de acuerdos explícitos incide en el grado de frustración que produce el no haber podido cumplir con los sueños depositados en el otro.

La nueva pareja debe crear sus propias normas de funcionamiento, debe lograr acuerdos que no siempre son fáciles de obtener debido a que hay aspectos de la educación y de la formación de cada uno que están muy arraigados, y que cada uno los vive como indiscutibles. Las normas de la nueva pareja que se forma y que llegará de la difícil tarea que es ponerse de acuerdo, tomará de cada familia

de origen aquellas normas, rituales y costumbres que más se adapten, independientemente de la edad de cada uno y si es una pareja intacta o ensamblada. Steinglass (1989) habla de una primera etapa de mucho movimiento por esta razón. Para él, el desarrollo de las familias es circular. Es decir que las familias son sistemas multigeneracionales. La continuidad queda asegurada por el hecho de que las personas son al mismo tiempo hijos de su familia de origen y “fundadores” de su propia familia de procreación. El matrimonio no es más que un punto de partida de conveniencia, un signo de puntuación que separa a una generación de la otra de manera artificial.

La familia recién formada se esfuerza por definir su identidad como tal familia. Pero casi siempre de acuerdo con los legados transmitidos por sus familias de origen, y estas familias de origen luchan ellas al mismo tiempo con lo que quieren transmitir como herencia a las futuras generaciones. Esto hace cuestionar sobre si la transmisión es un proceso interno, o se trata de un proceso que se da a través de la sinapsis que separa a la antigua familia de la nueva.

Cuando una pareja se divorcia, luego de un largo período de desilusiones, de intentos de mejorar la relación, se produce un sentimiento de fracaso y pérdida de la autoestima. La conflictiva que se presenta no es sólo legal, sino también emocional y social.

Cuando nos casamos elegimos exactamente lo que necesitamos. También es importante connotar positivamente el divorcio, verlo como una forma de crecimiento y no de fracaso (Kaslow, 1986). El divorcio no rompe el sistema familiar, sólo lo hace más complejo.

Actualmente podemos pensar que la patología que se genera en familias que pasan por la experiencia del divorcio, no se debe tanto a éste en sí mismo, como a la organización disfuncional que puede seguirle y es sobre esta organización sobre la que el especialista puede trabajar en forma preventiva o terapéutica.

En la medida que cada uno de los ex cónyuges, en forma madura, se hace cargo de “su parte” hace más fluido el diálogo y facilita los acuerdos.

Cuando los que han decidido divorciarse llegan a la consulta en general sólo pueden hablar de las cosas “malas” del otro, de la frustración y del pleito y no pueden reconocer que esa otra persona fue elegida en un momento determinado, que se la consideró valiosa y que era la que el otro necesitaba, como dice Kaslow (1986). Un aspecto importante a destacar y reforzar desde el rol profesional es que se rompe la relación de pareja, pero no se deja de ser padre o madre, ese compromiso es para toda la vida.

Acerca del sobre involucramiento de los hijos, Boszormenyi-Nagy (1993) dice que “en esta situación relacional - fundamentalmente mucho más destructiva- el niño no puede desarrollar su campo de sólidos vínculos de lealtad primaria o vertical. La atmósfera de traición y mutuo socavamiento que impera en la relación entre los

padres hace que el hijo esté constantemente expuesto a un campo conflictivo en lo que se refiere a confianza básica en su familia de origen y en lo que se refiere a lealtad a ésta. No puede ser leal a ambos padres a la vez. La lealtad hacia uno de ellos significa, inevitablemente, deslealtad hacia el otro. Esta situación lleva a una creciente y destructiva parentalización del niño, que lo obliga a dar más y más de su fuerza estructural y de su devoción, para salvar la brecha que se produce en esa situación triangular entre él y sus padres”.

“Una vez que los recursos del niño se han agotado, esta actitud relacional básica, profundamente destructiva, puede llevarlo a una autodestrucción suicida, a una grave psicosis, a crímenes mayores o a otras salidas desesperadas”.

El niño necesita de la unidad parental, por lo que es importante que la pareja pueda tener claro cual es su compromiso con respecto a sus hijos, ya que esto hace que un divorcio no sea maligno.

La estructura posdivorcio más saludable es la biparental. También es importante para el profesional poder tener en cuenta la etapa del ciclo de vida de esa familia que se reorganiza, si existen miembros de la familia extensa que pueden colaborar con una madre recién divorciada que tiene que salir a trabajar. Si son varones adolescentes, es aconsejable vivir con el padre y si esto no es posible que el contacto de ambos sea lo más frecuente

Es frecuente que uno de los progenitores no esté de acuerdo con el divorcio y que muchas veces hable “mal” del otro, esta actitud no es beneficiosa pues como dice Satir (1991) al niño le decimos que la mitad de su herencia no es confiable. Necesitan tener acceso a ambos padres y el profesional debe ayudar a que éstos comprendan los sentimientos de los chicos. Es necesario colaborar para que tengan acceso fácil a ambos padres.

Kaslow (1986) considera que el divorcio psicológico dura de 3 a 5 años, luego de este período se reorganiza la persona, pero no así los que tienen muchas dificultades personales independientes del divorcio o aquellas personas que inician una nueva relación sin haber resuelto la anterior, sin haber evaluado las causas que lo llevaron al divorcio, en este caso llevan a la nueva pareja, lo que no resolvieron de la anterior, por eso se considera muy importante la consulta psicológica con un experto en divorcio pues el tiempo para reflexionar y evaluar las causas que motivaron el mismo son sumamente importantes al momento de iniciar una nueva relación y no sólo en este caso sino como comprensión de sí mismo, como forma de crecimiento y asimilación de nuevas experiencias vitales.

## **2. Caracterización de los Escenarios donde se realiza el Trabajo Clínico.**

### **2.1. Descripción de los Escenarios.**

#### **Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”**

Se encuentra ubicado en el edificio “D” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria. Cuenta con sala de espera, recepción, 6 cámaras de Gesell equipadas con equipo de audio y videograbación, y espejo bidireccional de observación. Además de lo anterior existe una sala para residentes.

El nivel de atención que se proporciona es secundario, ya que asisten al servicio psicológico las personas que ya presentan un problema. En primera instancia las personas deben llenar una solicitud acompañada de identificación oficial, las cuales presentarán en la recepción del Centro, con lo cual tendrán acceso a una primera entrevista de preconsulta. Las solicitudes son canalizadas a los diferentes programas existentes en el Centro, de acuerdo con el motivo de consulta y la información extraída de la primera entrevista, una vez recibidas las solicitudes, cada programa se encarga de citar a las personas de acuerdo con sus horarios de atención. El costo de la consulta puede oscilar entre los \$50 y los \$150, siendo el solicitante quién decide el monto que puede pagar, el cual deberá cubrir antes de presentarse a su cita.

Los principales objetivos del Centro son:

- Proporcionar atención psicológica de calidad a la población universitaria y a la comunidad en general, enfocando dicho servicio a los siguientes aspectos: a) Informativo, b) Preventivo, c) Académico, y d) Terapéutico
- Apoyar a la docencia a través del fortalecimiento de la formación teórico-práctica de los alumnos, con base en el entrenamiento práctico bajo supervisión.
- Fortalecer la producción científica y la investigación aplicada, a través de incidir en problemas sociales reales que requieren la atención del psicólogo.
- Difundir los productos del quehacer psicológico, a través de participar en foros científicos y en la comunidad.

Los programas a través de los cuales el Centro proporciona sus servicios son: Programa de Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia sexual, Terapia con Enfoque Psicoanalítico, Dictámenes para Guarda y Custodia de Niños en Caso de Divorcio, Modificación de Hábitos Alimenticios, Terapia Familiar, Terapia de Pareja, Retroalimentación Biológica, Terapia Conductual Infantil, y Atención Psicológica a Enfermos Crónicos Degenerativos.

#### **Centro de Servicios Comunitarios “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”**

Este Centro Comunitario se encuentra ubicado en la calle de Tecacalo Mz 21 Lt. 24 en la colonia Ruiz Cortines de la Delegación Coyoacán. Cuenta con sala de

espera, recepción, dos cámaras de Gesell equipadas con equipo de audio y espejo bidireccional de observación, dos aulas para impartir talleres, una biblioteca, una sala de computo y varios cubículos para profesores y terapeutas.

Su función principal está orientada a contribuir en la profesionalización de estudiantes de las diferentes áreas de la carrera de Psicología, así como del Posgrado, a través de la formación en el servicio comunitario. De este modo, los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar sus conocimientos teóricos en una amplia diversidad de situaciones y problemáticas presentes en la comunidad, se puede hacer a través de prácticas, servicio social y elaboración de tesis.

Sus objetivos generales son:

- Participar en la profesionalización de estudiantes de las distintas áreas de la carrera de Psicología, así como de Posgrado, mediante la incorporación en el diseño, desarrollo y evaluación de los programas, proyectos, actividades y acciones, sobre todo de carácter preventivo, acordes al contexto, fenómenos psicosociales y problemas de las diferentes colonias donde se ubica el Centro, operando esto siempre bajo la supervisión del profesorado del área de competencia.
- A partir del conocimiento y reconocimiento de las características, situaciones y problemáticas de la comunidad donde se ubica el Centro Comunitario, contribuir en la medida de lo posible, a la comprensión e incidencia en las mismas, con la participación activa de los diferentes grupos de la comunidad.

Con excepción del Programa de Terapias, este Centro ofrece un nivel de atención primaria, ya que el énfasis de sus programas se encuentra en los aspectos preventivos. Para ser atendidas dentro del Programa de Terapias, las personas se presentan al Centro a solicitar el servicio y proporcionan sus datos así como su motivo de consulta, con lo cual dependiendo de la capacidad que tenga el Centro en esos momentos, se decide si se les canaliza a otras instituciones o al Programa de Terapias. Si se decide esto último, los datos de las personas son proporcionados a los terapeutas, los cuales las citan dentro de sus horarios de trabajo.

Los Programas que existen son: Adicciones, Violencia Familiar, Problemas Escolares y Familiares, Hábitos, Salud Comunitaria, Lectoescritura para Población Infantil y Adulta, y Servicio Terapéutico:

### **Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”**

Forma parte de las sedes clínicas de la Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar, donde un grupo de residentes realiza su ejercicio profesional. El hospital atiende a niños y adolescentes entre 0 y 17 años con once meses de edad. Principalmente a niños con problemas de salud mental, discapacidades en el desarrollo y problemas emocionales asociados a múltiples factores,



relacionados con alguna alteración en el desarrollo, problemas de bajo rendimiento escolar y problemas de conducta.

Se implementa un modelo de trabajo interdisciplinario, el cual funciona a través de un responsable médico, paidopsiquiatra, un psicólogo y un trabajador social. Se le da un fuerte impulso a las actividades de enseñanza, debido a la gran demanda en la población que requiere de profesionales que presten servicio social. Actualmente se encuentran profesionales de distintas universidades haciendo estudios de posgrado en Neuropsiquiatría, Pediatría, Paidopsiquiatría, Terapia Familiar y Psicólogos.

Los paidopsiquiatras son quienes hacen las canalizaciones al servicio de Terapia Familiar, se basan en el psicodiagnóstico y en ocasiones se esclarece el motivo de consulta durante la primera entrevista familiar. Generalmente acuden al servicio, niños con problemas de conducta. El servicio de Terapia Familiar se encuentra básicamente abocado a la terapia de pareja y familia. Existen algunos criterios específicos de admisión a este servicio, no se trabaja con familias de pacientes psicóticos, es necesario esperar a que los pacientes salgan del cuadro psicótico. El servicio de Terapia Familiar depende de la Coordinación de Psicoterapia, dentro de este bloque se encuentran todas las modalidades terapéuticas como: cognitivo-conductual, terapia psicodinámica, análisis conductual aplicado y terapia familiar. El servicio actualmente cuenta con 5 terapeutas familiares, quienes ejercen su práctica clínica desde distintos enfoques teóricos. También se encuentra un grupo de 6 terapeutas en formación.

## **2.2. Análisis Sistémico de los Escenarios.**

### **Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”**

Depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social. Así mismo, tiene como instancias de apoyo y/o colaboración internas a la División de Estudios Profesionales, la División del Sistema de Universidad Abierta, la División de Estudios de Posgrado e Investigación, y el Programa de Atención a Alumnos. Y como instancias de apoyo y/o colaboración externas cuenta con las instituciones y comunidades con las que existen nexos o convenios de colaboración, así como con organismos nacionales e internacionales. De manera específica este centro se encuentra a cargo de una jefatura, la cual es responsable de coordinar los responsables de cada uno de los programas, así como las diferentes actividades que se realizan.

### **Centro de Servicios Comunitarios “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”**

La Jefa encargada del Centro Comunitario es la Maestra Noemí Díaz Marroquín. Su Secretaria y Asistente administrativa es Adela Gutiérrez. El Personal de Base que apoya el funcionamiento del Centro Comunitario está compuesto por cinco vigilantes que cubren los tres turnos diarios y una persona de intendencia por la mañana. Las funciones del Centro las cubre exclusivamente el personal

académico y estos puestos están cubiertos por profesores sin una jerarquía especial. Cada uno tiene diferente nombramiento, de acuerdo con el número de horas que trabaja, con la función académica que tiene en el Centro y su carrera académica. Son pocos los profesores de tiempo completo, los demás cubren de 3 a 8 horas, vienen algunos días específicos a llevar a cabo sus programas, además de que existen maestros que laboran voluntariamente.

Los Grupos que se hacen cargo de las funciones y actividades dentro del Centro son: El personal de base, El personal académico adscrito, El equipo de voluntarios, Los alumnos de Servicio Social, Los grupos de prácticas curriculares de Licenciatura, y Las Residencias de Maestría (Residencia en Terapia Familiar, la Residencia en Psicoterapia Infantil y la Residencia en Psicología Escolar).

### **Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”**

Del Director General del Hospital (que tiene una Asistente de Dirección) dependen el Subdirector Médico del Hospital, el Subdirector Médico de Consulta Externa, y el Subdirector Administrativo. Del Subdirector Médico de Consulta Externa depende la Jefa de Psicodiagnóstico, a su vez de ella depende la Jefa de Psicoterapia, siendo la Coordinadora de Terapia Familiar dependiente de la anterior, para finalmente llegar a los Terapeutas responsables, a partir de los cuales pueden tenerse estudiantes en formación.

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

A partir de las materias de intervención cursadas en cada período, en los escenarios se formaban equipos de trabajo compuestos por terapeuta (en ocasiones en co-terapia), equipo terapéutico y supervisor.

La organización de los equipos dependió de motivos académicos y administrativos: se asignaba un caso a cada terapeuta, dependiendo de un rol y del número de casos asignados.

A partir de los datos de pacientes disponibles en las listas de espera de los escenarios se seleccionaban los casos más idóneos (o cercanos a ello) para Terapia Familiar y se les citaba a sesión. Generalmente los pacientes llevaban previamente una sesión de pre-consulta realizada por un equipo de psicólogos dedicado a esta tarea. Este equipo de psicólogos realizó la primera entrevista y llenado de la primera parte del expediente clínico que incluye los datos sociodemográficos, motivo de consulta y una breve explicación de las áreas afectadas por el problema. Una vez revisados los expedientes por la coordinadora del centro se realiza la canalización a los terapeutas.

Se trabajó en las aulas con cámara de Gesell y se utilizó equipo de videograbación en cada sesión, así como un teléfono que permitió la comunicación entre equipo y terapeuta. El tiempo de consulta fue de 60 minutos

por sesión, pero se dedicaron 80 minutos para trabajar cada caso, divididos generalmente en: 10 minutos de presesión, en donde se analizaba el plan de tratamiento; 40 minutos de sesión, donde el terapeuta llevaba a cabo el plan de tratamiento; 10 minutos de inter-sesión donde el terapeuta recogía las observaciones y sugerencias del equipo; 10 minutos para el cierre de sesión para hacer las intervenciones finales; por último se dedicaron 10 minutos para los comentarios finales y evaluación de la sesión.

Se tuvieron 3 casos como terapeuta responsable, 2 casos en co-terapia, y 78 casos como equipo terapéutico.

# Marco Teórico

# **1. Análisis Teórico Conceptual de los Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.**

## **1.1. Teoría General de los Sistemas**

Previo a la Segunda Guerra Mundial, la ciencia tradicional presentaba serias dificultades:

1. Centrada en las explicaciones de la física teórica y su consecuente reduccionismo, resultó incapaz de explicar fenómenos altamente complejos.
2. En los campos del comportamiento biológico y sociológico, conceptos como organización, automantenimiento, directividad, teleología, etc. no tenían cabida, ya que requerían nuevas categorías de pensamiento e investigación.
3. Se ocupaba de problemas de 2 variables, de causas lineales, de causa y efecto, pero cuando se trataba de problemas relacionados a complejidades organizadas era evidente que se necesitaban nuevas herramientas conceptuales.
4. No es que existieran barreras infranqueables entre la biología y las ciencias del comportamiento y la sociedad, o la naturaleza orgánica e inorgánica, sino que no poseía instrumentos conceptuales adecuados a los fenómenos complejos.
5. Hacía falta una expansión de ella para explicar fenómenos que se dejaban fuera, una introducción de nuevos modelos conceptuales.
6. Surgía la necesidad de considerar modelos interdisciplinarios que fueran aplicables a diferentes campos.

Estos vacíos permitieron que emergiera un nuevo modelo para explicar la realidad y sus fenómenos: el modelo organísmico, el cual considera a los organismos como entidades organizadas, que deben ser estudiadas como totalidades. Así, el biólogo Ludwig Von Bertalanffy introduce la Teoría General de los Sistemas (TGS) en 1937 respondiendo a una tendencia del pensamiento moderno de la época (von Bertalanffy, 1968, Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La TGS “procura derivar, partiendo de una definición general de -sistema- como un complejo de componentes interactuantes, conceptos característicos de totalidades organizadas, tales como interacción, suma, mecanización, centralización, competencia, finalidad, etc., y aplicarlos entonces a fenómenos concretos” (Von Bertalanffy, 1968).

Los objetivos originales de la TGS fueron:

- a) Impulsar el desarrollo de una terminología general que permita describir las características, funciones y comportamientos sistémicos.
- b) Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos y, por último,
- c) Promover una formalización matemática de estas leyes (Arnold y Rodríguez, 1990).

Desde la TGS, un sistema es definido como un conjunto de partes coordinadas y de objetos que interactúan y que forman un todo para alcanzar un conjunto de objetivos. Las partes que componen el sistema, se consideran subsistemas que poseen características propias y conforman pequeños sistemas dentro de un sistema mayor. De manera más simple, se puede decir que, un sistema es un conjunto de partes interrelacionadas. Ahora bien, un sistema relacional es “el conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; este va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente” (Parsons y Bales, 1955, citado en Andolfi, 1977).

De acuerdo con la TGS, los sistemas pueden ser cerrados, aislados del medio o abiertos en intercambio con el medio; como los organismos vivos que son un conjunto de partes que se relacionan entre sí y con el medio, intercambiando energía, materia e información.

Los sistemas abiertos, a diferencia de los cerrados, son negentrópicos, es decir, tienden a la organización y el desarrollo, lográndolo a través de la retroalimentación, ya sea negativa (información que sirve para reducir la desviación) o positiva (información que aumenta la desviación) (Bertalanffy, 1968).

Para la TGS “el todo es más que la suma de sus partes” ya que las características constitutivas del sistema no pueden ser aplicadas a las de las partes aisladas, dichas características dependen de las relaciones específicas que se dan dentro del sistema y para entenderlas es necesario conocer no sólo las partes sino también las relaciones entre ellas. Las leyes que gobiernan el comportamiento de las partes, sólo pueden ser enunciadas considerando el lugar de las partes en el todo, de aquí se deduce que, no puede sumarse el comportamiento de las partes aisladas y obtener el del todo; para comprender el comportamiento de un sistema hay que tener en cuenta las relaciones entre los diferentes componentes. Cualquier fenómeno, desde una célula hasta un sistema planetario, sólo podrá ser entendido como un sistema de partes interconectadas, dónde las partes son afectadas por el todo y el todo es afectado por las partes.

Para la TGS existen ciertas características que identifican a los sistemas, algunas de las cuales son:

- Totalidad y no sumatividad: El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, ya que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema, no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes.
- Circularidad: Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A.

- **Equifinalidad:** Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales.

Por todo lo anterior, es posible decir que la teoría creada por Bertalanffy, enuncia las leyes que gobiernan a los sistemas, leyes compartidas por todos los sistemas, no importa si se trata de un microorganismo o de una galaxia. Así, la TGS funciona como un modelo para comprender a cualquier organismo comportándose como un sistema (Molina, 1996).

## **1.2. Teoría de la Comunicación**

La comunicación humana es el proceso a través del cual los individuos se influyen mutuamente a través de los mensajes que recíprocamente envían y reciben en forma permanente por los diferentes canales de un contexto temporal, espacial, etc. y que, en su conjunto, construyen una historia que los vincula.

Su estudio puede subdividirse en 3 áreas:

1. **Sintáctica:** abarca los problemas relativos a la transmisión de información. Se refiere a los problemas de codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia, etc.
2. **Semántica:** el significado constituye la preocupación central de la semántica. Toda información compartida presupone una convención semántica.
3. **Pragmática:** cuando la comunicación afecta a la conducta. Comunicación y conducta se usan como sinónimos, ya que toda conducta comunica. Comunicar no implica solo el lenguaje verbal. Así, desde la perspectiva de la pragmática, toda conducta y no solo el habla, es comunicación. Además, no solo interesa el efecto de una comunicación sobre el receptor, sino también el efecto que la reacción del receptor tiene sobre el emisor.

Cuando un sistema ingresa información, sale información y ésta información que sale, vuelve a entrar al sistema como nueva información: la interacción es circular. A este tipo de sistema se le llama retroalimentación y busca mantener el equilibrio mientras sea posible, a esta búsqueda a su vez se le llama homeostasis. Cuando no se puede mantener más el equilibrio se tiene que cambiar la norma, sino se rompe el equilibrio.

Hay dos tipos de retroalimentación, la positiva y la negativa. La primera se refiere a la salida del sistema: la norma se muestra ineficaz y hay que cambiarla. La segunda mantiene el sistema funcionando ya que devuelve al emisor toda la información que necesita para corregir la pauta de entrada: mantiene el sistema estable.

Cuando la comunicación se repite, se establece una pauta. Cuando empezamos a habituarnos a una pauta de repetición, podemos comenzar a predecirla. Un gesto aislado no significa nada, empieza a tener significación con la repetición a través de la cual se va transformando en hábito. En la redundancia contamos con un monto elevado de conocimientos que nos permiten predecir la conducta.

Hay un tipo de comunicación que habla acerca de la comunicación misma, esto es conocido como metacomunicación. Es cuestionarse lo que dijo la otra persona. Se refiere a como tengo que entender lo que me están diciendo, como debo interpretar el contenido en función de la relación que tengo con la otra persona. Cuando no entiendo mucho el significado de algo, es aclarar el sentido de cómo tengo que interpretarlo, en base a mi relación con el otro.

Watzlawick, Beavin y Jackson (1993) establecen cinco axiomas de la comunicación:

1. *La Imposibilidad de no Comunicar*: No hay nada que sea lo contrario de conducta. En otras palabras, no hay no-conducta, es imposible no comportarse. Por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones, y por ende, también comunican. Por lo tanto, es imposible no comunicarse, ya que debo comunicar que NO quiero comunicar. Axioma: "Es imposible no Comunicar"
2. *Los Niveles de Contenido y relaciones de la Comunicación*: Una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas. Toda Comunicación significa algo: contenido. Toda Comunicación se establece entre dos partes: relacional. Mi comunicación con el comunicante me dice como debo entender el contenido de la comunicación, es decir, que para entender el contenido de una comunicación, debo entender la relación de los comunicantes. Axioma: "Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo califica al primero, y es por ende una metacomunicación".
3. *La Puntuación de la Secuencia de Hechos*: Otra característica básica de la comunicación es la interacción, es decir, el intercambio de mensajes entre los comunicantes. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. El problema radica en su incapacidad para metacomunicarse acerca de su respectiva manera de puntuar su interacción. Axioma: Toda comunicación se establece según una secuencia de puntuación. Siempre en cualquier comunicación hay una aceptación de la puntuación, es decir quien comienza la comunicación.
4. *Comunicación Digital y Analógica*: En toda comunicación humana es posible referirse a los objetos de dos maneras totalmente distintas. Estos dos tipos de comunicaciones se llaman analógicas y digitales. La Comunicación Analógica es todo lo que sea comunicación no verbal, pero esto se presta a confusiones ya que solo se lo limita a movimientos corporales, pero el término incluye



también las posturas, las miradas, estados de ánimos, etc. La Comunicación Digital son códigos que le corresponden una significación (todo lo verbal). Si recordamos que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y uno relacional, el aspecto relativo al contenido se transmite de forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación, se transmite de forma analógica. Axioma: Los seres humanos se comunican tanto analógica como digitalmente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica compleja, pero carece de una semántica adecuada. El lenguaje analógico posee una semántica pero no una sintaxis adecuada.

5. *Interacción Simétrica y Complementaria*: La relación simétrica y complementaria son relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En la Simetría, los participantes tienden a igualar su conducta recíproca y así su interacción puede considerarse simétrica (una relación entre hermanos). En la Complementaria, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro. La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad, mientras que la interacción complementaria está basada en las diferencias. En la relación complementaria ninguno de los participantes impone al otro este tipo de relación, sino que cada uno se comporta de una manera que presupone la conducta del otro. Axioma: Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

### **1.3. Cibernética**

Según Heinz von Foerster la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una Cibernética de "0 orden", implícita, la Cibernética de "1er. Orden", reflexión explicitada en la obra de Norbert Wiener, y una Cibernética de "2º Orden", reflexión sobre la reflexión de la Cibernética.

Herón de Alejandría, en el año 62 A. C. fue el primero que inventó un sistema cibernético. Este sistema consistía en un mecanismo de retroalimentación negativa que regulaba el líquido que salía de una jarra al llenar un vaso, y se detenía en un determinado momento previsto anteriormente. El sistema de autorregulación se aplicó ya en ese entonces, pero no hubo desarrollos teóricos o reflexiones a ese respecto.

La distinción entre materia-energía, por un lado, e información, por otro, significa metodológicamente la apertura de una nueva forma de considerar la misma realidad física. Norbert Wiener funda la cibernética como ciencia de los sistemas dinámicos, es decir, de totalidades cuyos elementos se encuentran en relaciones funcionales mutuas y que están referidos al todo, al mismo tiempo que reaccionan, como elementos de un todo, ante los influjos externos.

El elemento conceptual básico está en la información, que implica "forma". La cibernética parte del postulado de que la forma, la superación del desorden o entropía, procede y se apoya en la información. Partiendo de la teoría matemática

de Wiener, como recordará luego Bateson, se afirma que la unidad de información es “una diferencia que constituye la diferencia”. Y responder a la diferencia es lo básico de todo sistema. Un sistema de información representa las diferencias, como un mapa en relieve.

La cibernética de primer orden tiene que ver o se refiere a los sistemas que no cambian sus objetivos mientras no se les den nuevas instrucciones al respecto.

Se trata de unos sistemas prediseñados, mecanicistas y controlados, poco aptos para representar los sistemas sociales complejos que evolucionan y cambian autónomamente. Un ejemplo típico de esa cibernética lo representa el termostato para regular la temperatura: el sistema de calefacción/refrigeración se pondrá en marcha automáticamente cada vez que la temperatura alcance niveles dados por encima o debajo del intervalo deseado de temperatura.

Los sistemas, de acuerdo a la cibernética de primer orden, son explicados por Keeney (1991), quien los denomina sistemas taciturnos, los cuales admiten la posibilidad de que el observador actúe como si estuviera diferenciado del sistema.

En un primer momento, llamado Cibernética de Primer Orden o Cibernética de los Sistemas observados, los fenómenos acaecidos en los sistemas familiares fueron explicados a través de la Segunda ley de la Termodinámica, la cual postulaba que el universo decae, que parte de la energía de un sistema no se transforma en trabajo sino que se gasta, llevándolo a la dispersión irreversible, al desorden, a la entropía. Así se llega al concepto de retroalimentación negativa, es decir, aquellos procesos mediante los cuales los sistemas corrigen la desviación para mantener su organización, para lograr la homeostasis. La negentropía es entonces el principio ordenador, más allá del cual se encuentra el caos y la destrucción del sistema. En este primer estadio, las intervenciones terapéuticas muestran un énfasis negentrópico, buscan reestablecer el orden, la estructura para que la familia alcance otra vez el equilibrio. (Hoffman, 1987).

Esta Cibernética de primer orden tiene un segundo momento, bautizado en 1963 por Magoroh Maruyama como la Segunda Cibernética (para diferenciarlo del primer momento descrito arriba, que ha sido conocido como Primera Cibernética), donde el énfasis se desplaza a los procesos de amplificación de la desviación o retroalimentación positiva, que explican los procesos sistémicos de cambio. Para Maruyama la supervivencia de un sistema depende de dos procesos, a saber, a) la morfostasis, donde el sistema debe mantener constancia ante los cambios del medio a través de procesos de corrección del error, y b) la morfogénesis, donde el sistema modifica su estructura básica mediante secuencias que amplifican la desviación. Así, todo sistema necesita cierto grado de negentropía (retroalimentación negativa), pero demasiada lo matará, por eso requiere de fuentes de variedad o entropía. Aunque los dos tipos de retroalimentación- la que favorece y la que inhibe al cambio- parecerían tener funciones opuestas. La retroalimentación negativa es conservadora y promueve el statu quo; la positiva es radical y promueve la novedad. Lo que resulta útil de estas dos clasificaciones es

considerar el momento en que ocurre, ya que al evaluar un sistema autocorrectivo, un factor de particular importancia es el equilibrio o desequilibrio del sistema en un momento dado, así como también debe considerarse de acuerdo con varios niveles simultáneos de sistemas entre los objetivos de dos sistemas. Sin embargo, Keeney explica que, de acuerdo a Bateson, esta clasificación de la retroalimentación que la separa en polos opuestos: negativa y positiva, no es cibernética, debido a que la cibernética es siempre negativa y, la retroalimentación positiva es sólo un arco de círculo o secuencia parcial de un proceso de retroalimentación negativa más abarcador.

La epistemología cibernética crea la diferencia entre una pauta y otra, enfatiza la posibilidad de percibir el mundo de diferentes maneras, por lo que enfoca una organización circular y no lineal. Su aportación a la terapia familiar consiste ubicar al síntoma como parte de la familia y no sólo del individuo, esto se logra a partir de una forma de construir el diagnóstico a partir del contexto, es decir, de retomar los elementos que construyan la “realidad” del problema (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Lo importante en la Terapia Familiar es considerar que un sistema se encuentra todo el tiempo en la dialéctica estabilidad-cambio y que lo que se entienda por retroalimentación negativa o positiva no son importantes en sí mismas, sino lo necesario es saber de qué manera utilizar estos conceptos en el sistema y cuándo hacerlo. Aparecen así intervenciones generadoras de crisis, movimientos desequilibrantes y actividades provocadoras que buscan llevar a las familias a desarrollar cambios cualitativos. Sin embargo, y pese a su intervención, el terapeuta se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema, es decir, como vigilante de un fenómeno a observar o a modificar, donde todas las vicisitudes son vistas desde fuera del sistema observado y no dentro de él, para tomar y cambiar partes desde dentro del sistema.

La epistemología tradicional considera que la realidad existe independientemente de quien la observa, como objeto situado frente al sujeto. El pensamiento científico se basa en esta premisa al considerar que la objetividad en la ciencia es fundamental y que por lo tanto, las propiedades del observador no deben estar incluidas en la descripción de sus observaciones.

El término cibernética de segundo orden fue acuñado por Heinz Von Foerster en su trabajo titulado “Cybernetics of cybernetics” en 1970.

La cibernética de segundo orden se ocupa del observador como parte de lo observado. Así, según Heinz Von Foerster, el objetivo de la segunda cibernética es explicar el observador a sí mismo, es decir la cibernética de la cibernética, y se refiere a los sistemas que son capaces de modificar su objetivo o finalidad (o su camino) por sí mismos, sin necesidad de ser guiados por alguien o algo desde fuera del sistema. Así, la segunda cibernética es una ciencia de acción en la que los mecanismos de comunicación y control permiten que el sistema reoriente o replantee continuamente su camino para alcanzar su objetivo primario. Y, siguiendo a Pask, también se refiere a los sistemas orientados por el lenguaje, en

los que el observador se incluye claramente al sistema, al definir cuál es su propia finalidad en él. Constituye un orden superior de finalidad, ya que inquiriere al observador más que una acción externa o estratégica.

En 1972, Margaret Mead respondiendo al interés en el estudio de los procesos recursivos, acuña el término Cibernética de la Cibernética, que después fue rebautizada como Cibernética de Segundo Orden o Cibernética de los sistemas observantes, que considera al observador como parte de la realidad observada ya que su presencia necesariamente afecta lo que observa, pero además considera que toda descripción acerca de algo, es una descripción acerca de quién genera esa descripción, es decir, que el terapeuta no es un agente externo que opera sobre una familia para cambiarla, sino que es un participante en un proceso de transformación colectiva de significados. Lo introduce en la observación (reflexiva) del observador. El objeto de estudio pasa a constituirse en el observador observando su propia observación. Desde esta perspectiva, las acciones terapéuticas son concebidas más como una actividad dialógica (en vez de como intervenciones), en la que el terapeuta pasa a formar parte del sistema, ahora llamado sistema terapéutico, y se inserta para generar propuestas de puntos de vista alternativos y nuevas connotaciones, que ayuden a dejar de lado los comportamientos sintomáticos (Sluzki, 1987). El terapeuta es integrado al sistema quedando impedida toda escisión del circuito que conforman el paciente y él.

