



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

RENDIMIENTO ACADÉMICO Y FAMILIA

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
I S A B E L P É R E Z V A R G A S**

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. JAIME MONTALVO REYNA

**COMITÉ TUTORIAL:
DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA
DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
MTRA. CAROLINA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
MTRA. MARÍA OLGA MEJÍA ANZURES**

MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Quiero permitirme vivir, soñar, reír, llorar, disfrutar, correr, viajar, contemplar, equivocarme, soltar y amar, para que cuando la vida me ponga en su camino, pueda compartir completa y humildemente algo de mí.

A mis padres que amo tanto, gracias por aguantarme a mí y a mis bebés, por dejarme ir...

A mi hermana, mi amiga y un ejemplo de sensibilidad y paciencia. Gracias por las ricas charlas y lo que me compartes, tqm. La vida implica arriesgarse, equivocarse, reconocerse y darse cuenta que de cualquier manera, a pesar de las dificultades, puedes encontrar la manera de ser feliz.

A mi hermano Ruyy, gracias por tu apoyo hoy y siempre, así como tu cercanía y amistad. Los recuerdos más lindos de mi infancia los compartí contigo y lo agradezco. Te quiero mucho.

A mi hermano Pepe, por tu paciencia y sabiduría siempre te admiraré. Te quiero mucho, aunque a veces esquivo las oportunidades para decírtelo, sorry.

A mis niños, Jeremías, Azúcar, Tachis, gorda y especialmente Freud, por ser mi compañía incondicional y motivo de alegría en este camino.

A mi abuela Mago, a quien le confié este proyecto y despertó mi curiosidad por saber que no siempre puedo estar equivocada. Gracias por creer en mí, por enseñarme a atreverme a vivir y darme cuenta de todo lo que puede ser y hacer una MUJER. Donde estés espero te llegue mi amor. A mi abue Angela gracias escucharme, ser mi amiga y respetarme tal como soy, TE QUIERO MUCHÍSIMO.

A todos mis amigos, por estar ahí para escucharme, darme palabras, regaños, abrazos, compañía, apoyo, risas y silencios cuando lo he necesitado: Huguito, Ely-Méx, Lety, Iván, Luisito, Claus, Marisela, Leo, Tere, Rosalía, Barb, Eli-España, Gerardix, Sra. Yola, Don Polo y familia. Sandy y Shey gracias por ayudarme a iniciar esto.

Inés, gracias por tu paciencia, lamento ser difícil muchas veces, estoy en el proceso de aprender a vivir. Eres un gran ser humano.

A mi tutor, Dra. Ofelia, profesoras(es) de maestría y compañeros, gracias por su tiempo y apoyo, así como por haberme dejado aprender de Uds.

Debo una mención especial y muchos agradecimientos desde la licenciatura hasta el día de hoy al Dr. Mancilla, Mtro. Jorge, Mtra. Marisela O., Mtra. Laura Evelia, Dra. Iris y Dr. Andrés Mares por confiar en mí como persona, estudiante y apoyarme cuando lo he necesitado.

A la UNAM, que una vez más me ha dejado ser parte de un gran orgullo y llevarlo por todo el mundo (¡¡¡Que sí nooo!!!).

A mis alumnos-participantes, que han sabido aguantar, entender, descifrar, ignorar y criticar los lapsus, locuras y desveladas de su profesora, así como me han dejado aprender y compartir en toda su extensión (UNAM, UNEVE 2009).

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

1.1.- Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar	5
1.1.1.- Características del campo psicosocial.	5
1.1.2.- Principales problemas que presentan las familias en México	8
1.1.3.- La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas.	11
1.2.- Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	13
1.2.1.- Descripción de los escenarios.	13
1.2.2.- Análisis sistémico de los escenarios	16
1.2.3.- Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos Escenarios de trabajo clínico.	18

II. MARCO TEÓRICO

2.1.- Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico de la terapia familiar sistémica y posmoderna	20
2.1.1.- Teoría de los sistemas	21
2.1.2.- Cibernética de primer orden	22
2.1.3.- Cibernética de segundo orden	23
2.1.4.- Teoría de la comunicación humana	24
2.1.5.- Constructivismo	26
2.1.6.- Construccinismo social	27
2.2.- Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y posmoderna	28
2.2.1.- Modelo Estructural	28
2.2.1.1.- Antecedentes	28
2.2.1.2.- Exponentes Principales y aportaciones	29
2.2.1.3.- Principios básicos	29
2.2.1.4.- Técnicas y/o estrategias	32
2.2.1.5.- Consideraciones y reflexiones generales	33
2.2.2.- Modelo Estratégico	33
2.2.2.1.- Antecedentes	33
2.2.2.2.- Exponentes Principales y aportaciones	35
2.2.2.3.- Principios básicos	35
2.2.2.4.- Técnicas y/estrategias	37
2.2.2.5.- Consideraciones y reflexiones generales	38
2.2.3.- Modelo de Terapia Breve centrada en Problemas	39
2.2.3.1.- Antecedentes	39
2.2.3.2.- Exponentes Principales y aportaciones	39
2.2.3.3.- Principios básicos	41
2.2.3.4.- Técnicas y/estrategias	41
2.2.3.5.- Consideraciones y reflexiones generales	44
2.2.4.- Modelo de Terapia Breve centrada en Soluciones	46
2.2.4.1.- Antecedentes	46
2.2.4.2.- Exponentes Principales y aportaciones	46
2.2.4.3.- Principios básicos	47
2.2.4.4.- Técnicas y/estrategias	48
2.2.4.5.- Consideraciones y reflexiones generales	49
2.2.5.- Modelo del Grupo de Milán	50
2.2.5.1.- Antecedentes	50
2.2.5.2.- Exponentes Principales y aportaciones	51
2.2.5.3.- Principios básicos	51
2.2.5.4.- Técnicas y/estrategias	53
2.2.5.5.- Consideraciones y reflexiones generales	56
2.2.6.- Modelos Posmodernos	57

2.2.6.1.- Antecedentes de los modelos posmodernos	57
2.2.6.2.- Exponentes de la terapia narrativa y aportaciones	58
2.2.6.3.- Principios básicos de la terapia narrativa y aportaciones	59
2.2.6.4.- Técnicas y/estrategias de la terapia narrativa	60
2.2.6.5.- Consideraciones y reflexiones generales de la terapia narrativa y aportaciones	62
2.2.6.6.- Exponentes principales de las terapias reflexivas y Colaborativas	62
2.2.6.7.- Principios básicos de las terapias reflexivas y Colaborativas	64
2.2.6.8.- Técnicas y/estrategias de las terapias reflexivas y colaborativas	65
2.2.6.9.- Consideraciones y reflexiones generales de las terapias reflexivas y Colaborativas	67
2.2.7.- Reflexión e integración de modelos revisados	68
III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	
3.1.- Rendimiento académico	70
3.1.1.- Origen del rendimiento académico	70
3.1.2.- Definición del rendimiento académico	71
3.1.3.- Investigaciones y variables relevantes en el estudio del rendimiento académico	74
3.1.4.- Sistema educativo, evaluación y abatimiento del rendimiento académico.	79
3.1.5.- Rendimiento académico y familia	81
3.2.- Habilidades Clínicas Terapéuticas.	88
3.2.1.- Integración de expedientes de trabajo clínico	89
3.2.1.1.- Familia A	89
3.2.1.1.1.- Análisis de Familia A-Modelo Estructural	97
3.2.1.2.- Familia B	99
3.2.1.2.1.- Análisis de Familia B-Modelo de Soluciones	108
3.2.2.- Integración de modelos	111
3.2.2.1.- Familia A-Modelo Estructural y soluciones	111
3.2.2.2.- Familia B- Modelo de Soluciones y narrativa	112
3.3.- Análisis teórico-metodológico	114
3.4.- Análisis del Sistema Terapéutico Total	119
3.4.1.- Interacción del Sistema Terapéutico Total	119
3.4.2.- Observadora y equipos de terapeutas	119
3.4.3.- La terapeuta con el equipo	120
3.4.4.- Entre los miembros del equipo	120
3.4.5.- El equipo con el sistema de supervisión	120
3.4.6.- Terapeuta con consultante(s)	121
3.5.- Habilidades de Investigación	
3.5.1.- Reporte de investigación con metodología cuantitativa	121
3.5.2.- Reporte de investigación con metodología cualitativa	130
3.6.- Habilidades de Enseñanza y Difusión	138
3.6.1.- Productos tecnológicos	138
3.6.2.- Asistencia a foros académicos y presentación de trabajos	139
3.7.- Habilidades de atención y prevención comunitaria	140
3.7.1.- Programas de intervención comunitaria	140
3.8.- Habilidades de compromiso y ética profesional	141
3.8.1.- Consideraciones éticas de la práctica profesional	141
3.9.- Estancia en España	143
Referencias	153
Anexos	168

I.-INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

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

1.1.1.- Características del campo psicosocial

México es un país con una gran riqueza natural, cultural y demográfica. Las estimaciones más recientes indican que la población actual es de 106.7 millones, 50.8% son mujeres y 49.2%, hombres. Las entidades con mayor número de habitantes en este 2008 son el estado de México (14.6 millones de habitantes) y el Distrito Federal (8.8 millones) (INEGI, 2008).

En función de su desarrollo histórico, social, económico y político, México ha venido desarrollando una serie de problemas de tipo estructural tales como pobreza, desigualdad, desempleo, corrupción, Explosión demográfica de las ciudades, migración, Escasez de vivienda, asentamientos irregulares, Insuficiencia de servicios públicos tales como transporte seguridad y salud pública, Deterioro ambiental, entre otros (Valdez y Guerra, 2008). El Plan de Desarrollo Nacional para el periodo 2007-2012 señala que las necesidades del País se basarán en 5 ejes rectores: Estado de Derecho y seguridad, Economía competitiva y generadora de empleos, Igualdad de oportunidades, Sustentabilidad ambiental y finalmente Democracia efectiva y política exterior responsable (Presidencia de la República, 2007).

Muchas de las familias mexicanas desarrollan su vida en el escenario antes descrito, y aunque no a todas les afecta de modo similar, es importante saber el macro contexto en el que se desenvuelven día a día.

A nivel gubernamental, hay muchos programas que inciden en los miembros de las familias; sin embargo, se mencionarán solamente aquellos que tienen a las familias mexicanas como objetivo explícito y claro (Presidencia de la República, 2008):

- Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia: Se realizan acciones de asistencia social, jurídica y de gestión administrativa a favor de las familias.
- Programa de Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo a cargo del Sistema DIF: Busca contribuir a la dieta de las familias en situación de pobreza, mediante un apoyo alimentario directo y temporal, acompañado de acciones formativas, que permitan el fomento de hábitos alimentarios adecuados en el núcleo familiar, desarrollo de habilidades y conocimientos para el mejoramiento de sus condiciones de desamparo.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 2007) tiene un

Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable, el cual comprende los siguientes servicios:

- Asistencia Jurídica Familiar: El objetivo del servicio es brindar asistencia jurídica en materia familiar, con el fin de que toda persona tenga acceso a la justicia en condiciones de igualdad.
- Atención a la Violencia Intrafamiliar y maltrato al menor: Promueve actividades educativas y de capacitación a personal que atiende a niños, niñas y adolescentes, en escuelas, guarderías y hospitales, con la finalidad de que puedan detectar situaciones de violencia familiar, y, por lo tanto, prevenirlas o atenderlas de manera temprana. También se trata de modificar patrones de conducta en los adultos que provocan violencia contra los menores.
- Protección a la familia con vulnerabilidad: Busca prevenir situaciones de abandono, violencia o desintegración familiar por causas económicas. Por ello cuenta con esquemas de intervención preventiva y de apoyo económico divididos en dos estrategias:
 1. Subsidio familiar: Son apoyos económicos de \$300.00 mensuales que se otorgan a familias en situación vulnerable y adultos mayores de 60 años o más, que vivan solos y no cuenten con ingresos fijos. Se otorgan por tres, seis y nueve meses como máximo, de acuerdo a la prevalencia de alguna de las situaciones anteriores, la cual es corroborada periódicamente por el DIF Nacional.
 2. Hogares familiares: Son apoyos económicos de \$600.00 mensuales y se otorgan a familias y/o personas en situación de vulnerabilidad social. Se otorgan por tres y seis meses como máximo; sin embargo, en adultos mayores y personas con enfermedades degenerativas, discapacitantes o en fase terminal, este apoyo podrá otorgarse hasta por seis meses más, previa revaloración del caso.

Fuera del ámbito gubernamental, existen diversas instituciones que poseen programas de atención a las familias mexicanas, ya sea en el rubro de atención clínica, formación de profesionales y/o investigación, tales como:

Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (AMTF, 2008). Sus objetivos son:

- Propiciar y facilitar el intercambio profesional y científico entre sus asociados, así como entre las organizaciones nacionales e internacionales afines.
- Promover la elaboración de programas de excelencia para la formación y capacitación de terapeutas que realizan su entrenamiento clínico en los

institutos que pertenece a la Asociación y a otras instituciones de prestigio en México y en el extranjero.

- Velar por la ética en el ejercicio profesional de los psicoterapeutas y de los grupos profesionales e instituciones a las que pertenecen.

Instituto de la Familia (IFAC, 2008): Su objetivo principal es la formación de profesionales para el estudio, la investigación, la enseñanza, el servicio y la atención de las familias mexicanas.

Instituto Latinoamericano de Estudios para la Familia (ILEF, 2008): Su principal objetivo es el bienestar de las familias a través de la docencia de postgrado, investigación y atención clínica

Instituto Crisol (2008): Es una institución que forma personas a nivel de postgrado, brinda asistencia clínica en salud mental a familias, parejas e individuos, y realiza investigaciones psicosociales al respecto.

Individual and Family Systems Institute Assessment Care and Training (INFASI ACT, 2008): Es una institución centrada en el apoyo psicológico a individuos, parejas y familias bajo una orientación integral de terapia breve sistémica, energética cuántica y manejo corporal; fortalecida por la vinculación social que hace con instituciones educativas y capacitadora en el desarrollo profesional de formación de terapeutas.

Universidad del Mayab en Yucatán (2008): Se propone facilitar la formación de profesionales líderes expertos para solucionar problemas de diagnóstico y de intervención de terapia familiar, con actitud de acercamiento a los pacientes y con atención a los códigos profesionales del campo de las ciencias de la salud.

Universidad Autónoma de Tlaxcala (2008): Tiene por objetivo la formación de terapeutas familiares.

Universidad Nacional Autónoma de México (Desatnik y Moctezuma, 2001): A través de su Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, la Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y constructorista se propone capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud a través de las entidades académicas de Ciudad Universitaria y Facultad de Estudios Superiores Iztacala, FESI.

Es importante mencionar que en todo el país hay diversas asociaciones civiles, instituciones de asistencia privada que se dedican al trabajo con familias (ANEXO 1).

1.1.2.- Principales problemas que presentan las familias en México

Este apartado conduce a la aclaración de cuál es la situación de las familias mexicanas en la actualidad y los retos específicos que éstas enfrentan. En función de las estadísticas del INEGI (2007), el II Censo de Población y Vivienda 2005, la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2005, y la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2002, se sabe que la mayoría de la población mexicana se agrupa en familias, es decir, un 97.7% equivalente a 97.9 millones de personas.

La forma de agrupación predominante en México es la familia integrada por el jefe, la cónyuge y los hijos (67.5%), le sigue la constituida por uno de los padres y sus hijos (17.9%) y las parejas sin hijos, sea porque los hijos ya salieron del hogar de origen o porque la pareja no ha tenido descendencia (11.1%).

En el conjunto de familias, las nucleares representan 74.3% y las no nucleares 25.7%. Las familias nucleares se caracterizan por tener una gran presencia de población infantil (34%) y adulta (34.3%) y equilibrio en la proporción de hombres (49.6%) y mujeres (50.4%); mientras que las no nucleares, por la presencia de otros integrantes, tienen más miembros jóvenes (29.4%) y ancianos (11.8%), además hay ligeramente más mujeres (54%) que hombres (46%).

En promedio cada familia mexicana tiene 4.3 integrantes. Este número es diferente según la clase de familia, en la nuclear hay 3.9 integrantes y en la no nuclear 5.4, debido a la presencia de otros parientes y no parientes. El promedio de hijos residentes es de 2, valor que es prácticamente el mismo en nucleares (2.1 hijos) y ligeramente menor en no nucleares (1.8 hijos).

El 79.1% de familias tiene como jefe a un varón y 20.9% a una mujer. En las familias nucleares las proporciones implican un 83% con jefes de familia y 17% con jefas de familia; mientras que en las familias no nucleares hay un 67.6% y 32.4% respectivamente. En general, los jefes de familia hombres son más jóvenes que las jefas. En las familias nucleares, los jefes varones se concentran principalmente entre los 30 y 49 años (55.3%). En las no nucleares, las mayores proporciones están en las edades de 40 años y más (73.4%). Entre las jefas de familias nucleares, la mayoría tiene de 30 a 49 años (52.9%) y destacan las de 65 y más años (12.5%); las mujeres jefas de hogares no nucleares tienen edades mayores, es decir, de los 40 años en adelante (79.6%).

A partir del documento de Información estadística sobre los hogares mexicanos 1990-2000 el DIF (2006) elaboró un Diagnóstico de la Familia. En este documento se señala que las familias extensas no son más frecuentes en el medio rural, el arreglo nuclear monoparental es más frecuente en las zonas urbanas. En cuanto a dinámica familiar, un 59.5% de los hogares conviven tres generaciones, (abuelos, padres e hijos), un 32.7% de los hogares tienen convivencia de dos generaciones (padres e hijos) y en solo el 5.7% de las familias vive una generación. Para las mujeres jóvenes, la figura más cercana es la hermana, en segundo lugar la amiga

y en tercer lugar la madre. Para los hombres jóvenes, la figura más cercana es un amigo; en el segundo los hermanos y en tercer lugar los padres. La mitad de los hombres y mujeres se encuentran casados, por el civil, religiosamente, o ambos. Quienes se encuentran en unión libre alcanzan el 11.7% en los hombres y el 12.3% en las mujeres. En relación a los conflictos familiares en los hogares el 17.1% se relaciona a conflictos de poder y autoridad, el 14.7% a asuntos económicos, el 12,6% a dificultades de convivencia o comunicación, el 10.6% a diferencias de carácter u opinión, el 8% a conducta y educación de los hijos, el 6.6% a adicciones y el 5.6% a cuidado y orden en el hogar.

De acuerdo a esta misma fuente, los principales problemas que enfrenta la familia en México son la Violencia intrafamiliar contra mujeres y niños (15%), problemas económicos (10%), desintegración familiar (9%).

A lo largo de la Residencia, las familias atendidas en los distintos escenarios clínicos reportaron problemas como los que se describirán a continuación:

- Muerte del cónyuge y Conflicto madre-hijas
- Bajo rendimiento escolar
- Depresión
- Conflictos de pareja
- Alcoholismo

La muerte de un miembro de la familia es un fenómeno que afecta profundamente a todo el sistema familiar (Pereira, 2002). Esta circunstancia es una de las mayores crisis que una familia puede enfrentar ya que amenaza la existencia de la misma de acuerdo a Bowen (1976) en Guerin (1998). Pueden generarse una serie de cambios que van desde un ajuste gradual al proceso de crisis y duelo, redistribución de roles, hasta conflictos familiares constantes, alcoholismo, uso excesivo de drogas, tranquilizantes y depresiones profundas (Stroebe, Schut y Stroebe, 2007). Este tipo de situaciones dependerá mucho de la historia, ciclo vital, sistema de creencias y estructura familiar. Además, en el caso de las familias de enfermos crónicos ha de tomarse en cuenta además el tipo psicosocial de la enfermedad-inicio, curso, incapacidad y desenlace- y dinámica familiar -ciclo familiar, del individuo y de la enfermedad- (Rolland. 2000 y Velasco y Sinibaldi, 2000).

Por otro lado, el análisis y definición del desempeño escolar implica interacciones múltiples de los siguientes factores: cualidades individuales (aptitudes, capacidades, personalidad,...), medio socio-familiar (familia, amistades, barrio,...), su realidad escolar (tipo de Centro, relaciones con el profesorado y compañeros o compañeras, métodos docentes, etc.). Hay estudios que señalan cómo cuando en la familia hay problemas de divorcio, separación, malos tratos, drogadicción, etc., el rendimiento de los niños y las niñas en el colegio se ve perjudicado porque les hace vivir situaciones extremas que interfieren su normal desarrollo en la vida, y, también en la escuela (Morales, 1999). En cuanto a los factores relacionados con

el rendimiento académico, hay datos que indican que las aptitudes intelectuales pueden estar influidas por factores familiares y escolares. Parece ser que de todas las aptitudes intelectuales influyentes en el rendimiento académico, el factor verbal es uno de los más influyentes, al mismo tiempo de que es el más susceptible de influencias socioculturales y familiares (Pérez y Castejón, 1997).

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia, se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial. Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día, alterando la vida cotidiana en diferentes ámbitos (sociales, familiares, laborales, etc.). Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma. En México, la depresión es un problema importante de salud, hay estudios que indican que su prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En los hombres la prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005).

En relación a los conflictos, no se puede considerar patológico que en una pareja y/o matrimonio se presenten crisis, esto es lo esperable. El problema surge cuando se eluden en vez de enfrentarlas, cuando la pareja sólo puede funcionar de una manera o inclusive cuando uno de los miembros de la pareja plantee demandas paradójicas al otro. El dilema fundamental de las parejas muchas veces es quién detendrá el poder en la relación. Ahora bien, una pareja puede tener suficiente flexibilidad como para que uno de los miembros domine en un terreno y el otro miembro en otro ámbito, actuando en muchas situaciones ambos como pares. En los últimos años, se ha observado un notable incremento de las consultas por problemáticas de pareja. En las parejas jóvenes los conflictos giran alrededor de establecer un ámbito y un estilo propio. En las parejas maduras la problemática está centrado sobre como encarar las dificultades conyugales que han pasado a ser pautas habituales, es decir, consultan para que la pareja vuelva a ser lo que fue (Sociedad de Terapia Familiar, 2008). Si se concibe a la pareja desde una perspectiva sistémica, ha de entenderse que un conflicto en ésta ha de resonar de alguna manera u otra en el resto de sistemas y subsistemas de la familia.

En México el abuso en el consumo de alcohol constituye un creciente y preocupante problema de salud pública. Entre las consecuencias sociales del consumo de alcohol destacan los delitos relacionados con la violencia, los accidentes de tránsito, el suicidio y el ausentismo en el trabajo, además de diversos problemas que se presentan en el ámbito familiar y en el estado de salud del individuo (López-Jiménez, 1998). En 2002 había en México más de 32 millones de personas entre 12 y 65 años que consumían alcohol, los cuales representan 44.8% de la población en ese grupo edad. En las áreas urbanas, el

mayor índice de consumo entre los varones se observó en el grupo de 30 a 39 años, mientras que entre las mujeres se dio en el grupo de 40 a 49 años. En la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad. Las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia por los adolescentes son los problemas con la policía suscitados mientras consumía bebidas alcohólicas; entre los problemas más frecuentes que se dieron por la bebida en adultos varones urbanos y rurales son: inicio de discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo, problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito y haber sido arrestados mientras conducían después de haber tomado. Estos problemas fueron considerablemente menos frecuentes entre las mujeres, cuyo porcentaje fue menor al 3% del total de las que consumen alcohol (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

1.1.3.- La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas

La terapia familiar se interesa por las interacciones que ocurren entre los individuos conformados como sistemas y subsistemas en conexión, más que por los procesos intrapsíquicos. Por consiguiente, puede considerarse como un tipo de tratamiento para los sistemas familiares (Avilés, 2006, p.17).

La terapia familiar ha demostrado ser eficaz en diversas problemáticas. Chambless y Ollendick (2001) hicieron un estudio en relación al éxito de tratamientos psicológicos y problemas específicos en Estados Unidos, en el Reino Unido y en otros sitios. Señalaron que la Terapia familiar es útil en los siguientes rubros: trastornos psicofisiológicos, depresión, esquizofrenia, trastorno desafiante oposicional, abuso de alcohol y dependencias, depresión mayor y discordia marital; en los casos de Deseo sexual hipoactivo femenino y Trastorno o disfunción orgásmica femenina se le consideró como tratamiento probablemente eficaz; mientras que en los casos de trastorno bipolar y anorexia se le identificó como tratamiento prometedor. Resultados similares fueron encontrados en otros trabajos como los de Castro (2001) y Bados, García y Fusté (2002).

Asimismo, la *National Institute for Health and Clinical Excellence* en el Reino Unido, *NICE por sus siglas en inglés*, recomienda la Terapia Familiar en casos de anorexia nerviosa, depresión crónica o moderada/severa en niños y jóvenes, problemas de conducta, abuso de sustancias, enfermedades físicas crónicas en niños y casos de personas con esquizofrenia y sus familiares (INFOCOP ONLINE, 2008).

En relación a la información anterior, Benedito y López (1992) confirmaron la gran utilidad y eficacia que tiene la terapia familiar en el tratamiento psicológico de problemas derivados de cronicidad de enfermedades, específicamente en personas con asma. Bjornstad y Montgomery (2005) se han interesado por evaluar la eficacia de la terapia familiar en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad sin medicación. Encontraron que de dos estudios realizados, uno de

ellos indicó que la terapia familiar era más eficaz que una medicación placebo. Finalmente, Becoña y Lorenzo (2001) han confirmado la eficacia de la Terapia familiar en el tratamiento del trastorno bipolar.

En cuanto a la Terapia Familiar Sistémica, se le ha definido como tratamiento bien establecido, eficaz y específico en los casos de trastornos de conducta, como por ejemplo el trastorno desafiante oposicional. Asimismo, se le definió como tratamiento probablemente eficaz en los casos de discordia marital y esquizofrenia; finalmente, se consideró a las terapias familiares estructurales como tratamiento prometedor en los casos de trastornos disruptivos en niños y adolescentes (Chambless and Ollendick, 2001).

En una revisión de la eficacia de la terapia familiar sistémica en casos de drogodependencias en Europa, Girón, Martínez y González (2001) afirmaron que éste es un enfoque más eficaz en comparación con otros tratamientos comunes y que si se agrega a los componentes de los programas de tratamiento afianza la adherencia de los pacientes y sus familias a los mismos, mejorando además el funcionamiento post tratamiento tanto en la disminución del uso de sustancias como en otras variables de buena evolución (disminuyen los trastornos de comportamiento asociados a la adicción y mejoran la inserción y el funcionamiento familiar y social). En el estudio de la efectividad de la terapia familiar con enfoque sistémico, Granados-Font (2003) realizó una investigación en Costa Rica en donde concluyó que este enfoque es efectivo en la intervención con una muestra de familias que habían tenido dificultades en el manejo de límites y adaptación a fuentes de estrés. Respecto a la depresión y el enfoque de la Terapia Familiar Sistémica, Jones y Asen (2004) han demostrado de eficacia del tratamiento en el ámbito de la terapia de pareja.

Algunos de los temas que se han estudiado que según Navarro (1992) podrían constituir una muestra de las problemáticas abordadas por la Terapia Familiar son: Estructura y funcionamiento de familias y parejas, Elaboración de instrumentos de evaluación familiar, Efectividad clínica de la terapia familiar (comparada con otras formas de terapia y en su aplicación a problemas específicos), Terapia familiar y enfermedad crónica, Interacción terapeuta-pacientes (familia), Interacción equipo terapéutico-pacientes (familia), Comparación entre distintas modalidades de terapia, Estudio de técnicas y procedimientos de intervención, Interacción familia-cultura, Interacción familia-síntoma/problema, Ciclo vital y crisis de transición, Comunicación e interacción familiar y marital, Diseño de estrategias terapéuticas, Construcción de modelos teóricos de psicopatología y salud mental, Epistemología y terapia, Ética y terapia, y Otros.

En este aspecto, Benabarre (2005) realizó una revisión sencilla de la actividad científica y clínica que se ha desarrollado en Terapia Familiar. En términos de frecuencias afirmó que los temas más investigados y tratados en las publicaciones en orden jerárquico son: Investigación/revisión, Niños, Adolescencia, Terapias, No clasificable/otros, Psicosis/esquizofrenia, Drogodependencias, Trastornos de Alimentación, Enfermedades orgánicas/crónica, Adolescencia/niños,

Supervisión/formación/coterapia, Trastorno Bipolar, Relación Padres-hijos, T. Afectivo/Ansiedad, Violencia, Pareja, Trastorno Mental Grave, Refugiados/inmigración, Stroke/Daño cerebral, Geriátría y finalmente, Duelo y familia.

En su vertiente posmoderna, se ha utilizado la terapia familiar sistémica en la atención de diversas problemáticas, como por el ejemplo en casos de farmacodependencia (Abela, 2003), el uso del construccionismo social en problemas de pareja (Atwood y Conway, 2004) y terapia narrativa en trastornos de alimentación (Duran, Cashion, Gerber y Mendez-Ybanez, 2000). La terapia narrativa también se ha utilizado en el tratamiento exitoso de diversas problemáticas, tales como problemas de lenguaje en adolescentes (Wolter, DiLollo y Apel, 2005), adicciones (Winslade y Smith, 1997) y desórdenes de alimentación (Madigan y Goldner en Hoyt, 1998). Asimismo, ha habido otras problemáticas en las que se ha utilizado este enfoque, tal como trastornos del sueño en niños (Stacey, 2008) y esquizofrenia (Schneider, Austin y Arney, 2008). Asimismo, ha habido trabajos en los que se ha reportado el uso y efectividad del enfoque sistémico junto con elementos del construccionismo social y terapia narrativa en familias con algún pariente deprimido y hospitalizado (Lemmens, Eisler, Migerode, Heireman y Demyttenaere, 2007). Basándose en la terapia narrativa, construccionismo social y los sistemas de lenguaje, Klekar y Ting (2004) consideran es un enfoque que tiene resultados prometedores en el contexto de rehabilitación de personas en prisión.

En función de los párrafos anteriores, puede afirmarse que la Terapia familiar en cualquiera de sus vertientes es un enfoque eficaz en el tratamiento de diversas problemáticas, tales como las que las familias mexicanas enfrentan y se señalaron en el apartado anterior. De hecho, como lo mencionan Desatnik y Moctezuma (2001), el enfoque sistémico puede identificarse precisamente como una de las aproximaciones para el estudio y atención de los procesos humanos en función del contexto y las relaciones. Asimismo, es un proceso terapéutico que se caracteriza por su brevedad y por la posibilidad de brindar atención a problemáticas psicológicas diversas que se presentan en individuos, parejas, familias y/o grupos. Dichas características han resaltado la viabilidad y efectividad de este enfoque en el trabajo clínico en instituciones.

1.2.- Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo Clínico

1.2.1.- Descripción de los escenarios.

Las sedes clínicas en las que se trabajó fueron: La Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del Instituto de Seguridad y Servicios Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Colegio de Ciencias Humanidades del Plantel Azcapotzalco (CCHA). A continuación se describirá cada escenario clínico en particular.

Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala

Se encuentra ubicada dentro del campus de la FES Iztacala en la planta alta del Edificio de Endoperiodontología. La dirección es Av. De los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, C.P. 54090. Teléfono 56231239. Como antecedente, puede señalarse que las actividades de la Residencia en esta sede comenzaron en febrero de 2002. Primeramente se utilizaron instalaciones de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), ya para agosto del mismo año, se asignó un espacio específico y exclusivo para la residencia en la planta alta del Edificio de Endoperiodontología. La responsabilidad de este escenario es, desde ese entonces, la Coordinación del Posgrado en Psicología y la Coordinación de la Residencia en Terapia Familiar de la FESI.

Gracias a la gestión de la Coordinación de la Residencia y las profesoras, en el semestre 2007-1 se llevó a cabo la Renovación de las Instalaciones. Éstas constan de un área de espera al exterior; mientras que el interior es un espacio de 3.5m*5.5 aproximadamente, dividido en dos secciones. La primera sección corresponde al lugar donde se ubica el/la terapeuta y la familia; mientras que la segunda sección es el lugar que ocupa el equipo de supervisión. Ambas secciones están divididas por un espejo de una visión que permite al equipo de supervisión observar a la familia; ambas secciones están conectadas por un sistema de videograbación cerrado y una línea telefónica. La sección donde se atiende a las familias consta de sillas movibles para que se sienten los usuarios y el/la terapeuta, cámara de video, tripié, teléfono e iluminación artificial. La sección destinada al equipo de supervisión consta de sillas, una mesa, un archivero, una PC, televisión, videocasetera VHS, teléfono e iluminación natural y artificial.

Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco

La ubicación de esta sede se encuentra dentro del plantel en el área de Siladín 2º piso. La dirección es Av. Aquiles Serdán, No, 2060, Col., Ex Hacienda El Rosario, Delegación Azcapotzalco, C.P.02020. Teléfono 53195534 (CCH Azcapotzalco, 2008).

Desde agosto de 2002 se realizó un convenio de colaboración entre la FESI y el CCH, a través de la supervisora Carolina Rodríguez, la Dra. Ofelia Desatnik y las autoridades del Colegio. Desde ese entonces, se ha trabajado en esta sede. La responsabilidad corre a cargo del área de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles y el Departamento de Psicopedagogía del colegio. Dentro de la residencia el área responsable es la coordinación a través de la Dra. Ofelia Desatnik.

Al exterior se ubica una pequeña área de espera con sillas; mientras que el interior se caracteriza por ser un espacio de 6*6m aproximadamente, dividido en tres secciones. La primera sección la comprende el espacio destinado a la observación del equipo de supervisión, la segunda corresponde al lugar destinado para el/la terapeuta y la familia; mientras que la tercera sección es una mesa

redonda donde se reúne el equipo en las post-sesiones. El motivo de esta última sección obedece al hecho de que el lugar para la observación de las familias es pequeño y la interacción cara a cara entre terapeutas se facilita en la mesa circular que hay en el lugar.

La sección donde observa el equipo de supervisión se encuentra separado del lugar de atención a las familias por medio de un espejo de doble visión.

La sección donde se atiende a las familias consta de sillas movibles para que se sienten los usuarios y el/la terapeuta, cámara de video, tripié, archivero, teléfono e iluminación natural y artificial. La sección destinada al equipo de supervisión consta de sillas, televisión, videocasetera VHS, teléfono e iluminación artificial.

Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del Instituto de Seguridad y Servicios Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

La ubicación de esta sede se encuentra en Chilpancingo Esq. Jalapa S/N Col. Fraccionamiento Valle Ceylán C.P 54150 Tlalnepantla, Estado De México. Tel. 53921387 y 53692807.

Desde 1994 se ha ofrecido el servicio de Terapia Familiar en esta sede, gracias a la gestión de la Mtra. Rosario Espinosa Salcido y la Mtra. Susana González Montoya, junto con las autoridades del ISSSTE, para desarrollar las prácticas del Diplomado de Terapia Familiar y de Pareja de la División de Educación Continua de la FESI. La residencia comenzó a proporcionar servicios a partir de febrero de 2002. La responsabilidad de este escenario la tiene el área de Psicología de la Clínica a través de la Psicóloga Araceli Martínez. Al exterior se ubica una pequeña área de espera con sillas; mientras que el interior se caracteriza por ser un espacio de 6*5m aproximadamente, dividido en dos secciones. La primera sección la comprende el espacio destinado a una pequeña bodega; mientras que la segunda parte corresponde al lugar donde trabaja el/la terapeuta y la familia y al mismo tiempo el equipo de terapeutas observa.

La sección donde observa el equipo de supervisión se encuentra separado del lugar de atención a las familias por medio de un espejo de una visión.

La sección donde se atiende a las familias consta de sillas movibles para que se sienten los usuarios y el/la terapeuta, cámara de video, videocasetera VHS, tripié, escritorio, iluminación artificial.

1.2.2.- Análisis sistémico de los escenarios

Clínica de Terapia Familiar de la FESI

La Clínica de Terapia Familiar de la FESI viene funcionando desde febrero de 2002 gracias a la gestión de la coordinación de la Residencia en Terapia Familiar en la facultad a través de la Dra. Ofelia Desatnik, sus profesores y alumnos. En este sentido, la responsabilidad de este escenario es de la Coordinación del Posgrado en Psicología de la UNAM y la Coordinación de la Residencia en Terapia Familiar de la FESI.

La referencia de las familias con las que se trabajó en este escenario fue por parte del Departamento de Evaluación y Diagnóstico de la FESI, instituciones educativas públicas de los alrededores, alumnos y trabajadores de la misma facultad, juzgados de lo familiar de Tlalnepantla y público en general que en algún momento se habían enterado de la existencia de la clínica por parte de algún conocido.

El primer contacto que las familias tenían fue con la Dra. María Suárez, profesora de la Residencia cuyo cubículo se encuentra ubicado a un costado de la Clínica. Esta área se encargó de recibir las llamadas telefónicas y cotejó el motivo de consulta. Una vez hecho esto, se pasaban los datos a un archivo de lista de espera que los terapeutas podíamos consultar en la Clínica de Terapia Familiar, para entonces poder llamar a las familias. Cabe mencionar que la asignación de las familias se realizó al azar y conforme estaban anotadas en la lista de espera. El contexto en el que se atendió a las familias fue el de la proporción de un servicio terapéutico, para lo cual fue sumamente útil el mobiliario de la Clínica de Terapia Familiar y las cajas de la Clínica Universitaria Integral (CUSI), en el edificio de enfrente, en donde las familias pagaban 50 pesos por cada sesión. A su vez, una copia del comprobante del pago de cada sesión era anexado al expediente clínico de cada familia.

El grupo de terapeutas en formación nos coordinábamos para solicitar la llave en la Oficina de la Dra. Suárez, tener listo este escenario antes de que llegasen las familias, encender los aparatos, guardarlos, videograbar las sesiones, cerrar la clínica y volver a entregar las llaves. Si bien, las supervisoras proporcionaban sugerencias y preguntas respecto al trabajo que se hacía con cada familia, el equipo de supervisión en su totalidad fungimos como corresponsables de la retroalimentación de el/la terapeuta.

En este contexto, la supervisión fue realizada por la Dra. Ofelia Desatnik los días martes de 9 a 14:30hrs y la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz los días jueves de 8 a 14hrs. durante el 3er semestre de la Residencia.

Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco

La sede clínica establecida en el CCHA viene funcionando desde agosto de 2002 gracias a la gestión de la supervisora Mtra. Carolina Rodríguez y la coordinación de la residencia en la FESI a través de la Dra. Ofelia Desatnik. La responsabilidad en el colegio corre a cargo del área de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles y el Departamento de Psicopedagogía. Dentro de la residencia el área responsable es la coordinación a través de la Dra. Ofelia Desatnik

La referencia de las familias con las que se trabajó en este escenario la llevó a cabo el Departamento de Psicopedagogía del Colegio, quien identificaba los motivos de consulta y canalizaba a los estudiantes y padres de familia a terapia familiar. En este sentido, es lógico suponer que este mismo Departamento asignaba las familias al azar a los terapeutas en función de una lista de espera. El contexto en el que se atendió a las familias fue el de la proporción de servicios terapéuticos gratuitos dentro del Edificio de Siladín del mismo Plantel.

El grupo de terapeutas en formación nos coordinábamos para solicitar la llave en el Edificio Siladín del CCHA, tener listo este escenario antes de que llegasen las familias, encender los aparatos, guardarlos, videograbar las sesiones, cerrar la clínica y volver a entregar las llaves. Si bien, las supervisoras proporcionaban sugerencias y preguntas respecto al trabajo que se hacía con cada familia, el equipo de supervisión en su totalidad fungimos como corresponsables de la retroalimentación de el/la terapeuta.

En este contexto, la supervisión fue realizada por la Mtra. Juana Bengoa los días jueves de 8 a 14hrs. durante el 2º semestre de la Residencia.

Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE

Desde 1994 se ha ofrecido el servicio de Terapia Familiar en esta sede, gracias a la gestión de la Mtra. Rosario Espinosa Salcido y la Mtra. Susana González Montoya, junto con las autoridades del ISSSTE, para desarrollar las prácticas del Diplomado de Terapia Familiar y de Pareja de la División de Educación Continua de la FESI; sin embargo la residencia comenzó a proporcionar servicios a partir de febrero de 2002. La responsabilidad de este escenario la tiene el área de Psicología de la Clínica a través de la Psicóloga Araceli Martínez. La responsabilidad de este escenario la tiene el área de Psicología de la Clínica a través de la Psicóloga Araceli Martínez y las familias atendidas fueron canalizadas a Terapia Familiar por ella, por trabajo social, los médicos de la clínica o por la solicitud directa de los derechohabientes.

El primer contacto que tenían la mayoría de familias era con los médicos, después con Araceli o finalmente con el número telefónico donde se agendaban las citas del ISSSTE. A su vez, la Psicóloga Araceli nos proporcionaba la lista de familias y éstas eran asignadas al azar.

El contexto en el que se atendió a las familias fue el de la provisión gratuita de un servicio terapéutico dentro de las instalaciones de dicha Clínica, que por pertenecer a una Institución dedicada primordialmente a la atención de la salud en su vertiente biológica, se encuentra llena de médicos familiares y especialistas.

A parte del rol de terapeutas, hubo coordinación con el área de Trabajo Social, que a su vez se relacionaba con la Coordinación de Enseñanza e Investigación, para poder fungir como facilitadores de charlas de diversos temas, tales como enfermedades crónicas, alcoholismo, drogodependencias, etc.

El grupo de terapeutas en formación nos coordinábamos para tener listo este escenario antes de que llegasen las familias, encender los aparatos, guardarlo y videogravar las sesiones. Si bien las supervisoras proporcionaban sugerencias y preguntas respecto al trabajo que se hacía con cada familia, el equipo de supervisión en su totalidad fungimos como corresponsables de la retroalimentación de el/la terapeuta.

En este contexto, la supervisión fue realizada por la Mtra. Susana González los días jueves de 9 a 14:30hrs durante el 3er semestre de la Residencia.

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

Una vez que se asignaba familia a cada terapeuta se procedía a contactarla vía telefónica con la finalidad de agendar una cita, explicar el modo de trabajo, obtener datos generales de la familia, el motivo de consulta y comenzar a formular hipótesis sistémicas al respecto. Para concentrar la información anterior en un solo formato se utilizó una plantilla (véase anexo 1) con la que también se iniciaba la apertura del expediente clínico de cada familia.

El esquema de trabajo que se desarrolló en las sedes clínicas consistió en:

PRESESIÓN

SESIÓN

POST SESIÓN

La *presesión* consistió en un periodo de 10-15 min. aproximadamente en el que los terapeutas en formación y la supervisora se reunían para leer la ficha de primera sesión o de la sesión anterior con la familia. La finalidad de este periodo era revisar la sesión anterior, tareas, así como hipótesis y objetivos de la sesión para ese día.

La *sesión* consistió en un periodo de 50 min. aproximadamente en el que el terapeuta se encontraba con la familia y llevaba a cabo los objetivos planeados u otros, dependiendo de la situación que planteara la familia en el momento, las hipótesis y la línea de trabajo.

En los casos en los que se realizaba la primera sesión con la familia se procedía a dar el encuadre terapéutico, es decir, a dar a conocer la forma general de trabajo durante las sesiones y solicitar el consentimiento informado para ser filmados. Se describía la cancelación del servicio en el caso de dos faltas continuas sin justificación o previo aviso y se garantizaba la confidencialidad de los videos e información vertida en sesión. La forma general de trabajo consistía en la explicación de la existencia del equipo de supervisión y la intervención del mismo en dos momentos. El primero era a lo largo de las sesiones (ya sea vía telefónica, pizarrón o salidas y entradas del terapeuta) y el segundo era 15 min. antes de finalizar para dar sugerencias, tareas, mensajes o impresiones respecto a la familia.

La *post sesión* consistió en un periodo de aproximadamente 10-15 min. en los terapeutas en formación y la supervisora se reunían para conversar acerca de lo ocurrido en sesión, sus impresiones, sugerencias, futuros objetivos y líneas de trabajo. Finalmente, se anexaba la ficha de la sesión anterior al expediente clínico de cada familia.

Los modelos que se utilizaron a lo largo de la Residencia fueron distintos y aunque no se puede decir que se desarrolló un modelo puro como tal, si hubo elementos de un modelo en particular que predominaron de alguna u otra manera. En este sentido y cronológicamente, mi participación en los diferentes escenarios clínicos fue la siguiente:

SEMESTRE	ESCENARIO	ROL	MODELO
1º	Clínica de Terapia Familiar FESI	Observadora	Varios Modelos
2º	CCHA	Terapeuta Principal	Estructural
3º	Clínica de Terapia Familiar FESI (Doble supervisión)	Terapeuta Principal	Estructural
	ISSSTE	Terapeuta principal	Soluciones
4º	Estancia en la UGR, España	Observadora y estudiante	

II. MARCO TEÓRICO

2.1.- Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico de la terapia familiar sistémica y posmoderna

"La epistemología hace referencia a un conjunto de técnicas analíticas y críticas que definen los límites de los procesos del conocimiento...en el ámbito sociocultural, la epistemología equivale al estudio de la manera en que las personas o sistemas de personas conocen cosas y de la manera en que ellos piensan que conocen cosas." (Keeney, 1994, p.27)

Para Bateson (Citado en Hoffman, 2005), epistemología significa las leyes de las que nos valemos para dar un sentido al mundo. Estas reglas - no siempre conscientes- determinan gran parte de nuestro comportamiento y nuestra interpretación del comportamiento de los demás.

Keeney (1994) afirma que dentro del ámbito de la terapia psicológica, se pueden identificar dos paradigmas dominantes: el de la epistemología lineal progresiva y el de la epistemología recurrente –también llamada sistémica, ecológica, ecosistémica, circular o cibernética-. En la epistemología lineal y progresiva considera que cada evento es una estructura susceptible de ser analizada de forma aislada, por lo tanto las problemáticas de los individuos pueden ser abordadas sin importar el contexto, focalizando sobre el estudio de lo intrapsíquico o desarrollando programas de terapia individual iguales para todos los individuos que presentan el mismo problema.

La epistemología recurrente pone el acento en la ecología, la relación y los sistemas totales, es congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto. El modelo sistémico parte de que se deben relacionar los elementos de dicho universo observado con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca, ya que todo integrante de un sistema (como lo son los individuos y las familias) son retroalimentados por su contexto (es decir, por otras personas, sucesos, etc.) lo que hace imposible analizar o comprender dicho evento aislándolo de su sistema. Se concibe a cada individuo no como un ente aislado, sino como un todo, interactuante con el mundo que lo rodea a través de estímulos reales (Sánchez, 2000).

La Terapia Familiar Sistémica se apoya en una epistemología que no es homogénea debido a que algunos de sus conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente independientes (Avilés, 2006, p. 17). Las fuentes en las que se basó el desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica fueron: La Teoría General de Sistemas, Cibernética, Teoría de la Comunicación Humana, Constructivismo y Construcción Social.

2.1.1.- Teoría de los sistemas

En la década de los 40's, el biólogo Ludwig von Bertalanffy (1987) propuso que era posible encontrar isomorfismos, es decir, modelos, principios y leyes que se apliquen a sistemas generalizados a través de una "Teoría General de Sistemas" o TGS. Montalvo (2006) menciona que a través de la TGS se propone un marco teórico compatible y unificador para las distintas ciencias, tanto naturales como sociales, con lo que se generó una crítica muy fuerte al pensamiento lineal de la época. La TGS implica el análisis de la totalidad de los elementos del sistema estudiado así como las interacciones que existen entre sus elementos y la interdependencia entre ambos.

Los sistemas son complejos de elementos en interacción y su estudio se divide en sistemas abiertos y cerrados (Bertalanffy, 1987):

Sistemas Abiertos: Los comprenden los sistemas vivientes, abiertos al intercambio de materia, energía e información con otros sistemas del entorno, además de que tienen una tendencia hacia niveles de mayor heterogeneidad y organización.

Sistemas Cerrados: Los comprenden aquellos entes materiales, sin vida y que no intercambian materia, energía e información con el entorno, además de que tienen una tendencia hacia la desorganización y destrucción del orden.

En este caso, se puede entender a la familia como un sistema abierto cuyos elementos al interior interactúan, y a su vez el sistema como totalidad intercambia información y se comunica con otros sistemas. Tomando como base a Bertalanffy (1987), Ochoa de Alda (1995) y Montalvo (2006), las características de los sistemas abiertos son:

Totalidad: Incluye a los miembros de la familia y las relaciones existentes entre ellos como una totalidad, es decir, para dar cuenta de cómo funcionan los individuos de determinado sistema, no es suficiente con analizar a cada uno por separado, si no que hay que tender a las interrelaciones entre ellos.