La cibernética de primer orden está basada en una postura que intenta ser "objetiva", esforzándose en mantener una separación entre el sujeto cognoscente y el sujeto observado, actitud que deriva en intervenciones concebidas como extrañas al fenómeno que se aborda, aunado a percepción de no estar influido por lo que en él ocurra.

Por el contrario, la cibernética de segundo orden toma una posición incluyente con aquello que está observando, analiza la propia estructura del observador, pues de esta se derivan muchas de las apreciaciones que pueda hacer de los hechos que percibe. Así también el observador se concibe como un actor más dentro de los fenómenos que intenta explicar, considerándose influido e influyente por estos.

Abre un espacio para la reflexión sobre el propio comportamiento y entra directamente en el territorio de la responsabilidad y la ética. Dado que se fundamenta en la premisa de que no somos descubridores de un mundo exterior a nosotros, sino inventores o constructores de la propia realidad, todos y cada uno de nosotros somos fundamentalmente responsables de nuestras propias invenciones. Según Von Foerster el cambio fundamental que implica asumir esta posición no sólo se manifiesta en el quehacer científico, docente, empresarial o tantos otros, sino en la comprensión de las relaciones humanas en la vida diaria.

#### **1.4. Constructivismo**

"El constructivismo se basa en planteamientos teóricos provenientes de diversas disciplinas (biología, neurofisiología, cibernética, psicología, etc.) que comparten la

idea de que el conocimiento no se basa en su correspondencia con la realidad externa, sino únicamente sobre las construcciones de un observador" (Eguiluz, 1997).

Una de las características fundamentales del constructivismo es el reemplazo de la noción de descubrimiento por el de construcción o invención.

A diferencia de la epistemología tradicional cuyo objetivo es "qué es lo que conocemos", el constructivismo se basa en una epistemología del observador, planteándose "cómo es que conocemos". En este sentido, el conocimiento es un conocimiento del propio conocimiento.

Los constructivistas descartan la objetividad e intentan desarrollar una epistemología "de adentro hacia fuera". Comienza con el observador y luego elige postular o estipular el mundo exterior.

El constructivismo radical propuesto por von Glasersfeld (1995) no sólo afirma que lo observado es modificado por el observador, sino que existe una interdependencia entre ellos. Von Glasersfeld se fundamenta en cuatro fuentes: el lenguaje; el escepticismo; la teoría de la evolución de Darwin y la cibernética (Jutoran, 1999; Watzlawick y Nardone, 2000).

Glasersfeld considera que el mundo es diferente de acuerdo al lenguaje, al igual que lo planteado por los constructivistas sociales, se afirma que la interacción con los individuos a través del lenguaje va a construir una realidad determinada, la cual es común para aquellos que comparten dicho lenguaje. Glasersfeld, comenta al respecto, su experiencia, al vivir con personas de diversas lenguas: "Si se ha vivido entre personas que saben conciliar de forma suficientemente armónica sus respectivos modos de ver el mundo se llega a la conclusión de que todos los que hablan una lengua piensan obviamente que su modo de ver el mundo es el justo" (Watzlawick y Nardone, 2000)

Von Glasersfeld (1995) se adhiere a lo afirmado por los escépticos con respecto a la realidad, la cual, de acuerdo con ellos, es imposible de ser representada; las ideas acerca de la realidad sólo se pueden comparar con las ideas y no con lo que éstas "representan".

"...los escépticos sostienen fundamentalmente que lo que llegamos a conocer ha pasado a través de nuestro sistema sensorial y a través de nuestro sistema cognitivo, la interacción entre estos dos sistemas nos proporciona una imagen. En el momento en que quisiéramos saber si esta imagen es correcta -una imagen verdadera del mundo exterior- descubriríamos que somos completamente incapaces de hacerlo, porque cada vez que miramos al mundo exterior, lo que vemos, lo percibimos a través de nuestros órganos sensoriales y nuestro sistema cognitivo" (Watzlawick y Nardone, 2000)

El conocimiento es, por lo tanto, el resultado de una construcción del sujeto, mediada por aspectos fisiológicos y cognitivos y no es una representación exacta de la realidad. Es imposible acceder al conocimiento de la realidad. El constructivismo radical no niega la realidad, sino que plantea la imposibilidad de una representación verdadera de ella.

Con respecto a la teoría evolucionista de Darwin, se realiza una analogía en sus principios, "al considerar que los organismos o nuestras ideas nunca pueden ajustarse a la realidad, sino que es la realidad la que mediante su limitación de lo posible elimina sin más lo que no es apto para la vida." (Jutoran, 1999).

Como los organismos, las ideas se adaptan al mundo, más que ser la representación de éste. Cuando un conocimiento entra en contradicción con el mundo deja de ser adaptado a éste y morirá, esto se deja ver a lo largo de la historia, con las diversas posturas acerca de la realidad. Glasersfeld afirma:

"Un conocimiento eficaz sólo se puede producir a través de un paso del concepto de conocimiento como representación de la realidad objetiva al concepto de conocimiento como representación de la realidad más adaptada... el conocimiento no ofrece la reproducción de un mundo independiente, sino un mapa de lo que se puede hacer en el ambiente tal y como es percibido" (Watzlawick y Nardone, 2000).

### **1.5. Construcción Social**

El constructivismo social es una aproximación epistemológica encargada de estudiar el por qué cierto conocimiento es válido en una sociedad. Aquí la realidad es considerada como una construcción social. Para comprender mejor esto se debe aclarar que para el constructivismo social la realidad es "una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra voluntad" (Berger y Luckmann, 1978) y que el conocimiento "es la certidumbre de que los fenómenos son reales y poseen características específicas" (Berger y Luckmann, 1978). Esto pone a consideración que lo que es real para una sociedad X no lo será para una sociedad Y. El conocimiento, y por tanto la realidad, se dan en contextos. El objeto de estudio del constructivismo social no es la validez del conocimiento sino los procesos por los cuales se llega a éste. El constructivismo social se ocupa del análisis de la construcción social de la realidad. La importancia de esta idea es que la gente opera en base a la concepción que tiene el individuo de la realidad según su sociedad.

La vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres y para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente (Berger y Luckmann, 1978). El mundo se origina a partir de pensamientos y acciones y se sustenta por medio de éstos (esto funciona a la manera del efecto de causalidad circular). Existe una realidad por excelencia que va por encima de las demás realidades, la realidad que se origina a partir de la construcción intersubjetiva (Berger y Luckmann, 1978). Esta intersubjetividad de la que surge la realidad

común se da a partir del contacto y la comunicación con los otros al propiciar una correspondencia dentro de los significados (Berger y Luckmann, 1978).

La vida cotidiana se presenta en sectores: uno de ellos es el de los acontecimientos rutinarios y el otro es aquel en el cual se presentan problemas, al que se puede llamar "contingente". Los problemas se incorporan a la realidad a fin de que esta siga su curso de forma ininterrumpida y así se enriquece el conocimiento. Esto es dar soluciones (significado) a la nueva situación. El papel que juega el lenguaje en todo esto consiste en que da significado a las cosas o eventos. Berger y Luckmann llaman "zonas limitadas de significado" o "saltos" a aquellas cosas, situaciones o eventos que son nuevos para el individuo o la sociedad. Estos saltos, para adquirir un significado, se "traducen" al lenguaje cotidiano. Así se llega a creer en el significado que adquiere al atribuirlo al lenguaje común (Berger y Luckmann, 1978). Para el construccionismo social el lenguaje permite objetivar experiencias (Berger y Luckmann, 1978), permitiendo tanto construir como recuperar símbolos y significados (Berger y Luckmann, 1978).

Al igual que el constructivismo, el construccionismo social niega la posibilidad de que exista una realidad objetiva, sin embargo, a diferencia del primero: "...los teóricos del construccionismo social consideran que las ideas, los conceptos y las memorias surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje. Los construccionistas sociales sostienen que todo el conocimiento evoluciona en los espacios interpersonales en el ámbito del mundo común, la danza común. Sólo a través de la continua conversación con gente íntima el individuo puede desarrollar un sentido de identidad o una voz interior" (Maldonado, 1997).

Podemos concluir que mientras el constructivismo afirma que la realidad la construye el individuo al interactuar con su medio ambiente, el construccionismo social la considera como producto de la interacción de varios individuos en una sociedad común.

## **2. Análisis de los Principios Teórico Metodológicos de los Modelos de Intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.**

### **2.1. Modelo Estructural**

#### **INTRODUCCIÓN**

La terapia familiar estructural se empieza a desarrollar a partir de los años 50's debido a que los procedimientos psicoanalíticos no daban respuesta para resolver la patología de las familias. Para comprender la terapia familiar estructural se debe tomar en cuenta que no tiene semejanza con el paradigma psicoanalítico ya que éste último es mecanicista en el análisis de la vida interior del individuo y por consiguiente es lineal en su concepción de causalidad: mientras que en el paradigma estructural la causalidad es circular, siendo importante el contexto de interacción del individuo. Por lo que la terapia estructural es un derivado

pragmático del paradigma del todo organísmico. basado en la Teoría General de los Sistemas (T.G.S.).

Dentro de los eventos que llevaron a postular esta nueva forma de terapia se encontraban los resultados de interacciones psicodinámicas en el tratamiento de niños. Los cuales solían presentar retrocesos cuando estos se reintegraban nuevamente a su familia, al igual que el hecho de encontrar varios miembros sintomáticos en una misma familia. De ahí que este nuevo paradigma se interese tanto por el individuo como por su contexto social (familia).

## **DESARROLLO DEL MODELO**

Minuchin (1993) como el principal exponente de la terapia estructural señala que ésta se inicia a través del proceso de coparticipación con la familia, lo que significa experimentar la realidad como sus miembros la viven y involucrarse en las interacciones repetidas que dan forma a la estructura familiar, de manera que el observador, en este caso el terapeuta puede plasmar el pensamiento y la conducta de las personas.

Minuchin (1993) considera que este enfoque de terapia es de acción y tiene como principal propuesta el modificar el presente y no explorar e interpretar el pasado. Se considera que el pasado influye en la creación, organización y funcionamiento actual de la familia. Teniendo que ese pasado de la familia se manifiesta de igual manera en el presente y en consecuencia cambia a través de una intervención que se realiza en el presente.

Minuchín (1986), considera tres axiomas principales en terapia familiar los cuales son:

- 1) La vida psíquica de un individuo no es sólo resultado de un proceso interno ya que el individuo influye y es influido por el contexto, de ahí que debe adaptarse a él, siendo que dicho comportamiento se verá regido por las características del sistema, es por ello que se debe de analizar en su conjunto.
- 2) Se toma en cuenta que la modificación en la estructura familiar, produce cambios en la conducta y procesos psíquicos internos de cada uno de los miembros que conforman un sistema.
- 3) Creación de un nuevo sistema, cuando el terapeuta trabaja con un paciente o con una familia, la conducta del terapeuta se incluye dentro del contexto formando un nuevo sistema. el sistema terapéutico.

El Modelo tiene dos conceptos fundamentales, el de familia y estructura: “La familia es el grupo natural que en el tiempo ha desarrollado pautas de interacción, éstas constituyen la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, que son apoyar la individualidad y al mismo tiempo proporcionar un sentido de pertenencia. Por lo tanto, la estructura familiar es el conjunto invisible



de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (Minuchin, 1986).

El modelo concibe a la familia como un holón o subsistema, el cual significa todo y a la vez parte de un todo, y no es más lo uno que lo otro y ninguna determinación es incompatible con la otra ni hay conflicto entre ellos. El todo y la compatible parte se contienen de manera recíproca en un proceso actual, continuo donde hay comunicación e interacción (Minuchin y Fishman, 1993).

Cabe mencionar que dicho término, fue creado por Arthur Koestler (citado en Minuchin, (1986) para designar las interacciones entre los miembros, ya que su significado, se deriva del griego holos que quiere decir todo, con el sufijo on (como protón, neutrón, etcétera) que evoca a una partícula o parte.

En cada familia se van a encontrar varios holones o subsistemas:

- a) Holón Individual: Se refiere al concepto de sí mismo en contexto, incluyendo determinantes históricos y personales del individuo así como el contexto actual. Recíprocamente, el individuo influye en los demás con todo su potencial de respuestas y tanto el individuo como el contexto son capaces de flexibilidad y cambio.
- b) Holón Conyugal: Este subsistema se conceptualiza como el comienzo de la familia con la unión de dos personas que tienen funciones específicas. Es la matriz para el contacto con otros sistemas familiares y fomenta el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento.
- c) Holón Parental: Las interacciones dentro del holón parental incluyen la crianza de los hijos y la función de la socialización. Aquí el niño aprende lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza. Aprende a considerar racional o arbitraria la autoridad. Aprende las formas más eficaces de comunicar de lo que desea dentro de su propio estilo familiar, según las respuestas de sus progenitores y según que éstas sean adecuadas o no a la edad del niño. El subsistema parental puede ser compuesto de formas diversas, por ejemplo: abuela-padre; madre-abuela; madre-hijo; padre-hija, etcétera.
- d) Holón Fraternal: Se refiere a las interacciones entre los hermanos y es el primer contexto en el que los niños se relacionan con sus iguales, aprenden mutuamente pues en las transacciones de este subsistema es donde la negociación, cooperación y competencia se adquieren, las diferentes posiciones en las relaciones fraternales son significativas en el desarrollo posterior de sus vidas (Minuchin, 1986).

En cada subsistema u holón existen límites o fronteras que regulan el flujo de información y de energía del sistema con el objeto de mantener equilibrio y armonía con el medio ambiente. La frontera o límite se refiere a las reglas que definen quiénes participan y de qué manera en la estructura familiar. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas concretas a sus

miembros y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logran en ese subsistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros.

Existen tres tipos de límites:

- a) Claros: son las pautas de interacción de una familia que van a permitir el contacto entre los subsistemas pero sin interferencia entre ellos. Puede afirmarse o que los límites son claros si las normas se adecuan a la edad de los hijos o si cambian según las necesidades del grupo familiar.
- b) Difusos: No existe diferenciación en los subsistemas de la familia ya que se encuentran excesivamente conectados, hay invasión de los subsistemas.
- c) Rígidos: Esta clase de límites se presenta cuando la comunicación entre los subsistemas es difícil y cuando las reglas no se adecuan a la evolución propia del sistema, por lo que las funciones protectoras de la familia están muy disminuidas, observándose un exceso en la autonomía de los miembros y un predominio de la indiferencia.

Otras características de la estructura familiar son:

- a) Jerarquía: Este término se refiere a la forma en que se distribuye o manifiesta la autoridad en el seno familiar. Asimismo, indica la posición o lugar de cada uno de los integrantes de la familia dentro de la estructura (Madanés, 1989).
- b) Geografía: Es el espacio físico que tiene cada miembro de la familia dentro de la misma.
- c) Alianza: Unión de varios miembros para obtener algún beneficio sin molestar a alguien (Berenstein, 1987).
- d) Coaliciones: Se refiere a la asociación o unión de dos o más miembros de la familia que buscan perjudicar, agredir o descalificar a otro miembro del núcleo familiar.
- e) Triangulación: Se puede dar el caso de triangulación, cuando dos miembros de la familia en conflicto usan a un tercero para dañarse (Foster y Gurman, 1988).
- f) Hijo Parental: Se refiere al hijo que cuando el padre o la madre no está o no cumple con su función adquiere la jerarquía parental.
- g) Centralidad: Miembro de la familia con base en el cual gira la mayoría de las relaciones familiares ya sea por aspectos positivos o por aspectos negativos.
- h) Periferia: Miembro de la familia que pasa desapercibido y no se toma en cuenta su opinión y se relaciona muy poco con los demás miembros del sistema (Madanés, 1989).

Por último, se puede decir que la familia ideal es aquella en la que se pueden identificar límites claros y flexibles entre los subsistemas y al exterior, la mayor jerarquía recae en el subsistema parental, no hay coaliciones ni triangulaciones, así como tampoco existen miembros periféricos o hijos parentales, además la centralidad positiva y las alianzas son alternadas sin ser permanentes en un solo miembro de la familia (Minuchin, 1986).

No obstante, para Campanini (1991), cuando los límites en las familias son difusos, corren el riesgo de involucrarse en demasía, aumentando así la comunicación y el compromiso progresivo de sus componentes y provocando que las distancias entre sus miembros se reduzcan. De este modo, se puede dar una cohesión interna, con el riesgo de un aislamiento del contexto externo y un excesivo compromiso recíproco.

Asimismo, cuando se trata de familias no comprometidas; es decir, con límites rígidos, las comunicaciones pueden hacerse cada vez más difíciles, y las funciones de defensa pueden dañarse, aún cuando se acepte una amplia gama de conductas individuales. En estas situaciones puede existir el riesgo de que uno de sus miembros manifieste un síntoma grave, para tratar de llamar la atención y pedir ayuda.

En ambas situaciones, el papel del terapeuta se dirige en tratar de estructurar a la familia en cuestión, de modo que ésta se acerque lo más posible al modelo ideal. Dicha reestructuración se logra por medio de la guía y dirección del terapeuta para que dentro de la familia, cada uno desempeñe el rol que le corresponde.

## **REFLEXIÓN**

La sola construcción del trabajo de Minuchin a partir de las necesidades de grupos sociales desvalidos representa un cambio en la terapia moderna puesto que enfatiza la necesidad de conocer el contexto del paciente para poder hacer una intervención adecuada ya que de no hacerse así fácilmente se recaería en situaciones disfuncionales, tal como lo comprobó en sus trabajos.

El basarse en los recursos de los pacientes y su preocupación por resolver las problemáticas presentes y no las pasadas lo hizo ser partidario de las intervenciones concretas y con acción orientada, especialmente considerando las condiciones de los grupos a los cuales se avocaba, quienes difícilmente podían entender y mucho menos realizar actividades abstractas y fundamentadas en lo verbal.

Minuchin, en consonancia con sus ideas básicas, a diferencia de otros modelos en los que de algún modo se buscaba “imparcializar” la labor del terapeuta, se reconocía plenamente como activo en el proceso de construcción del sistema terapeuta-familia y se visualizaba como directivo en ese trabajo: era el experto al cual se acudía por consejo.

La primera limitación que se presenta con su modelo es precisamente su consideración de lo funcional-disfuncional en el sentido de que debe haber un ideal de funcionamiento hacia el cual puede dirigirse a la familia. Esto puede entenderse también como parte de ese proceso de la terapia familiar para diferenciarse de los elementos tradicionales de la terapia ya que aunque esta noción de lo funcional-disfuncional podría considerarse como una extensión de la

idea de normalidad-anormalidad que se manejaba anteriormente, la diferencia estriba en la mirada sistémica.

Otro punto a discutir es su aceptación clara del papel directivo del terapeuta ya que de no cuidarse se puede llegar al extremo de ver únicamente la visión propia y no la de la familia en ese afán de “ayudarles”, por lo que inclusive puede estarse forzando a la familia a aceptar algo que no quieren o no pueden “comprar”. Relacionado con el punto anterior también está la visión del terapeuta de lo que es funcional y disfuncional que bien podría ser diferente para la familia en términos prácticos.

## **2.2. Modelo Estratégico**

### **INTRODUCCIÓN**

El modelo estratégico en la terapia familiar se deriva de las teorías de Milton Erickson. El primer objetivo de este modelo es que el terapeuta establezca una estrategia para resolver el problema que plantea la familia, con objetivos muy claros y específicos. El énfasis no recae en una estrategia que se aplique a todos los problemas, sino en realizar tácticas para cada uno de los problemas. La tarea del terapeuta será la de diseñar una intervención de acuerdo con la situación social del cliente, por tanto, esta aproximación se interesa más en técnicas que en teorías. El énfasis de las teorías ericksonianas radica en la idiosincrasia de la familia sin etiquetar las conductas como patológicas. La tolerancia es el marco de referencia de la teoría estratégica.

Jay Haley y Cloé Madanes sostienen que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica -basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad- que permita resolver los problemas del cliente, siendo uno de los principales objetivos del tratamiento ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital (Ochoa, 1995).

Haley (1988) constata que una de las aportaciones más importantes de la orientación de la terapia familiar en sus inicios -en los años cincuenta- fue destacar que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en que se ubicaba, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado. Afirma que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta razón, también se debe evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado (Millán y Serrano, 2002).

## **DESARROLLO DEL MODELO**

### **Evaluación**

Haley (1988) manifiesta que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. Paralelamente, defiende que la organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática.

Madanes (1982) también se centra en las incongruencias jerárquicas, en las que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia, enfatizando los niveles de organización frente a los niveles de comunicación. Sostiene que los síntomas son actos comunicativos analógicos, que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales; por ello busca la especificidad de cada síntoma, es decir, las razones por las que se ha elegido. Agrega que aunque los integrantes de una familia se dañen entre sí, su motivación básica es ayudarse, manifestando que probablemente como partes de un organismo más amplio -el sistema familiar- reaccionen frente a las señales de dolor que se presentan en cualquier lugar del mismo (Madanes, 1982).

### **La primera entrevista**

Para Haley (1988) la entrevista comprende cuatro etapas: la fase social, el planteamiento del problema, la fase de interacción y el establecimiento de metas. Las tres primeras se encuadran dentro de la evaluación, mientras la cuarta pertenece a la intervención. Sin embargo, es necesario aclarar que en la fase de interacción es difícil aislar los momentos de evaluación de los momentos de intervención.

#### *Etapa social*

En la primera sesión, el terapeuta comienza presentándose y saludando a los miembros de la familia a quienes pregunta sus nombres, comportándose como un anfitrión que recibe a sus invitados procurando que se sientan cómodos. Les transmite que todos son igualmente importantes en la tarea de ayudar al paciente identificado. El terapeuta también tendrá en cuenta quiénes intentan aliarse con él en esta etapa de saludos.

A medida que los integrantes de la familia entran en el consultorio, se debe observar cuál es el estado de ánimo de cada uno y qué tipo de relaciones se dan entre padres e hijos y entre los padre, con otros adultos.

Por otro lado, a veces las personas revelan su organización familiar en la forma en que toman asiento.

El terapeuta debe considerar todos los datos que va recogiendo durante esta fase inicial como provisionales y abstenerse de comunicarlos a la familia

### *Planteamiento del Problema*

Interesa conocer qué piensa sobre el problema cada componente de la familia, razón por la cual el terapeuta menciona tras la fase de saludos que los ha citado a todos para recabar sus opiniones. Se puede empezar a preguntar de diferentes maneras, cada una de las cuales puede determinar el curso de la entrevista: a) “¿Cuál es el problema?”, b) “¿En qué puedo serles útil?”, c) “¿Qué cambios desean lograr?”, d) “¿Por qué motivo han venido a verme?”.

Durante el planteamiento del problema, el terapeuta no debe hacer ninguna interpretación o comentario para ayudar a las personas a ver la situación de forma diferente. Tampoco debe aportar ningún tipo de orientación aunque la familia se la pida, en cuyo caso les dejará claro que ahora no es el momento adecuado, ya que para hacerlo necesita más información. Por otro lado, es frecuente que aparezcan discrepancias en las respuestas, pero a pesar de ello se debe evitar el diálogo entre dos personas, impidiendo que alguien interrumpa cuando otro responde al terapeuta. La finalidad de esta etapa es recabar la opinión de todos los presentes acerca del problema, y para lograrlo el terapeuta será quien dirija directamente la conversación, dando el turno correspondiente a cada uno.

### *Interacción*

En esta fase el terapeuta debe formular hipótesis en torno a la posible función del síntoma, que irá completando y modificando a medida que se desarrolle la entrevista. Además recogerá información sobre la secuencia sintomática y establecerá cómo están delineadas las jerarquías dentro de la familia, tanto a través de las preguntas como de las observaciones de las interacciones de las personas a lo largo de la sesión.

En la fase de interacción el terapeuta se sitúa en un plano secundario, desde el cual estimula a los miembros de la familia para que conversen entre sí sobre las discrepancias surgidas (Haley, 1988).

### **Intervención**

El objetivo del tratamiento no se limita al problema presentado en la primera sesión, sino que incluye los que vayan apareciendo a medida que se estreche la relación entre familia y terapeuta. Éste debe hallar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzando al mismo tiempo otros objetivos que crea importantes.

El cambio de conducta del paciente identificado se produce como parte de los cambios analógicos en el sistema familiar ocurridos en la relación con el terapeuta, en ocasiones de forma similar a lo que hacía Erickson cuando cambiaba los síntomas del paciente narrándole historias que guardaban similitud con su problema.

### *Teoría del cambio*

La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conducta inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias. Por consiguiente, el terapeuta debe impedir que se formen coaliciones que traspasen los límites generacionales y que el síntoma se utilice para regular encubiertamente el reparto de poder familiar.

### *Metas y estrategias terapéuticas*

El enfoque de terapia familiar estratégica se basa en una clara definición de aquello que la familia quiere lograr con el tratamiento. A ello se suma la necesidad de que el terapeuta se trace la meta de alcanzar una definición congruente de poder dentro de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática.

Cada terapeuta debe desarrollar las estrategias específicas más adecuadas a la situación concreta de cada familia particular:

1. La definición de los cambios deseados por la familia, que constituye la cuarta fase de la primera entrevista, debe realizarse en términos claros y precisos.
2. Después de evaluar qué tipo de secuencia está manteniendo el problema, el terapeuta se fija una meta terapéutica, consistente en establecer un límite intergeneracional impidiendo la formación de coaliciones permanentes que lo traspasen, para lo cual utilizará las técnicas que crea más convenientes.
3. Después de evaluar quiénes están involucrados en el problema, a quién protege el «portador del síntoma» y de qué manera, se programa un cambio por etapas.
4. Cuando el paciente identificado es un niño, el terapeuta debe lograr que renuncie a la conducta sintomática, pero no puede hacerlo directamente, sino a través de los padres, quienes deben retirar al niño el poder que le han delegado.
5. En ningún caso se persuade a la familia de que el verdadero problema está en ella y no en el paciente identificado.
6. Una vez diseñada una estrategia terapéutica hay que instrumentalizarla.
7. Cuando un problema incluye dos generaciones, Haley (1980) propone tres estrategias: utilizar a la persona periférica, romper la coalición madre-hijo mediante una tarea y unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a superar el problema.

8. Madanes (1982) ha diseñado tres estrategias fundamentales cuando el paciente identificado es un niño: que el padre pida al niño que tenga el síntoma; que le pida que simule o imagine tenerlo, o que simule ayudar a su hijo.

### *Técnicas de intervención*

Las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema.

Las técnicas de intervención tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares y comprenden: connotaciones positivas y redefiniciones; tareas directas; tareas paradójicas; tareas basadas en la simulación; ordalías y metáforas.

## **REFLEXIÓN**

Un primer aspecto que resalta en este modelo es el respeto y la tolerancia que el terapeuta debe mostrar para poder extraer de la experiencia directa de los pacientes el material a partir del cual se generarán los cambios. Puede parecer un elemento obvio lo anterior, pero no lo es tanto cuando se piensa en la frecuencia con la que se le da a los pacientes una respuesta totalmente externa y extraña a su contexto y sistema de creencias. Para lograr lo anterior el terapeuta debe tener una flexibilidad tal que pueda él mismo mantener caminos alternos a la situación que se está manejando y no quedarse con visiones limitadas que enfatizan en una sola opción. Es indudable que este enfoque es muy específico a la problemática por la que esté pasando el paciente y ello en sociedades como la mexicana representa otra gran ventaja ya que suele ser una terapia de corta duración y por lo tanto de menor costo.

Por el otro lado, precisamente la practicidad del enfoque puede acercarlo demasiado a un pragmatismo a ultranza en el que cualquier técnica dentro de la estrategia definida para solucionar el problema específico cobra importancia desmedida. Pero también esta consideración puede ayudar a entender el por que Erickson no hizo una construcción epistemológica clara de su modo de trabajo, ya que al ser un terapeuta de acción y no de explicaciones teóricas su énfasis no estuvo en la formalización de su modelo, aspecto que si intentaron hacer sus seguidores, aunque en un análisis serio epistemológico estas teorizaciones adolecerían aún de fundamentos más precisos. Este modo de trabajo es Erickson mismo, y esto es más allá del dato de la hipnosis, él era su teoría misma y pretenderla replicar es sumamente difícil, lo único que se puede hacer son aproximaciones al trabajo que desarrolló.

En resumidas cuentas el modelo cumple con satisfacer necesidades claras de la gente, pero es necesario una estructura teórica definida que permita analizarla críticamente y no únicamente dejarse guiar por el sentimiento personal, que tampoco es algo desechable sólo que es cuestionable el pensar que eso



únicamente basta. Se está en una profesión en la que se debe ser capaz de formalizar la experiencia clínica para transmitirla a otros.

## **2.3. MODELO DE TERAPIA BREVE**

### **INTRODUCCIÓN**

Los planteamientos de Ludwig Von Bertalanffy (1968) con su Teoría General de los Sistemas potencializó las primeras propuestas de los pioneros de la Terapia Familiar como Bowen o Ackerman al ubicarlos en una corriente común de pensamiento al considerar a la familia como un sistema interrelacionado..

En esta línea de pensamiento, Gregory Bateson en 1952 inicia un proyecto de Investigación sobre la Comunicación, interesado por los procesos de clasificación de mensajes y por la forma en que pueden dar lugar a paradojas. En 1954 Bateson se asocia con Don Jackson -quien se hallaba muy influenciado por la “psiquiatría interpersonal” de Sullivan- para estudiar la comunicación de los psicóticos, y desarrollan la teoría del doble vínculo. Posteriormente Jay Haley y John Weakland pasan a formar parte del proyecto de Bateson, que se divide entonces en un enfoque experimental (área de Bateson) y un proyecto de terapia familiar (área de Haley y Weakland). Gracias a los trabajos experimentales, la teoría del doble vínculo deriva hacia una teoría más general sobre la “comunicación” que acaba influenciando a la experiencia clínica.

Jackson funda en 1959 el Mental Research Institute (MRI). El grupo inicial estaba compuesto por el mismo Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. En 1961 se incorporó Paul Watzlawick y cuando finaliza el proyecto de Bateson, se unen Haley y Weakland. La orientación del MRI se centra en las interacciones entre los miembros del sistema familiar e incorpora principios de la cibernética y de la teoría general de sistemas.

Jackson, Watzlawick y Haley, a pesar de sus diferencias, coinciden en centrarse en el contenido manifiesto, utilizan los principios de la cibernética, juzgan irrelevante la historia familiar e intentan facilitar el cambio por medio de intervenciones terapéuticas cuidadosamente planificadas, en absoluto relacionadas con el insight.

### **DESARROLLO DEL MODELO**

#### **La Teoría de la Comunicación Humana**

##### *Axiomas exploratorios*

Hay algunas propiedades simples de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas y que participan de la naturaleza de los axiomas dentro de las hipótesis de Watzlawick, Beavin y Jackson de la comunicación humana: 1. No es posible no comunicarse; 2. Los niveles de

contenido y relaciones de la comunicación. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación; 3. La puntuación de la secuencia de hechos. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes; 4. Comunicación digital y analógica. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones; y 5. Interacción simétrica y complementaria. Son dos patrones de relación basados en la igualdad, en el caso de la primera, o la diferencia, en el caso de la segunda..

### *Comunicación paradójica*

Las instrucciones paradójicas son muy frecuentes y requieren de: 1) una fuerte relación complementaria; 2) dentro del marco de esa relación, se da instrucción que se debe obedecer, pero también desobedecer para obedecerla; y 3) la persona que ocupa la posición de inferioridad en esta relación no puede salir fuera del marco y resolver así la paradoja haciendo un comentario sobre ella, es decir, metacomunicando acerca de ella

Las predicciones paradójicas derivan su fuerza y su encanto del hecho de que sólo resultan concebibles como una interacción en curso entre dos personas. Sus elementos son los siguientes: 1) el enunciado contiene una predicción en el lenguaje de los objetos; 2) contiene una predicción en el metalenguaje que niega la posibilidad de predecir; 3) ambas predicciones son mutuamente excluyentes; y 4) se puede impedir eficazmente que los participantes salgan de la situación planteada por el enunciado.

### *Doble vínculo*

Los ingredientes del doble vínculo son: 1) dos o más personas participan en una relación intensa que posee un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de una, varias o todas ellas; 2) en ese contexto, se da un mensaje que está estructurado de tal modo que a) afirma algo, b) afirma algo de su propia afirmación y c) ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes; 3) se impide que el receptor del mensaje se evada del marco establecido por ese mensaje, sea metacomunicándose (comentando) sobre él o retrayéndose; 4) cuando el doble vínculo es duradero, posiblemente crónico, se convertirá en una expectativa individual y autónoma con respecto a la naturaleza de las relaciones humanas y el mundo en general, una expectativa que no requiere esfuerzo ulterior; y 5) la conducta paradójica impuesta por el doble vínculo es, a su vez, un doble vínculo, y lleva a un patrón de comunicación autopropagador.

## Teoría del Cambio

El término de *grupo* fue introducido por el matemático francés Évariste Galois. De acuerdo con la teoría, un *grupo* posee las siguientes propiedades: a) Está compuesto por *miembros* que poseen un común denominador y el resultado de cualquier combinación de dos o más miembros es también, en sí, un miembro del grupo; b) Se puede combinar a sus miembros en distinto orden y sin embargo, el resultado de la combinación permanece siendo el mismo; c) Un grupo contiene un miembro de *identidad* tal que su combinación con cualquier otro miembro da este otro miembro, lo que significa que mantiene la identidad de dicho otro miembro; y d) En cualquier sistema que se ajuste al concepto de grupo, se encuentra que cada miembro tiene su recíproco u opuesto, de modo tal que la combinación de cualquier miembro con su opuesto da lugar al miembro de identidad.

La teoría de grupos no puede proporcionar un modelo para aquellos tipos de cambio que trascienden de un determinado sistema o trama de referencia. Aquí se ha de apelar a la *teoría de los tipos lógicos*.

Al igual que en la teoría de grupos, los componentes de la totalidad son designados como *miembros*, mientras que la totalidad misma es denominada *clase* en lugar de grupo. Un axioma esencial de la teoría de los tipos lógicos es la de que “cualquier cosa que comprenda o abarque a *todos* los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma”, como afirman Whitehead y Russell..

De los postulados de la teoría de los tipos lógicos se pueden derivar dos importantes conclusiones: a) los niveles lógicos deben ser estrictamente separados a fin de evitar paradojas y confusiones, y b) pasar de un nivel al inmediatamente superior supone una mudanza o variación, un salto, una discontinuidad o transformación, es decir, un cambio de la mayor importancia teórica y también práctica, ya que proporciona un camino que conduce fuera de un sistema.

La teoría de grupos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable; la teoría de los tipos lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir, entre sus miembros, pero proporciona una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediato superior. Si se acepta esta básica distinción entre ambas teorías, se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo. El primero se designa como *cambio 1*, y el segundo como *cambio 2*: cambio 2 es *cambio del cambio*.

## **Modelo de Terapia Breve del M.R.I.**

En 1967, después de diez años de haberse establecido el MRI, algunos fundadores, desilusionados de la terapia familiar, se interesaron en la terapia hipnótica breve de Milton Erickson. Esto llevó a Don D. Jackson a constituir el “Proyecto de Terapias Breves”, bajo la dirección de Richard Fisch; sus asociados fundadores fueron ArthUr Bodin, Jay Haley, Paul Watzlawick y John Wealkland.

### *¿Qué constituye un problema?*

Los problemas consisten en una conducta presente indeseada, y se le atribuye escasa importancia a los hipotéticos factores subyacentes en el pasado o en las profundidades de la mente del enfermo. Se concede importancia, en cambio, a una clara identificación de la conducta problemática: qué es, en que aspecto, es considerada como problemática, y por quién. También se le otorga importancia al funcionamiento y a la persistencia de la conducta problemática. La conducta no existe independientemente y por su cuenta: está constituida por actos que lleva a cabo una persona. Para que constituya un problema, una conducta tiene que realizarse de modo repetido.

### *Formación de problemas*

El Modelo de Terapia Breve del MRI se basa en la creencia de que los problemas se originan y son mantenidos por el modo en que un cliente o las otras personas involucradas perciben y abordan las dificultades normales de la vida y las secuencias conductuales repetitivas (personales e interpersonales) que rodean a los constructos presentes en esos modos: a) “Más de lo mismo” o Cuando la solución es el problema. El cambio deseado se verifica mediante aplicación de lo contrario de lo que produjo la desviación. Si esta acción correctora resulta insuficiente, la aplicación de *más de lo mismo* da eventualmente lugar al efecto deseado; b) Las terribles simplificaciones. Existen personas que intentan solucionar situaciones difíciles negando que un problema lo sea en realidad; c) El síndrome de utopía. Un utópico es alguien que ve una solución donde no hay ninguna; y d) Paradojas. Lo que se quiere significar al hablar de los efectos de la paradoja sobre el comportamiento en la comunicación humana, son los peculiares callejones sin salida que se establecen cuando se intercambian mensajes estructurados precisamente como las paradojas clásicas de la lógica formal.

### *El Proceso Terapéutico*

La terapia se centra en las “soluciones intentadas”, en detener e incluso revertir el tratamiento usual que ha servido para exacerbar la situación, por más lógico que ese tratamiento parezca. El supuesto de base, es que, una vez bloqueado el circuito de realimentación que mantiene el problema, se tiene acceso a una mayor gama de conductas.

## *Evaluación*

El objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que se consideran esenciales para cada caso. La adecuada información constituye un requisito imprescindible para llevar a cabo un tratamiento breve pero efectivo, puesto que sirve de fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones.

Después de alcanzar una definición operativa del problema, se indaga sobre las soluciones intentadas. Una tipología de las soluciones intentadas por los pacientes y sus familias considera lo siguiente: forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente; dominar un acontecimiento temido aplazándolo; llegar a un acuerdo mediante coacción; conseguir sumisión a través de la libre aceptación; y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

La posición del cliente debe ser tomada en cuenta puesto que denota el estado personal de acuerdo al cual la persona piensa o siente sobre algo. El terapeuta deberá visualizar: 1. Si el cliente puede ser un paciente para tratamiento; 2. La posición del cliente respecto del problema; y 3) La actitud del cliente hacia el tratamiento y el problema deberá verse como la directriz que indica al terapeuta cuáles serán los lineamientos más apropiados para el tratamiento.

La planificación del caso es de suma importancia, y para lo cual se puede hacer uso del abordaje del problema que se desarrolla en cuatro etapas: 1. Una clara definición del problema; 2. Una investigación de las soluciones hasta hora intentadas; 3. Una clara definición del cambio concreto a realizar; y 4. La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio.

No sólo al principio del proceso, sino durante y hasta terminarlo, debe ser tomada muy en cuenta la maniobrabilidad del terapeuta ya que denota la libertad del terapeuta para aplicar su mejor juicio para poder ver a diferentes miembros de la familia, realizar preguntas y determinar el ritmo de la terapia, así como el lugar para ésta. La maniobrabilidad del terapeuta dependerá de sus aptitudes y no del cúmulo de técnica.

## **Intervención**

El objetivo terapéutico es alcanzar un cambio en relación a la clase de solución intentada. Los componentes del MRI han diseñado cinco intervenciones estandarizadas, útiles en problemas caracterizados por cinco tipos de soluciones intentadas. La denominación de cada intervención viene rotulada por el intento de solución del paciente o familia: 1. Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente. Se invierte la anterior solución, pidiendo al sujeto que fracase en su intento de superar el problema; 2. Dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Implica exponer al cliente al acontecimiento, con un dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole acabar la tarea con éxito; 3. Llegar a un acuerdo mediante coacción. El objetivo es adoptar una postura de

inferioridad denominada “sabotaje benévolo”; 4. Conseguir sumisión a través de la libre aceptación. Se fundamenta en la necesidad de hacer peticiones directas, una vez redefinida la benevolencia de quien demanda algo, como algo inintencionadamente destructivo a largo plazo, y las solicitudes directas como algo beneficioso aunque difícil de poner en práctica en un principio; y 5. Confirmar la sospechas del acusador mediante la autodefensa. El objetivo es interrumpir la secuencia de acusaciones y justificaciones, a esto se le llama “interferencia” o “confusión de señales”.

Cuando las intervenciones específicas no han logrado el resultado esperado o cuando conviene complementarlas con alguna indicación adicional se puede hacer uso de intervenciones generales que son de tipo estratégico. Las más relevantes son cuatro: 1. No apresurarse, 2. Peligros de una mejoría, 3. Un cambio de dirección, y 4. Cómo empeorar el problema.

### *La terminación del tratamiento*

En las terapias breves no se considera que la terminación constituya un acontecimiento especial. La brevedad del tratamiento y el énfasis en la solución del problemas no favorecen el desarrollo de una relación entre terapeuta y paciente. En consecuencia, no se da la sensación de que el paciente se separe desgarradoramente del tratamiento, o quede navegando al garete obligado a valerse por sí mismo. Un enfoque dirigido a la solución de problemas también señala que el tratamiento es un medio para solucionar un problema específico, por lo que no hay necesidad de dedicar demasiado tiempo a resumir los logros del tratamiento. En la terapia breve, en consecuencia, se afronta con brevedad la terminación.

En la terapia breve el terapeuta ha de tener siempre presente cual es la dolencia original y el objetivo del tratamiento, y buscara la consecuencia de dicho objetivo, además de alguna clase de manifestación por parte del cliente en el sentido de que su dolencia ha sido solucionada. Será el terapeuta quien, en la mayoría de los casos, sugerirá el momento adecuado para la finalización del tratamiento, esperando por lo general que el cliente esté de acuerdo. Como es evidente, también el cliente puede iniciar el proceso de finalización por diversos motivos.

## **REFLEXIÓN**

Pensando en un contexto como el de México, el hecho de que el trabajo de este modelo sea breve en cuanto a la duración de las sesiones de terapia y enfocada en los problemas, resulta ser un factor de ahorro de tiempo y dinero que beneficia a las familias de clase media/baja, considerando además que asistir a terapia psicológica no es considerado como algo común y útil.

En este mismo sentido, el basar el trabajo con lo que la familia trae a sesión habla de un modelo más adaptable a la sociedad mexicana ya que existen modelos de terapia que tienen parámetros muy difíciles de aplicar a esta sociedad Siendo así,

se vuelve asunto de suma importancia el respeto por las creencias de la gente y sus tiempos.

La insistencia del modelo de terapia breve por enfocarse en la solución del problema como forma de empezar a modificar las pautas de interacción de la familia sin tener como objetivo principal una intervención que reestructure por completo la familia, es una aplicación concreta del pensamiento sistémico en el sentido de que el movimiento de alguna de las partes, por mínimo que sea, generará tarde o temprano cambios de un cierto nivel en las otras partes del sistema.

Otro aspecto es la importancia de la cotidianidad de las personas ya que es en la vida común de la gente donde se reflejan los cambios de importancia y trascendencia para el sistema familiar. Nada dice el que una persona manifieste que ya entendió el sentido de su comportamiento egocéntrico y que trae cumplidamente sus tareas, si todos los días se estaciona en un lugar para discapacitados, por ejemplo.

Watzlawick, Weakland y Fisch aceptan que el uso en este modelo de la teoría de los grupos y de los tipos lógicos para entender el cambio puede ser algo limitado, pero sus planteamientos aportan una explicación muy lógica y sencilla de los procesos de cambio que permiten a los profesionistas en formación detectar los correlatos prácticos con mayor facilidad que en otras propuestas. Papp también habla de cambio aunque enfatiza más las cuestiones prácticas, lo cual no es algo desdeñable pero en el punto de la formación se requieren mayores explicaciones teóricas para entender su sentido e implicaciones de tal modo que cuando se esté en el proceso terapéutico se logren ubicarlas inmediatamente.

El pragmatismo que subyace al modelo puede volverse excesivo y perder de vista otros tipos de problemas que requieren algo más que soluciones conductuales; este eclecticismo que se llega a enfatizar parece bastante riesgoso ya que muy fácilmente se puede caer en la combinación informal y oportunista de técnicas dispares. Enfatizar en tener un problema específico por modificar puede acabar siendo una venta de algo que el paciente o la familia no tenían contemplado, o por lo menos no al nivel que propone el terapeuta. El preferir no darle importancia, o por lo menos no considerar, a la historia de la familia o del paciente parece un desperdicio de información que puede resultar significativa en el futuro; claro que hablando ortodoxamente en términos del modelo es incompatible, aunque a diferencia de la concepción arqueológica del psicoanálisis el manejo de la historia siempre se enfocaría con la relación que tiene con la actualidad (como lo que hace Boscolo en el modelo de Milán) puesto que no se puede negar la construcción que se hace del ser que está hoy día a partir del que fue y en mirada del que será. Este tipo de concepciones pragmáticas, aunque quizás epistemológicamente no queden ubicadas en la misma línea de pensamiento, parecen ser del tipo de las corrientes posmodernas en el sentido del espíritu de “todo vale” y “el aquí y el ahora por sobre todo”, lo cual es peligroso ya que “si todo vale, nada vale” y si “el aquí y el ahora están por sobre todo” entonces se puede llegar a ser seres

atemporales sin pasado y sentido de prospectiva, cosa que desafía la esencia del ser humano de ser histórico y con plan de vida.

## **2.4. MODELO ORIENTADO A SOLUCIONES**

### **INTRODUCCIÓN**

La terapia familiar partió de una concepción centrada en el pasado o el origen de los problemas y la etiología de éstos, a una que se desarrolló en las décadas de 1970 a 1980 y enfocada en el aquí y el ahora, para posteriormente, a partir de 1990 hasta la actualidad, a otra centrada también en la solución hacia el futuro. Parte fundamental en esta evolución ha derivado de los trabajos de Milton Erickson, quién partió de una posición a contracorriente de los modelos ortodoxos de la terapia, ya que consideraba que lo importante no era la manera en que se presentaban los problemas o los errores sino cómo solucionarlos; por eso para él no eran importantes las clasificaciones o los nombres de las patologías.

Consideraba que los pacientes tienen en su propia estructura psíquica y social la capacidad de solución: por tanto, el terapeuta deberá utilizar como objetivo terapéutico los recursos y soluciones de sus pacientes. Para él, era más importante la solución que plantearan sus pacientes que las que él pudiera proponer, observando cuales estrategias han empleado respecto del problema y qué les ha funcionado y qué no.

Él fue el primer terapeuta en utilizar las técnicas enfocadas a soluciones, a través de la hipnosis. Con sus técnicas de hipnosis, Erickson llevaba a sus pacientes hacia el futuro y al pasado cuando no existía el problema, cuando los dirigía hacia el futuro donde se veían sin el problema, les preguntaba cómo se observaban sin él y cómo lo habían resuelto. Él no actuaba como un fiscal enjuiciando a sus pacientes, sino como el abogado defensor tratando de buscar el lado bueno y positivo del paciente, con el fin de salvarlo de la sentencia final de “psicopatología”.

Erickson no estaba totalmente orientado hacia las soluciones y su enfoque no siempre era breve, además de que él específicamente no desarrolló la estructura teórica formal de su trabajo, el siguiente paso fue dado en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California. De entrada ellos sí tenían como directriz clara el realizar la terapia en un período mucho más corto de lo acostumbrado en los enfoques tradicionales, como el psicodinámico, por lo que hablaban directamente de terapia breve. Un segundo punto principal es que definían el problema no como el problema en sí, como en la terapia tradicional, sino en la forma en que la gente intentaba resolverlo.

Al separarse Steve De Shazer del MRI y fundar el Brief Therapy Family Center de Milwaukee se da un cambio en el aspecto de poner el acento no en lo que las personas hacen con sus problemas sino en lo que piensan sobre ellos y más aún en la identificación y amplificación de las secuencias de solución.. Esto llevó a



considerar que los intentos de solución siempre dependen de cómo se defina y explique el problema. Una manera distinta de concebir un problema puede provocar una modificación rotunda en la forma de tratar de resolverlo.

En el modelo enfocado a soluciones, el terapeuta plantea que la misma familia debe resolver el problema específico que la trae a terapia, utilizando sus propios recursos en la misma forma que resolviera problemas anteriores. El terapeuta no ejerce coerción alguna en la familia, su objetivo es trabajar conjuntamente con ésta en una solución específica.

## **DESARROLLO DEL MODELO**

### **Los Exponentes Principales: Steve De Shazer Y William O'Hanlon**

A partir de su interés por el trabajo de Milton Erickson, Steve de Shazer y William O'Hanlon compartían una visión común de que las terapias tradicionales que veían a los clientes como patológicos y resistentes estaban completamente equivocadas. Pensaban que la gente es naturalmente cooperativa si el acercamiento hacia ellas se da del modo correcto y se les trata como competentes y con recursos. De Shazer comenzó a trabajar para darle forma a lo que él llamó "terapia enfocada en la solución". O'Hanlon, por su parte, le dio forma a lo que él llamó "terapia orientada a la solución". Dado que obviamente los dos enfoques se confundían y al notar diferencias amplias entre ambas posturas, O'Hanlon comenzó a hablar de su enfoque como "terapia de la posibilidad". Aunque él veía que De Shazer ponía mucho valor en el énfasis en las fortalezas y soluciones del cliente, tal como él lo hacía, había algunas áreas con diferencias claras.

Era claro que el enfoque de De Shazer ponía valor en el minimalismo, ya que dejaba fuera varios elementos que para O'Hanlon eran cruciales en su trabajo terapéutico. El primero es que no hay discusión significativa de la importancia de la validación de las emociones. Porque el énfasis es demasiado sobre el "hablar de la solución", algunos clientes tienen la sensación de que el terapeuta está minimizando o no atendiendo el problema, por lo que pueden enojarse o frustrarse al sentirse forzados por el enfoque. En contraste, escuchar, reconocer, y validar la experiencia del cliente es un primer paso mayor en la terapia de la posibilidad, poniendo la base para el trabajo subsecuente.

Otra dificultad que se ve en el enfoque de De Shazer es su tendencia a ser formulista. Invariablemente se pregunta ciertas cuestiones y se siguen ciertas secuencias. Hay como diagramas de flujo que dan indicaciones para responder a varias respuestas del cliente. Aunque esto puede ser un buen modo para aprender un nuevo enfoque, el efecto último frecuentemente es de dogma y ortodoxia colocada por delante.

Otra preocupación que tiene O'Hanlon es que el enfoque de De Shazer conscientemente ignora las influencias políticas, históricas y de género en el problema (al igual que los mundos internos de la fisiología y la bioquímica) al

considerarlas como irrelevantes para el proceso de terapia, entonces todo lo que uno tiene que hacer es desarrollar soluciones y conversaciones enfocadas a la solución. En la terapia de la posibilidad, aunque se tiene cuidado en no sacar material de más y preguntar sobre él, a veces estas áreas son cruciales para el entendimiento del terapeuta de los temas y del sentido de la experiencia del cliente y para el desarrollo de soluciones. La terapia de la posibilidad mantiene que es inapropiado para el terapeuta imponer ideas acerca del problema o promover tópicos para discusión a menos de que esté presente una sospecha de peligrosidad en temáticas socialmente opresivas. En estas situaciones, es cuando le incumbe al terapeuta prescindir de saber si el cliente piensa que es relevante o no quiere sacar el tema, para dedicarse a estas líneas de cuestionamiento y hacer lo mejor que asegure la protección física o explore el contexto social del problema.

### **Características Generales**

La terapia centrada en soluciones puede describirse como un enfoque que incluye entre sus premisas la creencia de que los consultantes cuentan con recursos propios, de que el cambio es permanente, de que en la terapia basta con un pequeño cambio (en tanto y cuanto sea advertido por las personas relevantes), y de que por lo tanto para resolver un problema no es menester comprenderlo. En lo tocante al lenguaje empleado en la terapia centrada en soluciones, por lo común se orienta a las posibilidades y al futuro, con el fin de crear cooperación y hacer que el consultante asuma el control del proceso de cambio. Este lenguaje genera una postura de cooperación en el terapeuta, quien procura concordar con sus consultantes y está siempre alerta al uso que ellos hacen del lenguaje y a sus metas cambiantes en el curso del proceso terapéutico. Esta postura incluye asimismo el intento de “permanecer rezagado” del consultante, de escucharlo atentamente y evitar presionarlo para que siga la dirección impuesta por el terapeuta. Este no da conferencias a sus consultantes ni les dice lo que debe hacer, sino que procura ayudarlos a que descubran por si solos cual es el mejor curso de acción.

El modelo da un énfasis en averiguar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes, es decir, cuáles son las excepciones a la misma (Ochoa, 1995). Esto que ya había sido esbozado por los componentes del MRI, lo llevan a su máxima expresión. Se han ido apartando paulatinamente de la definición pormenorizada del síntoma y las soluciones generadas con objeto de superarlo, para recoger información detallada de las excepciones deliberadas o espontáneas en torno a la conducta sintomática que han pasado desapercibidas para los clientes. Asimismo, han perfeccionado la utilización de la postura de la familia para evitar posibles resistencias y postula que si el terapeuta conoce la forma en que ésta colabora, el trabajo terapéutico se optimizará. No creen que haya ningún movimiento homeostático que impida el cambio. Por el contrario, piensan que el paciente identificado y su familia están motivados para desembarazarse del problema que les dificulta llevar una vida mejor. Este modelo recae en la cibernética de segundo orden, ya que el paciente es quien determina los objetivos a seguir.

Por el lado contrario, se pueden describir como no centradas en soluciones aquellas prácticas en las que el terapeuta adopta una postura de experto, aquellas en las que se "va por delante" del consultante y aquellas que se centran en la exploración del ó de los problemas más que en la promoción de soluciones. También podría considerarse que el hecho de adoptar una postura de confrontación no es propio de un enfoque centrado en soluciones. En el plano práctico, se entiende que no están centradas en soluciones todas aquellas prácticas y técnicas que provienen de otros enfoques terapéuticos, aunque se es consciente de que la mayoría de ellas podrían emplearse de un modo centrado en soluciones.

La terapia centrada en soluciones ofrece un marco lo bastante amplio y flexible como para dar cabida a una variedad de procedimientos y técnicas diferentes. Y esto es posible debido a algunas de sus principales características:

1. Su simplicidad, que reduce la exigencia y elaboración teórica y por ende el riesgo de que existan premisas antagónicas, es decir, que cualquier elemento del proceso terapéutico se someta automáticamente a contraste teórico.
2. Su pragmatismo, que allana naturalmente el camino al eclecticismo y la integración; la cuestión es si algo funciona, y no tanto qué es lo que funciona o por qué funciona.
3. Su respeto por otros enfoques y su falta de normativismo, que facilita la aceptación de procedimientos en apariencia contradictorios.
4. Su énfasis en el ajuste, en escuchar al consultante, el cual da lugar a una relación terapeuta-consultante a la que pueden incorporarse diversas técnicas.

La terapia centrada en soluciones bien podría ser descrita como un modelo que apunta, en forma directa y explícita, a lo que se ha dado en llamar los "factores comunes" de la psicoterapia.

### **Proceso Terapéutico**

Todos los terapeutas inscritos al modelo de soluciones dan a sus clientes las mismas indicaciones llamadas "fórmulas para la tarea", encontrando que algunos de estos señalamientos corresponden a principios universales; por ejemplo, en la primera sesión, se pide a la familia que observe qué es lo que sucede en su vida o en sus relaciones que quieran que cambie; encontraron que al no compararlos con parámetros normales de familia les ayuda a reorientar las conductas de sus pacientes y aceptarlas positivamente, también encontraron que el cambio de perspectiva parece crear una mejor y positiva imagen que se refleja en una conducta más exitosa para enfrentar el mundo exterior. Como resultado de esta "fórmula para la tarea" se llegó a la conclusión de que el proceso para iniciar el cambio se podrá dar sin conocer el origen del problema de la familia ni las personalidades de cada uno de ellos. Se enfoca únicamente en cómo resolver el o los problemas de la familia, por los cuales llegaron a terapia. Este pensamiento

los llevó a desarrollar dos postulados para la terapia enfocada a soluciones que son la “pregunta milagrosa” y “la pregunta de excepción”.

La “pregunta milagrosa” se plantea de la siguiente manera: “supongamos que una noche, mientras estás dormido, se da un milagro y los problemas están resueltos, ¿cómo te darías cuenta?, ¿cuál sería la diferencia?”. Estas preguntas parecen activar el proceso para resolver los problemas en las personas dándoles una visión más clara de sus objetivos.

La “pregunta excepcional” plantea que se deberá aminorar el problema del cliente y su origen, dirigiendo la atención únicamente hacia lo negativo de la imagen de éste por causa del problema. Se sitúa al paciente en el pasado y en el presente, cuando éste no presentaba el problema y se hace una comparación de conductas y actitudes antes y después del problema, por ejemplo, “¿cómo era tu comportamiento antes de tener el problema?, ¿cómo te darías cuenta que el problema ya no existe?”.

En este modelo, terapeuta y pacientes reorientan sus esfuerzos hacia al dirección de las soluciones, planteando objetivos y estrategias a seguir. La terapia será de diez sesiones. Esto también plantea realizar cambios rápidos y contundentes.

Dos conceptos justifican esta teoría. El primero se basa en la teoría constructivista y en la expectativa de la nueva realidad de cada grupo familiar, ya que la familia influirá en lo que se obtendrá con la cooperación simultánea, tanto de la familia como del terapeuta. El segundo se basa en el postulado de que sólo se necesita un pequeño cambio, el cual funciona como detonador y avalancha para provocar cambios mayores.

En el proceso terapéutico se deberá alterar la “forma de actuar” y la “forma de ver” el problema, para lo cual se deberán realizar tres cosas:

1. Cambiar la manera de actuar en la situación que se percibe como problemática. Por lo general todo síntoma se acompaña de una o varias rutinas. El objetivo es cambiar las acciones e interacciones que intervienen en el problema; los pacientes tratarán de romper estas pautas repetitivas que lo acompañan; cambiar esta forma de actuar hará desplazar conjuntamente al problema.
2. Cambiar la percepción del paciente respecto del problema. Erickson consideraba a la psicopatología como habilidades y las llamó “mecanismos mentales”, los que podían usarse tanto para curar como para producir problemas, de tal modo convertía en ventaja lo que parecía desventaja. Comentaba que lo interesante de sus pacientes era cómo habían tratado de corregir sus problemas no cómo los habían causado.
3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que pueden aplicarse a la situación percibida como problemática; creer que las personas poseen los recursos para solucionar sus problemas, recordando que en el mismo problema está la solución.

## **REFLEXIÓN**

Cuando el terapeuta es muy precavido con los cambios que presentan los pacientes al punto de parecer incrédulo, en ello puede haber más que un elemento emocional de él presente en esa actitud, sino más bien un elemento puramente racional de “no fallar” y adelantarse a los hechos para tener la ventaja de haberlo “previsto”. El punto de diferencia con lo anterior es creer en la gente y en las posibilidades del cambio presentes en su misma situación por “problemáticas” que sean. Para ayudar a este cambio de visión tan necesario es útil considerar que si de lo que se lee y se vive, especialmente en el ámbito de la formación de terapeutas, no implica alguna forma de cambio o modificación en las ideas y sentimientos sólo se estará perdiendo el tiempo. Más aún cobra importancia este aspecto si se piensa que la trascendencia de las personas se da en la cotidianidad de sus actos diarios y especialmente en el establecimiento de relaciones significativas de mutuo aprendizaje, por lo que si se es congruente no es posible pensar en el proceso terapéutico como un camino de una sola vía en que el paciente cambia y el terapeuta no lo hace.

Del modelo lo que destaca es su confianza en la gente y en sus capacidades, les reconoce el poder que tienen en ellos mismos para solucionar las situaciones consideradas conflictivas y que la inercia de sus vidas enfocadas hacia una sola alternativa les impide verlo así. Esto es algo en lo que comúnmente se cae, ya que se pasan por alto las “obviedades” de la vida cotidiana al considerarlas como no necesarias de redisfrutar, se piensa que así es y nada más, en el mejor de los casos. No explorar en su cotidianidad para ubicar o reenfocar las soluciones ya presentadas, además de caer otra vez en los procesos terapéuticos de muy larga duración, se estaría cayendo en el riesgo de enfocar exclusivamente al ámbito del espacio terapéutico la evolución del cambio, cuando es un espacio y momento especiales en sus vidas pero el cual es necesario enfocarlo hacia la vida diaria.

En la aplicación del modelo, debe cuidarse el creerle a la gente como una obligación, es decir, evitar que el modelo se vuelva como los modelos tradicionales en los que procedimientos estandarizados guían inflexiblemente el trabajo terapéutico. Para ello algo fundamental es asumir la postura epistemológica del modelo no como reglas absolutas sino como una postura de vida, si es que en realidad así se cree, ya que si únicamente se ven los beneficios pragmáticos de aplicarlo tarde o temprano eso se denotará en la evolución de los pacientes. Si en cierto modo este modelo, por lo menos en sus nociones más actuales, se basa en las posturas constructivistas, es necesario cuestionarlo constantemente para evitar que se vuelva la verdad inamovible e incuestionable.

## **2.5. MODELO DE MILÁN**

### **INTRODUCCIÓN**

Con la denominación “Grupo de Milán” se refieren a las aportaciones del grupo, en la actualidad totalmente dividido, que se gestó en el Centro de Estudios de la

Familia en Milán y estuvo compuesto por Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo.

El elemento fundamental en el grupo, sin demeritar al resto de los integrantes, fue Mara Selvini Palazzoli, quien después de muchos años de trabajar con niños anoréxicos y decepcionada por los resultados decide empezar a descartar el pensamiento psiquiátrico y psicoanalítico para adoptar una orientación sistémica. Los demás terapeutas compartieron su visión ya que también trataban pacientes anoréxicos e incluían a psicóticos. Este proceso se dio en los años 1967-68.

En 1971 adoptan el enfoque de Palo Alto y desarrollan la intervención. contraparádica, diseñada para anular el doble vínculo patológico. Influidos por Bateson, en el año 1975 modifican su concepción de los sistemas familiares de predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencian entre el nivel de significado y nivel de acción. El Grupo de Milán sin negar la influencia clara de Palo Alto, han evolucionado en otra dirección creando una forma lo bastante distinta para ser considerada una escuela por méritos propios. En Europa, especialmente, se emplea el término “sistémico” para describirlo.

Aproximadamente en 1980 el grupo se divide en dos, las mujeres (Selvini Palazzoli y Prata) se centran en la “prescripción invariable” basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos, en tanto los hombres (Cecchin y Boscolo) continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología. En una segunda escisión Prata y Palazzoli también se separan, y esta última con un equipo nuevo intensificó su esfuerzo para desarrollar una teoría general de los “juegos psicóticos”.

Se deben diferenciar los desarrollos particulares de cada subgrupo ya que no se trata de un enfoque unitario dada la fragmentación que ha ido sufriendo el propio grupo, caracterizándose asimismo por continuos cambios evolutivos en su forma de conceptualizar la patología y en su modo de hacer terapia. Pero aún así el punto común de todos los componentes del antiguo Grupo de Milán ha sido y sigue siendo el “juego familiar”, concepto algo abstracto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto. Por tanto, la evaluación tiene por objeto conocer cuál es el juego familiar -sobre el que establece una hipótesis inicial de trabajo- juego que en los sistemas que presentan una patología deja de ser adaptativo para facilitar un buen funcionamiento familiar como sucede en las familias no patológicas. Lógicamente, las diversas técnicas de intervención se dirigen a alterar dicho juego, cambiando las reglas rígidas y constreñidas por otras más flexibles y complejas.

## DESARROLLO DEL MODELO

El equipo delineó los fundamentos para desarrollar la terapia, la cual podría ser usada como metodología por el terapeuta. Los tres principios indispensables de ésta fueron presentados en la publicación *Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for The Conductor of The Session* (Selvini Palazzoli et al., 1980). Se trata del último artículo escrito en colaboración con Boscolo, Cecchin y Prata. Este artículo fue planteado en base a la sensación de que en el libro de 1978 *Paradoja y Contraparadoja* se hacía muy difícil comprender porqué camino se había llegado a una intervención determinada.

### Hipótesis

La "hipótesis" es descrita como el elemento para organizar la información que le servirá al terapeuta al delinear su trabajo; podrá ser cierta o falsa, y podrá ser usada o no. Servirá al terapeuta para buscar más datos, confirmar su planteamiento y establecer los patrones de intervención sistémica para con la familia; como guía de la intervención, establecerá comunicación y estructura en el sistema familiar, La hipotetización puede servir al terapeuta para trazar planteamientos de la terapia así como el mapa familiar, la explicación acerca de la familia, el problema y su relación contextual.

Los propósitos de la hipótesis serán:

- a) Relacionar el comportamiento familiar con el problema y su interacción.
- b) Ordenar el planteamiento de las preguntas sistémicas y circulares.
- c) Introducir a la familia en el encuadre sistémico de la terapia.

La hipótesis puede ser formulada:

- a) Basándose en la información acerca de la familia, quién la refiere, la entrevista telefónica y las entrevistas con la familia.
- b) Basados en experiencias psicológicas del terapeuta con familias y problemas similares, tomando en cuenta la cultura, la religión, la posición sociocultural y los patrones repetitivos.
- c) Aplicando los conocimientos sistémicos del terapeuta

Para que sirva como guía de la sesión terapéutica, la hipótesis deberá:

- a) Relacionarse o enfocarse a la preocupación o al problema central de la familia.
- b) Ser útil; pero lo importante no es mantener la hipótesis sino encontrar la verdad que la mantiene.
- c) Configurar, analizar y confirmar la hipótesis de la familia y del terapeuta sobre la verdad problema.
- d) Plantear nuevas hipótesis de acuerdo con los planteamientos y la evolución de la interacción terapéutica.
- e) No se deberá indicar a la familia la hipótesis del terapeuta.

## *Circularidad*

“La circularidad se comprende por la capacidad que tiene el terapeuta para conducir su intervención sobre las bases de retroalimentación de la familia, como respuesta a la información que éste (terapeuta) solicita, respecto de las relaciones de la familia así como de sus diferencias y cambios” (Selvini-Palazzoli et. Al., 1980). A través de esto el terapeuta obtiene una visión sistémica de la familia y sus relaciones, ya que el terapeuta plantea la misma pregunta a cada miembro de la familia, con respecto a cada problema, con el fin de obtener la verdad sistémica de la familia. El planteamiento de una hipótesis sistémica y el uso de la retroalimentación finalmente caracterizan la circularidad del interrogatorio circular.

Una vez que la teoría y la técnica del cuestionamiento circular se ha comprendido, se podrán instrumentar los planteamientos sistémicos dentro de la familia. Cada miembro de ésta tendrá su propia concepción del problema, síntoma, etiología, solución e interacciones; la función del terapeuta será implementar el cuestionamiento circular en la familia con el objeto de iniciar la concepción sistémica de la familia en tratamiento, siendo este menú de preguntas circulares infinito.