Causalidad Circular: Se refiere a la forma en que las familias regulan su funcionamiento a través de ciertas formas de interacción que se repiten de forma recíproca y pautada, donde a ninguno de los elementos interactuantes es causa ni efecto.

Equifinalidad: El proceso en el cual una familia puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas.

Equicausalidad: El proceso en el cual una familia puede tener las mismas condiciones iniciales que otras, pero que pueden dar a estados finales distintos.

Limitación: Cuando una familia ha adoptado cierta secuencia de interacción, existe la posibilidad de que esta respuesta se perpetúe en el tiempo y existan cada vez menos otro tipo de interacciones distintas.

Reglas de interacción: La necesidad de definir cuál es la relación entre los componentes de un sistema, ya que posiblemente ese factor sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.

Ordenación jerárquica: La organización que incluye el dominio, las responsabilidades que asumen, las decisiones que toman, la ayuda, protección y cuidado de unos miembros sobre otros.

Teleología: La adaptación a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar la continuidad y crecimiento de sus miembros a través de dos funciones: homeostasis –mantenimiento de equilibrio o estabilidad- y morfogénesis -cambio-.

Retroalimentación: Se relaciona con el intercambio de información que se da tanto intrínsecamente como intersistémicamente; existen dos tipos: la positiva y la negativa. La retroalimentación positiva está vinculada al intercambio de información que provoca transformaciones importantes del sistema e inclusive puede ocasionar su destrucción. La retroalimentación negativa se refiere al mantenimiento del sistema, con pequeños cambios ó transformaciones

Autorregulación: Se refiere a la característica que tienen todos los sistemas abiertos para establecer sus propias reglas de funcionamiento y ritmo de desarrollo.

Homeostasis: es el proceso, que da cuenta de los juegos de estabilidad y cambio tendiente a mantener cierta constancia, siendo a su vez, que toda constancia se mantiene a través del cambio.

2.1.2.- Cibernética de primer orden

En sus inicios la cibernética tuvo mucha relación con una serie de conferencias que se llevaron a cabo en la Fundación Macy Jr. en el año de 1942 en Nueva York. De las ideas formuladas en ese contexto surgió la cibernética, campo innovador que de acuerdo a Keeney (1994) y Weiner (en Eguiluz, 2001, p.120), quien acuñó el término, se enfocó a los procesos de comunicación, retroalimentación y control en el ser humano y las máquinas.

Los temas de las primeras conferencias eran los procesos de retroalimentación en la conducta intencional, a cargo de Arturo Rosenblueth, el matemático Norbert Wiener y Julian Bigelow. Esto entusiasmó mucho a diversos científicos, entre ellos el matemático John von Neuman, el fisiólogo mexicano Rafael Lorente de No, el neuropsiquiatra Warren McCulloch, Milton H. Erickson y Lawrence Kubie y los antropólogos Gregory Bateson, Margaret Mead. Hubo una suspensión de las

reuniones debido a la Guerra Mundial y se retomaron 4 años después, siendo Bateson y Mead los principales promotores para retomarlas. Posteriormente asistieron como invitados Heinz von Foerster, Nathan Ackerman, Ross Ashby, Leon Festinger, Claude Shannon, Roman Jacobson y Alex Bavelas. El lenguaje interdisciplinario de la cibernética permitió que ésta fuera aplicable para entender tanto a los sistemas artificiales como a los sistemas naturales. La cibernética se tornó en el soporte teórico de un campo emergente, donde confluyeron la explicación interaccional y la aparición de la terapia familiar (Vargas, 2004).

A partir de la definición de cibernética presentada en el apartado anterior, ha de notarse que el término retroalimentación fue un elemento básico y Wiener (en Hoffman, 1987; Kenney, 1994) la definió como un método para controlar y modificar el funcionamiento de un sistema en un futuro a través de la reintroducción de los resultados de su desempeño en el pasado. De esta manera, se planteó la analogía entre las máquinas con sistemas de retroalimentación y los seres vivos. Se hizo énfasis en cómo los sistemas conservaban su homeostasis y en cómo se podía producir cambios a partir de la introducción de sistemas de retroalimentación alternativos.

La cibernética de primer orden se basa también en la suposición que un observador de un sistema puede mantenerse fuera de éste, sin que exista alteración del observador, ni de lo observado. Esta etapa se divide en dos fases: la llamada primera cibernética, donde se hace énfasis en los procesos realizados por los sistemas para conservar la homeóstasis en los sistemas, es decir, evitar posibles desviaciones en ellos; la segunda fase, llamada segunda cibernética centra su atención en los procesos que tienden al cambio y la transformación. (Mastache, 1996 ; Simón, Stierlin y Wynne, 1988).

2.1.3.- Cibernética de segundo orden

De acuerdo a Luhmann (en Watzlawick y Krieg, 1990) la Cibernética de 2º orden se refiere a la observación del observador y su influencia mutua, poniendo en duda la objetividad en su sentido más puro y cuyo objeto de estudio es el observador observando su propia observación. En otras palabras, la cibernética se transforma en cibernética de la cibernética, o cibernética de segundo orden.

A partir de los intereses en la TGS y la cibernética, fue tomando forma la idea de que la objetividad era relativa y debía reconsiderarse como innecesaria en el estudio de los sistemas vivos en función de la idea de que una conceptualización humana surgida de una observación parte de una percepción, limitada por la propia estructura humana, cognitiva y sensorial, y por lo tanto es una "construcción" humana, es decir una entre muchas otras, y no la realidad misma. Lo anterior llevó a la conclusión de que las propiedades de un observador estaban incluidas en la descripción de sus observaciones y que no había una demostración objetiva de lo que era verdadero ó falso y que lo que si se podía elegir es como se concebía lo que se conoce (Kenney, 1994).

Entre los avances que constituyeron la conformación de esta cibernética fueron los nuevos desarrollos de la física cuántica, los aportes del filósofo Ludwig Wittgenstein, del neurofisiólogo Warren McCulloch, del físico, ciberneta, biomatemático y filósofo Heinz von Foerster y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela (Jutoran, 1994; Nardone y Watzlawick, 1999).

En 1972, la presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, Margaret Mead, pronuncia un discurso titulado "Cibernética de la cibernética", pero es Heinz von Foerster, quien le asigna el nombre de Cibernética de 2º orden (Hoffman, 2005).

2.1.4.- Teoría de la comunicación humana

Los antecedentes de la Teoría de la Comunicación Humana se remontan al trabajo de Gregory Bateson. Su interés inicial consistía en ver de qué manera la cultura se perpetúa a sí misma. Al respecto concluyó que el aprendizaje no es un fenómeno de un nivel único, sino que la persona también aprende a aprender y eso influye en el nivel mas amplio de la cultura y su mantenimiento. Esto lo llevó a investigar la naturaleza general de la comunicación humana a partir de la idea de que hay niveles lógicos ó jerarquías entre mensajes y cuando dos mensajes de distinto nivel son tratados como uno mismo, hay una afirmación autocontradictoria ó paradoja (Keeney, 1994; Vargas, 2004).

En 1952, junto con Weakland, Haley y Fry, inició un proyecto de investigación sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que pueden dar lugar a paradojas en pacientes esquizofrénicos y sus familias. En los años posteriores, junto con Donald Ávila Jackson y Weakland propuso la Teoría del Doble Vínculo, basada en la hipótesis de que una persona esquizofrénica podía aprender a comportarse como tal, de modo que dicha conducta era adaptativa – homeostática propuso Jackson- dentro de un contexto dado, ya que la familia del esquizofrénico moldeaba y fomentaba conductas irracionales a través de la imposición de requerimientos particulares de comunicación. Esta Teoría tuvo gran relevancia, ya que por primera vez la esquizofrenia fue considerada como un fenómeno comunicativo, producto de las relaciones familiares. Además, de que el trabajo de Bateson comenzó a integrar la teoría de sistemas y la cibernética a través de la epistemología (Vargas, 2004).

De acuerdo al mismo autor, la teoría de Comunicación Humana propuesta por Watzlawick, Beavin y Jackson (1995) tuvo mucha influencia sobre los pilares que constituyeron la Terapia Familiar Sistémica. Estos autores se enfocaron en los efectos pragmáticos en la conducta de la comunicación humana y la conciben como un proceso de interacción. En este contexto se distinguen 3 divisiones de la comunicación: sintética, semántica y Pragmática, esta última es la que analiza cómo la comunicación afecta la conducta. Cuando uno se comunica hay elementos no verbales que también están inmersos en el contexto, por lo que se puede decir que toda conducta, es comunicación.

Los seres humanos estamos limitados al lenguaje natural para la comunicación, tanto como para la metacomunicación, que es hablar acerca de la comunicación. En este aspecto también se entiende que una conducta considerada normal ó anormal, dependerá del contexto en el que se encuentran los comunicantes.

A continuación se mencionarán los principales axiomas de la comunicación y patologías derivadas:

A) *“No existe la no comunicación”*, ya que como se mencionó anteriormente toda conducta es comunicación; en el caso de que eso se intente hacer, las posibles respuestas son:

- Rechazo de la comunicación
- Aceptación de la comunicación
- Descalificación de la comunicación
- El síntoma como comunicación

B) *“Toda comunicación tiene contenido y relación”*, se refiere a que la comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo impone conductas. El contenido es el aspecto referencial del mensaje, como por ejemplo los datos; mientras que la relación es el aspecto cognitivo, es decir implica el cómo deben entenderse los datos. Las posibles complicaciones son:

- Desacuerdo a nivel de contenido, pero no se perturba la relación
- Confusión entre contenido y relación
- Acuerdo en contenido, no en relación
- Una persona se ve obligada a dudar de sus propias percepciones a nivel de contenido, para no poner en riesgo una relación vital con otra persona, generalmente esto se expresa a través de paradojas.
- Descalificación del self y de otro, esto representa cuando a nivel de relación se proponen mutuamente definiciones del de la relación y de uno mismo.

Lo anterior, se puede resumir en las siguientes patologías:

- Confirmación, cuando B confirma la definición que A da de sí mismo; si no, no habría motivo para comunicarse.
- Rechazo, cuando B rechaza abiertamente la definición que A da de sí mismo; hay reconocimiento limitado de lo que se rechaza.
- Desconfirmación, cuando B niega la realidad de A como fuente de tal definición.
- Impenetrabilidad, cuando los miembros de la relación no se comprometen y se ven ajenos a ella.

C) *“La naturaleza de una relación depende directamente de la puntuación de secuencias de comunicación entre los comunicantes”*, la puntuación es la forma como se organizan los hechos de una conducta. Las patologías que se pueden derivar son:

- Causa-efecto, es decir, cuando se supone una causa y un efecto, se cree en algo que no existe, ya que si se piensa bajo una lógica circular, no es posible una causa y un efecto lineal. De aquí se puede derivar lo que son las profecías

autocumplidoras, que se presentan cuando el individuo piensa que solo reacciona y no que también provoca una situación.

D) *“Los seres humanos se comunican digital y análogamente”*. El lenguaje digital tiene sintaxis lógica, compleja y poderosa, no tiene una semántica adecuada en el campo de la relación; mientras que el lenguaje analógico tiene semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de las relaciones. En el paso de lo analógico a lo digital, cada quien le da la digitalización que concuerda con su imagen de relación. Se puede decir que la psicoterapia recobra de la digitalización correcta de lo analógico. Las patologías que se pueden presentar son:

-Supuesto de que un mensaje analógico es afirmativo ó denotativo, como los mensajes digitales.

-Al traducir el material analógico al digital, deben introducirse las funciones lógicas de verdad, pues estas faltan en el modo analógico, como por ejemplo demostrar ó proponer una acción que se quiere negar y no llevarla a acabo.

-El ritual es el proceso intermedio entra analógico y digital. Se asemeja a un mensaje pero de modo repetitivo y estilizado.

-La función lógica de alternativa ó disyuntiva está ausente del lenguaje analógico.

E) *“Todos los intercambio comunicacionales son simétricos ó complementarios, según estén basados en la igualdad de la diferencia”*. Si los comunicantes utilizan los múltiples niveles de comunicación para expresar distintas pautas a distintos niveles, pueden surgir resultados paradójicos de gran importancia pragmática. Las patologías derivadas de este axioma son:

-Escalada simétrica: Se muestra el peligro de la competencia, porque la simetría pierde estabilidad y genera una escapadas, que pueden llegar a la declaración de una guerra abierta ó al cisma del sistema.

-Complementariedad rígida: La patología de la relación complementaria generalmente tiene más desconfirmaciones, que rechazo ó despersonalización.

2.1.5.- Constructivismo

El constructivismo, es una corriente epistemológica con planteamientos teóricos de otras disciplinas y se dedicó a analizar cómo los individuos observan, construyen lo que conocen y se incluyen a sí mismos en este proceso. La premisa inicial es que el conocimiento no se basa únicamente en su correspondencia con la realidad externa, sino sobre las construcciones de un observador (Maturana en Pakman, 1996 y Eguiluz, 2001).

Los trabajos de Heinz von Foerster sobre la segunda cibernética, así como los escritos iniciales de Humberto Maturana y Francisco Varela estuvieron presentes al comienzo de esta corriente. Desde esta postura la percepción visual de un objeto “externo” no existe en sí misma, sino que se deriva en gran medida de la experiencia interna. Para conocer, hay que apreciar cómo se construye un conocimiento y las distinciones que están en la base de su creación, por lo que el estudio de los procedimientos con los que la gente puntúa su experiencia es un método para identificar su epistemología (Keeney, 1994).

Ernst Von Glasersfeld (1996) en Pakman () encabezó lo que se conoce como “constructivismo radical”, con lo que desarrolla una teoría del conocimiento activo en la cual ya no se refiere a una realidad objetiva, sino al ordenamiento y organización de un mundo constituido por nuestras experiencias. Es decir, no sólo afirma que lo observado es modificado por el observador, sino que existe una interdependencia entre ellos. Se basa en los siguientes principios:

a) El conocimiento es resultado de una construcción activa del sujeto cognoscente, mediada por aspectos fisiológicos, cognitivos o por medio de la comunicación a través del lenguaje. De hecho, el mundo es diferente debido al lenguaje, ya que gracias a él los individuos construyen una realidad determinada y común.

b) La función de la cognición es adaptativa y sirve para la organización del mundo experiencial, no para el descubrimiento de una realidad objetiva ontológica. El constructivismo radical no niega la realidad, sino que plantea la imposibilidad de una representación verdadera de ella (Watzlawick y Nardone, 2000).

En resumen, puede decirse que el constructivismo afirma que la realidad la construye el individuo al interactuar con su medio ambiente.

2.1.6.- Construccinismo social

El construccionismo social es la corriente epistemológica que se dedica a analizar cómo la construcción perceptual requiere de la interacción con otro a través del lenguaje tejido entre las redes sociales. Es decir, al igual que el constructivismo, el construccionismo social niega la posibilidad de que exista una realidad objetiva, sin embargo, a diferencia del primero se considera que las ideas, los conceptos y las memorias surgen de la interacción social de varios individuos en una sociedad común y son mediados por el lenguaje. En los últimos años de la década de los 80's, el construccionismo social ha tenido gran interés, su principal defensor fue Kenneth J. Gergen (Maldonado, 1997).

De acuerdo a Gergen (1996), los supuestos del construccionismo social del conocimiento son:

a) Los términos mediante los cuales describimos el mundo y a nosotros mismos no están dictados por los objetos hipotéticos de tales descripciones. En otras palabras, no hay nada que diga que una palabra corresponda verdaderamente a un objeto.

b) Los términos y formas mediante los cuales obtenemos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambios históricos y culturalmente situados entre las personas. Es decir lo que aparentemente conocemos como verdadero y obvio se debe a convencionalidades sociales compartidas en un contexto particular y no necesariamente tiene que ser así para todos.

c) La medida en la cual una descripción dada del mundo ó de nosotros mismos se mantiene a través del tiempo no depende de la validez empírica de la descripción, sino de las actividades del proceso social. Esto quiere decir que los científicos pueden forjar ideas de “lo que debe ser” con una duración considerable a través del consenso con otros científicos.

d) El lenguaje es un subproducto de la interacción, su principal significado se deriva del modo en que está inmerso dentro de patrones de relación. El significado semántico siempre dependerá de la práctica social que de él se lleve a cabo.

e) Aprender las formas existentes de discurso es evaluar patrones de vida cultural; cada evaluación da voz a un enclave cultural dado, y compartir apreciaciones facilita la integración del todo. En otras palabras, si la evaluación es relevante para nuestras acciones, no hay un medio para que una teoría, por ejemplo, se evalúe a sí misma; sin embargo la evaluación de diversos constructos, permite cuestionar el impacto de ellas sobre las formas más amplias de la vida cultural, por lo que ello es un medio para que las fronteras relacionales entre campos de conocimiento se intercomunicuen ó entiendan y cooperen entre sí.