Definiremos la entrevista circular como la capacidad que tiene el terapeuta para visualizar el problema familiar, así como la posibilidad de ampliar el enfoque del problema presentado por el paciente identificado, a través de retroalimentación de cada uno de los miembros de la familia, de las percepciones individuales en forma circular y sistémica. El terapeuta plantea las preguntas para enriquecer la comunicación y la comprensión temporal del problema. Los propósitos del cuestionamiento circular serán:

- a) Introducir a cada uno de los miembros de la familia, a una visión sistémica, dándoles nueva información y retroalimentación acerca de sus preocupaciones, creencias, comportamientos, posición, relaciones y pertenencias.
- b) Confirmar o descartar la hipótesis del problema.
- c) Proponer la conducción de la terapia.
- d) Como una herramienta para que el terapeuta se introduzca en el sistema familiar, de una manera precisa y organizada.
- e) Elaborar planteamientos en la estructura sistémica de la familia, en relación temporal (pasado, presente, futuro) del problema.
- f) Realizar únicamente preguntas relacionadas al problema y a la hipótesis planteada.
- g) Comprender las palabras clave o el léxico de la familia, así como la posición estereotipada de cada miembro en ésta y determinar cuándo y por qué se dio.
- h) Cuando se observen límites muy rígidos en la familia y se dificulte la interacción, hacer las preguntas en forma menos incisiva respecto del problema.
- i) Realizar la misma pregunta a cada integrante de la familia o a los que se considere necesario para que se dé el planteamiento sistémico.



En los diferentes momentos de la intervención, el cuestionamiento circular podrá proponerse por el terapeuta o por el equipo de observadores, con el fin de darle un giro de temporalidad a las preguntas circulares, como presente, pasado y futuro.

El cuestionamiento de las preguntas circulares, durante la interacción terapéutica, estará dirigido a cada miembro de la familia en relación a quién hace qué, cuándo, dónde, cómo, también sobre el encuadre, la hipótesis, el problema y el síntoma.

### *Neutralidad*

Por neutralidad del terapeuta se entiende el efecto pragmático concreto que la totalidad de sus conductas, durante la coordinación de la sesión, ejercen en la familia (y no su actitud intrapsíquica).

Cuando el terapeuta invita a uno de los miembros de la familia a comentar la relación entre otros dos miembros, se manifiesta como un aliado suyo. Pero a lo largo de la sesión, el resultado final de la suma algebraica de las alianzas siguientes será cero. Además, cuanto más asimila el terapeuta la epistemología sistémica, más interesado está en provocar realimentaciones y recoger informaciones, y menos en hacer juicios moralistas de cualquier clase. El hecho de emitir un juicio cualquiera, sea de aprobación o de desaprobación, implica, implícita e inevitablemente, una alianza con alguna de las partes. También se pone especial cuidado en captar y neutralizar lo antes posible cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada con los terapeutas realizada por algún miembro o subgrupo de la familia. En efecto, se está convencidos de que el terapeuta sólo puede ser efectivo en la medida en que se coloque y mantenga en un nivel diferente (metanivel) del de la familia.

## **Estrategias de Intervención**

### *La Contraparadoja*

El grupo de Bateson, experimentando con "dobles ataduras terapéuticas", razonó que tendría que emplear con la familia el mismo tipo de comunicación paradójica que estaba empleando la propia familia. El Grupo de Milán, al adoptar la misma posición, elaboraron la idea de la doble atadura terapéutica, llamada por ellos una "contraparadoja" y utilizada como piedra angular de una elegante, intrincada y lógica metodología del cambio.

En su pensamiento es central el concepto batesoniano de la causalidad circular. Junto con esto va una consciente desconfianza de ser atrapados en la trampa del "pensamiento lineal"

Un enfoque sistémico exige abandonar estos conceptos y comprender que el enemigo al que debe atacar el clínico no es ningún miembro de la familia y ni siquiera la propia familia malfuncionante, sino lo que ellos llaman el "juego" familiar. Cada persona trata de obtener un control de las reglas de la familia,

mientras niega que lo esté haciendo. A menos que se pongan de acuerdo o bien puedan convenir en las reglas del juego familiar no podrá ganarlo nadie, desde luego, ni tendrá fin; en un eterno ciclo, el juego acerca del juego, o el metajuego, sigue siempre adelante.

Como tales juegos no son manifiestos, sólo se puede inferirlos de las comunicaciones que se efectúan en la familia. El primer paso en la terapia sería establecer qué juego está jugando la familia con el terapeuta, aprobar el juego y fomentarlo. La jugada sería pedir al miembro sintomático que continúe con el problema, en vez de tratar de arreglarlo.

### *Connotación Positiva*

Unas de las intervenciones habituales del Modelo de Milán se enfocan hacia las de corte cognitivo que tienen como finalidad alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma. Por consiguiente, afectan al tipo de atribuciones que las personas hacen con respecto a las causas del problema o con respecto a las intenciones de la conducta de los demás. Normalmente, cada integrante del sistema familiar posee una serie de atribuciones propias, por lo cual es importante conocer las distintas opiniones.

De este tipo de intervenciones cognitivas el grupo de Milán hizo una aportación fundamental en el periodo de 1978 (*Paradoja y Contraparadoja*), esa aportación fueron las "connotaciones positivas". Están referidas a que el terapeuta no sólo trata de calificar el comportamiento sintomático, sino que se ve todo el comportamiento como "positivo" o "bueno". El objetivo es preservar la cohesión del grupo familiar. lo cual permite al terapeuta ser aceptado por la familia, pues no desafía o cuestiona ninguna posición de conducta. Otro objetivo de las connotaciones positivas es que la familia se pregunte: "¿por qué, si según el terapeuta estamos funcionando perfectamente, tenemos un paciente identificado o una sintomatología?" Aquí es donde la paradoja realiza su función de "detonador", por su capacidad de transformación.

### *Rituales y Prescripción ritualizada*

La mayoría de las intervenciones se basa en los ritos familiares y no deberán funcionar como interpretación para proporcionar estructura. El grupo cree que el desarrollo de la estructura se presenta después de que ocurren los cambios. El grupo de Milán utiliza los rituales en lugar de las interpretaciones, para enfatizar una conducta patológica de la familia con la finalidad de motivar su cambio. El pensamiento del grupo de Milán, sobre este período, se describe en la publicación *A Ritualized Prescription in Family Therapy: Odd Days and Even Days* (Selvini.-Palazzoli et al., 1978), donde clarifican la diferenciación entre un ritual y una prescripción ritualizada: ambos forman aspectos específicos de la prescripción, pero se diferencian en su contenido. Mientras que el ritual es una prescripción específica para cada familia y no se podrá repetir en ninguna otra, la prescripción

ritualizada contiene una estructura formal que podrá utilizarse con cualquier otra familia, en diferentes circunstancias. El ritual contiene una poderosa prescripción.

Más adelante, se plantea más específicamente como derivación de lo anterior a prescripción invariable (Palazzoli y Prata, 1984; Palazzoli, 1986 y Palazzoli, 1990). La prescripción invariable, también denominada “universal”, elimina la necesidad de establecer hipótesis al presuponer que en 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 pretensión de la 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.

## **REFLEXIÓN**

Es digno de atención y reconocimiento el tamaño del monumental proyecto que desarrollaron este grupo de terapeutas, quienes como eco de los tiempos que corrían (la Italia de los 60's) representaron un portentoso esfuerzo de amalgama, por momentos, de posiciones aparentemente contrarias y hasta antagonistas, por ejemplo el psicoanálisis y la novedosa visión sistémica. Desde el mismo momento de su creación formal como grupo demostraron el empeño y compromiso que mantendrían a lo largo del proceso que los llevó a cimentar una de las escuelas de terapia familiar más trascendentes.

Si bien es cierto que en momentos claves rompieron con las concepciones que en la práctica no veían funcionar, ello no significó que renegaran de su pasado sino que aceptaban el camino que habían andado y que los había traído hasta el punto en el que se planteaban un viraje en su desarrollo. Este aprendizaje de los “errores” es un uso de una visión científica pero llevándola a un nivel más humano, ya que no ven esos errores como pecados que se tienen que ocultar sino que los ven como parte de su proceso de aprendizaje y que cimentará los siguientes pasos a dar.

Precisamente esta visión de investigación del ámbito clínico de la terapia familiar es un punto fundamental de cara al desarrollo de la terapia familiar actual, ya que independientemente de los apellidos de las escuelas de terapia familiar suele suceder que los terapeutas familiares dejan como simples anécdotas sus experiencias clínicas y no hacen un intento por formalizar todas esos aprendizajes cotidianos y constantes que se dan en su ámbito particular, pero que bien pueden servir para un avance de los modelos de terapia familiar ubicados en contextos específicos.

Finalmente el Modelo de Milán es una visión que mira hacia el futuro con los pies bien planteados en el presente sin olvidar la historia de la cual se parte. Esto para es más funcional y humano que insistir en la omnipotencia “del aquí y el ahora”, o de la idea de que “la enfermedad mental no existe”, idea ésta última que se vuelve

una norma para evitar el realmente ser sistémicos y negarse a la simple mirada en la multiplicidad de factores que subyacen a la experiencia humana.

## **2.6. MODELOS DERIVADOS DEL POSMODERNISMO.**

### **INTRODUCCIÓN**

El posmodernismo para todos los posmodernos implica un rechazo a los valores, creencias, métodos y teorías del modernismo, lo que supone la no aceptación de la ideología del progreso, especialmente el progreso científico, que plantea el avance acumulativo de la ciencia, el posmodernismo no acepta que el "método científico", permita conocer cada vez más la "realidad" y llegar a encontrar las únicas y verdaderas causas de los fenómenos, no está de acuerdo con las grandes teorías sociológicas que han mostrado su incapacidad para resolver los problemas de la sociedad, ni con los magnos sistemas filosóficos que pretenden dar explicaciones totales y universales. La crítica de fondo que hacen a todas estas posturas, tiene que ver con el tipo de racionalidad que la modernidad acepta. El posmodernismo se refiere a la crisis de los valores culturales y científicos del pensamiento moderno, predominante en Europa y en la parte del mundo en que más influyó, desde el siglo XVIII (Molina, 2001).

Urdanibia, en su artículo Lo narrativo de la posmodernidad (en Vattimo, 1994), dice respecto a la modernidad desde el punto de vista filosófico: "la evolución se dio de la siguiente manera, primero se dio un estadio 'mítico' que se fundó en el 'más allá'; posteriormente se daría el estado moderno o ilustrado, en donde el saber humano usando la razón como tropos privilegiado, se constituía como un núcleo fundamentador en el 'más acá' el cual juega el papel de lo que antes se buscaba en el exterior" (Vattimo, 1994).

Para Vattimo (1994), la reivindicación del posmodernismo se da en el individuo "débil", a diferencia de un pensamiento modernista que se observa en una persona "fuerte", que cree conocer objetivamente la realidad. El individuo "fuerte" es correlativo al pensamiento de la objetividad y detrás de él se encuentra el fantasma de la dominación, este imperialismo objetivante, encarnado en la ciencia-técnica, tiene un dinamismo expansivo, que no cesa de manipular y colonizar cada vez más ámbitos.

No será necesario establecer un año y fecha para el momento del movimiento posmoderno debido a la dificultad de interrelacionarla en diferentes épocas: no es un periodo histórico ni una tendencia cultural-política, con características bien definidas. El cambio se da del desplazamiento de la tradición racionalista (que siempre busca tener la razón), hacia la tradición de lo razonable (que se conforma por entender sus contradicciones); es posible comprender al posmodernismo como una zona entre tiempo-espacio, privado-colectivo, moderno y premoderno.

La sociedad moderna ha generado problemas para los que no tiene solución, se da una crisis de legitimación. Lo cual lleva a aceptar una crisis y más aún un

fracaso de la cultura moderna y el nacimiento de una contracultura para algunos, o una nueva cultura para otros, la del posmodernismo.

## **DESARROLLO DEL MODELO**

El posmodernismo tiene que ver con la incredulidad con respecto a los grandes paradigmas científicos y filosóficos (Lyotard, 1992, citado por Molina, 2001), esta postura dentro del posmodernismo se inicia cuando menos en la década de los años 50 del pasado siglo, que para Europa significa el fin de la reconstrucción de la destrucción producida por la segunda guerra mundial.

El paradigma de la ciencia moderna al mostrar sus limitaciones entró en crisis, importantes científicos y filósofos e historiadores hicieron demoledoras críticas a la idea de conocimiento que dominó en la modernidad, Quine, Kuhn, Feyerabem (citados por Molina, 2001), muestran como la idea de que la ciencia acumularía gradualmente conocimientos acerca del mundo y que estos permitirían resolver los problemas humanos, no ocurrió lo que ha llevado al rechazo de esas posturas y a la búsqueda de alternativas.

Ante esta avalancha de críticas, se abandonó el empirismo, como el procedimiento para el estudio y conocimiento de realidades externas y que el sujeto conoce con sus sentidos, en cambio el posmodernismo enfatiza y sostiene que el sujeto (social), construye su realidad en una comunidad, y que la construye con lenguaje. El lenguaje permite compartir los pensamientos con los demás, el lenguaje no es una posesión de la mente, las palabras no son reflejo de la mente, la fuente de las palabras con que se nombran las cosas radica en las relaciones sociales. Dentro del marco modernista las interpretaciones narrativas deberían estar al servicio de las representaciones de la realidad, verdaderas o falsas en cuanto a su capacidad de reflejar los hechos tal como se producían. Todo esto porque el pensamiento moderno partía de que hay una sola verdad, que debe ser descubierta progresivamente, y cuyo conocimiento haría a la gente buena y feliz, en cambio el posmodernismo y este es uno de sus rasgos principales, supone un perspectivismo, la visión de las cosas no son verdaderas o falsas sino que dependen de quien los observe y desde donde los observe (Molina, 2001).

El posmodernismo se puede ver como filtro para aceptar o rechazar las grandes narrativas, teniendo como premisa la aceptación de la pluralidad de culturas y discursos. La caída de la "gran narrativa" es una invitación directa a la cohabitación entre varias narrativas pequeñas (locales, culturales, étnicas, religiosas e ideológicas); su coexistencia, sin embargo, es capaz de adoptar formas extremadamente distintas.

El posmodernismo cuestiona la verdad única en la búsqueda y la posición social, a través del cuestionamiento de los textos, cuestiona la realidad ya establecida. Postula la narrativa en contra del discurso; es el divorcio de lo estructural, e intenta acabar con la premisa del discurso del texto. Es la muerte de la hegemonía de lo escrito y de la objetividad. El discurso posmodernista parte de dos campos

filosóficos, del ruseiano (con autores como Barthes, Lacan y Derrida), y del modernista (con Foucault, Lyotard y Deleuze, cuya inspiración es Nietzsche).

### **La psicoterapia en el posmodernismo**

Para Foucault (1995) el posmodernismo es el espacio de la literatura no discursiva, donde el lenguaje toma un nuevo tema y un carisma ontológico. Este lenguaje discursivo abre una posibilidad al sí mismo, entre el sí mismo y el otro, en el sufrimiento y la muerte. Foucault postula que las prácticas culturales, políticas y sociales, antes del posmodernismo, se fundaban en la locura, la sexualidad y el discurso del texto para mantener su poder, pues "conocimiento es poder". La objetividad de la ciencia critica el ámbito de la subjetividad del discurso, por lo que Foucault propone que el lenguaje escape de la muerte o locura del "otro", para lo cual tendrá que haber diálogo y autorreflexión, hasta llegar a la infinitud del constructivismo. Un rasgo importante del posmodernismo es su autorreflexibilidad, ya que al aceptar la premisa de que el lenguaje no sea una mera representación, un símbolo de algo real, hay que aceptar entonces que es posible rehacer continuamente nuevas explicaciones, nuevas historias sociales o personales, que ninguna de ellas es verdadera o falsa, lo que hay que preguntar es cuál da resultados, cuál resuelve el problema (Sánchez, 2000).

Para la terapia postmoderna, según Lynn Hoffman (1987), no existe suposición de una estructura patológica oculta en el sujeto susceptible de ser establecida de acuerdo con estándares objetivos. La terapia en voz de los hermenéuticos es un texto ejecutable que tomará forma de acuerdo a la manera en que se lleve la conversación, el problema y su solución se construyen con lenguaje. Las personas traen una historia que consideran verdadera, hay que mostrarles que no es así, que es un invento, una construcción y que bien pueden construir otra historia que encaje mejor, que permita un mejor funcionamiento, si se logra se habrá tenido éxito en la terapia. Gergen y Kaye (1996, citados por Molina, 2001) dicen que "Rechazamos la simple adopción de la reconstrucción o la sustitución narrativa como metáforas orientadoras para la psicoterapia. Estamos más bien en favor de enfatizar la narración y el pensamiento narrativo dentro de una preocupación más amplia por la generación de significados a través del diálogo". Esto implica una nueva concepción de la relatividad o el perspectivismo del significado, la aceptación de la indeterminación, la exploración creadora de una multiplicidad de significados y la comprensión de que no es necesario ni apoyar una historia estática ni buscar una historia definitiva. La re-escritura o restauración es un procedimiento terapéutico de primer orden, que implica la sustitución de una narración disfuncional por otra, más funcional. Desde este punto de vista, se puede considerar a la psicoterapia como un proceso que permite la construcción de nuevos significados dentro del contexto del discurso cooperativo que se da en las sesiones (Molina, 2001).

La terapia postmoderna con su modo receptivo y respetuoso de interrogación, permite la apertura a nuevas maneras de puntuar la experiencia, propicia una

disposición para explorar múltiples perspectivas y favorecer su coexistencia, lo cual tiene que ver con la relativización de la experiencia (Molina, 2001).

### *Narrativa*

Dentro del espíritu posmoderno, las familias se encuentran participando en una forma menos cohesiva por parte del terapeuta, donde los miembros de la familia experimentan el proceso terapéutico como una conversación. El despertar de lo que se llama narrativa, es ver a la terapia como un proceso a través de localizar historias alternativas.

Todo el marco de la narrativa es colaborativo, no impositivo y paralelo, según comentarios del constructivista Efran Lukeris (1988, citado en Zimmerman y Dickerson, 1994), quien compara la narrativa con la teoría estratégica indicando que esta última utiliza el lenguaje en forma rápida y confusa para aplicar técnicas de reajuste.

Goolishian a partir de su afirmación de que la "verdad" y la "objetividad" de la ciencia es relativa, encauzó sus objetivos terapéuticos al estudio de la hermenéutica (estudio o interpretación de los textos) y el constructivismo. Esto lo llevó a postular que el contexto no está definido por la familia, sino por el problema en sí. Con su colaboradora Harlene Anderson (1996), desarrolló los conceptos "definición" u "organización del problema" y "disolución del problema", afirmando que el problema no es una entidad por sí misma, sino una realidad psicológica en la familia que se deconstruye a través del lenguaje. Para él, el proceso terapéutico es "un sistema generador de significados donde el terapeuta es el participante co-creador y facilitador" (Anderson y Goolishian, 1996).

Se interesó en averiguar cómo el proceso lingüístico crea significados; él vio la terapia como una posibilidad para crear nuevas historias, donde la función del terapeuta era proporcionar una atmósfera adecuada para que los miembros de la familia pudieran crear una nueva narrativa de sus problemas. Su modelo se basaba en un final abierto sin cohesión, basado en la conversación. El problema no se resuelve hasta que la familia cambie su definición del mismo. Goolishian fue un terapeuta de la conversación y facilitador del diálogo, él afirmaba que "en lugar de que el terapeuta se enfoque en patrones del comportamiento y teorías del problema presentado, las nociones preconcebidas del problema se deberían quedar fuera del proceso terapéutico". Goolishian fue un ejemplo del terapeuta posmodernista, él se definía con la capacidad de creer en todo, pero no aceptar el fundamentalismo de una única verdad " (Anderson y Goolishian, 1996).

Los terapeutas narrativos afirman que ellos tratan de simplificar y minimizar los problemas de la vida, sin adicionar suposiciones o realidades impuestas por un experto.

El terapeuta, en la narrativa, desarrolla un trabajo topológico, es decir, descubre a la familia que se encuentra oculta en la historia, validando e interconectando las

historias, sin que se detengan en el terapeuta operativamente, ni que tampoco sean validadas o aceptadas por él sino por la familia. El sentido de la historia no será comprobado por el terapeuta sino por una marca sistémica de la familia, buscando otras historias, otras palabras, asignándoles otros nombres, los cuales se llaman, se reúnen y se agrupan.

¿Cuál es el resultado de la nueva historia de la familia? La nueva narrativa es para acabar con la continuidad de la historia central, hacer una reconstrucción o determinar una nueva verdad o realidad del texto (Barthes, 1993). Se presentan historias alternativas a través de antítesis bueno-malo, alto-bajo, enfermo-sano, dentro-fuera, etc., proporcionando la nueva percepción de la historia central, la cual no tiene un carisma de trivialidad, transgresión o ironía, sino de la amabilidad retórica.

Cuando se agrega el elemento del terapeuta a la familia, éste se convierte en el mediador, pues decodifica la posición del narrador y su historia usando el paradigma de la retórica, no de limitación sino de exceso, se presenta un elemento más en la historia (el terapeuta).

De esta manera el proceso terapéutico se convierte en la Interacción familia = terapeuta = verdad. Esta verdad será aquella que está al final del proceso, un camino de espera del desorden al orden, lleno de dilemas, desilusiones e ilusiones, altas y bajas, reflexiones y cuestionamientos. etc. El final del proceso será el complemento, lo que llena, lo que satura, lo que satisface. La nueva verdad familiar será el fin del tratamiento, lo que cierra. La nueva verdad tiene un concepto polisémico, con sentido contextual, y por tal motivo esta verdad se da en función de un espacio de referencia. la cual tiene una validez propia. Estos contextos se relacionan unos con otros, en una perspectiva de verdades intratextuales de percepción particular, es decir, la percepción familia-terapeuta.

Es posible afirmar que la nueva realidad puede ser construida de diversas maneras. Esto es, de acuerdo a la discursiva de los diferentes sistemas de comunicación. A cada uno de estos modelos le corresponderá un sistema de construcción, deconstrucción y reconstrucción de la realidad.

### *Equipo Reflexivo*

Los antecedentes de este modelo se encuentran en la escuela de Milán, en las aportaciones de Gregory Bateson (2004) y en las ideas de Humberto Maturana (1973) sobre la relación paciente-terapeuta, donde este último indica que es el paciente quien forma su realidad, realizando un cuadro de lo que se conoce de ésta y de su actitud ante el mundo. Según Maturana, cuando las personas interactúan en el mundo exterior, perciben de éste diferentes cuadros o realidades, según la persona y el problema. El paradigma será establecer que cuadro o realidad es mejor respecto del mundo exterior de las personas, "el tuyo o el mío". Maturana afirma que no hay que hablar del universo sino del multiuniverso y de la gran posibilidad de significados que contiene nuestro mundo. Es por esto que



escribe la palabra “objetividad” entre comillas, ya que la realidad, el mundo, “el tuyo y el mío”, está formado por la percepción y realidad de cada uno, sin afirmar que “mi” realidad o “tu” realidad sea la única o la verdadera, como establece el pensamiento lineal o analítico, en contraste a la comunicación semántica del pensamiento circular o constructivista. Maturana indica que en el proceso terapéutico hay que dejar fuera los tiempos verbales de yo o él, o de cualquiera de los dos y cambiarlos por los términos lingüísticos de ambos o ninguno de los dos.

Cada persona construye su propia verdad epifánica, la percepción única de la realidad que le da al individuo su identidad y preferencia, de modo que existe una verdad para cada uno de nosotros, por lo que no es posible afirmar que una verdad sea más verdadera que las otras.

Un sistema familiar está formado por dos o más personas con la posibilidad de intercambiar experiencia y percepciones. Cuando dos o más personas comparten sus puntos de vista, cada uno recibe del otro diferentes versiones del mundo, estas diferencias permitirán a cada uno ampliar sus perspectivas de la realidad, enriqueciéndolas. Maturana denomina a esto “estructura determinante”, es decir, los organismos vivientes operan según la forma en que fueron construidos en su proceso filogenético. Cada ser viviente es un organismo perfectamente delimitado y estructurado para sobrevivir, éste sabe por sí mismo cuándo está preparado para realizar un cambio en su estructura. Si su ambiente y su interior morfogénico se presentan seguros y estimulantes realizará el intercambio mutuo que conlleva nuevas ideas y formas de desarrollo que permitan una nueva manera de correlación.

De acuerdo a Maturana y Varela (1973) existen tres formas de realizar estos cambios: primera, a través de la empatía y el amor; segunda, el de convertirse en un “extraño” debido a sus diferencias históricas, al que se le pueden añadir nuevas y excitantes versiones del mundo de otro; tercera, escapar o retroceder en su desarrollo y morir. También indican que los pasos del proceso terapéutico –a seguir por el terapeuta, el grupo reflexivo y la familia- son sentir, conocer y actuar.

Gregory Bateson (2004) enfatiza que compartir diferentes puntos de vista del mundo influye en la percepción que se tenía anteriormente de uno mismo; “información es diferencia” o “es la diferencia lo que hace la diferencia”.

Tom Andersen (1998), profesor de Psiquiatría Social de la Universidad Tromsø, Noruega, y fundador de los equipos reflexivos en dicho país, indica que en la percepción de los problemas hay tres tipos de diferencias: primera, la diferencia es tan pequeña que no se percibe; segunda, es tan grande que no es perceptible; y tercera, es una percepción tan significativa que puede causar desorganización en el sistema.

Andersen (1998) también tomó algunas pautas para los grupos reflexivos de los trabajos realizados en el Instituto Ackerman de Nueva York y el Instituto de la

Familia en Galveston, Texas, en especial los referidos al cuidado, respeto e integridad que tienen para con las familias.

Andersen postula que los sistemas vivientes tienen demasiada “repetición de semejanzas” y “muy pocas diferencias nuevas”; basado en estos principios, sus equipos reflexivos deberán encontrar la manera de comunicarse con el sistema familiar a modo de semejanza y a la vez de no semejanza, con una nueva diferencia pero al mismo tiempo una diferencia no muy nueva ya que para él es de suma importancia “respetar” la estructura y la autorregulación del sistema familiar, así como la sensibilidad a la respuesta del sistema.

## **REFLEXIÓN**

Aunque todavía se dilucida si las versiones posmodernas de las nociones científicas podrían considerarse un paradigma por sí mismas o si son tan sólo reetiquetaciones por contraposición de las nociones positivistas (modernas), es indudable que han venido a representar una constante revisión necesaria de lo considerado como “inamovible y natural” en el sentido de mantener una mirada crítica y cuestionante que no se dedique a consumir sin digerir. Esto en el campo de la psicoterapia se vuelve una obligación, más allá de las escuelas en las que se encuentra diversificada, ya que la dinámica en las que se encuentran nuestras sociedades es de tal rapidez y de tal exigencia que comúnmente rebasan las posturas de dichas escuelas, quienes acaban siendo elementos accesorios sin relevancia dentro de las sociedades en las que se desarrollan.

Superando los discursos tradicionales de cuerpo-alma, externo-interno, en fin de la hegemonía de los dualismo definitorios, las posturas posmodernas superan estos escollos y se abocan hacia una perspectiva verdaderamente integral que rescata la comunalidad de los seres humanos dotándolos al mismo tiempo de un respeto absoluto por la construcción de sus vidas propias, haciéndolos dueños de este modo de la capacidad de modificarlas al volverlos hacia si mismos sin perder de vista la existencia de los otros significativos.

En este sentido, la postura del terapeuta se incluye de tal modo que lo libera de las ataduras de las verdades absolutas y le permite partir de si mismo para interactuar de forma significativa con los pacientes. Se da relevancia a las relaciones paciente-terapeuta y no a la técnica y la intervención precisa.

# Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

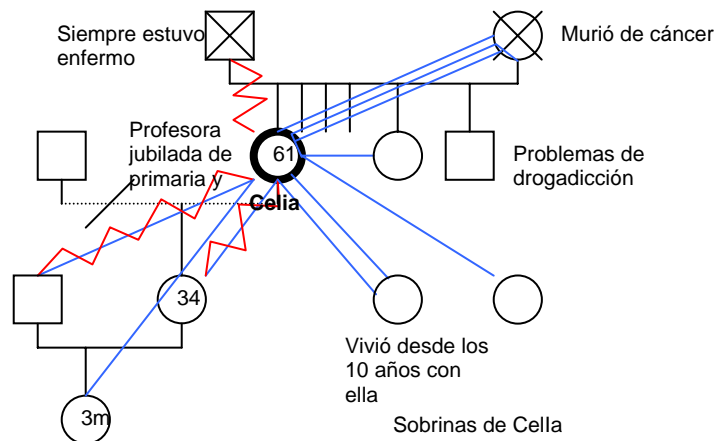
## 1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.

### 1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico.

#### CASO 1

<b>Terapeuta:</b> Roberto Chávez Nava	<b>Paciente:</b> Celia <b>Sede:</b> Centro de Atención Psicológica Dr. Guillermo Dávila.
<b>Supervisora:</b> María Blanca Moctezuma Yano	<b>Modelo terapéutico:</b> Modelo de Soluciones
<b>Equipo terapéutico:</b> Elvia Luisa Alfaro Bravo, Julio César Cortés Ramírez, Ana Lilia Escalante Zamudio, María Guadalupe García González, Martha López Zamudio, Maribel Méndez Llamas, Lourdes Soto Hernández, Miriam Zavala Díaz, Domingo Lorenzo Hernández	<b>Número de sesiones:</b> 10 <b>Fecha de inicio de la terapia:</b> 29 de agosto de 2005. <b>Fecha de última sesión:</b> 11 de noviembre de 2005.

#### Familiograma



#### Motivo de consulta

La paciente reportaba tener pensamientos “tontos” sobre preocuparse mucho sobre todo, temer enfermar y no bastarse así misma. Tenía problemas para relacionarse ya que comentaba ser muy exigente para escoger a sus amistades. Sentía que su hija la despreciaba y le hacía reproches.

## **Definición del problema**

La Sra. Celia manifestaba la presencia de pensamientos recurrentes que ella definía como “tontos”, “horribles”, “desagradables” que surgían de manera espontánea o cuando tenía conflictos con su hija pero que afectaban su estado físico (sudoración, taquicardia, baja de peso) pero principalmente la relación con su hija ya que se había vuelto muy poco asertiva, aprensiva y demandante con ella, provocando su rechazo y distanciamiento. Su jubilación como profesora de primaria y secundaria, es otro de los factores que habían alterado su ciclo de vida, ya que experimentaba soledad, sensación de inutilidad y desamparo que agudizaban la demanda de atención sobre su hija.

Los “pensamientos tontos” surgieron cuando su hija tenía 10 años. Ambas vivían con los padres de la paciente en un ambiente cargado de tensión, agresión y violencia. Estos pensamientos se agudizaron a partir de su jubilación, al grado de sentir que estaba perdiendo la razón.

## **Objetivos**

- Disminuir la intensidad y frecuencia de los “pensamientos tontos y disminuir la percepción que la paciente tenía sobre la influencia que tienen en su vida.
- Reencuadrar el sistema de creencias de Celia relacionado con el cuidado que los hijos deben tener de los padres cuando estos envejecen, lo que da como resultado sensaciones de soledad y desamparo y la percepción de desinterés y falta de afecto por parte de su hija.
- Establecer límites claros en la relación con su hija en cuanto a lo que cada una desea, piensa y quiere.
- Seguir fomentando los recursos con los que Celia cuenta (redes sociales, familiares y económicos) para que siga haciendo uso de ellos.

## **Meta**

- Que la paciente pueda manejar o tener el control de sus pensamientos negativos.
- Desarrollar o generar formas más asertivas de relacionarse con su hija y su yerno, trabajando más en su rol de abuela, pero como un miembro independiente de ese otro sistema.
- Planear y llevar a cabo un proyecto de vida en donde pueda desarrollar o mantener otras fuentes de afecto y redes de apoyo.

## **Resumen del Proceso Terapéutico**

Sesión 1: La paciente habla de su jubilación y de lo sola que se siente, especialmente porque su única hija ya no vive con ella puesto que se casó. Manifiesta que vive preocupada por su salud y que constantemente tiene ideas

“tontas” sobre posibles peligros que dañen a su hija y a su nieta. Su hija rechaza esa preocupación y se molesta con esta actitud de la paciente.

Sesión 2: Considera que su hija la trata negativamente debido a la vida que vivió cuando estaban con sus familiares, llena de maltratos y alcoholismo. Posteriormente vivieron solas y aunque la paciente no era muy cariñosa, su dedicación al trabajo y a salir adelante le enseñó a su hija a serlo igualmente por lo que ella ahora es una profesionista exitosa. Expresa que los pensamientos “tontos” ya no están tan presentes y que la asistencia a terapia le ha servido especialmente para expresar su soledad.

Sesión 3: Reitera en lo resentida que está su hija con ella, pero ahora menciona que ella a su vez también se encuentra resentida con su hija porque la dejó para casarse y no le presta la atención debida. Al preguntársele sobre las diferencias entre el tiempo en el que vivían ellas juntas y este momento en el que viven separadas, se enfocó sobre aspectos negativos pero reconoció que como madre fue alguien preocupada siempre por darle lo mejor.

Sesión 4: La paciente definió su problema como intentar dejarse de preocupar tanto por su hija pero al mismo tiempo que esta pudiera aceptarla de nuevo y la integrara a su nueva vida. Su sensación de soledad es algo que también está muy presente y que ha tratado de aminorar viajando y haciendo amistades de su edad. La supervisora en esta sesión participa directamente y le hace notar que sus ideas son muy persistentes, que la soledad que expresa parece contradictoria puesto que su hija por lo que dice si parece preocuparse por ella y por las formas de relación que tienen, y finalmente que debe de reconocer la dificultad de la etapa del ciclo vital por la que está pasando. Se le dejan dos tareas: encontrar únicamente dos momentos en el día para pensar en los pensamientos “tontos”, y dejar de frecuentar a su hija, a menos que sea esta la que lo solicite.

Sesión 5: La tarea de los momentos para los pensamientos “tontos” le fue muy difícil, por lo que se le dijo que lo hiciera solo cuando estos fueran muy recurrentes. Su hija la invitó a comer y eso le produjo tranquilidad, pero continúa poniéndose muy tensa con la posibilidad de que su hija la critique. La red de apoyo que tiene parece que se aumenta a una sobrina y a sus vecinos. Se le pidió que pensara en qué otras cosas podía hacer para ocuparse para no tener que estar tan pendiente de su hija y sus reacciones.

Sesión 6: Manifiesta que sus pensamientos “tontos” ya no están tan presentes y que aunque le sigue costando trabajo, ya no insiste para ver a su hija y ello le ha demostrado que puede hacer cosas por sí misma y no sentirse tan sola. Ante una solicitud de analizar comparativamente lo que su hija y su sobrina le dirían sobre ella misma, contesta que su hija la descalifica, la regaña, mientras que su sobrina la apoya y la aconseja. Se le hace notar que esta forma de ser de su hija puede ser una forma no grata de expresarle su propio deseo de independencia. Nuevamente surge la importancia de procurarse otras actividades que la ayuden a fijarse en su propia vida.

Sesión 7: Le sigue siendo difícil pero ha persistido en no insistir en tener comunicación con su hija, ha percibido en ésta menor rechazo. Lo atribuye a asistir a terapia y a que ha dejado de ser tan quejosa con su hija. Se le plantea que la responsabilidad sobre el resentimiento de su hija por las experiencias del pasado está solo en ella misma, la paciente concuerda con eso. Concuerda además de que es necesario convivir más con personas que la hagan sentir cómoda y no incómoda como le ha sucedido.

Sesión 8: En cuanto a la relación con su hija la paciente refiere que ya no toma tan en serio sus comentarios, no le reclama, y ya no llora cuando está con ella; y que más bien ahora ha empezado a valorar los aspectos positivos de su hija, así como tratar de entender las razones que tiene para actuar como lo hace: hace distinciones entre la “franqueza” de su hija (“cuando ella quiere molestar”) que la hace sentirse mal o “cuando quiere ser agradable” y trata bien a la madre.. Por otro lado, también menciona que se ha sentido más tranquila en su casa, e incluso que ha dormido mejor, y además que está siendo más cuidadosa con sus cosas para prevenir el futuro.

Sesión 9: La paciente habla de sus pensamientos y logros: duerme y come mejor. Se mantiene más tiempo en su casa, ya no tiene pesadillas, ni pensamientos negativos. Da cuenta de que ahora alternan los recuerdos malos y los buenos, ya no son siempre malos. Se da cuenta también cuando los enojos de la hija son responsabilidad de ésta y cuándo son responsabilidad de ella (cuando se queja o le reclama). Los sentimientos de dolor, tristeza o pena, pueden seguir presentes pero la paciente ya se da la posibilidad de no quedarse con ellos y tomar decisiones que la llevan a superarlos, no sólo en las descripciones de lo que hace se nota eso si no que su mismo discurso no enfatiza tanto en describir sus malestares.

Sesión 10: En esta sesión la paciente habla de muchos cambios, como son, que la relación con su hija ha mejorado, pues dice que ya no le afectan tanto los comentarios que le hace o incluso el que no le llame para saber que esta bien. Por otra parte también ha cambiado la percepción que tiene de su yerno, ya que mencionó que tiene muchas cosas valiosas, y que no es que quiera molestarla, sino más bien él es así por ser del norte del país. Así mismo dijo comprender que su hija tiene que hacer su vida junto a su esposo, y que ella tiene más gente a su alrededor, por lo que ya no se siente sola. Finalmente en cuanto a las ideas se ha dado cuenta que no sólo tiene ideas negativas recursivas, sino también positivas, y que las utiliza para contrarrestarlas, y tranquilizarse.

### **Soluciones intentadas**

En la tabla siguiente aparecen las soluciones intentadas que habían mantenido el problema y las que habían dado ciertos resultados tanto en el control y disminución de los “pensamientos tontos” como en la relación que mantenía con su hija.

Pensamientos Recurrentes		Relación con su Hija	
Si Funcionaron	No Funcionaron	Si Funcionaron	No Funcionaron
Asistir a clases de gimnasia.	Insultarse y culparse por tener esos “pensamientos tontos”	Tomar clases de baile juntas.	Demandas y quejas constantes hacia su hija.
Frecuentar a sus amistades, hermana y sobrinas	Estudiar Dianética.	Ir a tomar café	Quejarse con su hija en contra de su yerno.
Hacer viajes y excursiones	Crear que esos pensamientos pueden convertirse en realidad con sólo pensarlos.	Charlas con su hija donde no hay demandas ni quejas constantes.	Demandar la compañía de su hija y nieta.
Ver televisión	Cambiarlos por pensamientos positivos.		Aceptar que su hija la llame todos los días

### Postura del paciente

Existe resentimiento y enojo hacia su hija por no ser aceptada por ella tal como es y por sentirse abandonada: exige su afecto y cuidado. Se denota un sistema de creencias en el que los hijos deben cuidar a los padres cuando estos envejecen, y al no suceder así entonces se presentan las sensaciones de soledad, desamparo, percepción de desinterés y falta de afecto por parte de su hija, pero que no la exime de preocuparse constantemente por el bienestar de su hija. De lo anterior puede verse también que hay una percepción ambivalente, en cuanto a que por un lado se siente controlada cuando su hija le busca o le llama constantemente y le pide explicaciones de sus actos, pero por otro lado menciona que cuando su hija no la busca se siente abandonada y no querida. La paciente se explica sus dificultades con su hija y el mal carácter de ésta por las experiencias vividas de violencia y agresión en su familia de origen, sintiéndose responsable por no haberle proporcionado un ambiente familiar más tranquilo. En este sentido la paciente está pasando por una etapa de adaptación a su situación de soledad por su jubilación, adaptación que abarca también la de la propia etapa por la que pasa su hija: formación de su propia familia e hija recién nacida.

En relación a los pensamientos “tontos” que dice tener constantemente, tiene una postura pesimista en la que los pensamientos pueden aparecer y tener entonces influencia sobre la conducta y hacerse realidad, particularmente en la vida de su hija y nieta. Además de lo anterior, se insulta y menosprecia por tenerlos, para



finalmente considera que está enferma por tenerlos y que son señal de que está perdiendo la razón.

### Plan de tratamiento

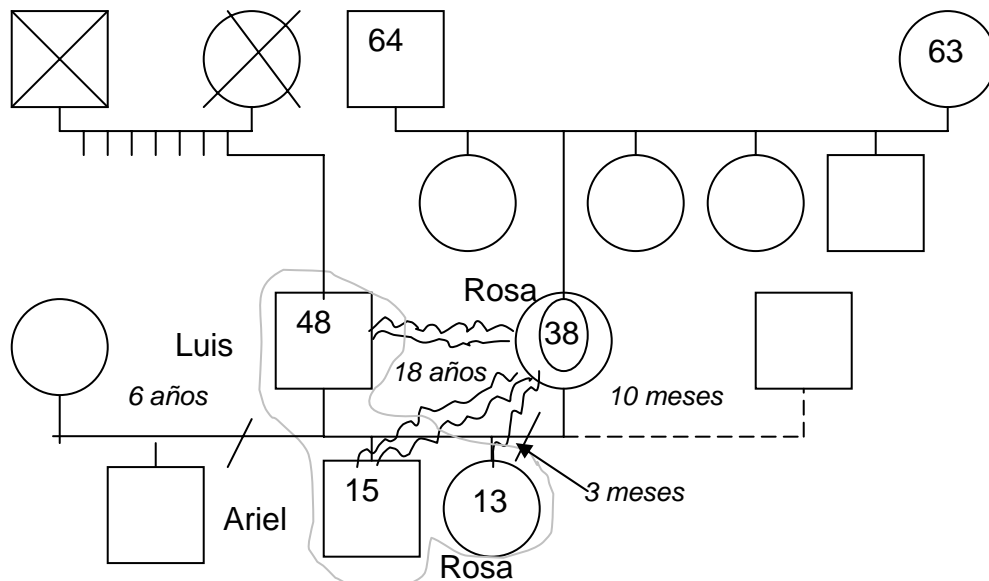
En base a los objetivos planteados el plan será el siguiente:

1. Utilizando técnicas de excepción en el pasado y en el presente se buscará reencuadrar la percepción de Celia sobre: a) los momentos y circunstancias cuando ella y su hija se llevan bien; b) cuando los pensamientos “tontos” no la inquietan o la inquietaban; y c) cuando la sensación de soledad y desamparo no se encuentra presentes.
2. Encontrando los recursos que puso en práctica, tener claro cómo los puso en práctica y qué tendrá que hacer ahora para que eso vuelva a suceder.

### CASO 2

<b>Terapeuta:</b> Roberto Chávez Nava	<b>Paciente:</b> Rosa <b>Sede:</b> Centro de Atención Psicológica Dr. Guillermo Dávila.
<b>Supervisora:</b> Carolina Díaz Walls	<b>Modelo terapéutico:</b> Modelo de Milán
<b>Equipo terapéutico:</b> Elvia Luisa Alfaro Bravo, Julio César Cortés Ramírez, Ana Lilia Escalante Zamudio, María Guadalupe García González, Martha López Zamudio, Maribel Méndez Llamas, Lourdes Soto Hernández, Miriam Zavala Díaz, Domingo Lorenzo Hernández	<b>Número de sesiones:</b> 10 <b>Fecha de inicio de la terapia:</b> 23 de noviembre de 2005. <b>Fecha de última sesión:</b> 31 de mayo de 2006.

### Familiograma



## **Motivo de consulta**

Se encuentra en proceso de divorcio y quiere orientación para ella y sus hijos, poder manejar la situación de manera tal que no afecte a sus hijos

## **Definición del Problema**

El padre usa a los hijos para atacar a la esposa sabiendo que ella no les explicará las razones de la separación tal como lo hizo él, por lo que la esposa no tiene elementos de defensa de su situación para con sus hijos, quienes de ser fuertemente unidos a ella pasan a una situación contraria en la que se muestran molestos y no le dirigen la palabra.

Rosa busca evitar conflictos para no causar problemas a los demás pero ello da oportunidad a que los demás decidan por ella, lo cual le molesta y duele pero como no desea tener problemas se guarda esos sentimientos y los deja acumulando terminando lastimada ella sola. Con los hijos se ve más atrapada ya que no quiere defenderse para no perderse su cariño pero al no defenderse permite que Luis de su única versión y los hijos se molestan con ella y se alejan dejándola dolida y con más dudas que afirmaciones.

## **Hipótesis de Trabajo**

### *Hipótesis diacrónica*

El papel de las mujeres está enfocado pasivamente hacia el hogar y los hijos, por lo que el buscar oportunidades de desarrollo fuera del ámbito familiar es mal visto y no se tiene derecho a ello porque eso corresponde únicamente a los hombres, quienes deben ser los proveedores activos de las necesidades de la familia y quienes tomen las decisiones pertinentes y fundamentales

### *Hipótesis sincrónica*

Ante la nula respuesta afirmativa o confrontativa que la esposa da a los ataques y peticiones del esposo, éste decide emplear a los hijos para atacarla y culpabilizarla de la situación en la que están, haciendo que los hijos se alejen de ella quitándole la única relación significativa y constante que ella había podido construir.

## **Meta Terapéutica**

Diferenciar entre culpa y responsabilidad por las decisiones tomadas, enfatizando en la distinción del papel como madre y como pareja.

## Resumen del Proceso Terapéutico

Sesión 1: Menciona que siempre se dedicó por completo a sus hijos, y solo hasta años después de iniciada su familia hizo un intento por buscar empleo, pero Luis la disuadió molesto por considerar que no había necesidad de que ella se pusiera a trabajar si tenían lo suficiente para vivir. Ella aceptó la decisión, pero no sabe porqué lo hizo, piensa que tiene que ver con que se considera una persona carente de carácter para decidir. Luis tomaba todas las decisiones de la familia sin considerarla a ella y a sus hijos y piensa que era una forma de control basado en el dinero. Cuando decide trabajar lo hace para poder tener algo suyo y dárselos a sus hijos, poder darles lo que quieran ya que su padre no hace eso. Desde que comenzó a trabajar, especialmente con horarios extras, ella decide gastarse su dinero en sus hijos y eso le molesta mucho a Luis. En el trabajo que logró, gracias a su hermano, conoció a su actual pareja, aunque al principio no había ninguna relación íntima entre ellos. Al principio de los reclamos de Luis ella lo negaba pero ante la insistencia y constantes agresiones verbales de él decidió mejor separarse. En los fines de semana convive con sus hijos, sólo que el hijo varón se niega a verla y es quien más le preocupa. Luis tiene arranques variados de humor, pero ha insistido en una actitud de tratarla como extraña e incluso abstenerse de encarar el proceso de divorcio, ella si persistió, y estaba a punto de recibir el fallo a su favor. Los hijos van a quedar con ella aparentemente y, es por lo que le interesa estar en proceso terapéutico para tratar de manejar las cosas de la mejor manera y que sus hijos no estén tan afectados por la situación de sus padres; ya no le interesa tratar a Luis como pareja, le interesa que queden en los mejores términos en relación a su papel de padres. Habla de sentirse culpable y responsable por la situación en la que se encuentran sus hijos, y también por la tristeza y enojo de su esposo. Esto lo piensa por haber permitido que su relación con la otra persona haya afectado a sus hijos, a pesar de que Luis fue quien decidió decirles toda la situación.

Sesión 2: Se habló de su actitud de no expresar nada de sus ideas y sentimientos ante nada ni nadie, actitud que ahora ve que sus hijos aprendieron muy bien ya que ante la situación que están pasando no le dicen nada de lo que sucede en la casa de Luis y se muestran molestos constantemente y hasta indiferentes por momentos. Aunque no lo exprese verbalmente, la hija como la paciente misma si se permite expresar su ira y tristeza. Esta no expresión, Luis la aprovecha para usar a sus hijos contra ella, y le enoja y duele que él le esté quitando a lo único que le importaba de su casa; se explica esta situación diciendo que ya que Luis vio que no la pudo convencer de quedarse con él se está vengando de ella a través de sus hijos. La misma familia de origen de la paciente había sido engañada por Luis, quien les había vendido la idea de que tenían una familia perfecta y de que sólo tenían unos problemas que ya los estaban tratando. La única persona que sabía lo que estaba pasando era su hermana, quien en una comida en la que asistió toda la familia, le dijo que les comunicara lo que en verdad estaba pasando, en un principio ella estaba reticente pero logró superarlo y les dijo lo que estaba sucediendo, cosa que los asombró pero que dio pie a una manifestación de apoyo total, algo que la hace sentirse desahogada y apoyada.

Este apoyo se ha visto traducido en el proceso de divorcio que ella lo ha llevado unilateralmente ya que Luis se ha negado a hacer nada, el proceso se retrasó por disparidad en las fechas de los testigos pero parece ser que aún así está siendo favorable hacia ella. En momentos menciona que se muestra dudosa de la certeza de sus decisiones viendo los problemas con sus hijos, está siendo sumamente difícil pero ya no quiere que nadie decida por ella.

Sesión 3: Relata que a partir de las vacaciones navideñas ve más relajados a sus hijos aunque siguen siendo muy parcos en su expresión hacia ella; esto también se lo explica por el cambio de rutina que les representó a sus hijos. Aun con todo lo anterior nota una sensación de molestia no expresada por parte de ellos, que la hace desconfiar de las muestras de cariño que llegan a tener para con ella. Menciona que quizás está muy sensible por el dolor que le sigue representando la decisión que tomaron ellos de irse con Luis cuando él no estuvo con ellos ni estaba tan al tanto como lo hacía ella; habla de un temor a ser lastimada. Habla también de un cambio en la actitud pasiva de ella hacia los ataques verbales de Luis quien insiste en decirle que es una mala madre, sin embargo en la última ocasión respondió que él no era nadie para juzgarla como madre y en todo caso quienes tendrían que hacerlo serían sus hijos. Reconoce ver en ella cambios que la han llevado a ser más expresiva en sus sentimientos y a sentirse bien consigo misma. La ha ayudado en ello darse cuenta de cómo es valorada laboralmente, observar las cosas buenas que le están sucediendo, y de ver como si tiene una fuente de apoyo grande en su familia de origen. Acepta que por momentos se pone triste al pensar en lo que está sucediendo con sus hijos, pero no se absorbe en ello dada la carga de trabajo y de actividades personales que tiene que cumplir. Concluye afirmando que quizás no sabe con claridad lo que quiere, pero si sabe lo que no quiere.

Sesión 4: Habla de un enfrentamiento verbal que tuvo con Luis frente a sus hijos en que la hizo volverse a sentirse muy vulnerable y afectada, cuestionándose inclusive las fortalezas que decía tener. Los sentimientos que la dominaron eran de enojo y coraje por no atreverse a decirle lo que pensaba a Luis en el mismo momento en que sucedieron las cosas. Ya no había tenido contacto telefónico con él y eso la había ayudado a tener mayor control de sus emociones hacia sus ataques verbales, pero volverlo a ver físicamente la alteró hasta el punto que describe. Menciona que le da coraje el que ella no diga nada de él y él si lo haga, y todavía siente mucho más coraje el que use en esos momentos a los hijos de receptores de lo que está sucediendo entre ellos. Menciona que más que Luis y sus actitudes lo que le interesa trabajar es el punto de sus hijos y los efectos que están teniendo ante la situación ya que se están encontrando en medio del conflicto. Se le pregunta porque no dar su versión de los hechos a los hijos, y ella responde que no quiere sentir más rechazo de ellos y que no confirmen de algún modo lo que les dice su padre. Pero tiene fe en que van a crecer y entender la situación, por ello valora los escasos segundos en los que su hija le manifiesta cariño. Reconoce la importancia de aceptar que no se es fuerte en todos los aspectos de la vida y que en momentos se puede uno sentir bien y en otros mal,

pero que todo es cuestión de trabajarlo, y un paso importante para ella es permitirse el coraje y reconocerlo, inclusive consigo misma.

Sesión 5: A través del escribir sobre el enojo tal como se le dejó en la sesión anterior, la paciente pudo reconocer varios puntos importantes de sus sentimientos en la presente situación. Acepta el enojo que le representa las actitudes y palabras de Luis, y lo ve como parte de esa dificultad para deshacerse de una relación de dependencia de tantos años. Expresa estar cansada de la situación y ser algo que no vale la pena y no es justo. Agrega en relación a Luis ya no quererlo ver, puesto que cada vez que están frente a frente es discusión tras discusión, pero ahora ya responde a lo que le dice con excepción de cuando están frente a sus hijos, al principio esta afirmación la maneja como cobardía pero al final de la sesión se queda la idea de poderla considerar como un recurso. Siguiendo con esta línea de pensamiento se observa como alguien a quien no le agradan los conflictos dentro de la familia, y ve en su propia familia de origen un papel como de apaciguadora. Finaliza relatando la experiencia que tuvo con su hijo quien por fin le dijo lloroso lo que estaba sintiendo, que era coraje hacia ella por haber dejado la casa, y que incluso cuestionaba los comentarios de la paciente de quererlo mucho. Ella le respondió que separara los problemas de sus padres de los de él mismo y que viera si ella le había fallado como madre mas que preocuparse por los problemas de los adultos.

Sesión 6: La paciente describe una situación en la que Luis por un asunto personal dejó a los hijos con los padres de la paciente sin avisarle, lo cual fue mantenido así por los propios hijos y la familia de origen de la paciente. Se entera circunstancialmente y al hablar con su hija, esta le dice que fue porque su papá le pidió no decirle nada a ella, y cuando le pregunta a Ariel (el hijo) este se molesta y agrega que sus amenazas no le causan ningún efecto. Le da coraje por que nadie la considero, y se entristece por la actitud de su hijo. De la escuela de él le avisan que había reprobado dos materias y al cuestionarle por ello le dice que le ayude pagándolas pero la paciente le contesta que no puede y no lo hará porque engaño tanto a su padre como a ella. Cuando confrontó a Luis sobre todo esto que había pasado, él le dijo que no tenía porque meterse en los asuntos de la escuela ya que el era el responsable y no ella. Se finaliza la sesión comentando que son dos sucesos diferentes, el de este momento y el de antes cuando vivían juntos, ya que hoy día tiene que aprender a vivir sola, y aunque ya no tendrá una relación de pareja con Luis si la van a seguir teniendo como padres por lo que habría que pensar en la posibilidad de hablar con él sobre los problemas con los hijos para llegar a una negociación cordial que permita ayudarlos.

Sesión 7: Expresa que ha intentado hablar con Luis para ver lo de los hijos exclusivamente, pero no ha funcionado. Menciona una ocasión reciente en la que de la escuela se comunicaron primero con ella para hablar de una situación con Ariel, y al comunicarse con Luis éste le dijo que no se entrometiera, que a pesar de la molestia de la paciente con comentarios de la Directora sobre Ariel, el lo permitía porque le daba permisos de hacerlo ya que ella si le ayudaba. La paciente le comentó que lo que ella quiere es saber como están los hijos y nada

más, no quiere saber nada de las dificultades entre ellos. Menciona que Luis decidió separarse en el aspecto escolar de los hijos, él atendiendo a Ariel y ella atendiendo a Rosa (Hija); esto es aceptado por la paciente por ser una situación molesta en la que salen afectados los hijos tal como sucedió en un evento en el que estuvieron con Rosa (Hija). Esta decisión aún así no deja de solucionar el problema de ponerse de acuerdo como padres sobre los hijos. En este sentido se le plantea que ante una situación preocupante con los hijos como la que describe podría considerar la posibilidad de cómo comentarle a Luis el deseo de que el equipo pudiera tener un contacto con él para hablarle de esos momentos que tienen que atender como padres.

Sesión 8: Inicia hablando de que el modo posible en que el equipo tenga comunicación con Luis puede ser telefónico, ya que la respuesta puede ser inmediata ante el planteamiento de los riesgos por los que están pasando los hijos. Se le enfatiza que tendría que girar esos comentarios del equipo en cuanto al control de la conducta de los hijos. Se continúa hablando de la mirada de la paciente sobre su posición de madre actual, y ella contesta que se siente alejada, no está físicamente con ellos y no sabe como están de forma directa. Se le reitera sobre el momento tan diferente en el que está y que entonces cabría pensar en que formas diferentes tendría que hacer para manejarlo; su papel de madre no puede volver a ser exactamente como antes. Ahora que vive sola se enfrenta a tantas dificultades, pero no se deja caer ya que eso sería lo más fácil y no puede ser así porque se ve como alguien valiosa que hace las cosas y que busca opciones..Le siguen preocupando sus hijos, por que entre mas pasa el tiempo los ve más alejados, y por ello ve como importante que la vean preocupada por ellos preguntando por ellos, llevándolos a su casa el fin de semana. Ante esta preocupación se le reitera en la opción de comunicarse con Luis para que el equipo pueda hablar con él.

Sesión 9: Pasa más de un mes e inicia hablando de que Luis se negó a considerar la posibilidad de hablar con el equipo porque eso era cosa de ella y aprovechó para insultarla sobre su papel de madre. Esto le provocó llanto constante, pero se fue calmando poco a poco al pensar en cada una de las palabras que le dijo Luis y concluir que ninguna de ellas era cierta para todo lo que esta haciendo. Se planteó si ante el rechazo constante de sus hijos podría ser útil ya no hablarles puesto que es doloroso recibir ese rechazo. Menciona como su hijo se accidentó y al preguntarle a su hija esta le dijo que no sabía y que en todo caso tendría que preguntarle a él. Agrega que con su hija es más lejana la relación, y lo ejemplifica con su actitud cuando está con ella, en la que no la obedece en nada y no quiere salir con ella. Se le comenta que también podría ser parte de la etapa de la vida en la que se encuentra, y ella misma rememora la situación con su propia madre, que constantemente la criticaba como adolescente. Ante su preocupación por la comunicación con los hijos se le plantea preguntarse sobre que es lo que espera hallar en sus hijos. Finalmente se le comenta que ante una serie de decisiones que ha tomado (encontrar trabajo, iniciar otra relación, terminar con Luis, vivir sola, etc) hacen de su vida algo extraordinario y que cabría preguntarse que tendría que hacer esta madre extraordinaria en este momento diferente. La paciente llega a la

conclusión de que ante su constante situación de tristeza y llanto buscó ir con un psiquiatra pero no desea tomar medicamentos por temor a hacerse dependiente, se le comentó que si esas dudas no las había externado podría hacerlo en una siguiente visita al psiquiatra viéndolo como una opción para manejar un aspecto físico que ella misma detectaba podría estarla induciendo a amplificar los aspectos negativos de lo que le sucedía.

Sesión 10: La paciente menciona que ahora ve que su intención de persistir en comunicarse con sus hijos es para hacerse presente con ellos (“mejor presencia que ausencia”), que la encuentren cuando la lleguen a necesitar, porque ve que con el paso del tiempo ellos entenderán. Esto le ayudaría a estar más tranquila ya que al comunicarse aunque sea unos instantes le da pautas de poderse manejar con sus hijos, atendiendo a sus necesidades e intereses. A su hija decidió plantearle directamente lo que tenía que hacer en los momentos que conviven (respetando sus intereses), y su hija lo aceptó. Aprende que hay que ser claros y directos con lo que se desea expresar. A su hijo decidió preguntarle directamente como se sentía y no usar de intermediaria a su hija, y aunque sigue parco le respondió cuando ella lo requirió. Se le comenta que si bien en el espacio terapéutico se le dicen palabras y frases que provienen del equipo y del terapeuta, ella es la que decide tomarlas, reflexionarlas y llevarlas a la práctica. El terapeuta le expresa que en un mes el tendrá que irse del D.F. por lo que le plantea opciones para continuar trabajando en las que ella tendrá la última palabra en base a como se siente con dichas opciones.

### **Continuación de la terapia.**

A partir de la última sesión se observó que Rosa había pasado de un estado puramente reflexivo, y en momentos, irreal, a uno de actividad practica que la llevó a hacer cambios con sus hijos, no desesperándose esta vez ante el pequeño cambio que aparentemente representaban. Se hizo un cierre sobre la fortaleza que halló en si misma para establecer una relación diferente con sus hijos, pero se dejar la puerta abierta para seguir manejando el proceso de acompañarla en el largo y difícil divorcio en el que se encontraba.

## **1.2. Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica.**

### **CASO 1**

En un principio, el modelo utilizado parecía más apegado a la escuela de Terapia Breve, ya que la mayor parte de las intervenciones y que se sugirieron como tareas para casa, se adoptaron de dicho modelo observándose cambios evidentes e inmediatos. Las técnicas referidas fueron: *Prescripción del síntoma y las reestructuraciones o redefiniciones cognoscitivas*.

- a) **Prescripción del síntoma.**- Se utilizó para controlar los “pensamientos tontos” que disminuyeron considerablemente incluso, Celia empezó a tener más control sobre ellos ya que estos eran más evidentes cuando la paciente llegaba

de haber estado en la calle, sin embargo ahora podía escuchar música, dormir mejor y no despertar tantas veces por la noche. Otra forma de control, fue utilizar pensamientos positivos para contrarrestar el efecto de los pensamientos desagradables.

- b) La **reestructuración o redefiniciones cognoscitivas** de los “pensamientos tontos”, a través de la duda, es decir, cuestionando el poder que Celia podía tener sobre ellos y lograr que se volvieran realidad. Esto fue posible al confrontarla con aquellos pensamientos positivos que tuvo durante la enfermedad de un amigo que finalmente falleció. Esto permitió modificar las sensaciones de temor y angustia en enojo, enfado e incomodidad al tener más claro que eran pensamientos absurdos.

No obstante conforme pasaron las sesiones empezaron a hacerse evidentes la aplicación de técnicas centradas en las soluciones principalmente:

- a) **Pregunta de la excepción.** Ya que le permitieron a Celia centrarse en aquellas ocasiones en las que no tenía o no había tenido problemas, especialmente importantes ya que ella misma enfatizaba tanto en sus dificultades que no podía ver los propios recursos con los que ya contaba, demeritando inclusive en su discurso las ocasiones en las que no tenía esos problemas que describía tanto.
- b) **Preguntas de soluciones realizadas en el pasado.** Esto facilitó que Celia observara el impacto positivo de lo que hizo diferente en otros, denotándose ella misma como la generadora de los cambios. Con esto se logró, además, evitar que lo que estaba haciendo de nuevo se volviera una simple anécdota perdida en el mar de sus dificultades.
- c) **Preguntas interventivas para buscar soluciones.** Sirvieron para que Celia observara claramente cómo tendría que alcanzar los cambios que deseaba, pero enfatizando en aquellas opciones que fueran realmente efectivas. Esta forma de preguntar de forma hipotética ayudó asimismo a retar sus creencias rígidas en cuanto a la aparente imposibilidad para entender y solucionar sus problemas.

Estas intervenciones se manejaron directamente en las sesiones con éxito ya que ayudaron a Celia a tener una visión diferente del problema: valoró más lo que la hija ha hecho por ella, los cambios generados en su hija, el no darle tanta importancia a lo que la hija le decía y lo absurdo de sus pensamientos tontos. El utilizar ambas técnicas permitió que se trabajara tanto fuera como dentro de las sesiones. Se hace evidente que los modelos en este caso no se contraponen, más bien se complementan; no obstante, trabajarlos indistintamente, requiere tener claros los fundamentos teóricos de ambos modelos; ya que la lente para trabajar con uno y otro obliga a un cambio epistemológico, es decir, un cambio en la manera de conocer, enfocar o de abordar el problema. El más evidente está relacionado con los objetivos que se persiguen: desde el modelo de Terapia Breve, el objetivo va encaminado al cambio; desde el modelo de Soluciones el objetivo es hacer evidentes los recursos y fortalezas del paciente.



## **CASO 2**

### **Neutralidad**

Si bien físicamente se tuvo en el espacio terapéutico únicamente a Rosa, se cuidó esencialmente no ponerse de su lado en el sentido de evitar usar el espacio como lugar para acusar a Luis ya que ello la pondría a final de cuentas en una situación similar a la de él de usar a los hijos como forma de vengarse del otro.

*Se demostró aceptación a todos los miembros de la familia.*

Dada la ausencia de Luis en este proceso no podría hablarse estrictamente de que se le aceptó, pero si se evitó enfatizar en los conflictos de pareja y si se prefirió mejor manejarlo como una necesidad de negociar como padres para atender a los hijos en su situación de conflicto. En cuanto a los hijos, a partir de la quinta sesión se enfatizó mucho en la aceptación del propio proceso difícil por el que están pasando y del mismo período de la adolescencia en el que están.

*Se dedicó un tiempo equivalente a cada miembro de la familia.*

Difícilmente podría haberse cumplido esta parte, pero si se procuró tratar de tener una visión a partir de las descripciones de Rosa de Luis y de sus hijos, pero en especial de estos últimos.

*Se formuló a todos las mismas preguntas.*

Tampoco podría haberse cumplido estrictamente con esta parte, pero si se cuidó (especialmente a partir de la quinta sesión) tener las reacciones de los demás miembros de la familia (en especial los hijos) ante las situaciones que describía Rosa.

*El equipo intervino para que se cumpliera la neutralidad.*

Al enfatizar constantemente sobre la importancia de separar el papel de padres del de pareja y el que Rosa se ubicara y aceptara la diferencia de esta situación por la que pasaba en comparación al momento en el que vivían juntos.

### **Circularidad**

*Terapeuta y equipo condujeron las sesiones sobre la base de la retroalimentación que la familia brindaba a partir de la información que recibía en la sesión.*

Cuando Rosa dijo que ella era una persona que no era expresiva con las personas y que solía quedarse para sí sus ideas y sentimientos, se conectó con la actitud de sus hijos de no querer expresar lo que están sintiendo y pensando sobre la separación de sus padres, y entonces se llegó a la conclusión de que sus hijos aprendieron muy bien la lección.

Ante el reiterado comentario de Rosa de no saber que hacer como madre en ese momento, se le planteó expresar las diferencias que hay entre el hoy y los días que vivían juntos, y al encontrarse diferencias se llegó a la conclusión de que ese era un momento que exigía medidas diferentes.

*Se proporcionó nueva información a la familia.*

Desde el principio fue esto, ya que se planteó si en lugar de hablar de culpabilidad (como insistentemente lo estaba haciendo) sería más útil hacerlo de responsabilidad. Esto pareció serle muy significativo ya que comenzó a vislumbrar como ella no tenía porque ponerse como culpable de la situación y también comenzar a ubicar lo que correspondía tanto a ella como a Luis para que se estuviera dando el problema con los hijos.

*Se trataron aspectos que la familia descuidaba o no tenía presente.*

La expresión de sus pensamientos y sentimientos no era visto al principio como muy importante pero al ver los efectos que podía tener en los diversos ámbitos de su vida comenzó a prestarle mayor importancia.

*Se recabó información sobre los resultados obtenidos por los intentos de la familia para controlar el problema.*

Especialmente se vieron cambios en cuanto a este punto en la décima sesión en la que las reflexiones expresadas en la anterior sesión la misma paciente decidió llevarlas a la práctica con sus hijos, encontrando resultados satisfactorios que la llenaban de tranquilidad al encontrar una forma de manejar su relación con sus hijos a pesar de que vivían con Luis. Es necesario puntualizar que el insistir en la descripción de los intentos fallidos llevó poco a poco a refinar sus estrategias.

*Se investigaron aspectos faltantes para completar el conocimiento del ciclo completo o el patrón de las interacciones.*

En la sexta sesión cuando habló de que Luis dejó a sus hijos con sus padres sin avisarle, pudimos ver como el evitar conflictos como forma primaria de manejarse de Rosa es algo en lo que participaba su familia de origen, y que hacía preguntarse además, ante la actitud de su familia de tampoco avisarle, si de alguna forma también en su familia estaba habiendo una forma de castigo por las decisiones que tomó, quizás el de dejar a las hijos de forma tan fácil.