2.2.- Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y posmoderna

2.2.1.- Modelo estructural

2.2.1.1.- Antecedentes del modelo Estructural

La terapia estructural de familia fué desarrollada en la segunda mitad del siglo veinte, uno de sus principales representantes es Minuchin, quien en sus obras Familias y Terapia familiar (Minuchin, 1974) y Técnicas de terapia familiar (Minuchin y Fishman, 1991) retoma la idea de que el hombre sobrevive en grupos, lo cual es una cualidad inherentemente humana. Esto lo llevó a la conclusión de que la familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio y se le define como un sistema vivo y abierto, en proceso de cambio continuo y sometido a las demandas de cambio a su interior y exterior, intercambia información y energía, tiende a la conservación y a la evolución, y a lo largo del tiempo se adapta a las demandas de desarrollo que enfrenta.

La terapia estructural de familia es un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. En este sentido, la terapia intenta modificar la organización de la familia a través de una serie de técnicas que ayuden a que la misma familia genere cambios alternativos en su organización, de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique y el sistema en su totalidad pueda desarrollar sus tareas con más eficacia.

2.2.1.2.- Exponentes principales y sus aportaciones.

Los representantes de la Terapia Estructural son Minuchin, Fishman y Montalvo. Como bien se menciona, al primero se le reconoce como creador de los principios de este enfoque, por ello se describirán muy brevemente algunos datos de él.

Salvador Minuchin nació en 1921 en la República Argentina, en San Salvador, un pueblo rural de inmigrantes judíos rusos de la provincia de Entre Ríos. Se recibió de médico en la Universidad de Córdoba. Desde comienzos de los 50 se radicó en los Estados Unidos y allí comenzó a ejercer como psiquiatra trabajando con familias pobres, en barrios marginales y difíciles. En los 60 y 70 como partícipe inicial del desarrollo de la terapia familiar, se convirtió en un modelo con el cual los terapeutas comparaban su trabajo. Desde su temprano trabajo con delincuentes y sus familias en la escuela Wiltwyck para varones en Nueva York, en los años 60, hasta su larga administración en la Philadelphia Child Guidance Clinic ha sido uno de los terapeutas familiares más renombrados. De hecho, su trabajo en la escuela Wiltwick sentó las bases de la Terapia Estructural puesto que generó una teoría del análisis sociológico del impacto del contexto social sobre las familias pobres y adoptó el modelo de familia desarrollado por Talcott Parsons, entendiendo la estructura y distribución de las funciones típicas de la familias en relación a los fenómenos que observaba con los jóvenes de dicha institución. Su obra publicada es monumental: *Family of the slums*, *Familias y terapia familiar*, *Técnicas de terapia familiar*; *El arte de la terapia familiar*, *Calidoscopio Familiar*; *Enseñando Terapia Familiar: caminos de crecimiento y transformación*, *A four- step Model for assessing Couple and Families*, *Familia, institución y pobreza*, *La recuperación de la familia* y *La locura y las instituciones* (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Desatnik (2004) y Simón (1996) afirman que en 1975 dejó de ser director de la Philadelphia Child Guidance Clinic, en 1981 fundó en Nueva York el Centro Family Studies Inc. Y posteriormente fundó el Minuchin Center for the Family en la misma ciudad. Actualmente se mudó a Boston y se sigue dedicando a la realización de programas de atención terapéutica, de investigación y de entrenamiento a terapeutas.

2.2.1.3.- Principios básicos

Se parte de la premisa de que la familia sufre cambios paralelos a los de la sociedad y posee una capacidad asombrosa para adaptarse. Dichos cambios fluctúan dentro de límites homeostáticamente manejables, si estos son superados, pueden dar por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alternaciones o en algunos casos, la presentación de un síntoma. Es decir, los síntomas que las familias presentan pueden ser originados y mantenidos por la forma en la que ésta se estructura y organiza, por el modo de adaptarse ante las diversas etapas del ciclo vital y finalmente, por la respuesta ante las diversas fuentes de estrés.

De acuerdo a Minuchin (1974) la teoría de la terapia de familia se basa en el hecho de que a) el hombre es un miembro activo y reactivo de grupos sociales, es decir el sistema familiar está organizado sobre la base de apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros, b) las modificaciones en la estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema, c) los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema terapéutico que gobierna la conducta de sus miembros, d) al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en que se mueve, se modifica consecuentemente su experiencia subjetiva, y finalmente e) el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de ésta.

Para entender a la familia como sistema, Minuchin y Fishman (1991) retomaron el término holón, de Arthur Koestler, para referirse a aquellas entidades que incluyen recíprocamente sus partes y el todo, tal como la composición de la familia u holón familiar que se compone de distintos holones: individual, conyugal, parental y fraternal. El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones por medio de subsistemas u holones.

A lo largo del desarrollo de la familia, ésta se enfrenta a una serie de tareas de desarrollo que poseen raíces universales y se despliegan a lo largo de un *ciclo vital*:

Matrimonio: De la unión de dos *holones individuales*, se da lugar al *holón conyugal*, en el que los esposos deben acomodarse mutuamente en un gran número de pequeñas rutinas, la tarea esencial es separarse de la familia de origen y negociar una relación diferente como nueva unidad. La pareja debe tomar decisiones en función de las demandas del mundo externo que interfiere con su vida, perdiendo individualidad para ganar pertenencia. Tienen que ser modificadas las reglas que antes eran satisfactorias para cada individuo separadamente.

Familia con hijos pequeños: Por primera vez el *Holón parental* cuando nace el primer hijo, y la tarea esencial es enfrentar los requerimientos básicos del niño, en función de quien se renegocian las fronteras con la familia en su conjunto y con los elementos extra familiares. Con el nacimiento de los hijos subsecuentes, aparece el *Holón fraterno*, a partir del cual se quiebran las pautas estables constituidas por los padres en torno al primer hijo y se reorganizan. El Holón fraterno, constituye para un niño el primer grupo de iguales en que participa y cobrará significado cuando los hijos ingresen en grupos de iguales, pero fuera de la familia.

Familia con hijos en edad escolar o adolescente: Toda la familia debe elaborar nuevas pautas, como ayudar en las tareas escolares, las reglas para los hijos, etcétera. El crecimiento del niño va introduciendo elementos nuevos en el sistema familiar. Los nuevos límites entre progenitor e hijo tendrán que permitir el contacto al tiempo que dejan en libertad al hijo para reservarse ciertas experiencias. En la adolescencia, los padres tienen que renegociar la autonomía y el control.

La familia con hijos adultos: Los hijos abandonan la familia y reaparece la unidad inicial de marido y mujer. Se le llama “nido vacío”, es un periodo de pérdida, pero también puede ser de notable desarrollo como pareja.

Es imposible encuadrar la vasta variedad de las familias dentro de un marco estático y determinista; sin embargo hay elementos comunes que permiten agruparlas en: Pas de deux (conformada por dos personas muy unidas), de tres generaciones, con soporte (un miembro apoya en tareas relevantes), del acordeón (uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados y regresa), cambiante (inestabilidad de domicilio, pareja, etc.), con padrastro o madrastra, con fantasma (la ausencia de alguien afecta la reorganización de la familia), descontrolada (Uno de sus miembros muestra síntomas en el área de control) y psicósomática (uno de los miembros tiene dichos síntomas).

La *estructura familiar* se define como el conjunto invisible de demandas funcionales que rigen el funcionamiento familiar y organizan los modos en que interactúan recíprocamente los miembros de la familia. Debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. Dentro de la estructura familiar se pueden distinguir un elemento esencial, los límites. Estos son las reglas que definen quiénes participan y de qué manera, su función es proteger la diferenciación del sistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, por lo cual estos son un buen parámetro de evaluación de funcionamiento familiar. En general, en cuanto a su estilo transaccional los límites son designados como *desligados* o inadecuadamente rígidos si se requiere de un alto nivel de stress individual para apenas activar los sistemas de apoyo de la familia; se habla de *límites claros* o *de espectro normal*, cuando hay un punto medio y flexible entre desligados y aglutinados, según se requiera; por último, se habla de *límites aglutinados* o *difusos* si el más mínimo stress de un miembro repercute intensamente a todos los demás subsistemas.

Umbarger (1983) ha sugerido que a parte de los límites, existen otros elementos relevantes de la estructura familiar:

- Jerarquía, que se refiere a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, marcando subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro.
- Alianzas: Afinidad positiva entre dos unidades de un sistema.
- Coaliciones: Cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema. Se caracteriza por dos generaciones diferentes en oposición a un tercero.
- Triángulos: Es la unidad de dos que se estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia a un tercero.

El *stress* sobre el sistema familiar puede originarse en cuatro fuentes: a) Contacto estresante de un miembro con fuerza extra familiares, b) Contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extra familiares, c) Stress en los momentos transicionales de la familia y c) Stress referente a problemas de idiosincrasia.

Para generar un *diagnóstico estructural*, el terapeuta se concentra en seis áreas fundamentales:

- a) Estructura de la familia, sus pautas transaccionales preferidas y las alternativas disponibles.
- b) La flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como lo revela la modificación de alianzas y coaliciones del sistema en respuesta a los subsistemas cambiantes
- c) Resonancia del sistema, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros.
- d) Contexto de vida de la familia, analizando las fuentes de apoyo y stress en la ecología de la familia
- e) Estadío de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas al estadio.
- f) Explorar las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizadas para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

Un diagnóstico estructural puede verse reflejado en un mapa familiar, esquema organizativo de la familia o familiograma.

2.2.1.4.- Técnicas y/o estrategias

Minuchin y Fishman (1991) afirman que para lograr un cambio en la familia, el terapeuta lo hace a través de un proceso de asociación y reestructuración, sacando a la luz y evalúa la estructura familiar, buscando áreas de posible flexibilidad y creando circunstancias que permitan la transformación de esta estructura.

El objetivo del proceso de asociación del terapeuta con la familia es que éste observe la estructura familiar, subrayando los aspectos de su personalidad y experiencia que son sintónicos con los de la familia, conservando al mismo tiempo la libertad de ser espontáneo en sus indagaciones experimentales. El proceso de asociación del terapeuta con la familia implica la unión y acomodación (coparticipación) de éste en una posición de liderazgo, oyendo lo que los miembros del sistema le dicen, observando el modo en que se relacionan, respondiendo a los acontecimientos que se producen en la sesión, planteando interrogantes, señalando los límites y pautas transaccionales y elaborando hipótesis acerca de cuáles son las pautas operativas.

El objetivo de la reestructuración es esencialmente reorganizar a la familia por medio del cuestionamiento de todos los elementos que interactúan en su organización. Las técnicas que se utilizan para lograrlo se agrupan en a) Cuestionamiento del síntoma, b) Cuestionamiento de la Estructura y b) Cuestionamiento de la realidad.

a) *Cuestionamiento del síntoma o reencuadre*: Se modifica de manera más amplia la concepción que la familia tiene del problema que los lleva a terapia, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta distintas. Las técnicas que se utilizan son: *escenificación, enfoque y logro de intensidad*

b) *Cuestionamiento de la estructura o reestructuración*: Se aumenta ó disminuye la proximidad entre los miembros de holones significativos para generar diferentes modos de pensar, sentir, actuar entre ellos. Se parte de la idea de que los sectores disfuncionales a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa. Las técnicas que se utilizan son: *fijación de fronteras, desequilibramiento y enseñanza de complementariedad*.

c) *Construcción de la realidad o Consolidación*: Se cuestiona la realidad familiar estereotipada y los constructos que para ello ésta ha construido para elaborar nuevas modalidades de interacción. Las técnicas que se utilizan son: *Constructos Cognitivos, Intervenciones paradójicas y Insistencia en lados fuertes*

2.2.1.5.- Consideraciones y reflexiones generales

Desatnik (2004) afirma que la aplicación de este tipo de Terapia es muy vasto y ha contribuido a diversas comunidades científicas. Su campo de aplicación, desde un inicio, trascendió los escenarios terapéuticos y pasó a los campos de acción comunitarios institucionales, sistemas de salud, legales, entre otros.

En una entrevista realizada por Simon (1996), Minuchin se muestra crítico respecto a la Terapia Estructural, pero al mismo tiempo convencido y seguro de los postulados y aportaciones que este enfoque ha tenido. En este sentido, reconoce las bondades y beneficios de algunos elementos de la terapia breve y Narrativa, acepta que algunas veces sus intervenciones estuvieron sesgadas por cuestiones de género e integra este elemento a la práctica terapéutica estructural, acepta que actualmente se basa más en el diálogo con la familia que en la directividad, sin transgredir los postulados iniciales de la Terapia Estructural.

Actualmente Minuchin enfatiza las problemáticas y situaciones individuales de los miembros de la familia sin descuidar los postulados de la Terapia Estructural (O. Desatnik, comunicación personal, 12 de mayo de 2007).

2.2.2.- Modelo Estratégico

2.2.2.1.- Antecedentes

Jay Haley y Cloé Madanés desarrollaron los principios de la Terapia Estratégica. Haley fue el primero en acuñar el término “estratégica” para describir cualquier terapia en la que un clínico activamente diseña estrategias para el problema de una familia. Basándose en su actividad como terapeuta, animada y supervisada por Don Jackson y Milton Erickson, Haley llega a la conclusión de que las

relaciones humanas pueden implicar esfuerzos confusos por establecer quién dicta las reglas, incluso los síntomas psiquiátricos son maniobras de poder entre terapeuta y paciente. El terapeuta, por su parte, debe lograr a su vez resolver esas aparentes luchas de poder, venciendo y manteniendo por todos los medios su propia posición jerárquica. En síntesis, el síntoma es una modalidad comunicativa confusa, pero útil, para controlar a los otros y establecer una serie de reglas que definen una estructura de poder, una jerarquía (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Este momento es propicio para mencionar brevemente el trabajo de Erickson (1901-1980), puesto que como ya se mencionó fué una de las influencias importantes para el desarrollo de este modelo estratégico y de otros que le siguieron, tal como el Enfoque basado en Problemas y El enfoque basado en Soluciones. El desarrollo de las técnicas utilizadas por Erickson puede remitirse a sus vivencias personales y la forma en que enfrentó su enfermedad –poliomielitis, daltonismo y sordera tonal-. Gracias a esto, desarrolló la habilidad de observar sus propios movimientos, el lenguaje verbal y no verbal de los demás, así como las relaciones entre las personas y sus comportamientos. Estudió psiquiatría y Psicología y se especializó en hipnosis médica. En los años 30, Margaret Mead lo buscó por ser un experto que le explicara las convergencias entre los trances de los balineses y los trances hipnóticos. En los años cincuenta, participó en una de las conferencias Macy y le confiaron la redacción del artículo sobre la hipnosis para la Encyclopedia Britannica. En 1953, Jay Haley y John Weakland comenzaron sus visitas semanales a Phoenix, dentro de su investigación sobre las paradojas en la comunicación. Haley fue el primer gran difusor de las técnicas brillantes de Erickson (Instituto Milton H. Erickson, 2008).

La idea de que lo fundamental de su modelo terapéutico era el cambio en la otra persona a través de la relación interpersonal y la hipnosis. Si bien utilizaba hipnosis y técnicas que ahora se pueden interpretar como conductuales, mucho antes de que se descubriesen las terapias del aprendizaje, su forma de dar terapia no responde a escuela clínica alguna. Se basó en la novedad, la creatividad, la comprensión del otro y, sobre todo, la importancia del cambio (Zeig, 1985, Haley, 1980, Montoya, 2004 y Pacheco, 1996).

A partir de las fuentes anteriores, se pueden resumir los pilares de la estrategia terapéutica ericksoniana en los siguientes puntos:

- No tener ideas preconcebidas sobre el paciente ni clasificarlo
- Pretender un cambio progresivo que inicia con un pequeño cambio
- Establecer el contacto con el paciente en su propio terreno para comprender sus particularidades.
- Crear situaciones en las que las personas puedan darse cuenta de su propia capacidad para modificar su manera de pensar: y relacionarse, teniendo un papel activo en dicho proceso.
- Utilización de todos aquellos elementos que el paciente llevaba a terapia y resaltar el lado positivo de los pacientes, sus fortalezas y recursos
- Centrarse en el presente y el futuro

2.2.2.2.- Exponentes Principales y aportaciones

Las ideas de Haley, en términos de la Terapia Estratégica, aparecen publicadas en 1963 en la obra Estrategias en psicoterapia. Entretanto, abandonó su consulta y entra en el Mental Research Institute como investigador y fue nombrado director de la Revista Family Process. Los libros que publicó en este periodo fueron homenajes a otros terapeutas, los títulos fueron: Advanced Techniques of Hipnosis and Therapy, Técnicas de Terapia Familiar con Lynn Hoffman y Changing Families. En 1967 su carrera sufrió un giro decisivo y recibió una propuesta de Minuchin para recomenzar en la reestructuración de la Philadelphia Child Guidance Clinic. En 1973 llega el punto cumbre de su carrera y publica el libro Terapia No convencional donde hace un homenaje a las técnicas de Erickson, pero al mismo tiempo define la Terapia Estratégica. Dos años más tarde se casa con Cloé Madanés, con quien sintetizó sus ideas respecto a la terapia Estratégica. Se mudó a Washington, donde finalmente crea su propio instituto de Terapia Familiar. Madanés fue nombrada codirectora de este nuevo Instituto junto con Haley, a parte de reformular la postura de su esposo y coincidir con él en algunos puntos, logró consolidar su carrera con la obra Behind the One-Way Mirror consolidó su reputación como terapeuta y docente. Debe su fama a su estilo terapéutico activo, creativo, ligero, cándido y lúdico (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Los mismos autores señalan que Haley consolidó la Terapia Estratégica a través de los siguientes libros: Terapia No convencional en 1973, Terapia para Resolver Problemas en 1976, Leaving Home en 1982, Terapia de Ordalía en 1984, Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar en 1985, Aprender y Enseñar Terapia en 1997 y El arte de la terapia Estratégica en 2006.

2.2.2.3.- Principios básicos

Haley concebía los síntomas como una serie -secuencias- de actos entre varias personas que a modo adaptativo implican metáforas de los esfuerzos de la familia por esclarecer las posiciones y relaciones jerárquicas a lo largo de su *ciclo vital*. Dichas conductas se pueden manifestar en alianzas intergeneracionales para detentar un *poder jerárquico incongruente* ante otros miembros de la familia, lo cual genera niveles conflictivos de comunicación en un *contexto social* particular (Ochoa, 1995).

Esta perspectiva parte de la idea de que un síntoma no se presenta por sí solo, ya que implica la interacción y relación entre varias personas. Asimismo, se supone que desde el momento en el que el paciente acude al terapeuta, éste también forma parte del entramado social del paciente e influye en su queja. En función de lo anterior, el terapeuta siempre ha de estar pendiente del *contexto social* en el que ocurren los síntomas y partir de ahí para generar estrategias en beneficio de la familia (Haley, 1984).

Asimismo, se parte de la idea de que los síntomas aparecen cuando el *ciclo vital* de una familia se disloca o irrumpe; de hecho los síntomas son una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa de dicho ciclo. La actividad del clínico ha de ser la resolución de dichos problemas para que el ciclo vuelva a ponerse en movimiento (Haley, 1980). El ciclo vital propuesto por este autor es:

- Galanteo
- Matrimonio y primeros años
- Nacimiento de los hijos y trato con ellos
- Periodo intermedio del matrimonio
- Destete de los padres
- Retiro de la vida activa y vejez

El término *poder jerárquico incongruente* se refiere a triángulos, es decir, de una estructura patológica, más que nada confusa, que adopta una relación entre tres personas, en la cual dos de ellas con diferentes niveles jerárquicos constituyen una coalición contra la tercera. Esta alianza adopta normalmente la forma de una trasgresión de las fronteras generacionales y su objetivo es conseguir un orden jerárquico mayor a través del encubrimiento o desactivación de un conflicto entre la diada inicial (Haley, 1984).

De acuerdo al mismo autor, el inicio de la terapia es una entrevista con el terapeuta y puede incluir los siguientes momentos:

- Fase social: Se conoce y saluda a la familia, observando el estado de ánimo y relaciones entre sus miembros, identificando quiénes quieren aliarse con él y absteniéndose de comunicar cualquier información al respecto, puesto que ésta es considerada provisional.
- Fase de Planteamiento del Problema: Implica respetar la jerarquía de la familia, preguntar el motivo de la solicitud de terapia, conocer lo que piensa cada miembro de la familia y observarles, absteniéndose de dar consejos.
- Fase de Interacción: Se realiza por medio de dos subfases, la primera, que consiste en recabar la opinión de todos los presentes, lo que obliga al terapeuta a manejar directamente la conversación y generar una hipótesis inicial en torno a la función del síntoma; mientras que la segunda subfase implica el establecimiento de cómo están delineadas las jerarquías dentro de la familia a través de la promoción del diálogo y debate entre los miembros de la familia acerca del problema, evitando ser el centro de la conversación y observando las interacciones de todos los integrantes.
- Fase de Establecimiento de metas: Se trata de la formulación clara de los cambios que la familia y el terapeuta quieren alcanzar mediante la terapia. Esto se hace a través del establecimiento de un contrato en términos de objetivos claros, concisos, resolubles y observables. Cabe acotar que a lo largo de la terapia la familia puede presentar otros problemas, los cuales también deberán ser atendidos.

2.2.2.4.- Técnicas y/estrategias

La finalidad de la terapia es generar una organización familiar en la que se establezcan jerarquías congruentes en el contexto social de la familia, introduciendo una mayor complejidad en la vida de la gente, quebrando los ciclos repetitivos de conducta y generando nuevas alternativas (Haley, 1985).

Haley (1980) afirma que los clínicos diseñan las estrategias para ayudar a resolver los problemas de las familias a través de las siguientes tareas:

- a) Identificar problemas solubles
- b) Fijar metas
- c) Diseñar e implementar intervenciones para alcanzar metas
- d) Examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque
- e) Evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.

Específicamente en el tercer inciso, diseño e implementación de intervenciones para alcanzar metas planteadas, Haley propone las siguientes estrategias en el caso de que el problema incluya dos generaciones: Utilizar la persona periférica, romper la coalición padre o madre-hijo mediante una tarea y unir a los padres para que ayuden a su hijo a superar un problema. En este sentido, Madanés (1984) propone tres estrategias: El padre o madre debe pedir al niño que tenga el síntoma o problema, el padre o madre pide al niño que simule o imagine tener el síntoma y el padre o madre pide al niño que simule ayudarlo.

En cuanto a las técnicas específicas bajo este enfoque, Bertrando y Toffanetti, (2000) afirman que se pueden resumir en: Connotaciones positivas y redefiniciones, Directivas directas e indirectas, tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación, ordalías y metáforas.

De acuerdo a Haley (1984), la redefinición del problema es la reformulación que hace el terapeuta de un problema irresoluble en términos resolubles. La connotación positiva implica el cambio de una perspectiva negativa a positiva, que propicia el terapeuta en relación a un problema. En este sentido, se le hace saber a las personas que la respuesta inadecuada que dan ante los problemas puede considerarse adecuada o en términos positivos.

Las Directivas son todas aquellas acciones que implican un mensaje para que otra persona haga algo. Se pueden dividir en directas e indirectas. Las directivas indirectas conforman las tareas paradójicas e implica el envío de un mensaje incongruente, por ejemplo la solicitud de que se ejecute a propósito parte de la interacción problemática o que no se cambie, para poder generar un cambio en la queja de la familia. Es decir, se promueve el cambio y no cambio al mismo tiempo, con el que se espera que la familia muestre resistencia y cambie. Por su parte, las directivas directas implican la petición de que la familia deje de hacer lo que venía haciendo o que se haga algo diferente.

Las tareas basadas en la simulación se refieren a aquellas directivas en las que se pide a la familia que se actúe o finja el problema en sesión, en vez de experimentarlos interiormente, con la finalidad de que se alejen los conflictos del nivel físico y se les lleve a un plano más abstracto, mental y relacional (Madanés, 1993 en Galicia, 2004).

Haley (1986) retomó de Erickson un procedimiento llamado “*Ordalía*”, que implicaba dar al paciente directivas más severas que el problema presentado con el objetivo de generar un cambio en el síntoma y consecuentemente en las relaciones de las personas y las familias. Las características de las ordalías son: Sus resultados benefician a las personas y son algo que las personas pueden hacer –aunque sea en términos de un sacrificio-. Hay diferentes tipos de ordalías: Tareas directas, ordalías paradójicas, el terapeuta como ordalía y ordalías para dos o más personas. Las etapas que comprende una ordalía son: Definición clara del problema, Compromiso de las personas para superar el problema, selección de la ordalía, Impartición de la directiva acompañada de una explicación lógica, Continuación de una ordalía hasta la resolución del problema e Inserción de la ordalía en el contexto social.

Así como las familias presentan los síntomas como metáforas de sus problemas, éstas pueden servir al terapeuta como un motor para cambiar tales problemas. Las metáforas están basadas en las ideas de Gregory Bateson y los estudios de comunicación en familias esquizofrénicas. Se les define como aquellas directivas en las que el terapeuta busca los significados de lo que la familia quiere comunicar y promueve cambios en la forma en la que la que el sistema familiar se relaciona a través de intervenciones no explícitas y de bastante carga emocional. Las metáforas se caracterizan por impedir que los participantes tomen conciencia explícita de la metáfora y por el hecho de que el terapeuta la dirige con la intención de cambio, pero de modo sutil. Esto plantea cuestiones éticas puesto que el cambio se prepara sin que la persona sea consciente de ello (Haley, 1997).

2.2.2.5.- Consideraciones y reflexiones generales

La terapia estratégica dejó una profunda impronta, y a través de la publicación de otros autores, se volvió evidente la aplicación de este enfoque en casos de adicciones y abuso de drogas (Bertrando y Toffanetti, 2000). En resumen, se puede afirmar que la Terapia Estratégica es *jerárquica, normativa, directiva y basada en la forma* de los síntomas.

Se afirma que se basa más en la forma de los síntomas porque estos son considerados signos de un desequilibrio de la estructura familiar, en el que los confines generacionales normales y las jerarquías son superadas por alianzas transgeneracionales de poder. Se dice que es jerárquica porque se concibe la estructura de la familia y la relación paciente-terapeuta como una jerarquía en el que las personas utilizan estrategias y tácticas para mantener el poder de definir la relación con el otro. Asimismo, se considera normativa porque considera la existencia de una estructura jerárquica “correcta” que no produce patología

(Bertrando y Toffanetti, 2000). Por último, se puede decir que es directiva porque las intervenciones que se hacen suelen tomar forma de directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar dentro y fuera de la entrevista. Estas directivas están destinadas a modificar la manera en que las personas se relacionan entre sí y con el terapeuta (Haley, 1997; Avilés, 2006, p.35).

Respecto al desarrollo y estado actual de la terapia estratégica, Galicia (2004) afirma que su influencia se nota en diversas propuestas de terapia breve; sin embargo, no hay seguidores que hayan continuado sus ideas básicas. Bertrando y Toffanetti (2000) reconocen la utilidad de sus propuestas en cuanto al entramado social, directividad y jerarquía, aplicando sus principios en los casos de familias con miembros esquizofrénicos, delincuentes y personas con problemas de drogadicción en terapias en el ámbito institucional y otros. Haley falleció a los 84 años el 13 de Febrero de 2007 en Estados Unidos, siendo reconocido como uno de los pioneros de la Terapia Familiar, gran maestro y supervisor (Wooley, 2007).

2.2.3.- Modelo de Terapia Breve centrada en Problemas

2.2.3.1.- Antecedentes

Los desarrolladores de la Terapia Breve Centrada en Problemas -TBCP- fueron John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch en el Mental Research Institute -MRI- de Palo Alto, California. Los antecedentes sobre los que se sentaron las bases de este tipo de terapia fueron las ideas de Milton H. Erickson y Gregory Bateson (Espinosa, 2004).

De acuerdo a Fisch, Weakland y Segal (1984), hasta ese momento no se había concedido atención explícita a los diversos medios que el terapeuta podía utilizar para propulsar el cambio, así como las directrices sobre las que éste tendría que concentrar su influjo. Es por eso, que ellos comenzaron a buscar indicadores de cambio, ante lo que se encontraron que este se promovía con maneras inusuales de intervención. Espinosa (2004) señala que este descubrimiento sería la fundamental para el desarrollo del Modelo de Terapia Breve basada en problemas, cuya consolidación se dio en el Centro de Terapia Breve que comenzó a funcionar en 1967 en U.S.A. y cuyo objetivo fue comprobar qué podía conseguirse durante un periodo de tiempo estrictamente limitado –un máximo de 10 sesiones de una hora- concentrando la atención en el principal desarreglo actual, buscando cuál era el mínimo cambio necesario para solucionar el problema, utilizando las técnicas de distintos personajes como Milton Erickson, Don Jackson y Jay Haley.

2.2.3.2.- Exponentes Principales y aportaciones

El Mental Research Institute –MRI- nació de la iniciativa de Don Jackson, alrededor del año 1959 en la ciudad de Palo Alto, California, como resultado del intercambio de las investigaciones con el grupo dirigido por Gregory Bateson, teniendo como una de sus finalidades, realizar investigación sobre esquizofrenia (Hoffman, 2005). A continuación se mencionarán algunos datos de Jackson,

Watzlawick y Weakland en función de la información encontrada y sus aportaciones.

Jackson rechazó los conceptos psicoanalíticos con los que fue formado en un primer momento, y en su lugar, se basó en las ideas de Bateson respecto a la comunicación y la conducta humana. Además de que acuñó y definió formalmente el término *homeostasis*, se le reconoce como el clínico que procuraba respetar estrictamente los postulados de la cibernética y del constructivismo en la práctica terapéutica. En este sentido, proponía que el énfasis de las preguntas y las tareas se realizaran siempre en función de la relación entre los miembros de la familia. En el campo de la Terapia Familiar y enfoques breves se le reconoce como fundador principal de la Teoría Interaccional y la Terapia de Familia Conjunta. Fue un escritor prolífico de diversos artículos y capítulos de libros; sin embargo sus obras que en coautoría se consideran que las más clásicas son *Mirages of Marriage* y *Pragmática de la Comunicación Humana*. Además, cofundó con Nathan Ackerman y Jay Haley la revista *Family Process* (MRI, 2008).

Por su parte, pocos años después de su llegada a Estados Unidos, Paul Watzlawick se integró al Mental Research Institute donde trabajó con Bateson y Don Jackson y se destacó por ser un Teórico sobresaliente. Sus bases fueron el constructivismo sistémico y sus principales aportaciones fueron el análisis de los procesos psicológicos de la comunicación a través de axiomas y de la realidad humana. En cuanto a la realidad, Watzlawick propuso una visión dicotómica, ya que distingue entre realidades de primer rango, descritas por la objetividad de su estado físico, y de segundo orden, en las que interviene la subjetividad compleja del significado que les atribuimos. No hay, pues, una 'realidad real', sino representaciones de la realidad, es decir para él la realidad es fruto de la convención interpersonal y social, de los atributos que se asignan en un momento y lugar a las diferentes partes de esa 'experiencia' de realidad (Infoamerica, 2008). A parte de los libros *Teoría de la Comunicación Humana* (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1995) , *Cambio*, (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976) y *El Lenguaje del cambio* (Watzlawick, 1986), las obras más representativas de Watzlawick como compilador y coautor fueron: *¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación, La realidad inventada. ¿Cómo sabemos lo que queremos saber?* y *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Hace relativamente poco tiempo Watzlawick, el 31 de marzo de 2007, falleció en Palo Alto (MRI, 2008).

John Weakland murió de 76 años el 8 de julio de 1995 y se le considera un pionero del campo de la Terapia Familiar. Nació y residió en Estados Unidos, donde estudió ingeniería química, para después dirigir su interés al área de antropología, donde coincidió con Margaret Mead. Él fue la primer persona a quien Bateson invitó para trabajar en su proyecto, también fue de los primeros estudiantes e investigadores del trabajo de Erickson. Se unió al MRI a inicios de 1960, y después cofundó el Centro de Terapias Breves con los autores ya mencionados (Scienczpostmoderne, 2008).

2.2.3.3.- Principios básicos.