### **Intervenciones empleadas**

A pesar de ser un caso con un solo paciente, la principal intervención fue el cuestionamiento circular y se atendió a los siguientes puntos

- 1) **Definición del problema.** En el que se preguntó a Rosa cuál era el problema que más le preocupaba y por el cual había decidido trabajar en Terapia, respondiendo que era la relación con sus hijos ya que estaban siendo afectados por las diferencias con Luis, su ex esposo
- 2) **Secuencia de interacción.** En la que se vio como es que después de la acusación de Luis frente a los hijos, ella decidió no decirles ninguna versión contraria, quedándose entonces ellos con la versión del padre. Posteriormente se vio como este patrón de respuesta es repetido ante otras situaciones y atrapaba a Rosa de forma tal que ella se sentía lastimada e ignorada, especialmente por sus hijos que no recibía la versión de ella por temer perder su cariño y lo que sucedía es que se alejaban más y más.
- 3) **Comparación/clasificación.** ¿Qué hacía Luis y qué hacía Rosa en esos conflictos frente a los hijos?, ¿cómo era la reacción de los hijos ante los reiterados intentos de Rosa por saber de ellos y cómo se sentía ella ante eso?
- 4) **Intervención.** ¿Por qué no decirles a sus hijos una versión de su propia historia de lo que sucedió?, ¿qué es lo que buscaba en realidad obtener con su insistencia para comunicarse con sus hijos?, ¿necesariamente tenía que haber medidas extremas para con los hijos, qué otras posibilidades habría?

### **1.3. Género y maternidad: Los desafíos del cambio en los sistemas familiares.**

Las teorías de Género se inician con Money (1955) quien traslada el término género de la gramática a las ciencias médicas, y comienza a estudiar e investigar en sujetos hermafroditas. Money plantea que en los casos de asignación de género errónea, ya sea por distintas alteraciones genéticas o embrionarias, la reasignación posterior en los niños después de los tres años de edad resulta problemática. Establece una diferenciación entre el sexo cromosómico-morfológico y el sexo asignado. Sostiene que la feminidad y la masculinidad se construyen en la relación humana por medio del lenguaje, y esto tiene el poder de modificar los destinos que la naturaleza ha fijado.

Stoller (1964) lo emplea como concepto técnico para distinguir el sexo en sentido anatómico, de la identidad sexual en el sentido social o psíquico. Lo aplica al estudio del transexualismo y las perversiones sexuales. Sostiene que al psicoanálisis clásico le faltaba una categoría que posibilitara la diferenciación del sexo, como la pertenencia anatómica, del género como la pertenencia a una identidad social o psíquica. Postula que el transexualismo muestra que entre el género y el sexo hay una "asimetría radical".

En la década de los 70 se multiplican los estudios e investigaciones en Estados Unidos en torno a los factores diferenciales en la crianza de los niños. Se buscaba una interpretación de la historia que tomara en cuenta la diferencia entre hombres y mujeres, descubrir la extensión de los roles sexuales y el simbolismo sexual en distintas sociedades y períodos. Se desarrolla así el concepto de sexo asignado y configurado por la fantasmática parental. Un individuo puede cambiar de sexo

según el género o rol que se le asigne. De estas ideas se desprende que la sexualidad es básicamente una construcción cultural.

Burin (1994) sostiene que: puede hablarse de “estudios de género” para referir el segmento de la producción de conocimientos que se han ocupado de este ámbito de la experiencia humana: los sentidos atribuidos al hecho de ser varón o ser mujer en cada cultura.

Las teorías de Género plantean como idea central que los modos de sentir, pensar y comportarse de ambos géneros no poseen una base natural e invariable, sino que se deben a construcciones sociales que aluden a características culturales y psicológicas asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres. Esta asignación de género se produce en la socialización temprana.

De este modo avivan la discusión sobre la interacción entre la naturaleza y la cultura, lo biológico y lo adquirido, lo interno y lo externo.

Bleichmar (1994) sostiene que el género es una categoría compleja y siguiendo a Stoller, distingue entre:

- *Atribución de género o asignación*: Se trata del primer criterio de identificación de un sujeto: es niña o es niño. La familia y el entorno se ubican en torno a este dato, y su discurso transmite los estereotipos de la masculinidad/feminidad.
- *Identidad de género*: Está constituida por el núcleo de la identidad de género y la identidad propiamente dicha. Se trata del esquema ideo-afectivo más primitivo, consciente e inconsciente de la pertenencia a un sexo y no a otro: soy niña, soy niño. Hay autores que asignan más importancia a lo biológico/anatómico y otros al estímulo social, en la constitución de la identidad de género.
- *Rol de género*: Es un concepto proveniente de la sociología. Está definido como el conjunto de comportamientos y expectativas sociales apropiados para los sujetos de distintos sexos. La tipificación del ideal es anónima y normativa.

Desde esta perspectiva, el imaginario tiene un despliegue social distinto frente a la sexualidad en el hombre y en la mujer. Esta transmisión es inconsciente y se despliega en la intersubjetividad a partir de patrones de interacción. La construcción de la subjetividad se hace sobre las representaciones sociales de una época.

La familia constituye el espacio primario para la socialización de sus miembros, siendo en primera instancia el lugar donde se lleva a cabo la transmisión de los sistemas de normas y valores que rigen a los individuos y a la sociedad como un todo (Arce, 1995). De esta manera, desde muy temprano, la familia va estimulando el sistema de diferenciación de valores y normas entre ambos sexos, asentando así tanto la identidad como el rol de género. Las reglas sociales van deslindando de manera clara las expectativas relacionadas con los roles que las

personas deben asumir. Igualmente, la idea que se tiene sobre el rol de padre, madre, esposa o esposo, está condicionada en gran medida por la sociedad de la cual somos resultado (Fernández, 1996).

El contexto familiar refuerza la diferenciación genérica, dando actividades diferentes a niños y a niñas; a las niñas se les destinan aquellas relacionadas con el hogar, servir, atender a otros; mientras que a los niños se reservan actividades de competencia que les permiten tener un mayor control sobre el medio externo, lo cual es una forma muy importante de ir delimitando las normas de comportamiento y dejando claras las expectativas sociales hacia cada sexo. La familia, por tanto, es el principal eslabón del proceso de tipificación sexual dado que es formadora por excelencia y de difícil sustitución (Artiles, 1998).

En el caso de la paciente Celia, dentro de su familia de origen recaían muchas de las funciones básicas de mantenimiento, como cuidar a su hermano alcohólico, y esto de alguna forma continuó incluso hasta fechas recientes cuando ya vivía sola, ejemplificado por ser ella la encargada de manejar la herencia de su madre.

El proceso de tipificación sexual se observa en las familias, no solo en el proceso de transmisión de estos valores a las nuevas generaciones, sino como parte intrínseca, importante e indiscutible de las pautas relacionales que se establecen entre sus miembros, que conlleva, en no pocas ocasiones, a alteraciones en las relaciones familiares y en el funcionamiento familiar.

Rosa, la paciente del segundo caso, aprendió dentro de su familia a mantener una posición discreta, no notoria, en la que con dificultad expresaba sus propias necesidades, dejando la toma de decisiones a los varones.

Cuando se analiza la flexibilidad en las reglas y roles familiares desde el concepto de género se observa que están indiscutiblemente relacionados y que las problemáticas del rol de género, en cuanto a las normas establecidas para cada sexo, imposibilita en muchos hogares su comportamiento adecuado, manteniéndose, por lo general, un modelo tradicional de distribución de las tareas domésticas que da a la mujer la mayor responsabilidad ante ellas y mantiene el hombre un rol periférico; por ejemplo, Luis, ex esposo de Rosa, sostenía económicamente a la familia pero su trabajo lo mantenía fuera de ella, pero a pesar de ausentarse constantemente quería y obligaba a mantener las decisiones de todo solo para sí, mientras que las labores del hogar "operacionales" era dejadas a Rosa..

Al unirse a esto la creciente independencia e incorporación de la mujer a las actividades sociales, se provoca inevitablemente una sobrecarga y sobreexigencia en ella, dinámica que se hace aún más compleja al tratar la familia, y el propio hombre, de incorporarse cada vez más a estas tareas, para tratar de asumir un rol diferente en aras de lograr mayor complementariedad, pero al no cambiar sus valores aparecen conflictos en la relación asignación-asunción del rol, lo que afecta necesariamente los procesos de interrelación familiar. Esta situación se

convierte en un espiral, dado que las madres educan, en la mayoría de los casos, a sus hijos en patrones sexistas, mientras que exigen que el padre participe más en las tareas del hogar, con lo que provocan que no queden claros los roles y valores en la familia.

Vemos como para Rosa estaban vedadas las posibilidades de desarrollarse económicamente y ante cada propuesta Luis las rechazaba, dinámica que por un tiempo ella aceptó pero sus deseos de desarrollo propio la fueron impulsando a tomar la decisión de trabajar, aunque al principio a escondidas de Luis (posible por la mencionada ausencia constante). Aún con todo y la posterior y aparente aceptación de Luis de la situación, Rosa trataba afanosamente de cumplir exactamente como antes las labores del hogar al tiempo que luchaba por desarrollarse laboralmente más allá de lo que tenía, en este sentido cobra lógica la casi rápida actitud de bloqueo de Luis que siguió a su aceptación para mantener el estatus quo.

Según Arés (1990) se hace muy difícil cambiar porque aún persisten influencias sociales muy poderosas que son las generaciones precedentes, los medios de comunicación y la propia sociedad, que en ocasiones promueven nuevos valores y a la vez preservan los de la familia patriarcal.

En la jerarquía interviene también de manera negativa el rol de género, dado que todavía persiste el modelo de familia tradicional patriarcal, caracterizada por vínculos de dependencia y jerarquía rígidos en la que la mujer debe supeditarse al hombre, no lográndose el nivel horizontal ya que ellos responden también a su asignación genérica que les crea la expectativa de que deben ejercer poder y autoridad sobre otros. Para que exista una jerarquía adecuada y un adecuado funcionamiento familiar debe haber igualdad, por esto la primacía del hombre de una forma rígida conlleva a una disfunción familiar.

La sobrecarga de roles, la sobreexigencia en la mujer, unido al papel periférico en que se mantiene el hombre, limitan las posibilidades de comunicación con los hijos y entre ellos como pareja, limitándola en ocasiones a las cuestiones referentes a la vida escolar o laboral; tal cosa sucedía con Rosa y Luis, para quienes su esfera de relación "normal" acaba siendo el ámbito educativo. Según Arés (1990), "si los roles, los límites, las jerarquías y los espacios están distorsionados, lo más probable es que ello altere todo el proceso de comunicación e interacción familiar; por tal motivo el tema de la comunicación no puede ser visto desligado de estos procesos".

La afectividad o forma de expresar los sentimientos se ve marcada también, indiscutiblemente, por los patrones de comportamiento y valores asignados por el rol de género y la dinámica interna de la familia. Para que esta sea funcional y promueva la salud de sus miembros debe permitir y fomentar la expresión libre de la afectividad, ser capaz de expresar las emociones positivas y negativas, y transmitir afecto.

Varios autores señalan que el proceso de entrenamiento a que es sometido el hombre, estimula en ellos el uso de la violencia para dominar a otros, para ejercer el poder y para resolver conflictos, mientras por otra parte se les restringe el contacto con el mundo de los afectos, y se le obliga no solo a inhibir sus sentimientos, sino también a no sentir (Arce, 1995). La forma de expresar los sentimientos para los hombres y las mujeres se refuerza continuamente de manera que se llega a tomar como normal la actitud que encierra contenidos discriminantes para ambos; como por ejemplo, el considerar que la mujer debe ser más emotiva, y asociar a los hombres a la rudeza y la agresividad. Evidentemente esto afecta la expresión libre de los sentimientos y la transmisión de afecto dentro de la familia.

El papel de la mujer y la maternidad, tal y como es concebida en la estructura patriarcal, demanda de ésta instinto, entrega total y una negación de su ser como persona, obstaculizando su autonomía e independencia, lo cual constituye un factor patógeno del funcionamiento y la salud familiar. Según Arce (1995), al centrar la identidad femenina en una matriz relacional, donde se le exige a la mujer una actitud de servicio y atención en forma incondicional a las demandas y necesidades de los otros, se inhiben sus posibilidades de autoafirmación y autonomía. Por ello es que Celia constantemente se recriminaba por haber dejado tanto tiempo sola a su hija, ya que tuvo que salir a trabajar para mantenerse como familia por lo que consideraba que no había sido suficientemente “buena madre”.

Una de las ideas más profundamente arraigadas en la mitología occidental es que el núcleo de la diferencia entre mujeres y hombres reside en el hecho de que la primera es la encargada de la reproducción la crianza y la mayor parte de la primera socialización de los pequeños. A la maternidad se le ha atribuido el origen de las características psicológicas más estables en la mujer, de la división sexual del trabajo, y, finalmente de la desigualdad entre los géneros que, para muchos teóricos y teóricas es resultado de la necesidad de controlar la capacidad reproductiva de las mujeres y de protegerlas durante la gestación y la crianza.

Estos planteamientos de considerar a la mujer biológicamente programada para responder con un intenso apego a los hijos y de que por ello tienen una sensibilidad diferente, se han visto contradichos por trabajos de corte etnográfico en los que se muestra que la maternidad varía enormemente según el tiempo y la cultura. Más aún, la enorme valoración de la figura materna que caracteriza a las sociedades modernas en general, y las latinoamericanas en particular, es un producto histórico.

A partir del siglo XVII la naturaleza femenina se redefine y la nueva representación de la mujer normal implica todas las características de la buena madre dedicada a su hogar y a criar hijos en un ambiente de amor y libertad. Sin embargo ello implicaba una total devoción y dedicación a los hijos y, por lo tanto que abandonara las actividades productivas, políticas y sociales que hasta entonces formaron parte de los deberes femeninos. La madre perfecta era también la

esposa que cumplía con ofrecer al varón un hogar armonioso para que este pudiera dedicarse a sus tareas públicas.

Lo anterior hace denotar entonces que la sacralización de la maternidad parece haber ocurrido bastante tardíamente y se relaciona con el desarrollo de la familia burguesa fundada en la complementariedad que asocia a la mujer con la esfera doméstica y a los varones con la pública. Es decir, está asociado con arreglos socio económicos que, si bien ensalzaron algunos aspectos de la figura femenina, por lo común garantizaron el control masculino de la esfera pública y de la capacidad reproductiva de la mujer.

A lo largo de los siglos XIX y XX con las nuevas doctrinas psicológicas, como la freudiana, se pone especial énfasis en la importancia de la figura materna para la configuración de una psique sana. De guardiana de la salud física y moral de su prole, la madre pasa a ser la responsable por su equilibrio y bienestar psicológico. De la madre dependerá que el hijo sea un buen cristiano, un buen ciudadano, un hombre normal etc. La maternidad, así redefinida, se vuelve un papel gratificante, un ideal, una noble función. Los discursos expertos caracterizan a la mujer psicológica y moralmente sana por la dedicación y el sentido de sacrificio. Es decir que la promoción de la mujer a través de la maternidad transmitida a través del discurso psicológico contribuyó decisivamente a colocar el peso de la identidad femenina en esta función: ambas pacientes consideraban que no habían sido buenas madres al haberse dedicado tanto tiempo a si mismas cuando deberían de haber estado al cien por ciento con sus hijos, lo cual es propio de ser mujer completa.

Durante ese periodo histórico mencionado es que se expandió y legitimó la propuesta ciudadana que sostiene que todos los individuos son libres e iguales. A la larga ello erosionaría los fundamentos jerárquicos de la familia tradicional y legitimaría el ingreso de la mujer en la esfera pública. Su expresión más acabada sería el movimiento por los derechos de la mujer que cuestionó algunas características de la maternidad moderna tales como su reclusión en la esfera doméstica y su sujeción al poder del patriarca.

El proyecto de vida de la población femenina ya no se identifica exclusivamente con el rol de reproductora y socializadora. Estos cambios estarían rompiendo con la ilusión de la existencia de una identidad femenina que unía a todas las mujeres y se anclaba en características naturales y roles sociales específicos tales como la crianza de los hijos. En la actualidad el trabajo, la participación política, la relación de pareja y la búsqueda personal cobran importancia creciente y compiten con la maternidad.

En consecuencia, los discursos sobre la definición de maternidad se han ampliado y diversificado de manera tal que muchos de ellos entran en contraposición con las definiciones que fueron corrientes hasta comienzos de siglo. La definición de maternidad ha dejado de ser coherente, articulada alrededor de su asociación a la pureza y la virtud, núcleo del hogar, responsable de la formación de los hijos y



baluarte moral de la nación. Hoy, este discurso se encuentra enfrentado a otros que lo cuestionan y a prácticas y cambios en ciertas instituciones (escuela, salud, etc.) que la llevan en otra dirección

En investigaciones realizadas entre mujeres de los sectores medios (Fuller, 1993, 2004) se ha encontrado que la maternidad constituye la vía más efectiva para que las mujeres tengan acceso al status de adultas y al prestigio social. Este es el ámbito en el que ellas ejercen mayor poder y pueden negociar sus intereses frente a sus parejas e hijos. Sin embargo, el trabajo ha cobrado una enorme importancia en su percepción de sí mismas y, aún aquellas que son amas de casa con dedicación exclusiva consideran que el ideal femenino actual es el de la “mujer de carrera.” Esta tendencia se ha solidificado hasta el punto en que muchas jóvenes profesionales están invirtiendo más tiempo y energía en sus proyectos laborales que en la búsqueda de pareja; Rosa, por ejemplo, al trabajar comenzó a dedicarse más tiempo a si misma, cosa que no era nada común en su forma de vida anterior.

Cuando las mujeres ya han tenido hijos su perspectiva y oportunidades de acción se transforman enormemente. Así por ejemplo, en diversas investigaciones (Valdés 1988, Valdés et al 1998, Fuller 1993, Gysling y Benavente 1996, Fuller y Viveros 2001) concluyen que la relación entre trabajo remunerado y comportamiento reproductivo está mediada por los significados que la mujer atribuya a la maternidad, y por su situación conyugal. En este aspecto es posible encontrar una gama bastante variada que va desde aquellas que consideran que tener una carrera es fundamental e intentan compartir algunas tareas con el esposo aunque asumen la mayor parte del trabajo doméstico, las que trabajan para completar el presupuesto familiar y viven su maternidad de manera conflictiva; las que consideran que el trabajo es una actividad secundaria y lo asumen siempre y cuando no sea un obstáculo para la realización de su papel de madres y, finalmente, las que consideran casi imposible conciliar alguna actividad extradoméstica con el cuidado de los hijos.

En el caso de las mujeres jóvenes y adolescentes, estas transformaciones parecen más marcadas. Estos cambios están redefiniendo drásticamente la noción de adolescencia y juventud femeninas. El hecho de que la iniciación sexual y la reproducción se hayan disociado, gracias al uso de anticonceptivos eficaces, ha quebrado la estrecha asociación entre maternidad e adultez social. Mientras que en décadas pasadas la menarca simbolizaba el ingreso a la vida adulta porque la joven ya era capaz de ser madre y estaba lista para fundar una familia, en la actualidad la menarca simboliza el inicio de un periodo de moratoria social durante el cual las jóvenes estudian, inician su carrera laboral y viven nuevas experiencias entre las que se incluyen los encuentros eróticos. De este modo, la posibilidad de seguir estudios superiores o de trabajar empiezan a ser considerados como rituales de pasaje al mismo título que la iniciación sexual y la maternidad (Arias y Aramburú 2000, Fuller y Viveros 2001.)

Por lo tanto, puede decirse que, en adelante, muchas mujeres accederían al status de adulto social a través de la inserción en la esfera pública. Esta es una novedad

ya que tradicionalmente la maternidad era la experiencia que marcaba este pasaje. Ello supone una modificación muy significativa en la cultura femenina fuertemente asociada a la maternidad con la realización de la mujer como persona social. De este modo, el horizonte de la maternidad se aleja y difiere. Esta creciente disociación entre maternidad y femineidad podría significar un cambio radical en la identidad femenina. En la actualidad el trabajo, la participación política, la relación de pareja y la búsqueda personal cobran importancia creciente y compiten con la maternidad. En consecuencia, puede decirse que, si bien la maternidad ocupa un lugar central en la vida de las mujeres, para un número creciente de ellas este no es el eje que ordena y da sentido a sus vidas.

Sin embargo, este proceso no es uniforme porque las diferencias en niveles de ingreso, educación, participación política, relaciones familiares y de pareja a menudo profundizan las brechas entre los sectores sociales y las regiones. Por ejemplo, entre las jóvenes de menores recursos, las bajas expectativas de insertarse en el mercado laboral o de obtener trabajos prestigiosos, pueden conducirlos a optar por la maternidad precoz como una de las pocas vías abiertas para obtener reconocimiento social. De este modo, mientras que en los sectores medios y altos las mudanzas registradas en la identidad femenina están conduciendo a una creciente individuación y diversidad, en los sectores populares es posible que la maternidad continúe siendo un horizonte importante.

En nuestro contexto nacional podemos observar como a la par de los movimientos sociales que favorecen un cambio en la postura de los géneros, empezando con la situación económica que obliga a aumentar la participación de todos los elementos de una familia sean hombres o mujeres, también en ellos mismos hay corrientes que buscan preservar ciertas estructuras sociales que están más asociadas a posturas tradicionales. Rosa, por ejemplo, no quiere ser solamente una mujer liberada que rehace de cero por completo su vida si no que desea seguir siendo considerada la madre atenta, pero con el gran cambio de aceptar la diferencia del momento en el que se encuentra y que requiere que ponga mayor atención a su propio desarrollo.

La fragilidad social de algunos sectores plantea graves interrogantes sobre los costos humanos de los cambios registrados en las relaciones de género y en la femineidad. Se ha escrito mucho sobre las mejoras en la situación de las mujeres, Sin embargo, para un número no despreciable de jóvenes las dificultades que se plantean, para negociar sus relaciones familiares y de pareja, controlar efectivamente su fecundidad y para insertarse en la esfera pública pueden conducirlos a quedar rezagadas de manera tal que las distancias sociales ya existentes se profundicen alimentando el círculo vicioso de la pobreza y la discriminación de género.

Finalmente, estos procesos entrañan una paradoja: el desmantelamiento de la dicotomía masculino/femenino podría incentivar a las jóvenes a adoptar el modelo masculino, el individuo autocentrado, ciertamente más prestigioso, como modelo de identificación. El riesgo sería que las mujeres renuncien a los espacios

ganados (control de la esfera doméstica, manejo de los afectos, prestigio de la maternidad) para competir por nuevos ámbitos en inferioridad de condiciones porque la división del trabajo en el hogar se ha mantenido y ellas son quienes residen con los hijos cuando la pareja se rompe.

Celia al seguir, aparentemente, la senda del trabajo únicamente, se encuentra al final de su historia al dejar de ser productiva a ojos de la normalidad, y doblemente deficitaria puesto que ahora que tiene tiempo para ser una “buena madre” ya no tiene a su hija. Rosa por su lado, al haber tomado la decisión de ver por si misma se encuentra con la sensación de culpa por la actitud de sus hijos, y podemos observar, además, la gran carga que es el aspecto cultural del género en el que estamos inmersos todos al analizar la actitud de su familia puesto que a ella como hija la apoyan en su problemática, pero la desaprueban como madre al haber decidido dejar que sus hijos se quedaran con su ex esposo.

#### **1.4. Análisis del Sistema Terapéutico Total.**

Una formación tradicional del psicoterapeuta pasa por una visión lineal en el que un experto lo moldea dentro de una perspectiva unívoca para ejecutar precisiones técnicas sobre un solicitante de un servicio. Este solicitante proporciona el material sobre el cual el nuevo experto le indicará lo que tiene que hacer, favoreciendo así a su vez una sola visión, la suya, por encima de la del propio solicitante. Estas visiones requieren que cada participante de la cadena no se salga de su papel para que pueda funcionar “correctamente”.

Las perspectivas sistémicas favorecen una visión holista, que en lugar de pensar en términos de una cadena lineal de personas y hechos, que dificulta la flexibilidad y la retroalimentación sobre el mismo proceso, lo piensa y ejecuta en términos de una secuencia recursiva e interaccional, que entrelaza armónicamente más que sumar a los participantes de la relación terapéutica en el contexto formativo: paciente, terapeuta, equipo y supervisor.

Cada uno de estos participantes trae consigo la integración de los diversos sistemas de los cuales forma parte para crear uno nuevo: el sistema terapéutico, diferente a esos otros sistemas pero integrado a su vez por la conjunción de los mismos. Esto es importante tenerlo en cuenta puesto que no se puede olvidar que el espacio terapéutico es un punto de encuentro más en la vida de las personas, significativo, es cierto, más no el único: después del tiempo que sea la duración de la sesión, cada uno de esos integrantes volverá a los otros contextos de los cuales forma parte.

El paciente, por su lado, trae consigo a terapia una situación para la que sus recursos, o la manera de manejarlos, han sido insuficientes. Puesto que viéndolo de manera interrelacional, los otros miembros de su contexto participan de alguna forma en dicha situación, es sumamente difícil que sin un elemento externo que favorezca o traiga consigo otra mirada se consigan los cambios necesarios para llegar a superar la situación. Claro, el terapeuta funge esta función de

externalidad, pero desde una perspectiva neutral, y reconociendo que el paciente es quien al final ejecutará las acciones necesarias para lograr el cambio necesario y no él.

A diferencia del sentido común de cualquier persona dispuesta a dar consejos a quien lo solicite, el terapeuta si bien es cierto es innegable que posee una historia de vida que permea de alguna forma su modo de trabajo, también cuenta con los controles de su modelo de formación, en este caso el modelo sistémico que en lugar de evitar por todos los medios una pretendida objetividad en la participación de la vida del terapeuta la vuelve un recurso más. Recursos que el terapeuta pone al servicio del paciente en sus facetas de mediador, orientador y/o educador.

De la misma manera que un paciente se ve enfrentado a callejones sin salida en su manera de encarar las cosas, asimismo un terapeuta fácilmente puede caer en la misma situación con el añadido de mayor riesgo en él, ya que en ocasiones esto va aparejado con una idea de estar en posesión de la “verdad única” que salvará al paciente. Es aquí que el papel del equipo de apoyo cobra una gran importancia puesto que se vuelve la “voz externa” que trae “otra mirada” a esta relación original de uno-uno.

Si bien es cierto el equipo de apoyo arranca con la dificultad de eslabonar tantas voces en un todo coherente, esta supuesta desventaja se vuelve uno de sus puntos más fuertes ya que la diversidad de opiniones da un abanico de posibilidades que enriquece el menú de acciones a ejercer por el terapeuta y el paciente. E incluso en el caso de haber diferencias marcadas y personalistas en el seno del grupo, la dinámica del mismo permite encontrarle un sentido a ello y una forma de manejo tal que al final lo haga un recurso más. La formación con equipo de apoyo facilita al terapeuta la construcción de la sensibilidad de la consideración hacia el otro y los otros, y especialmente el pensar siempre en términos de posibilidades no de absolutos.

El trabajo del supervisor, desde su mayor experiencia personal y especialmente formativa, radica en la formación integral del terapeuta a su cargo, mediando entre lo personal y lo profesional, tanto para el terapeuta en turno como para los restantes miembros del equipo de apoyo. Considerando, por supuesto, el tomar las acciones necesarias para llevar a buen desarrollo los cambios que se requieren en el paciente solicitante. Pero este proceso no funcionaría de la mejor manera posible si el supervisor no respetara los tiempos y los recursos de los participantes en este proceso: lo sistémico no va sólo hacia el paciente sino de regreso al terapeuta y más aún a su formación misma, equipo de apoyo y supervisor.

## **2. Habilidades de Investigación.**

### **2.1. Reporte de Investigación Cuantitativa.**

#### **Percepción de las Funciones de Paternaje y Maternaje en Adolescentes de Educación Media Superior**

##### **RESUMEN**

La presente investigación tuvo el objetivo de evaluar la percepción que tienen los adolescentes de las funciones de Paternaje y Maternaje. Distintas investigaciones han reportado que los problemas familiares se relacionan con problemas de salud mental, en el Distrito Federal un 9.5% de la población estudiantil ha intentado suicidarse atribuyendo su intento principalmente a los problemas familiares relacionados con los conflictos con los padres, seguidos por sentimientos de soledad, tristeza y depresión (González Forteza, Villatoro, Alcantar, Medina Mora, Fleiz, Bermúdez, y Amador, 2002). Los adolescentes que no cuentan con personas que cumplan las funciones de Maternaje y Paternaje (Macías, 1981), se pueden convertir en un grupo de alto riesgo, por lo que la evaluación oportuna de estas funciones se vuelve una prioridad a nivel preventivo. En el estudio participaron 150 adolescentes con estudios de bachillerato, la evaluación se realizó con el “*Cuestionario de Evaluación de las Funciones de Paternaje y Maternaje*”, instrumento construido por los investigadores. Se encontró que en esta muestra se percibe a la Madre como una figura que realiza más funciones que el Padre, confirmando que en las familias mexicanas la madre tiene un rol central. Es también la persona que en la familia brinda apoyo emocional y cuidado a los hijos. Con respecto al rol del Padre se encontró que tienen el rol tradicional de proveer los recursos económicos y materiales a la familia; pero alejado de funciones que tienen que ver con el afecto y apoyo emocional. Este grupo de adolescentes, perciben que varias funciones son realizadas por ambos padres, que tienen que ver con la transmisión y mantenimiento de valores y normas que guían la conducta de los jóvenes. Aún cuando se encontró que los amigos cumplen con una función muy importante, los jóvenes perciben que las funciones de protección, afecto, etc. son realizadas por los padres.

##### **INTRODUCCIÓN**

De acuerdo con el INEGI (2005), en México 97 millones de personas viven en familia, de ellos 66 millones viven en familias nucleares y 30 millones en familias ampliadas; solamente 2 millones de personas no viven en familia, por lo tanto se puede afirmar que los problemas de cada individuo tienen un impacto en las familias y viceversa, por lo que las familias realizan ajustes para afrontar las distintas problemáticas que las aquejan.

Distintas investigaciones han reportado que los problemas familiares se relacionan con problemas de salud mental, en el Distrito Federal un 9.5% de la población estudiantil ha intentado suicidarse atribuyendo su intento principalmente a los

problemas familiares relacionados con los conflictos con los padres, seguidos por sentimientos de soledad, tristeza y depresión (González Forteza, Villatoro, Alcantar, Medina Mora, Fleiz, Bermúdez, y Amador, 2000).

De la década de los 70's a los 90's aumentaron las muertes por suicidio en México en 156%; en 1994 la tasa de suicidios para ambos sexos fue de 2.89 por 100,000 habitantes (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996); para el año 2000 dicha tasa se incrementó a un 3.6 por cada 100,000 habitantes (INEGI, 2000) siendo la tasa de suicidio en varones de 5.4 y de mujeres de 1.0 por cada 100,000 habitantes (OMS, 2000).

El concepto de familia ha cambiado a lo largo del tiempo, las definiciones parten de los concepciones tradicionales de las culturas occidentales, que ubican a la familia humana como una organización única, para Ackerman (1969) la familia es la unidad básica de la sociedad, provee las condiciones para la unión del hombre y la mujer, de manera que éstas pueden tener hijos y asegurarles alimentación y energía. Por lo tanto, desde esta concepción la familia es una entidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, las cuales difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales (Minuchin, 1994).

En este mismo sentido Espejel, (1995); Macías, (2004) definen a la familia como el grupo natural de adscripción humana, generalmente ligado por lazos biológicos o consanguíneos, que incluye dos o más generaciones al menos en alguna etapa de su ciclo vital, y que permite o facilita la subsistencia de sus miembros, la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades.

Andolfi (1992) define la familia, como un organismo vivo en constante transformación, una entidad compleja que se modifica a través del tiempo, con el fin de asegurar su continuidad y el crecimiento psicosocial de sus miembros, en respuesta a los cambios en el desarrollo de la familia a través de su ciclo vital y de los cambios externos. Este doble proceso de continuidad y crecimiento, permite que la familia se desarrolle en conjunto y a su vez asegure la diferenciación de sus integrantes. Por lo anterior, y pese a que los tipos de familia han cambiado, la familia se puede conceptualizar como la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso; además, como la enfatiza Ackerman (1969), de enfermedad y salud. En otras palabras de la misma manera en que la familia se convierte en la fuente de sustento para un individuo y su desarrollo, se vuelve igualmente el principal obstáculo para lograrlo. De esta manera la familia es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar del otro y donde a la vez la familia se comporta como si fuera una unidad (Espejel, 1995).

Dentro del contexto de la familia, la adolescencia es considerada como la etapa del ciclo vital que más pone a prueba la flexibilidad del sistema familiar (Estrada, 1996). Olson (1991) ha encontrado que los niveles de cohesión y adaptabilidad más bajos del ciclo vital de la familia se dan en las familias con hijos adolescentes.

La adolescencia es un proceso universal de cambio y de desprendimiento que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene sobre sí mismo impulsándolo a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez (Rivera, 1999).

En este sentido cobran importancia las tareas o funciones que la familia lleva a cabo con sus integrantes, ya que como menciona Ackerman la familia puede promover la salud o facilitar la aparición de enfermedades. Macías (1981) propone que la familia realiza una serie de funciones para la satisfacción de las necesidades biológicas de subsistencia así como las que él llama necesidades más específicamente humanas: relación-vinculación, aceptación-pertenencia, identidad-individualidad, referencia-sistema de valores, y significado y trascendencia. Divide dichas funciones en funciones de maternaje y paternaje en vez de hacerlo como funciones de la madre y del padre ya que considera que no son privativas o exclusivas de uno o de otro, además de que aunque por la naturaleza biopsicosocial unas serían más connaturales o propias de uno o de otro, en distintas circunstancias y por diferentes razones pueden compartirlas o realizarlas en forma complementaria.