En este modelo, el objetivo es influir sobre el cliente de modo que su dolencia original se solucione a satisfacción de éste (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

De acuerdo a Watzlawick, Weakland y Fisch (1976) es importante detenerse en la definición de cambio que se tiene desde esta perspectiva, ya que se le concibe como un elemento que se introduce desde el exterior de un sistema y lo cambia en su totalidad –incluyendo las premisas que lo rigen-, es decir supone el cambio de un estado a otro completamente distinto. Posee siempre la índole de una discontinuidad o de un salto lógico, por lo que sus manifestaciones en apariencia pudieran parecer ilógicas o paradójicas. Los mismos autores afirman que el surgimiento de un problema o conducta problemática se genera por la forma en la que los pacientes o los demás a su alrededor realizan o dejan de hacer cosas para modificar dicha conducta sin tener éxito. Es decir, las soluciones ensayadas por la gente para rectificar un problema son las que ayudan al mantenimiento o exacerbación del problema. En este sentido se diferencia una dificultad de un problema, la primera es un único acontecimiento con consecuencias desafortunadas; mientras que un problema es una dificultad cuyo intento de solución infructuoso se prolonga en el tiempo y se halla conservado mediante los esfuerzos reiterados del sistema de interacción del individuo que manifiesta el problema, generando pautas de interacción repetitivas dentro del sistema.

En síntesis, si la aparición y mantenimiento de los problemas son considerados como partes de un proceso que sigue un círculo vicioso en el que las soluciones otorgan continuidad al problema, la alteración de tales situaciones son el camino para iniciar la solución del problema.

Espinosa (2004) afirma que desde este enfoque se ve a la familia como un sistema evolutivo que pasa por crisis o dificultades.

Desde esta perspectiva, es importante precisar la definición de cliente y paciente. Fisch, Weakland y Segal (1984), afirman que un *cliente* es un individuo que está buscando activamente la ayuda de un terapeuta y generalmente es quien solicita ayuda; mientras que el *paciente* es aquel que el cliente define como persona desviada o perturbada, trátase de él mismo o de otra persona. Cabe mencionar que un cliente puede ser al mismo paciente; aunque siempre ha de tomarse como marco de referencia al cliente para fijar las metas de cambio y ha de procurarse siempre el respeto y no etiquetamiento del paciente.

2.2.3.4.- Técnicas y/o estrategias

El objetivo de este tipo de terapia es proporcionar otras formas de ver la realidad y redefinirla junto con el sistema familiar, de modo que las premisas que lo rigen respecto a lo que se reporta como problema se modifiquen y den pie a otros cambios. A lo largo del desarrollo de las entrevistas con las familias, Fisch,

Weakland y Segal (1984) afirman que las técnicas a utilizar se pueden dividir en intervenciones generales y principales.

Antes de definir las intervenciones, es importante mencionar que la entrevista inicial ha de dirigirse hacia la formulación de un problema, intentos de solución y definición de objetivos mínimos de cambio.

Las intervenciones principales son aquellas que se indican cuando hay datos suficientes de que alguna de las cinco soluciones intentadas perpetúa el problema. Bajo este enfoque se prescriben intervenciones en antítesis a las 5 soluciones intentadas, tales como se muestra a continuación:

Intentos de solución	Estrategias	Técnicas
Forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente.	Invertir el intento de solución del paciente, al mismo tiempo que se le enseña a que lleve a cabo otra conducta que excluya a aquella que se desea eliminar.	-Explicar al paciente que es importante provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico. -Explicar al paciente que necesita entrenarse para lograr un control definitivo de la conducta sintomática, por lo que el paso inicial es provocar el síntoma y pedirle que determine cuándo tiene que aparecer y cuánto tiempo ha de permanecer.
Dominar un acontecimiento temido aplazándolo.	Exponer al paciente a la tarea (problema), al tiempo que se exige una ausencia de dominio o dominio incompleto de ella.	
Llegar a acuerdos mediante coacción.	Hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad o debilidad. O propiciar que el cliente se vuelva imprevisible en sus exigencias a través de una táctica llamada "sabotaje benévolo".	-Hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad o debilidad. El cliente necesita una explicación reestructurada que le permita aprender a efectuar solicitudes cómodamente en un estilo no autoritario. En estos casos, la intervención comienza cuando el terapeuta pide solamente ver a la parte que solicita la ayuda (generalmente la parte que se cree con el derecho de exigir obediencia) y no comunicarle el efecto que provocan sobre la contraparte. -Propiciar que el cliente se vuelva imprevisible en sus exigencias a través de una táctica llamada "sabotaje benévolo", en la que se le indica al cliente que tiene un medio mas poderosos que conseguir docilidad al cual nunca han apelado: la

impredictibilidad, además de usar consecuencias reales. Dichas consecuencias deben producirse de una manera accidental, y habrá que disculparse por ellas.

Conseguir sumisión a través de la libre aceptación.	Lograr que la persona que solicita algo, lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario	Lograr que la persona que solicita algo, lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario. Este tipo de clientes se encuentran motivados por el deseo de sentirse benévolos, por lo que el terapeuta puede utilizar esta postura para redefinir la benevolencia en términos de señalar como beneficios aquello que el cliente considera como destructivo: las solicitudes directas
Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa	Propiciar que una de las partes acusado/acusador abandone su papel repetitivo	-Al defensor se le cita solo y se le invita a que acepte las acusaciones, sobre todo si tal aceptación se lleva en un grado obviamente absurdo y es respaldado por el terapeuta, en caso de que esto fuese necesario por requerimiento de la parte acusadora. -Mediante una intervención llamada "interferencia" se reduce el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión, introduciendo la incertidumbre en la interacción.

Cabe mencionar que las estrategias señaladas anteriormente siempre ha de llevarse a cabo ajustándose el lenguaje del cliente, sus motivaciones y visión del mundo, usando el lenguaje condicional, procurando que los clientes y pacientes sean concretos y vendiéndoles la idea de que es importante realizar las tareas y sugerencias.

Las intervenciones generales son aquellas que se pueden usar en cualquier momento de la terapia y son:

- Decir a la persona y/o la familia que no debe apresurarse.

Se le dice al paciente que no se apresure en la solución del problema, se le dice que no haga nada concreto y se le dan razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa, ya que "el cambio aunque sea para mejorar, requiere de adaptación". Este tipo de mandato ha de darse en la primera sesión a clientes que tienden a esforzarse demasiado como una solución ensayada, hacer presión sobre el terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa en tanto que ellos

se limitan a ser pasivos y no colaboran; inclusive ésta táctica es aplicable cuando hay clientes que después de haberse sometido a una intervención concreta, han vuelto a la siguiente entrevista informando una mejora específica y deseada

- Cuestionar los peligros de una mejoría.

Se puede considerar una ampliación o variante de la intervención de “no apresurarse”, donde se sugiere a los pacientes los peligros de una mejoría, aunque tiene objetivos diferentes y se aplica a determinadas clases de resistencia del paciente. Se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema y se le expone algún posible inconveniente razonable y próximo en caso de haber mejoría. Se puede utilizar este procedimiento para aumentar la motivación y presionar al paciente para que haga nuevos encargos, después de no haber cumplido uno que antes se le había formulado.

- Hacer un cambio de dirección.

Es la estrategia en la que el terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. Suele requerirse cuando el terapeuta comienza discutir con el cliente y no se da cuenta o cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero que más tarde se muestra como no productivo. Hay dos modalidades en que se puede llevar a cabo esta táctica:

- Discutir sobre cómo empeorar el problema.

Muchas veces se utiliza esta técnica para causar un mayor impacto que derive hacia el cambio, ofreciendo una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren y el cliente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones, subrayándose el hecho de cómo el cliente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema. Se suele utilizar esta técnica cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias, es ambiguo o se quiere reforzar el progreso obtenido en terapia.

2.2.3.5.- Consideraciones y reflexiones generales

Ceberio, Serebrinsky y Schlanger (2001) reportan que actualmente en el MRI se han dedicado muchos esfuerzos a revitalizar y profundizar las ideas germinales acerca de la comunicación y de la terapia, difundiéndolas alrededor del mundo.

Por otro lado, en el presente se le reconoce a Jackson como el principal fundador de lo que se llama Teoría Interaccional y Terapia Familiar Conjunta. La Teoría Interaccional enfatiza lo que pasa en el presente en la gente como un primer dato relevante para entender la conducta humana, así como se pone especial atención en el contexto y la relación. La terapia Familiar Conjunta es un término acuñado

por Jackson para caracterizar a la terapia en donde dos o mas personas son vitalmente importantes una para la otra y son vistas simultáneamente en psicoterapia (MRI, 2008).

En resumen, se puede sintetizar el enfoque de terapia breve enfocado en problemas en los siguientes puntos, tal como lo hace Espinosa (2004):

- a) Considerar que una conducta llamada problemática se ve mantenida por otras conductas e interacciones sociales presentes o actuales, es decir, no se buscan causas históricas.
- b) Enfocarse en la forma en la que las personas interactúan y no en buscar patologías individuales
- c) Tener como meta del tratamiento el objetivo de cambio del paciente e ignorar las ideas que promueven un estándar de lo que es normal o funcional.
- d) Se demuestra que hay otras de ver la realidad, mas no se intenta conocerla más o clarificarla.
- e) Se acepta todo aquello que el paciente trae a terapia u ofrece en ella.
- f) Se considera que los problemas se dan por intentos infructuosos de solución de las dificultades cotidianas o por una adaptación inflexible en la transición del ciclo vital familiar.
- g) Se trabaja con un solo problema por tratamiento y se suponen esperan cambios colaterales cuando se soluciona un problema porque se parte de la idea de que un pequeño cambio produce otros.
- h) El tiempo habitual en el que se desarrolla la terapia es de 10 sesiones por problema aproximadamente.

Este enfoque ha sido criticado mucho por su pragmatismo y consecuente frialdad; sin embargo, puede ser que quienes se dedican a criticar estos puntos, desconozcan en su totalidad el modelo. Si bien es innegable lo estratégico de este enfoque, ha de considerarse que las emociones se incluyen indefectiblemente en el trabajo terapéutico (Ceberio, Serebrinsky y Schlanger, 2001).

Es innegable el impacto y eficacia de la Terapia Breve enfocada en Problemas, así como la bondad que tiene este enfoque para ajustarse a diversas e innumerables problemáticas, tales como problemas de conducta, abuso de sustancias en adolescentes etc. Prueba de lo anterior son los trabajos realizados por Rodríguez-Arias, Otero, Venero, Ciordia y Vázquez (2004), Santisteban, Suárez-Morales, Robbins y Szapocznik (2006).

Por último, es importante mencionar que la Terapia Breve enfocada en Problemas fue en su momento, y posiblemente aún lo siga siendo en cierta medida, una respuesta eficaz ante los sistemas de salud privados y públicos que requieren la atención de los problemas de salud mental de una población en un tiempo relativamente corto, como en Estados Unidos cuando surgió este enfoque.

2.2.4.- Modelo de Terapia Breve centrada en Soluciones

2.2.4.1.- Antecedentes

Espinosa (2004) afirma que este enfoque se *centra en los recursos*, competencias, fuerzas y capacidades de los clientes, así como el camino para llegar a ellas, más que en déficits y patologías. Aparece como un modelo diferente en la década de los 80's en el Brief Therapy Family Center (BFTC) de Milwaukee, Wisconsin, EUA y surge a partir de la preocupación del tiempo tan amplio que tomaba el psicoanálisis para terminar con éxito la terapia. A lo largo del desarrollo de este enfoque, las contribuciones más importantes las hicieron Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute -MRI- y del Brief Therapy Family Center.

El grupo del Brief Therapy Family Center -BFTC- incluyó inicialmente como sus colaboradores más cercanos a: Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berg. Se incorporaron después: Wally Gingerich, John Walter y Michele Weiner-Davis; Steve de Shazer y William O'Hanlon se distinguieron especialmente por los métodos desarrollados.

2.2.4.2.- Exponentes Principales y aportaciones

De acuerdo a O'Hanlon y Davis-Weiner (1993), Erickson aportó principalmente el "enfoque de la utilización", donde en terapeuta emplea todo lo que el cliente le presenta como parte de la solución. Esto supone que los clientes tienen en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales los recursos para realizar los cambios necesarios. Desarrolló la técnica de "seudo-orientación en el tiempo" (que más tarde De Shazer retomó), usando la hipnosis para ayudar a las personas a crear una sensación de distorsión temporal, de forma que podían ir con facilidad adelante y atrás en el tiempo. Asimismo, utilizó metáforas, presuposiciones, así como la técnica de "intervención sobre patrones", entre otras.

Espinosa (2004) afirma que en este enfoque se distinguen Steve de Shazer y William O'Hanlon.

Steve de Shazer nació en Estados Unidos y murió a los 65 años en Viena el 11 de septiembre de 2005, fue pionero de este enfoque y co-fundó el Milwaukee Brief Family Therapy Center (BFTC) aproximadamente en 1987. Originalmente estudió música y trabajó como saxofonista de jazz, estudió la licenciatura en Bellas Artes y una maestría en Trabajo social. Pasó algún tiempo en el MRI en donde estuvo muy cercano a John Weakland, su mentor. De Shazer junto con su esposa Insoo Kim Berg dedicaron alrededor de 30 años a desarrollar y refinar consistentemente este enfoque. Su trabajo clínico se caracteriza por atender gente pobre y sin recursos. Sus obras fueron: Patrones de Terapia Familiar Breve: Una aproximación ecosistémica, La muerte de la resistencia, Claves para la solución en Terapia Breve, Clubes: Investigating Solutions in Brief Therapy, Putting Difference to Work, En un origen las palabras eran magia y More than Miracles:

the State of the Art of Solution-focused Therapy (Dolan, 2006 y Ceberio y Wanstein, 1994).

Por su parte, Bill O'Hanlon es un psicoterapeuta estadounidense pionero del Enfoque de Terapia Breve enfocada en Soluciones. Ha sido autor y coautor de numerosas obras, aproximadamente 28. En la actualidad sigue ejerciendo su práctica clínica, es tallerista y conferencista en numerosos países. Vive actualmente con su esposa en Santa Fe, Nuevo México. A parte de su libro "En busca de Soluciones" (O'Hanlon y Davis-Weiner, 1993), su obra es muy prolífica, como por ejemplo: *Shifting Contexts: The Generation of Effective Psychotherapy* con James Wilk, *Taproots: The Underlying Principles of Milton Erickson's Therapy and Hypnosis*, *Rewriting Love Stories: Brief Marital Therapy* con Patricia Hudson, *A Brief Guide to Brief Therapy* con Brian Cade, *A Field Guide To Possibility-Land: A Possibility Therapy Manual* con Sandy Beadle, *Even From a Broken Web: Brief and Respectful Solution-Oriented Therapy for Resolving Sexual Abuse* con Bob Bertolino, *Solution-Oriented Therapy for Chronic and Severe Mental Illness* con Tim Rowan y *You Can't Make Me!: Successfully Managing Strong-Willed, Oppositional and Defiant Children* con Ray Levy y Tyler Goode (O'Hanlon, 2009).

2.2.4.3.- Principios básicos

De acuerdo a O'Hanlon y Davis-Weiner (1993) las *premisas* del enfoque de soluciones son:

- Las personas ya disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver las quejas.
- El cambio es constante
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio
- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla
- No es necesario conocer la causa o función de una queja para resolverla
- Solo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema
- Los clientes definen los objetivos
- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos
- No hay una única forma "correcta" de ver las cosas; puntos de vista diferentes puede ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.
- Hay que centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable

Asimismo, deben considerarse esenciales los siguientes puntos para elaborar maniobras terapéuticas que destaquen las soluciones y los recursos de los clientes: *Desaparecer la idea de que hay un problema y el uso del lenguaje.*

Para desaparecer la idea de que hay un problema se sitúa a los clientes en un marco en el que piensen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver sus dificultades. Esto se puede lograr introduciendo incertidumbre en la

definición del problema del cliente o en dado caso haciendo que el problema parezca más manejable, ya que con ello se asume implícitamente que hay momentos en que las cosas son manejables y son positivas.

El lenguaje ofrece la posibilidad de reificar, solidificar, ciertos puntos de vista acerca de la realidad, cuestionar certezas inútiles e introducir expectativas de cambio. Para realizar esto se utiliza el lenguaje *presuposicional*, *utilización del lenguaje del cliente* y *el lenguaje tentativo*.