*El maternaje lo divide a su vez en 6 funciones:*

- 1) *Vinculación.* Es establecer un vínculo afectivo que le haga sentirse relacionado afectivamente, querido, estimado, apreciado, valorado, aceptado.
- 2) *Nutrición.* Es satisfacer en primer lugar sus necesidades alimentarias, la nutrición física, y en segundo lugar la nutrición afectiva.
- 3) *Aceptación.* Que el niño se sienta aceptado, se sienta apreciado, se sienta estimado. Que no se sienta rechazado, que no se sienta hecho a un lado, sino que se sienta incluido. Que se sienta que es querido, valorado, estimado.
- 4) *Seguridad afectiva.* La aceptación es permanente y estable; de alguna forma se tiene la seguridad que es querido y aceptado permanentemente.
- 5) *Autoestima.* A través de la aceptación, la valoración positiva y el reconocimiento positivo de la buena conducta, de las capacidades de comportamiento y de actuación del niño, se va haciendo que la desarrolle.
- 6) *Confianza básica.* Se logra a través de la sensación de que el niño no va a ser abandonado. Que va a ser aceptado, y que hay alguien ahí para protegerlo, que lo quiere, que lo acepta. Que no lo abandona, que no desaparece, sino que está ahí permanentemente para protegerlo afectivamente.

*En cuanto al paternaje habla de 7 funciones:*

- 1) *Protección.* Particularmente la protección física. Hay alguien que está pendiente del hijo para evitar que le sucedan cosas malas.
- 2) *Estimulación.* La necesidad del hijo de hacerse merecedor a ganarse el estima, el aprecio y la aceptación lo estimula a que busque esa ganancia a través de hacer cosas positivas; este condicionamiento de la aceptación puede ser un estímulo para que desarrolle cualidades, capacidades y aptitudes que lo hagan digno de ser apreciado y estimado.

- 3) *Orientación*. Es la indicación de lo que es aceptable o no aceptable dentro de la familia, es decir de establecer las normas, los principios de comportamiento que la familia exige o demanda de sus miembros. Esta orientación no sólo es en cuanto a su conducta o comportamiento personal en sociedad, sino también en cuanto a su conducta de responsabilidad escolar.
- 4) *Responsabilidad*. Idealmente los seres humanos tienen que asumir la responsabilidad de aquellas funciones que le sean asignadas o delegadas por el grupo a que se pertenece y en un momento dado se aceptan esas funciones que se asignan y se tiene que cumplir con ellas.
- 5) *Trabajo*. Para cumplir con la función de proveedor se tiene el producto de un trabajo remunerado y es a través de ese ejemplo de realizar una serie de actividades que conllevan una remuneración adecuada, justa, suficiente, honestamente realizada que el trabajo de las gentes puede tener un resultado, un producto.
- 6) *Orden*. Transmisión a los hijos de la conveniencia o la necesidad de que exista una organización ordenada de las actividades de las cosas, y que ese orden les permita organizar sus actividades dándole prioridad o más importancia a las que tienen mayor importancia y trascendencia que a otras actividades que pueden tener menor importancia o menor trascendencia.
- 7) *Normatividad*. Que se pueda transmitir las normas o principios de conducta del grupo social o de la sociedad en la que se convive y que permiten mantener y respetar un orden social.

El conocimiento de dinámica de las familias mexicanas, permitirá a los profesionales de la salud mental intervenir a nivel de prevención, para atender las problemáticas más urgentes como las que se han mencionado (adicciones, delincuencia, suicidio, etc.).

Dada la importancia de contar con instrumentos válidos que permitan obtener datos precisos sobre las funciones psicosociales de la familia y basados particularmente en esta división de las funciones de maternaje y paternaje de Macías (2004), Chávez, Cortés y Lorenzo (2004) desarrollaron teóricamente un instrumento cuyo objetivo fue evaluar la percepción de las funciones de paternaje y maternaje en adolescentes de educación media superior. Se desarrollo un instrumento en tres etapas: 1) piloteo. 2). Validación del instrumento mediante el procedimiento de Jueceo. 3) Se aplicó a una muestra de 150 adolescentes, y se realizó el análisis factorial del instrumento.

## **OBJETIVO**

La presente investigación tuvo el objetivo de evaluar la percepción que tienen los adolescentes de las funciones de Paternaje y Maternaje, para lo cual se puso a prueba el “Cuestionario de Funciones de Paternaje y Maternaje”, el cual evalúa cinco factores: 1) *Vinculación y confianza básica*, 2) *Protección y Orientación*, 3) *Normatividad*, 4) *Función proveedora*, 5) *Cercanía emocional*.



## METODOLOGÍA

### Participantes

La muestra quedó constituida por 150 adolescentes, estudiantes de nivel medio superior. En la tabla 1 se pueden observar las características de la muestra.

<b>Tabla 1. Características de la muestra.</b>	
<b>Sexo</b>	Hombres. 24% Mujeres. 76%
<b>Rango de Edad</b>	16- 23 años
<b>Edad más frecuente.</b>	17 años (59% de los participantes)
<b>Estado Civil de los participantes.</b>	Solteros = 147 (97%) Casados = 3 (3%)
<b>Estado Civil de los padres.</b>	Casados = 81 % Divorciados = 11 % Viuda = 3 % Unión Libre = 3%

### Diseño de investigación

Esta investigación es un estudio exploratorio no experimental, de una sola muestra de corte transversal y de campo.

### Instrumentos

Se aplicó el “Cuestionario de Percepción de las funciones de Maternaje y Paternaje”: Consta de 66 reactivos, con siete opciones de respuesta de tipo nominal, el instrumento busca identificar a la persona que realiza principalmente las funciones. Se realizó la construcción del instrumento en tres etapas: 1) construcción de los reactivos y piloteo. 2) Validación mediante jueces. 3) Se realizó un análisis factorial (que si bien no cumple con todos los requerimientos psicométricos, si permitió constatar de forma exploratoria que los reactivos se agrupan en 5 factores equivalentes a las funciones de Paternaje y Maternaje). En la tabla 2 se muestran las características del instrumento.

### Procedimiento

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo dentro de los salones de clase, la participación fue completamente voluntaria, se hizo énfasis en la confidencialidad de la información.

## Análisis de datos

Para identificar a las personas que cumplen con las funciones de Paternaje y Maternaje, se realizó un análisis descriptivo de las respuestas con el objetivo de identificar las respuestas más frecuentes, posteriormente se hicieron comparaciones de acuerdo al sexo de los participantes. Lo anterior se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 12.

## RESULTADOS

Los resultados que se muestran se analizaron de acuerdo a la respuesta principal ya que el objetivo de esta investigación es identificar a que figura parental se le atribuyen más funciones desde el punto de vista de los adolescentes.

### Estadísticas de Respuesta Principal

En la tabla 3 se presentan los reactivos pertenecientes a la dimensión de maternaje en los cuales la respuesta principal fue Madre.

**Tabla 3.** En esta tabla se observan reactivos de los 27 que pertenecen teóricamente a la dimensión de Maternaje, en 17 reactivos los participantes identificaron a la madre como quién cumple las funciones que evalúa cada reactivo. Se observa que once reactivos pertenecen al factor de Vinculación/Confianza Básica (Maternaje).

En la tabla 4 se presentan los reactivos pertenecientes a la dimensión de Paternaje en los cuales la respuesta principal fue Madre.

**Tabla 4.** De los 39 reactivos que pertenecen teóricamente a la dimensión de Paternaje, en 23 de ellos se identificó a la madre como quién cumple las funciones que evalúa cada reactivo. Diez reactivos pertenecen al factor 2 de protección/orientación (Paternaje).

En estos resultados se observa que aún cuando teóricamente existen funciones realizadas por el Padre, este grupo de adolescentes perciben que la madre es quien realiza muchas de estas funciones o que incluso la percepción es de padres poco involucrados en la familia.

**Tabla 5.** De los 39 reactivos correspondientes teóricamente a la función de Paternaje, sólo los reactivos 7, 9, 12, 23, 29 y 58 tuvieron como mayor frecuencia de respuesta a *padre*. Cuatro reactivos pertenecen al factor Función Proveedora (Paternaje).

Estos resultados se relacionan con las tablas 3 y 4, en donde los adolescentes perciben que el padre por sí sola cumple con pocas funciones. Como se observa, los reactivos en donde se identifica al padre, tienen que ver con tareas de proveer económicamente a la familia.

**Tabla 6.** Los reactivos 2, 4, 6, 13, 16, 17 y 20 tuvieron como mayor frecuencia de respuesta la opción de *padre y madre juntos*. Cuatro reactivos pertenecen al factor Cercanía Emocional y dos al factor Vinculación/confianza básica.

**Tabla 7.** Los reactivos 54, 55, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65 y 66 tuvieron como mayor frecuencia de respuesta *padre y madre juntos*. Cinco reactivos pertenecen al factor de protección y orientación.

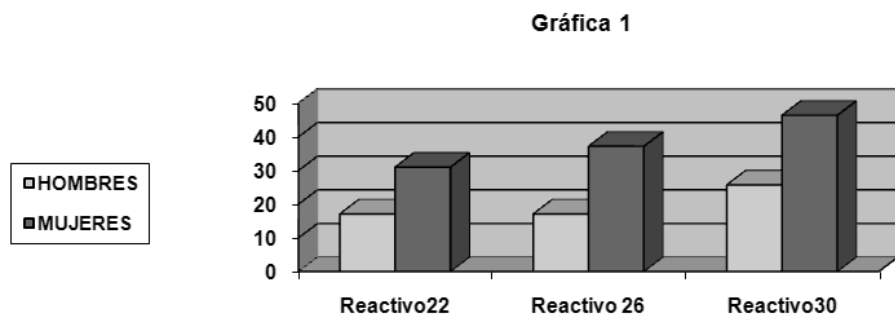
Estas respuestas sugieren que si bien hay funciones que según Macías (2004) le corresponden a la madre o al padre, este grupo de adolescentes perciben que son ambos padres quienes realizan dichas tareas. Con estos resultados, se observa que hay funciones de Paternaje y Maternaje, que no son privativas o exclusivas del padre o de la madre.

**Tabla 8.** Los reactivos de la función de Maternaje 1, 15, 21, 25 y 33 tuvieron como mayor frecuencia de respuesta *amigos*. Los porcentajes variaron de 37.7 % a 26.2 %. Cuatro reactivos pertenecen al factor de Vinculación/confianza básica.

**Tabla 9.** En el reactivo 50 el porcentaje fue de 29.9 % para la opción de *amigos*. Se observa que para los adolescentes de esta muestra son importantes los amigos, porque cumplen algunas tareas de apoyo emocional que podrían atribuirse solamente a los familiares.

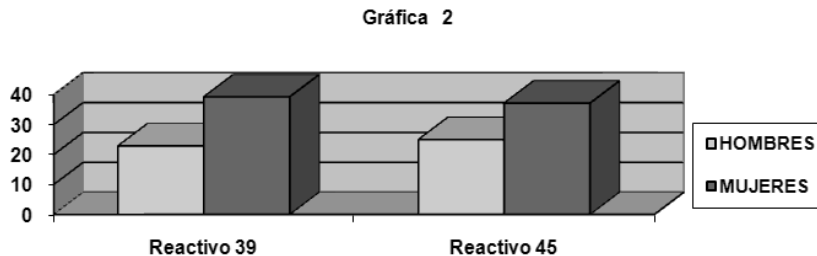
### Estadísticas por sexo.

Para conocer si las respuestas de los adolescentes son distintas entre hombres y mujeres. Se hizo el análisis de respuestas por sexo. Los resultados muestran que algunos porcentajes en las respuestas son diferentes entre hombres y mujeres.



**Gráfica 1.** En los reactivos 22, 26 y 30 (en cuanto a la respuesta principal Madre) se tuvieron porcentajes marcadamente diferentes. En el reactivo 22 (factor 1) fue de 17.1 % para los hombres y de 31 % para las mujeres; en el reactivo 26 (factor

1) la respuesta fue de 17.1 % para los hombres y de 37.2 % para las mujeres; y en el reactivo 30 (factor 2), el resultado fue de 25.7 % para los hombres y de 46.4 % para las mujeres. Los hombres al identificar a la madre en menor porcentaje que las mujeres, indica que ellos identifican a otras personas como quienes brindan la funciones de maternaje.



**Gráfica 2.** En los reactivos 39 y 45 se tuvieron porcentajes diferentes, ya que en el reactivo 39 fue de 22.9 % para los hombres y de 39.3 % para las mujeres, y en el reactivo 45 de 25.0 % para los hombres y de 37.2 % para las mujeres.

En estos resultados se observa que los porcentajes más altos se encuentran en las respuestas de las mujeres, lo que indica que los hombres distribuyeron sus respuestas en otras opciones diferentes a la Madre.

En las tablas 10 y 11 se plantean diferencias por sexo en cuanto a la respuesta principal (la que se ubicó en primer lugar) que se dio en cada reactivo, considerando la función teórica a la que pertenecen.

**Tabla 10.** Los hombres respondieron de la siguiente manera: en los reactivos 17, 27, 32 y 34 contestaron *padre y madre juntos*; en el 3, 33 y 36 eligieron la opción *amigos*; y en el 24 eligieron la opción *nadie*. Mientras que las mujeres para todos los reactivos escogieron *madre*.

**Tabla 11.** Los hombres en los reactivos 37, 38 y 50 eligieron la opción *amigos*; en los reactivos 41, 48 y 51 la opción *nadie*, y en el 44 y 47 respondieron *padre y madre juntos*. En el reactivo 35, los hombres respondieron *madre* con 33.3 % y las mujeres optaron por la respuesta *y nadie* 40.7

En este conjunto de reactivos las mujeres escogieron la opción *madre*. Lo que indica que hay diferencias por sexo, en la percepción de quién realiza las funciones de Maternaje. Se observa que para los hombres son muy importantes los amigos.

## Discusión y Conclusiones

En este estudio se encontró que la Madre es la figura central en las familias de la muestra de adolescentes. A la madre se le atribuyen más funciones. Las funciones de Vinculación/Confianza Básica (factor 1) y Protección/orientación son realizadas principalmente por la Madre. Para este grupo de adolescentes la Madre los ha provisto de confianza, aceptación, los ha enseñado a valorarse con personas, establecer relaciones afectivas, es la persona en la familia que los orienta y protege. Con respecto al Padre, los adolescentes lo perciben como la figura encargada de proveer de los elementos materiales necesarios para vivir. La participación del Padre en cuanto a dar protección y orientación se le percibe asociado con la madre, pero no se le atribuye esta función a él solo.

Este grupo de adolescentes percibe que varias funciones son realizadas por ambos padres, especialmente en las que tienen que ver con la transmisión y mantenimiento de valores y normas que guían la conducta de los jóvenes. Esto es muy importante, porque es un claro ejemplo de que las funciones de Paternaje y Maternaje no son privativas o exclusivas de uno u otro padre, sino como define Macías (2004), las funciones son compartidas. Con respecto a las diferencias que se observaron entre hombres y mujeres, se manifiesta cierta tendencia en los hombres a distribuir su percepción de funciones en otras personas. Los hombres prefirieron la respuesta Ambos Padres con mayor frecuencia que las mujeres.

Se encontró que los amigos cumplen con una función muy importante para los adolescentes, sin embargo, este grupo de jóvenes perciben que las funciones de protección, afecto, etc. son realizadas por los padres. Lo cual es sumamente importante porque brindan información, de que la familia es el principal grupo de adscripción para los adolescentes, y que por lo menos en este grupo, las funciones psicosociales de la familia son ejercidas por los padres.

Los datos encontrados, nos permiten identificar que la familia sigue siendo proveedora de vínculos afectivos, orientación, transmite valores, proveedora de recursos, etc. No observamos respuestas en donde los adolescentes contestaran *Nadie u Otra persona*, lo que indica que en la familia los jóvenes encuentran los factores que satisfacen sus necesidades y permiten potenciar sus cualidades. En este grupo de adolescentes la familia se convierte en un recurso de protección de la salud mental, la familia en este grupo de adolescentes puede ser un recurso ante la soledad y depresión ya que en ella encuentran personas con quien hablar, pedir ayuda y apoyo ante los problemas. Un estudio subsecuente con una muestra de adolescentes no escolarizados, no urbanos, o con alguna variable distintiva como intentos de suicidio o delincuencia, permitiría hacer comparaciones más precisas.

Este sencillo estudio aporta evidencia empírica a la teoría de Macías (2004) sobre la existencia de funciones de Maternaje y Paternaje no privativas o exclusivas del padre o la madre, y a sostener la tesis de la familia como nicho de funciones psicosociales.

## **2.2. Reporte de Investigación Cualitativa**

### **Nuevos Relatos de Padres para Nuevas Historias de Familias: El Trabajo con Grupo de Padres en un Hospital Psiquiátrico desde el Modelo de Soluciones.**

#### **RESUMEN**

Para Cirillo, Selvini y Sorrentino (2004) los terapeutas familiares saben que los familiares son potentes aliados de la terapia de pacientes psiquiátricos, a condición de que se les apoye y acoja en el momento de las crisis.. Selekman (1996) propone una forma de trabajo grupal con padres de adolescentes que se encuentran en una situación de saturación tal que se les dificulta poder tomar decisiones que los orienten hacia un cambio en las relaciones problemáticas que se les presentan; su propuesta se basa en la salud de la familia y capitaliza las fuerzas y los recursos de los padres a fin de construir soluciones. A partir de un grupo de discusión conformado en torno a un taller basado en los principios de Selekman se trabajo un grupo de padres de familia con hijo adolescente de 12 a 17 años de edad que estuviera recibiendo tratamiento psiquiátrico, ya sea de forma ambulatoria u hospitalizada. Evitar poner foco al diagnóstico y si a sus fuerzas y recursos, enfatizando las actividades para cambiar otros problemas de su vida diaria, redefinió su concepción de familia ya que comenzaron a considerar posibilidades de que el diagnóstico podría no ser necesariamente el eje de su vida. Un enfoque tradicional de terapia recurriría a intentar cambiar el “problema principal” (el diagnóstico), pero esto precisamente haría que los discursos giraran sobre la problematización, situación en la que ya está plenamente inmersa la familia. El Modelo de Soluciones prefiere partir de la idea de que todos los pacientes pueden cambiar y que ningún problema sucede todo el tiempo: las excepciones a la regla. Capitalizar fuerzas y recursos, además de generar “conversaciones sobre el cambio” (Gingerich, 1988), producen cambios rápidos en las creencias y conductas de los pacientes.

#### **INTRODUCCIÓN**

El problema de la cronicidad de la enfermedad psiquiátrica, incluye a la persona que la padece, a su familia y a la sociedad. El primero se siente con frecuencia excluido, culpable, triste, estigmatizado, con evaluaciones negativas de sí mismo. La familia también experimenta estigma y sufrimiento, busca explicaciones, curas. Con el tiempo los individuos son definidos socialmente y a sí mismos como miembros de una categoría devaluada, la sociedad al igual que la familia estigmatiza, segrega, repudia. (Rascón, Rascón, Díaz y Valencia, 1998).

Siendo los más cercanos en su entorno y por esto los más afectados después de él, la familia se ve inmersa en factores estresantes que pueden tener efecto en las recaídas o en la presencia y exacerbación de síntomas del familiar enfermo. Considerando lo anterior y pensando que al encontrarse en este ámbito con enfermedades heterogéneas con múltiples causas posibles, el tratamiento debe ser también múltiple.

Diversos estudios confirman que el tratamiento farmacológico, acompañado de psicoterapia individual, grupal y de familia, resultan valiosos recursos para procurar la rehabilitación del paciente (Goldstein y cols., 1978). El trabajar con varias familias en modalidad grupal al mismo tiempo presenta la ganancia extra de que se puede generalizar, dado que se comparten las mismas experiencias y se desarrollan habilidades para enfrentar problemas inherentes al curso de la enfermedad, asimismo se les brinda la oportunidad de elaborar los sentimientos que con frecuencia experimentan los familiares (Sánchez y Mares, 1998).

Para Cirillo, Selvini y Sorrentino (2004) los terapeutas familiares saben que los familiares son potentes aliados de la terapia, a condición de que se les apoye y acoja en este momento, además de ayudarles empáticamente a construirse una interpretación del significado de la crisis del hijo que dé razón de ser a su compromiso, tanto en la reconstrucción de su participación involuntaria en la génesis del trastorno, como en la puesta a punto de un proyecto terapéutico reparador. En estas situaciones todos los sujetos involucrados son presa de la desesperación, la confusión, la incompreensión. La relación de los familiares con el paciente puede llegar a ser inhumana debido a la dimensión aparentemente ajena de los síntomas, amenazando con volver impotentes a los interlocutores fisiológicos del propio paciente, a quienes se dirigen, en gran medida, los mensajes crípticos constituidos por los síntomas.

Es fundamental ayudar a los familiares a entender el significado de la crisis del hijo dentro de su historia evolutiva, historia que les pertenece. La vivencia determinada por el hecho de tener que tratar con algo extraño e incomprensible suscita, sin embargo, una reacción natural de alejamiento y da forma a la “enfermedad” como algo que no resulta familiar, cuya interpretación compete a los técnicos. Al tener contacto con el ámbito hospitalario la familia atraviesa una crisis de competencia: el paciente, porque no logra manejar los problemas de su mundo interior y sus deberes existenciales, y sus padres, porque fracasan en el papel de apoyo para el desarrollo del hijo.

Selekman (1996) propone una forma de trabajo grupal con padres de adolescentes que se encuentran en una situación de saturación tal que se les dificulta poder tomar decisiones que los orienten hacia un cambio en las relaciones problemáticas que se les presentan. A diferencia de otras formas grupales de trabajo que se orientan hacia el desarrollo de las capacidades parentales, su propuesta se basa en la salud de la familia y capitaliza las fuerzas y los recursos de los padres a fin de construir soluciones. El grupo pone énfasis en los aciertos y no en los errores que los padres cometen con los hijos.

## **MÈTODO**

A partir de un taller basado en el Modelo de Soluciones, cuyo objetivo general era que los padres encontraran una nueva manera de ver y hacer en la solución de los problemas con los hijos, se analiza el discurso de los participantes considerándolo

técnicamente en un formato de grupo de discusión. El objetivo de un grupo de discusión es el estudio de las representaciones sociales (sistema de normas y valores, imágenes asociadas a instituciones, colectivos y objetos, tópicos, discursos estereotipados, etc.) que surgen a partir de la confrontación discursiva de sus miembros (Alonso, 1998)

## **Participantes**

Los participantes fueron un grupo de padres de familia con hijo adolescente de 12 a 17 años de edad que estuviera recibiendo tratamiento en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, ya sea de forma ambulatoria u hospitalizada.

## **Procedimiento**

El procedimiento que se siguió fue invitar al taller a los participantes por intermedio de las personas responsables del área respectiva (Hospitalizados y Terapia Familiar). El análisis cualitativo de la información resultante se enfoca hacia la estructura discursiva que sustenta las conversaciones de los participantes.

## **RESULTADOS**

### **Datos Sociodemográficos**

Se incluyeron también madres solteras y madres que asistieron solas ó por no poderlo hacer su pareja.

Los desórdenes por los que son atendidos los hijos fueron por trastornos de la atención y déficit en el control de impulsos; aunque en uno de ellos podría hablarse de un trastorno psicótico.

Las edades de los hijos por los que asisten al Hospital van de los 12 a los 16 años. Iniciaron 9 familias y al final quedaron 6: 4 parejas (en 1 de ellas faltó al cierre el esposo), 1 madre sola (el esposo no puede asistir por ser discapacitado), y 1 madre divorciada. Las edades de los padres son desde los 31 a los 59 años.

Sus escolaridades en la mayoría de los casos fue de secundaria y preparatoria, había una Maestra de Educación Física y una Lic. En Administración de Empresas.

Había tres madres dedicadas al hogar, una que es empleada, y los demás eran comerciantes o tenían negocio propio.

La duración de las relaciones de las parejas era de 11 años (para la madre divorciada, quien ya tenía 6 más de divorciada) hasta los 36 (para la maestra de educación física).

El número de hijos iban de 2 a 5 con edades de los 6 a 34 años.



## **Estructura Discursiva**

La idea de iniciar el taller no con las “deficiencias” en la forma de manejar los problemas sino con los recursos con los que ya cuentan y que les ha permitido funcionar en tantos momentos de forma satisfactoria, representó un punto crucial que los llevó incluso a reflexionar sobre actitudes y conductas que podrían ser modificables pensando en ampliar esos momentos de satisfacción.

Pensar en la importancia del pequeño cambio y de la separación de los problemas de su definición como personas les fue novedoso, además les permitió darse cuenta de cómo los problemas suelen confundir tanto que ya no se es capaz de ver los recursos que están ahí en ellos.

Para lograr lo anterior también fue significativo manejar que los recursos que dijeron tener en la primera sesión intervienen específicamente en la creación de esos momentos de satisfacción como familia.

Al ser capaces de separar los problemas de sí mismos y ver la importancia de comenzar a hacer pequeños cambios, los participantes pudieron enfocarse sobre puntos específicos que consideran necesarios de cambiar en su relación con sus hijos.

Algunos de ellos manejaban cambios muy amplios, pero a través de escuchar a sus compañeros y comparar sus estrategias fueron definiendo con mayor precisión lo que deseaban.

Al mismo tiempo, esta observación meticulosa que hicieron sobre lo que sucedía en casa los llevó a cuestionarse el sentido de las conductas y emociones implicadas en su experiencia, estas reflexiones fueron orientadas hacia lo que podría servirles para lograr los cambios que deseaban.

La apertura al cambio de forma práctica (el hacer y no solo el pensar), se derivó del manejo que se dio a sus propuestas en el sentido de ser una solución tentativa susceptible de ser modificada.

Si bien es cierto que algunos de los participantes proponían cambios que dependían en primera instancia del cambio de los otros, las reflexiones expresadas y compartidas los llevó a enfocarse sobre ellos mismos como primer paso para lograrlo.

Recurrentemente estaba la idea de la importancia de “creerse” lo que se estaba planteando como punto para lograr la confianza y paciencia necesarias para las estrategias mencionadas.

En este punto sirvió bastante considerar la etapa de la vida por la que pasan sus hijos, que es diferente a aquella etapa infantil en la que ellos obedecían sin chistar ante lo que los padres querían.

El cambio de no incluir expertos externos sino enfocarse en la propia experiencia de los participantes les dio mayor confianza y ánimo para seguir en lo que se estaban haciendo.

La visión de expertos en su propia vida tuvo su primordial importancia en esta sesión de cierre ya que las reflexiones sobre los alcances de lo que estaban realizando para ejercer cambios en el problema que habían elegido los llevó a hablar de temas como la comunicación y la negociación, especialmente con la pareja, necesarias para hacer cambios que perduren.

En este sentido fue decisivo que cada participante compartiera su propia experiencia en cuanto al particular ya que entre todos fueron entretejiendo conclusiones que los hicieron cuestionar los papeles que se hacen cumplir tanto a hombres como a mujeres y la importancia de los esfuerzos que estaban haciendo para apelar a una vida más tranquila.

Una idea principal que también surgió es lo vital que resulta ser el pensar en el otro como alguien que también tiene la dificultad para expresar lo que está sintiendo y pensando.

Dada la dificultad que atañe a este proceso fue significativo celebrar el cambio ya que fortaleció la idea de que la disposición al cambio siempre está presente y de que todos contamos con los recursos para hacerlo.

## **CONCLUSIONES**

Ante el esquema interdisciplinario que se maneja en el Hospital, se cuidó no favorecer discusiones sobre el diagnóstico de los pacientes, para respetar así las funciones y límites de cada área; en el caso específico del taller circunscribirlo al área de terapia familiar.

Evitar poner foco al diagnóstico y si a sus fuerzas y recursos, enfatizando las actividades para cambiar otros problemas de su vida diaria, redefinió su concepción de familia ya que comenzaron a considerar posibilidades de que el diagnóstico podría no ser necesariamente el eje de su vida.

Un enfoque tradicional de terapia recurriría a intentar cambiar el “problema principal” (el diagnóstico), pero esto precisamente haría que los discursos giraran sobre la problematización, situación en la que ya está plenamente inmersa la familia.

El Modelo de Soluciones prefiere partir de la idea de que todos los pacientes pueden cambiar y que ningún problema sucede todo el tiempo: las excepciones a la regla.

Capitalizar fuerzas y recursos, además de generar “conversaciones sobre el cambio” (Gingerich, 1988), producen cambios rápidos en las creencias y conductas de los pacientes.

### **3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.**

#### **3.1. Elaboración de Productos Tecnológicos.**

##### **CD-ROM Multimedia con presentación del Taller de Inducción a la Maestría en Psicología Residencia en Terapia Familiar**

Se desarrollo un CD-ROM Multimedia con la Presentación del Taller de Inducción al Posgrado de la UNAM del cual se fue responsable y que se realizó en Agosto de 2005 los días 9 a 12 de agosto de 190:00 a 11:30. Este Taller tenía como Objetivo la Integración de los alumnos de primer ingreso al Programa de Residencia en Terapia Familiar

El temario del taller fue el siguiente:

Primera sesión:

- Expectativas
- Presentación de los Participantes (Dinámica de Integración)
- Objetivos
- Temario
- Forma de Trabajo
- Horarios

Segunda sesión:

- Introducción a la UNAM.
- Introducción a la Facultad de Psicología.
- Servicios a Estudiantes

Tercera sesión:

- Programa de Residencia en Terapia Familiar.
- Información Administrativa
- Presentación de Alumnos de la 4ª Generación
- Evaluación y Cierre

Cuarta sesión:

- Visita Guiada Zona Cultural

El objetivo del CD-ROM es establecer una base a partir de la cual puedan desarrollarse futuras versiones del Taller para nuevas generaciones de estudiantes de la Maestría en Psicología Residencia en Terapia Familiar.

## **VCD y CD-Audio con entrevistas del Dr. Raymundo Macías**

En conjunción con los Licenciados Domingo Lorenzo Hernández y Julio César Cortés Ramírez, se realizó una entrevista al Dr. Raymundo Macías Avilés sobre sus conceptos de Paternaje y Maternaje para la conformación de un instrumento de evaluación basado en dichos puntos. Esta entrevista fue filmada y digitalizada en formato Video-CD.

Por otro lado, el Licenciado Julio César Cortés Ramírez le realizó una entrevista al mismo Dr. Macías sobre el concepto de Alianza Terapéutica. Esta entrevista fue grabada en audio y fue digitalizada para formato CD-Audio por el presente estudiante.

Ambas entrevista se decidió presentarlas juntas como un paquete dado que representan una forma de mostrar a quien desee conocer sobre las aportaciones mexicanas a la terapia familiar del trabajo realizado por una figura tan trascendente de nuestro campo como es el Dr. Raymundo Macías.

### **3.2. Programa de Intervención Comunitaria.**

#### **Taller “Tu Hijo no es tan diferente... Como te dicen”**

El Taller “Tu hijo no es tan diferente... como te dicen” se integró por 5 Sesiones de 2 horas cada una, realizadas los martes 09, 16, 23 y 30 de mayo para concluir el martes 6 de junio de 2006.

Se hizo con un grupo de padres de familia (tanto el padre como la madre) con hijo adolescente de 12 a 17 años de edad que estuviera recibiendo tratamiento en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, ya sea de forma ambulatoria o u hospitalizada. En esta primera experiencia se incluyeron también madres solteras y madres que asistieron solas ó por no poderlo hacer su pareja. Los desórdenes por los que son atendidos los hijos fueron por trastornos de la atención y déficit en el control de impulsos; aunque en uno de ellos podría hablarse de un trastorno psicótico. Las edades de los hijos por los que asisten al Hospital van de los 12 a los 16 años.

Iniciaron 9 familias y al final quedaron 6: 4 parejas (en 1 de ellas faltó al cierre el esposo), 1 madre sola (el esposo no puede asistir por ser discapacitado), y 1 madre divorciada. Las edades de los padres iba desde los 31 a los 59 años. Sus escolaridades en la mayoría de los casos fue de secundaria y preparatoria, había una Maestra de Educación Física y una Lic. En Administración de Empresas. Había tres madres dedicadas al hogar, una que es empleada, y los demás eran comerciantes o tenían negocio propio. La duración de las relaciones de las parejas era de 11 años (para la madre divorciada, quien ya tenía 6 más de divorciada) hasta los 36 (para la maestra de educación física). El número de hijos iban de 2 a 5 con edades de los 6 a 34 años.

Originalmente, y para cumplir con los lineamientos de Selekman para el trabajo con grupo de padres, se contemplaban 8 familias, pero al conformarse el grupo se tenían solo 4 familias y dada la premura del tiempo se decidió trabajar solo con ellos. El día del inicio formal del taller los instructores se encontraron con que el taller había recibido una demanda imprevista y se tenían 9 familias para iniciar, lo cual se hizo.

El objetivo general que se buscaba era que los participantes encontrarán una nueva manera de ver y hacer en la solución de los problemas con los hijos. Por su parte los objetivos particulares se abocaban a: 1) hacerlos plenamente consciente de sus fuerzas y recursos; 2) diferenciar entre lo que es el problema y lo que es la persona; y 3) idear e implementar una estrategia para solucionar un problema con los hijos, a partir de sus fuerzas y recursos, teniendo en mente la importancia de empezar a hacer cambios a partir de un pequeño cambio. En este sentido, los objetivos iban dirigidos en primera instancia a alcanzar un nivel de dominio cognoscitivo del Nivel III (según la taxonomía de Bloom), que es Aplicar, claro que previamente fue necesario alcanzar los niveles previos, Conocer y Comprender. Los otros niveles siguientes, Sintetizar y Evaluar, no fueron priorizados aunque en ciertos puntos se acercó hacia ellos. De igual modo en cuanto al campo Socioafectivo se llegó al Nivel III, Valorar, basándose en los Niveles anteriores Toma de Conciencia y Responder. Los niveles máximos, Organización y Caracterización por Medio de un Complejo de Valores, no fueron considerados para este Taller como prioritarios, pero se considera que el primero de ellos si tuvo grandes avances a partir de lo trabajado tanto en sesión como en su propia casa.

Siguiendo los lineamientos de Selekman para el trabajo con grupo de padres, las sesiones se basaron en los siguientes puntos: 1) el cuidado de los hijos centrados en la solución del problema: una nueva manera de ver y hacer.; 2) buscar pequeños cambios; 3) si funciona, no lo arregle; 4) si no funciona, haga algo diferente; 5) lograr que el cambio continúe; y 6) celebrar el cambio. Estos puntos tenían como premisas y supuestos básicos: a) Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas; b) El cambio es constante; c) El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio; d) Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla; e) No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla; f) Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema; g) Los clientes definen los objetivos; h) El cambio o la resolución de problemas puede ser rápido; i) No hay una única forma "correcta de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos; j) Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.

La idea de contemplar esta forma de secuencia de las temáticas y los contenidos estaba orientada de inicio hacia el descubrimiento particular de cada familia de sus recursos para sentar las bases que pudieran llevarlos a reflexionar sobre la viabilidad de estrategias diferentes para solucionar los problemas con sus hijos, para lo cual era sumamente importante que desde cada historia particular pudiera

eslabonarse una secuencia de interacción con los restantes participantes para ir conformando así una historia compartida capaz de servirles para intervenir sobre las problemáticas que consideraban cambiar.

Las intervenciones de los instructores estaban marcadas en base a establecer las condiciones de cada dinámica y actividad, guiar su evolución, retroalimentar, pero especialmente favorecer el intercambio de experiencias entre los padres, concluyendo estos intercambios con cierres de la información vertida para ir redondeando lo que se decía y establecer los parámetros para la siguiente sesión de todo el grupo y cada familia. Mucho del trabajo de los padres se enfocaba hacia el redescubrimiento de sus recursos y la implementación de ellos en las estrategias de cambio sobre las problemáticas elegidas particularmente.

Como se menciona anteriormente las dinámicas realizadas iban dirigidas hacia el redescubrimiento por parte de los padres de los recursos con los que cuentan y las excepciones a los problemas. Pero las dinámicas más usadas, dados los resultados obtenidos, fue la plenaria en la que cada participante daba su opinión sobre lo que se trabajaba y a la vez hablaba de su mismo, lo cual favoreció la confianza y seguridad individual en hablar de sus problemáticas y al mismo tiempo conformar la identidad de grupo y su correspondiente historia, por supuesto. Era una forma de trabajo abocada hacia la reflexión de aspectos concretos de su dinámicas familiares y particulares que los llevaba a planear e implementar estrategias que en base a lo resultante les permitía reflexionar posteriormente sobre si mismos y otras áreas que veían ahora necesarias y posibles de cambiar. Otra estrategia importante, contemplada en base a lo que se vio en la primera sesión, fue el ir escribiendo en rotafolios por parte de los instructores las ideas y palabras más repetidas y resaltantes del discurso de los participantes lo cual permitía ir haciendo cierres y remarcar puntos vitales, así como al finalizar ver planes concretos de trabajo. El material de apoyo que se utilizó fueron rotafolios, plumones, lápices, hojas blancas, carpetas, cinta adhesiva, confeti y gafetes.

Este mismo taller se realizó los días jueves a la par del de los martes pero por motivos ajenos a los responsables del mismo se tuvo que posponer una semana e iniciarlo el 18 de mayo con tres familias: dos conformadas por ambos padres y una por una madre soltera, de las cuales una sola familia quedó al final. Las edades de los padres iba desde los 37 a los 49 años. Uno de los padres tenía escolaridad de secundaria, tres de ellos comercio o carrera técnica, y una sola persona era Licenciada. Dos de las madres se dedicaban únicamente al hogar, los demás laboraban en negocios propios. La duración de sus relaciones iba desde los 8 a los 16 años. El número de los hijos iban de uno solo a 3, con edades de 8 a 14. Las edades de los hijos que eran paciente iba desde los 12 a los 14 años.

### **3.3. Asistencia a Foros Académicos.**

#### **La utilización de la Técnica de Escenificación en la separación de los Subsistemas Parentales y Filiales**

*Presentación realizada en el XIII Congreso Mexicano de Psicología “La Interfaz entre Formación y Práctica Profesional: El Impacto Social del Psicólogo” el día 21 de octubre de 2005 en Acapulco, Gro. México.*

A partir del análisis de un caso clínico desarrollado bajo el Modelo Sistémico, se ejemplificó cómo a través de la implementación de la Técnica de Escenificación se puede establecer la separación del Subsistema Parental del Subsistema Filial cuando estos se encuentran entremezclados, situación típica de casos en los que los hijos son triangulados por los padres en sus propios conflictos. Asimismo este análisis permitió discutir sobre las relaciones existentes entre algunos enfoques específicos de Terapia Sistémica: el Estructural y el Estratégico.

#### **Percepción de las Funciones de Paternaje y Maternaje en Adolescentes de Educación Media Superior**

*Presentación realizada en el Primer Coloquio Regional en Investigación de Terapia Familiar en la Facultad de Psicología de la Universidad Latino de México en Celaya, México, el día 19 de noviembre de 2005.*

Se presentaron los resultados de la aplicación de un instrumento creado a partir de los conceptos de Paternaje y Maternaje del Dr. Raymundo Macías Avilés. Esta aplicación se realizó con adolescentes estudiantes de ambos sexos de una institución pública de educación media superior del Distrito Federal. El instrumento constó de 66 reactivos en forma de enunciados interrogativos con opciones de respuesta de tipo nominal: padre, madre, padre y madre juntos, hermanos, otro familiar, amigos, otros y nadie. La persona debía de seleccionar tres opciones jerarquizándolas, el 1 a la que fuera más importante en relación a lo que se le preguntara, 2 a la siguiente en importancia y 3 a la menos importante.

### **3.4. Habilidades de Compromiso y Ética Profesional.**

#### **Consideraciones éticas en la práctica profesional.**

¿Por qué asiste una persona a terapia? Razones y variantes habrá muchas, pero en general asisten por una situación de disconformidad y/o inquietud a la cual no han encontrado solución y que comienza o ya está plenamente interfiriendo con otras esferas de su vida; nadie va a psicoterapia a cambiar su estado pleno de bienestar. Es en ese momento en el cual no consiguen ver soluciones en su contexto que recurren al especialista, el psicoterapeuta. Partiendo de esta premisa es que se debe considerar que ante todo, el trabajo del psicoterapeuta deberá estar orientado únicamente a procurar el bienestar de sus pacientes, no su malestar. Ciertamente es que en ocasiones se pueden dar situaciones de incomodidad

derivado de los efectos de las intervenciones que realiza el terapeuta, pero estas situaciones son consecuencia del desarrollo del proceso terapéutico y nunca un objetivo por sí mismo.

Otra de las responsabilidades principales del terapeuta es tener definida con claridad la meta (problema, objetivo, o como se le llame desde el enfoque particular de psicología que se desarrolle) a la cual se llegará en el proceso de psicoterapia, puesto que su trabajo, independientemente otra vez del modelo que profese, debe de tener direccionalidad (saber hacia donde llegarán o podrán llegar las consecuencias de las acciones realizadas, y por supuesto hacerse responsable de ello), ya que eso permitirá establecer los parámetros y los límites de la relación terapéutica, tanto para sí mismo como para el paciente. De otra forma, la relación se vuelve una conversación común y corriente, que se puede extender tanto como la simpatía mutua de los participantes lo favorezca y cuyas posibles intervenciones aparecen a tontas y locas (si es que lo hacen), como las esperanzas de que un disparo de un arquero acierte en el blanco al hacerlo con los ojos cerrados y apuntando al cielo.

El paciente, a pesar de la posible confusión de su situación, no va a terapia “a ver que sale”, sino porque de alguna forma u otra está esperanzado en el cambio del problema por el que asiste al servicio, por lo que espera del terapeuta firmeza y claridad en sus acciones. Pero no se debe confundir que el papel del terapeuta es el de decir cuál es el problema; las preguntas, las reflexiones, sus intervenciones en suma, van dirigidas hacia la definición precisa del problema del paciente, pero en términos operacionales (como lo dirían las miradas cuantitativas), o más propio de la mirada sistémica, desde la pragmática. El paciente en realidad sabe cuál es su problema, no necesita que alguien se lo diga, pero si necesita alguien que lo ayude a definir.

Es importante que el terapeuta tenga claro que quien debe realizar la mayor parte del trabajo terapéutico es el paciente, no él. Es mucho más fácil, en apariencia, decirle a la gente lo que tiene que hacer exactamente, paso a paso, pero esto lo único que hace es ir escamoteando la responsabilidad del paciente sobre las acciones de su vida, cuando al final el paciente se encontrará solo con su problema: el terapeuta no puede acompañarlo físicamente a todas partes. Es muy tentador, si se quiere “no hacer sufrir a la gente”, caer en situaciones paternalistas del tipo de hacerse cargo de toda la responsabilidad del proceso terapéutico (además de que así no se requiere tener paciencia para los tiempos y procesos del paciente), solamente que esto no es nada más que una falta de respeto máximo, en el sentido humano del término, de la vida del paciente.

El terapeuta deberá mantener una actitud de respeto por el paciente, especialmente en el derecho a la toma de decisiones, ya que es el paciente el que finalmente deberá decidir sobre el curso de acción a seguir. Un terapeuta ofrece un abanico de posibilidades en base a la información proporcionada por el paciente y aparejada a ello ofrece también las consecuencias de tomar una posibilidad u otra, pero él no es quien toma la decisión sobre hacerlo o no hacerlo.



En este mismo sentido, no es materia de trabajo del terapeuta las decisiones sobre aspectos que atañen más al ámbito moral de las personas. Por supuesto esto no significa que el terapeuta deba ser amoral o favorecer que la gente sea de determinada manera; la labor del terapeuta no se puede permitir el proselitismo por ideas o convicciones personales.

Esto último pone énfasis en un aspecto sumamente importante y constantemente olvidado en términos prácticos por la formación de psicólogos clínicos, que es la persona del terapeuta. El terapeuta ante todo es una persona común y corriente con una historia de vida y con decisiones sobre la misma que lo han llevado a forjarse una visión formal desde el campo de la psicología, esa es su herramienta de trabajo que tamiza las acciones de su propia vida al momento de desarrollar su actividad. No es posible pensar que el terapeuta pueda deshacerse por completo de su equipaje de vida al momento de estar con un paciente ya que eso sería tanto como eliminar mucho de lo que le confiere su sentido de ser único. En lugar de intentar renegar de su vida, los terapeutas sistémicos la usan como una estrategia más de trabajo, es decir, la integran. Esto es posible desde el trabajo personal constante bajo el cuidado de un supervisor o un terapeuta propio (el terapeuta también requiere ser ayudado), ya que así se van estableciendo límites y reconociendo áreas de cuidado.

El terapeuta se ayudaría más en su labor si pudiera ponerse en la perspectiva del paciente, en el sentido de pedir ayuda cuando no encuentra respuesta en su entorno inmediato, de estar dispuesto a aprender, de atreverse a ver otras opciones, de responsabilizarse de sus acciones, de atreverse en suma al cambio.

# Consideraciones IV Finales

## **1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.**

### **Habilidades Clínicas Terapéuticas.**

La formación que se me dio en la Maestría me permitió adquirir la habilidad de observar clínicamente el proceso terapéutico desde su inicio hasta su conclusión. Para ello fue importante el poder generar una relación de colaboración partiendo del desarrollo técnico de la entrevista y consolidándolo con el enganche y la conformación de la alianza terapéutica.

El posterior desarrollo de las intervenciones y su éxito se basaban en primer lugar en la claridad con la que se pudo definir el motivo de consulta y las demandas terapéuticas del paciente, en segundo con la ubicación del tipo de problema y de las soluciones intentadas, y en tercer lugar con la puntualización de los objetivos terapéuticos de una manera colaborativa. Esta visión colaborativa fue otra de las habilidades cruciales que adquirí en mi formación ya que me permitió transitar con facilidad en la evaluación de las demandas intra e interpersonales sin perderme en alguna de ellas, más aún me permitió acordar con el paciente el curso de acción terapéutico y co-establecer un plan de tratamiento. En un sentido más amplio me permitió reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica clínica.

Desde la mirada sistémica pude superar la linealidad de las hipótesis de causa/efecto y poder formular hipótesis circulares que promovían el cambio. Esto también favoreció el uso de procedimientos innovadores ubicados en el contexto de cada caso, así como seleccionar técnicas y/o procedimientos adecuados para cada intervención, desarrollándolos eficazmente por supuesto.

### **Habilidades de Investigación.**

Si bien el énfasis de la maestría no estaba mayormente hacia un ámbito de investigación, ello no fue obstáculo para adquirir habilidades que permiten el poder obtener datos acerca de las características de los problemas psicosociales y diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación, especialmente aplicados considerando el cariz clínico de la maestría. En este último sentido más allá de la investigación formal, técnicamente considerándolo, se obtuvieron habilidades que permiten realizar análisis contextuales de los problemas clínicos, es decir, se favoreció un concepto de la investigación que permite ubicar más allá del ámbito clínico del espacio terapéutico lo que sucede en él. Por lo anterior es que los resultados del taller comunitario impartido pueden ser analizados desde esta óptica de investigación, cosa sumamente importante para poder sistematizar las experiencias y compartirlas a la comunidad científica. A pesar de que lo sistémico hace más acorde lo cualitativo a su quehacer eso no significa que se deje de lado la riqueza conceptual que puede aportar el enfoque cuantitativo, y de hecho representa un reto para nuestro modelo, por ello fue de suma importancia que se haya desarrollado una investigación bajo ese rubro.

## **Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.**

Una postura que encontré en la maestría e hice mía es que ante todo la psicología es social, es decir, debe ser compartida y hecha para el beneficio, al final, de la comunalidad. Es por ello consideré que era de suma importancia asistir a presentar ante nuestros colegas en diversos momentos los conocimientos sistematizados que la experiencia terapéutica aporta.

Otra vertiente de esta postura fue la elaboración de programas y proyectos de salud comunitaria, como el que dimos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, que considero como otro parteaguas en mi formación, no solo porque me permitió vincular el trabajo clínico con formas comunitarias de intervención (camino que he seguido manteniendo exitosamente hoy día) si no porque me dio nueva luz en formas de intervención terapéutica. Me sensibilizo para identificar procesos que ayuden a resolver o prevenir problemas familiares y grupales, desde los niveles de difusión y educación hasta los de intervención. Finalmente me ayudó a entender la importancia de partir de las necesidades y el contexto de la gente y no basarlo solo en una visión profesionalizante, es decir basada puramente en lo técnico.

## **Habilidades de compromiso y ética profesional.**

El compromiso entre terapeuta y paciente es materia primordial en el desarrollo del proceso terapéutico, impulsado por un sentido de respeto y confidencialidad. Las experiencias que tuve en la maestría me enseñaron a ser sensible a las necesidades de los pacientes y a responder de forma profesional. Plenamente inmerso en la perspectiva sistémica, estas experiencias me permitieron abrirme al desarrollo de valores y actitudes en mi persona como terapeuta, comprometido completamente con la responsabilidad mis acciones. Difícil al principio, el actuar sistémico me enseñó también a mostrar respeto y tolerancia hacia los diferentes enfoques, disciplinas y colegas, y hacer de esto un recurso más. Claro que para ello debí aprender también a analizar con honestidad mi trabajo terapéutico apegándome a la ética profesional, y un paso esencial que me costó gran trabajo pero que me permitió mejorar como terapeuta fue asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal.

## ***2. Incidencia en el campo psicosocial.***

La lógica sistémica habla en uno de sus principios fundamentales de que el cambio en algún elemento del sistema traerá a su vez cambios de algún nivel en los demás elementos del mismo sistema. Esto es aplicable de manera directa a los cambios en el rol de la mujer ya que esa redefinición que se ha dado va más allá de ella misma y de las consideraciones puramente económicas, que por supuesto ya son de suyo muy importantes pero que es necesario entender que tienen ramificaciones que van más allá y llegan al seno mismo del sentido de las relaciones entre las personas. Más aún es necesario también entender que si bien

de manera fáctica se han dado redefiniciones en los roles de hombre y mujer, esto no quiere decir, tal como las cifras lo indican, que igualmente se haya dado una aceptación del cambio que también implica para la redefinición de su ser mismo.

Diferencias en los estilos de crianza de los hijos, el sostenimiento del hogar, la sexualidad, la expresividad afectiva, los espacios personales y compartidos, etc., son materia corriente en las remisiones a terapia familiar. Este hecho mismo de que asistan las personas a terapia buscando hacer un cambio, de algún modo, en estas situaciones problemáticas, habla de la apertura que se ha venido dando para cambiar el estado de las cosas. Y será mejor para la terapia misma que sus acciones encaminadas a modificar esto partan desde la diferencia misma, es decir desde la invitación a cuestionar lo incuestionable del sistema de género en el que nos desarrollamos. De esta forma, e igualmente siguiendo la línea de los cambios en los sistemas, es como podremos los terapeutas contribuir a la modificación de la cultura tradicional de sometimiento de un género por el otro por una de equidad entre los géneros.

### ***3. Reflexión y análisis de la experiencia.***

Decirse sistémico, creerse sistémico y actuar sistémico no necesariamente están vinculados: se puede decir que se es pero realmente no estar convencido de ello y/o no reconocer los beneficios que puede traer consigo, de igual forma que se puede creer que se es pero no estar conciente de sus implicaciones y por lo tanto no responsabilizarse de las acciones que se tomen. Ambas posturas en realidad no tienen mayor grado de dificultad en su realización, cosa diferente cuando se habla del actuar sistémico.

Este actuar sistémico va más allá de un cúmulo de técnicas de índole “divergente” (curiosas, raras, creativas, etc.) a lo habitual de los modelos tradicionales o al uso de términos o tecnicismos igual de “divergentes” (vgr. paradoja). Implica una conciencia ecológica (en el sentido de Bronfenbrenner) por acciones y reacciones de los implicados en el contexto del espacio terapéutico (reconociendo las implicaciones para el contexto más amplio de ellos), establecimiento de límites (no barreras) que diferencien responsabilidades en los mismos para sí y para los demás, y por supuesto la claridad de que el enfoque de trabajo ante todo se orienta hacia las posibilidades de un cambio en el mejoramiento de las condiciones de vida de los pacientes (no su empeoramiento).

Doblemente difícil es este proceso de formación en lo sistémico cuando la formación básica del profesional está orientada hacia perspectivas lineales, encontrándose así de pronto enseñanzas de lo sistémico bajo formas lineales. Pero el punto no es la ruptura por la ruptura misma, es decir, borrar todo vestigio de linealidad en el esquema de concepción y acción, ya que eso sería entrar en el esquema tradicional de lo uno o lo otro (alma/cuerpo, por ejemplo) cuando más valdría hablar de lo uno y lo otro; no en el sentido del todo vale ecléctico si no en el de la consideración de las posibilidades y el reconocimiento del camino

recorrido (si no es así, ¿qué es entonces el aprendizaje de las formas para encarar los problemas y solucionarlos?).

Tener claro esto, en lo formal y lo personal, representa para el terapeuta la posibilidad de una terapia realmente sistémica (o por lo menos, parafraseando a Laing, que tiende a ser sistémica con todas sus fuerzas) que colabore (no fuerce o etiquete) en la claridad del paciente por entender su situación y especialmente en abrirse a considerar otros caminos de solución.

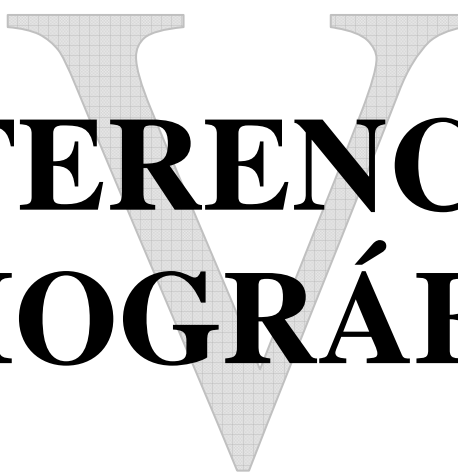
#### ***4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.***

Una de las cosas que enseña lo sistémico es a abrirse a otras posibilidades, pero debe quedar claro que esto no es aplicable en una vertiente unidireccional (hacia el paciente) sino en una bidireccional, es decir, el terapeuta forzosamente también tiene que estar dispuesto a consideración de las otras posibilidades. Necesariamente, entonces, tendría que hablarse del trabajo personal del terapeuta en su propio proceso de psicoterapia, y ello pasa por la capacidad de decisión tomada con responsabilidad. Claro está que si se trabaja personalmente pero no se dispone uno al trabajo de la terapia con pacientes se cae en un contrasentido ya que la psicología es una ciencia del hacer, ante todo, y el psicólogo entonces debe ser capaz de hacer, más aún de ser en el hacer, y esto se logra plenamente en el contexto del espacio terapéutico.

Estar con pacientes, aprender de ellos, verlos con la ayuda de otras visiones (la de los compañeros y la de los maestros supervisores), lo pone a uno en otro nivel de experiencia en la vida: la de la responsabilidad y el respeto a los otros (aún en la diferencia). Bateson hablaba de “ser la diferencia que hace la diferencia”, y es en este punto que he de decir que mi vida fue diferente, me atrevo a considerarla así, al atreverme a hacer algo que me llevaría a cuestionarme el sentido de mi vida: ir a un lugar tan lejano y extraño, conocer tanta gente, aprender una visión tan novedosa y especialmente atreverme a ser realmente un psicólogo clínico que en verdad ve pacientes y sabe atenderlos.

En mi caso, mi tiempo para decidir ser un psicólogo clínico fue ese. Jamás me atreví a serlo después de licenciatura ya que consideraba que era demasiada responsabilidad para mis limitaciones personales y profesionales, hoy agradezco haberlo hecho así ya que eso me pone en otra posición sobre el trabajo clínico: el de la ética y el del profesionalismo. Una de las cosas que me hizo moverme a UNAM fue la carencia de un modelo de trabajo definido que realmente fuera acorde a mis principios personales, y esto lo superé con creces con el Modelo Sistémico y ello se nota inmediatamente en mi forma de trabajo. Es de tal impacto el modelo que me ha permitido flexibilizarme y adaptarme a diferentes escenarios sin dejar de perder la esencia que me caracteriza como persona y como profesional que trabaja bajo este enfoque.

Aunque hoy día estoy enfocado a la formación de psicólogos a nivel licenciatura (pero desde la visión sistémica) en los ámbitos de intervención comunitaria, investigación cualitativa y la terapia clínica, el campo de trabajo (pese a la difícil situación económica de estos días) es muy amplio: desde la capacitación laboral hasta la consultoría clínica. Pero mi estancia en UNAM (aunado a mis propias convicciones desde licenciatura) me convenció del sentido social de la psicología, y para eso constantemente actuó: trabajo de psicólogo que no tenga alguna utilidad social, no es trabajo de psicólogo. Y no me estoy refiriendo a algo utópico sino a que debemos tener claro que si nuestro trabajo no busca traer algún beneficio real para la gente con la que trabajamos, entonces nuestro trabajo no tiene sentido. Es por ello que sigo vinculado a áreas críticas en las que se requieren nuevas formas de enfocar el trabajo con los pacientes, que si bien es un trabajo difícil y lento en momentos, es algo que se necesita. Si nuestra nación nos ayudó para estudiar y llegar a ser unos profesionistas capaces, entonces tenemos una deuda con ella que día con día la pagaremos en el resto de nuestra vida profesional y personal al ser unos psicólogos con ética y responsabilidad.



**REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, W. (1969). *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares*. Buenos Aires: Horme.
- Ahola, T. y Furmann, B. (1996). *Conversaciones para encontrar soluciones*. Sistemas Familiares Diciembre 1996.
- Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos.
- Andersen, T. (1998). *El Equipo Reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1996). *El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico*. En McNanne, S., y Gergen, K. (Eds.). *La Terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Andrade, P. (1998). *El Ambiente Familiar del Adolescente*. Tesis de Doctorado. México: UNAM
- Andolfi, M. (1977). *La terapia familiar. Un enfoque interaccional*. España: Paidós.
- Arce, M. (1995). *El proceso de socialización y los roles en la familia*. En: *Teoría y metodología para la intervención en familias*. San José: Universidad Nacional de Costa Rica.
- Ares, M. (1990). *Mi familia es así*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales
- Arias, R. y Aramburu, C. (2000). *Uno empieza a alucinar... Percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los servicios de salud: Lima, Cuzco e Iquitos*. Lima: Redes Jóvenes Fundación Summit.
- Arnold, M. y Rodríguez D. (1990). *El Perspectivismo en la Teoría Sociológica*. Santiago de Chile. *Revista de Estudios Sociales* N° 64.
- Arnold, M. y Rodríguez D. (1990). *Crisis y Cambios en la Ciencia Social Contemporánea*. Santiago de Chile: *Revista de Estudios Sociales* N° 65.
- Artiles, Ll. (1998). *De. Violencia y sexualidad*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Barthes, R. (1993). *La aventura semiológica*. Barcelona: Paidós.
- Bateson, G. (2004). *Pasos hacia una ecología de la mente: Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lumen.
- Berenstein, I. (1987). *Familia y Enfermedad Mental*. Buenos Aires: Paidós.

- Berger, P. y Luckmann, T. (1972), *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bertalanfy, L. (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beyebach, M. y Rodríguez, A. (2000). *Algunas ideas sobre la integración en la terapia centrada en soluciones*. *Sistemas Familiares* Año 16 No. 2.
- Bleichmar, E. (1994). *El feminismo espontáneo de la histeria*. México. Fontamara,
- Boszormenyi-Nagy, I. y cols. (1993). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bruce J., Lloyd, C. y Leonard A. (1995). *Families in focus. New perspectives on mothers, fathers and children*. New York: The Population Council
- Burin, M. (1994). *Género, Psicoanálisis, Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Cade, B. y Hudson, W. (1995). *Guía Breve de Terapia Breve*. Barcelona: Paidós.
- Calvert, E. y Caparroso, L. (1983). *Estudio descriptivo de un grupo de familias de Ciudad Netzahualcóyotl*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: Universidad Iberoamericana.
- Campanini, A. (1991). *Servicio Social y Modelo Sistémico*. Barcelona: Paidós.
- Canevaro, A. (1979). *Apuntes para una filosofía del grupo familiar*. *Revista de Terapia Familiar*.
- Castro, I. (2004). *La pareja actual: Transición y cambio*. Buenos Aires: Lugar.
- Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A. (2004). *La Terapia Familiar En Los Servicios Psiquiátricos*. Barcelona: Paidós.
- CONAPO (1995). *Encuesta Nacional de Planificación Familiar*. México: CONAPO.
- CONAPO (1997). *La Situación Demográfica de México*. México: CONAPO.
- Eguiluz, L. (1997). *Una alternativa epistemológica: los métodos cualitativos en las ciencias sociales*. En *Revista de Psicología Iberoamericana*, 5 (3) 6-12. México: Universidad Iberoamericana.
- Espejel, E. (1995). *Escala de Funcionamiento Familiar*. Tesis de Doctorado. México: IFAC.
- Estrada, L. (2003). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.

Falicov, C. (1991). *Transiciones de la familia: continuidad y cambio en el ciclo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.

Fernández, L. (1996). *Roles de género: Femenidad vs. Masculinidad*.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, D. (1982). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.

Foster, S. y Gurman, A. (1988). *Terapia de Familias*. En Lynn, S.J. y Garske, J. (Comps.). *Psicoterapias Contemporáneas*. España: Descleé de Bower.

Foucault, M. (1995). *Historia de la subjetividad*. México: ITESM-CEM.

Fuller, N. (1993). *Dilemas de la Femenidad, Mujeres de clase media en el Perú*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú:

Fuller, N. y Viveros, M. (2001). *Paternidades en América Latina, un estudio comparativo entre Lima y Bogotá*. Programa de Derechos Reproductivos. Lima: Fundación Carlos Chagas:

Goldstein, M. y cols. (1978). *Drug and family treatment in the aftercare of acute schizophrenics*. Arch Gen Psychi 35: 1169-1177.

González Forteza, C., Villatoro, J. Alcántar, I., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N., (2002) *Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000*. Salud Mental, 25, 6, 1-12.

Gottman, J. (1995). *¿Por qué fracasan los matrimonios?* Buenos Aires: Sistemas Familiares.

Gysling, J. y Benavente, M. (1996). *Trabajo sexualidad y poder, Mujeres de Santiago*. Chile: Nueva Serie FLACSO.

Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI]. (2005). Extraído el 24 de octubre de 2006 de [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx).

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI]. (2000). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios, cuaderno número 6*. Aguascalientes: México.

Jutoran S. (1994). *El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas*. Sistemas Familiares. Año 10 Num.1 Abril.

Kaslow, F. (1986). *La mediación en el divorcio*. Revista de Terapia Familiar No. 15.

Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Leñero, L. (1983). *El fenómeno familiar en México*. México: IMES

Leñero, L. (1994). *Las familias en la Ciudad de México*. México: DIF, UNICEF, CEMEFI e IMES.

Lloyd C. y Duffy N.(1995). *Families in Transition*. En Bruce J., Lloyd C. y Leonard A. Families in focus. New perspectives on mothers, fathers and children New York: The Population Council.

Macías, R. (1981). *El grupo familiar, su historia, su desarrollo, su dinámica*. En Monografía 1er simposium. La dinámica y psicoterapia de la familia. México: IFAC.

Macías, R. (2004). *Comunicación Personal*, 10 de octubre de 2004...

Madanés, C. (1989). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Maldonado, I. (1997). *Evaluación crítica de la corriente narrativa y conceptos interrelacionados en terapia familiar*. En: Revista de Psicología Iberoamericana.5 (3) 13-21. México. Universidad Iberoamericana.

Mansour, S. y Soni, A. (1986). *Validez y Confiabilidad del FES-R*. Tesis de Maestría en Orientación y Terapia Familiar. México: Universidad de Las Américas:

Maturana, H. y Varela, F. (1973). *De máquinas y seres vivos*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Millán, M. y Serrano, M. (2002). *Psicología y Familia*. Madrid: Cáritas ICCE.

Minuchins, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman (1993). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós

Molina, J. (1996). *Epistemología para terapeutas familiares*. Psicología y salud, enero-junio, 111-125.

Molina, J. (2001). *Bases teóricas y epistemológicas de la Terapia Familiar*. Tesis de Maestría. México: UNAM.

Money, J. (1955). *Sex errors of the body*. Baltimore: John Hopkins Press.

- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. *Possibility Therapy. An inclusive, collaborative, solution-based model of psychotherapy*. En *The Handbook of Constructive Therapies*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2000). *Prevention of suicidal behaviours: a Task for All*. Extraído el 19 de diciembre de 2006 en [www.who.int/mental\\_health/Topic\\_Suicide](http://www.who.int/mental_health/Topic_Suicide).
- Ramírez, S. (1977). *El Mexicano, Psicología de sus motivaciones*. México: Grijalbo.
- Rivera-Heredia, M. (1999). *Percepción de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. México: UNAM.
- Sánchez y Gutierrez, D. (2000). *Terapia familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, M. y Mares, M. (1998). *Modelo de intervención multifamiliar y unifamiliar con pacientes esquizofrénicos*. *Psicología Iberoamericana*, 6, 34-39.
- Satir, V. (1991). *Nuevas relaciones humanas en el grupo familiar*. México: Pax.
- Selekman, M. (1996). *Abrir Caminos Para El Cambio*. Barcelona: Gedisa.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una Investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paldós.
- Selvini, M., Boscoso, L. y Cecchin, G. (1980). *Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for The Conductor of The Session*. *Family Process* 19 3-12.
- Sluzki, C. (1987). *Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo*. *Sistemas familiares*, Agosto, 65-69.
- Steinglass, P. (1989). *La Familia Alcohólica*. Barcelona: Gedisa.
- Tello, A. (2003, 22 de septiembre). *Embarazo adolescente, una conducta aprendida*. *Gaceta Universitaria UDG* pp. 7.
- Tuirán, R. (1994). *Familia y sociedad en el México contemporáneo*. En: *La Nación Mexicana, retrato de Familia*. Número especial de la Revista Saber Ver, 33-56.
- Valdés, T. (1988). *Venid benditas de mi padre, las pobladoras, sus rutinas y sus sueños*. Santiago de Chile: FLACSO.

Valdés, T., Gysling, J. y Benavente, M. (1998). *Las relaciones entre los géneros en la sexualidad y la reproducción: una mirada desde las mujeres. Informe final*. Santiago de Chile: FLACSO.

Valencia, M. y Rascón, M. (1998). *Abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia en pacientes agudos y crónicos*. Revista Iberoamericana de Psicología, 8, 18-33.

Vattimo, G. (1994). *En torno a la posmodernidad*. Bogotá: Anthropos.

Von Glasersfeld. (1995). *Despedida de la objetividad*. En: Watzlawick P. y Krieg P. El ojo del observador. Barcelona. Gedisa.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1983). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1986). *Cambio*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. y Nardote, G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona. Paidós.

Weiner-Davis, M., De Shazer S. y Gingerich W.J. (1988). *Desarrollo del cambio pretratamiento para construir la solución terapéutica: Un estudio exploratorio*. En Beyebach, M. y Rodríguez-Arias, J., (Comps.), *Terapia Familiar. Lecturas I*. Salamanca: Kadmos.

Zimmerman, J. y Dickerson, V. (1994). *Using a narrative metaphor: Implications for theory and clinical practice*. Family Process, 33: 233-246.