El lenguaje presuposicional implica que el terapeuta utilice formas de hablar y preguntar que presumen algo sin afirmarlo directamente. Al contestar preguntas presuposicionales, los clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable. Por otro lado, el uso del lenguaje del cliente implica que éste se sienta entendido y al mismo tiempo los terapeutas comprendamos a qué se refieren específicamente los términos que éste utiliza. Para hacer esto, se puede imitar el uso exacto que el cliente hace de las palabras, frases, metáforas y expresiones idiomáticas. Finalmente, el lenguaje tentativo es aquel que va encaminado a manifestar la probabilidad de ocurrencia del cambio en el presente y el futuro, así como a poner en duda las certezas poco útiles que mantienen los clientes.

2.2.4.4.- Técnicas y/estrategias

O'Hanlon y Davis-Weiner (1993) consideran al proceso de la entrevista como una intervención en sí, por lo cual, se expondrán las técnicas a través de la posible secuencia que puede presentarte, mas no necesariamente tiene que obedecer a tal orden. Cabe mencionar que se parte del principio de que cada persona y encuentro son únicos, por lo que hay que adaptar este esquema general a la situación específica que se nos presente.

Unión: Se muestra interés genuino por los clientes y se les ayuda a que se sientan cómodos, una herramienta podría ser el uso del sentido del humor.

Breve descripción del problema: Se pide una breve exposición del problema.

Validar: En diversos momentos de la sesión/es se reconoce lo que los clientes han estado pensando y sintiendo.

Búsqueda de excepciones al problema: Se indaga acerca de las ocasiones en las que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual y las fuerzas y recursos de las personas. Se pueden utilizar preguntas presuposicionales, que sirven para reforzar cualquier cosa positiva que el cliente menciona en terapia, si ser necesariamente una excepción al patrón problema. Una vez que se identificó una excepción, ha de procederse a marcarlas, es decir, se hace alguna afirmación o pregunta que propicie que dicha excepción no pase inadvertida ante el cliente y suponga una diferencia. A partir de lo anterior, se amplían las excepciones, es decir se conectan las cosas positivas que suceden en diversas áreas de la vida de

una persona y su impacto en función de la excepción del problema. Finalmente, se atribuye el control al cliente, es decir se le da el mérito al cliente por lo que está dando buenos resultados en la resolución de su problema.

Normalizar: Ofrecimiento de explicaciones de sentido común a las situaciones que viven los clientes con el objetivo de normalizar su situación y darles alivio.

Definición de objetivos: Proceso cooperativo de negociación con el cliente en el que se establecen los objetivos alcanzables y concretos a conseguir. Esto también se puede conseguir a través de la pregunta del milagro.

Elogios y connotación positiva: Los elogios, como su nombre lo dice, son aquellas expresiones que permiten localizar y destacar los recursos y tendencias positivas que los clientes tienen, debe aprovecharse cualquier oportunidad para hacerlos notar. La connotación positiva es la adscripción de intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideran problemáticas.

Tareas de fórmula: Son aquellas diseñadas para orientar la atención de los clientes hacia las soluciones, cambiando su forma de ver la situación. Se puede implementar la tarea de la primera sesión, la tarea sorpresa para parejas y/o familias, y la tarea genérica.

Cuando la situación en terapia no resulta como es esperado, se pueden utilizar preguntas de avance rápido, preguntas sobre el problema e implementar una intervención sobre patrones de la queja o el contexto.

La estructura de la segunda sesión y las siguientes dependerá de la magnitud del cambio que los clientes describen entre las sesiones. Las intervenciones que *pueden ser* utilizadas para ampliar y mantener el cambio son las primeras preguntas de la 2ª sesión, las preguntas de escala y el árbol de decisiones.

2.2.4.5.- Consideraciones y reflexiones generales

Una de las aportaciones principales de este enfoque es que se basa en las soluciones y no en los problemas, además de que se destacan las cualidades y competencias de los clientes. Asimismo, se ha demostrado que aunque las causas de los problemas pueden ser complejas, sus soluciones no necesitan serlo. Las utilidades de este enfoque se han llevado del campo de la salud mental al de la educación, empresarial y políticas sociales (Dolan, 2006).

En cuanto a los desarrollos actuales de este enfoque y las posibilidades de aplicación, Gringerich y Eisengart (2000), Trepper, Dolan, McCollum y Nelson (2006) mencionan que este enfoque tiene gran adaptabilidad a diversas poblaciones y situaciones, además de que se ha demostrado el éxito del mismo en escenarios educativos a nivel primaria en los últimos años escolares, secundaria y preparatoria -orientación-. En la actualidad, se está enfatizando y explorando un poco más acerca del rol de las emociones en terapia.

Hoy en día también se analiza la efectividad de este tipo de terapia y el proceso de cambio en parejas se está incluyendo la metodología cualitativa, en vez de solo usar la cuantitativa, junto con microanálisis en vivo de métodos comunicacionales, así como el uso de la técnica de brain-imaging.

En cuanto al estudio de la efectividad de este enfoque, se han hecho diversos estudios, los cuales Trepper, Dolan, McCollum y Nelson (2006) dan cuenta de lo siguiente:

- Este tipo de terapia es más eficaz que el no tratamiento
- Este tipo de terapia es tan efectivo como los tratamientos psicosociales actuales.
- En algunos casos y para algunos problemas este tipo de terapia tal vez sea más efectivo que el enfoque de terapia breve basada en problemas
- En la mayoría de los casos se usan cada vez menos sesiones y se alcanzan resultados similares.

2.2.5.- Modelo del Grupo de Milán

2.2.5.1.- Antecedentes

Rodríguez (2004) afirma que en 1967, Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista y especialista en anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia de Milán e invitó a Luigi Boscolo, Giofranco Cecchin y Giuliana Prata; fueron fuertemente influidos por Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson. En 1972 iniciaron una investigación con familias en las que algunos de sus miembros mostraban conductas psicóticas y otros contaban con un diagnóstico de esquizofrenia. Los resultados de sus primeras investigaciones, y premisas del Modelo de Milán, se recopilaron en el Libro Paradoja y Contraparadoja, en el que se exponen los siguientes hallazgos e hipótesis:

-La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. Es decir, la realidad viviente de la familia se entiende en términos sistémicos-circulares.

-Las familias que presentan conductas tradicionalmente diagnosticadas como "patológicas" en uno o más de sus miembros se rigen por un tipo de relaciones y, normas peculiares, que a su vez implican conductas-comunicación y conductas-respuesta, que mantienen este tipo de patologías. Entonces, si las conductas no son patologías, sino la expresión de relaciones particulares, bastará con intentar cambiar las reglas para que las conductas sintomáticas desaparezcan (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1998).

-Descubrieron que las familias con transacción esquizofrénica sostenían su propio juego a través de marañas de paradojas que involucraban a todos los miembros de la familia, marañas que podían ser disueltas solo por medio de paradojas terapéuticas ad hoc.

-Un obstáculo que los propios terapeutas pueden encontrar en el tratamiento con estas familias es su propio condicionamiento lingüístico. Esto implica la suposición de que la realidad (dinámica y circular) y el modelo lingüístico (lineal y descriptivo) en el que se está inmiscuido son sinónimos y una unidad. De lo anterior, se concluye que no han de tomarse en cuenta nuestras –los terapeutas- modalidades comunicacionales como referencia para evaluar a aquellas de las familias como “equivocadas” ni tratar de “corregirlas” y hay que basarse en el empleo del código digital de los mensajes con la intención de actuar terapéuticamente sobre la familia.

2.2.5.2.- Exponentes Principales y aportaciones

A continuación, se mencionarán algunos datos relevantes de Selvini y Cecchin, puesto que fueron aquellos de quien si se encontró información biográfica.

Mara Selvini (1916-1999) luego de graduarse como médica, se especializó en medicina interna y luego en psiquiatría. Como psiquiatra eligió el psicoanálisis como modelo de instrumento terapéutico, hasta que en 1967 cambió radicalmente y fundó el Centro para el estudio de la Familia de Milán, iniciando con ello lo que se llama Escuela de Milán. A ella se le atribuye el desarrollo de las más importantes propuestas comunicacionistas (el uso de contraparedas terapéuticas, capaces de neutralizar la potencialidad patógena del doble vínculo) y estructurales (diseño de complejas prescripciones comportamentales dirigidas a promover cambios radicales en la organización familiar). Las obras más representativas en las que ha aparecido como autora y coautora son: El mago sin magia, Muchachas anoréxicas y bulímicas, Al frente de la Organización, Los juegos Psicóticos en la familia, Crónica de una investigación, Paradoja y Contrapareda (Escuela de Terapia Familiar Sant Pau, 2008).

De la misma fuente, se sabe que después de haber trabajado en el Equipo de Milán Cecchin (1932-2004) se separó, y junto con Boscolo formó el “Centro Milanés de Terapia Familiar”. Ambos llevaron este enfoque por el mundo a través de conferencias y seminarios. En los Estados Unidos, junto con Lynn Hoffman y Peggy Penn desarrollaron el volumen “Milan Systemic Family Therapy”, una conversación amena con los dos maestros milaneses que fue traducida en varios países. La carrera de Cecchin se desarrolló paralelamente a la de Luigi Boscolo entre los años 90 y los primeros años del 2000. Cecchin escribió sobre todo libros y artículos con colaboradores italianos y anglosajones.

2.2.5.3.- Principios básicos

En el trabajo con las familias de transacción esquizofrénica, Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1998) encontraron que los miembros de estas familias evitaban definir la relación y la rechazaban cuando ésta se llegaba a dar. Precisamente la lucha por definirla era desesperante porque los padres –la primera generación- se comportaban sin dar confirmaciones, alabanzas por considerarse signo de debilidad, pérdida de autoridad u obstáculo para que los hijos lucharan por

superarse. Asimismo, era común observar que ninguno de los padres reconocía la ejecución del liderazgo y ninguno aceptaba la responsabilidad de que algo no andaba bien en la familia. Siendo característica la homeostasis, rigidez y repetición de normas en esta generación., así como simetría exacerbada, encubierta y una serie de juegos e intentos por perpetuar una lucha infinita por medio de cansancio, deterioro, enfermedad, erotismo, incesto, hostilidad, fuga, etc. En la segunda generación se observaba todo lo anterior, así como la manifestación de cautela al exponerse por miedo al rechazo. En general, se observaba el uso de paradojas y se podía encontrar lo que se conoce como doble vínculo.

De lo anterior, se desarrolló lo que es la idea del *juego patológico*. Inicialmente Selvini desarrolló este concepto de modo más detallado y lo definió como las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto. El juego equivale a una metáfora para producir asociaciones, semejanzas y lenguajes aptos para comprender de una forma más inteligible los fenómenos que interesan de la relación familiar. Las relaciones familiares pueden considerarse como vínculos entre vencedores y vencidos, entre quien gana y quien pierde. De esta manera, el juego se convierte en una hipótesis operativa y en un diagnóstico sobre el que se basa una intervención, que a su vez supone que si desaparece el juego, desaparece el síntoma. La elaboración de hipótesis del juego relacional familiar implica identificar la estrategia de cada uno de los “actores”, la finalidad, los pensamientos y los sentimientos en base a los cuales ellos organizan su interacción recíproca.

La Neutralidad, Circularidad e Hipótesis fueron los 3 pilares en función de los que la Escuela de Milán desarrolló lo que hoy se conoce como interrogatorio o entrevista circular. Esta se compone por una serie de preguntas que los terapeutas hacen a todos los miembros de la familia para mostrarles cómo una conducta realizada por un miembro influye en todos los demás miembros del sistema.

A continuación, se tratará brevemente cada uno de los pilares mencionados:

-La neutralidad: Es aquella posición que mantiene el terapeuta en la que se mantiene con todos a la vez sin criticarlos ni juzgarlos. Al respecto, Cecchin (1989) propuso que éste se considerara como un estado de curiosidad del terapeuta para explorar nuevos puntos de vista.

-Circularidad: De acuerdo a Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1980) ésta es la capacidad del terapeuta para buscar información acerca de las relaciones –en general y triádicas-, diferencias y cambios.

-Hipotetización: Los mismos autores mencionan que la hipótesis es un elemento importante que permite que el terapeuta organice y busque información, además le sirve para delinear su trabajo con el propósito de explicar tentativamente lo que ocurre en el sistema familiar buscando nexos entre datos aportados por la familia, en sus observaciones interaccionales durante la sesión, su experiencia personal y

sus conocimientos. Una hipótesis debe contener el *papel del síntoma* en la pareja, en la familia nuclear y en la familia extensa. Bajo este enfoque, las hipótesis no buscan la normalidad, verdad o falsedad de ellas mismas, sino que se expliquen todos los elementos contenidos en una situación problema y el modo en que se vinculan entre ellos.

2.2.5.4.- Técnicas y/estrategias

En términos de cambio, Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1998) señalaron que el objetivo terapéutico consiste en liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente. El cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro juego menos perjudicial. Ochoa (1995) menciona que aunque el cambio afecta a todos los dominios –afectivo, cognitivo y conductual-, el cambio más profundo se produce en las percepciones y creencias de la familia.

Antes de tratar las técnicas, es importante mencionar la forma de trabajo en general que propuso el Equipo de Milán en cuanto al desarrollo de la sesión y el interrogatorio circular.

Inicialmente el equipo de terapeutas contaba con una ficha de datos generales de las familias que solicitaban el servicio, algunos indicios respecto al problema actual y persona que pedía el servicio o fuente de remisión. De acuerdo a Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1998), la estructura de la sesión era de la siguiente manera:

- Presesión: Se analizaba la ficha en caso de que fuera una primera entrevista o se leía el acta de la sesión anterior (10 sesiones aproximadamente en lapsos de 3 a 4 semanas).
- Sesión: Este es el desarrollo de la sesión en sí misma, dos terapeutas (hombre-mujer para evitar sesgos de género) estaban con la familia e intervenían sin hacer juicios o valoraciones; mientras que el resto de terapeutas observaba y sugerían detrás del espejo de doble visión.
- Discusión de sesión: Los terapeutas a cargo de la sesión se reunían con el equipo, y juntos decidían cómo terminar la sesión.
- Conclusión de sesión: Los terapeutas a cargo regresaban con la familia para dar un mensaje final o prescripción.
- Acta de sesión: Una vez retirada la familia, el equipo discutía lo sucedido en sesión y redactaba un acta con las interacciones más importantes u observaciones de la sesión.

Ochoa (1995, p.63) menciona que la entrevista circular abarca los siguientes grupos y tipos de preguntas:

- Triádicas, clasificatorias, explicativas y de alianzas: Sirven para recoger información que confirme una hipótesis.
- Preguntas hipotéticas: Insinúan un mapa familiar diferente y se emplean más avanzada la entrevista, después de haber obtenido información de las secuencias de hechos que rodean al problema y de las alianzas y coaliciones existentes en la familia.

En cuanto a técnicas de intervención, Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1998) señalan las siguientes:

- Connotación positiva: Consiste en una interpretación positiva que incluye el síntoma del paciente y los comportamientos sintomáticos de los otros miembros. Es decir, se connota como positiva la tendencia homeostática del sistema y no a las personas, definiéndose los terapeutas como aliados de la tendencia homeostática, quienes incluso la prescriben.
- Prescripción en la primera sesión: Se hace al final de la primera sesión con el objetivo de: a) Constituir una marca de contexto terapéutico designándolo como tal, b) Provocar en la familia una reacción que ilustre sobre su disponibilidad y motivación con respecto a un eventual tratamiento, c) Delimitar un campo de observación y d) Estructurar y ordenar la sesión siguiente.
- Rituales familiares: Son una acción o serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. Los rituales pueden ejecutarse una sola vez o ser repetitivos y pueden ser la prescripción ritualizada de un juego cuyas normas tácitamente sustituyen a las precedentes. Los motivos para un ritual pueden ser: derribar un mito de tres generaciones, conocer la historia de la familia y la evolución del mito y analizar los errores del equipo terapéutico. Los mitos en las familias implican una creencia compartida, viva aún y conectada a la realidad familiar, al mismo tiempo que explican los comportamientos de los miembros, pero ocultan sus motivos, de modo que se mantenga la homeostasis del sistema.
- De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo: Consiste en trasladar rápidamente la etiqueta de enfermo que lleva el paciente designado, a uno o mas hermanos, considerados sanos por la familia, señalando que el presunto enfermo designado por la familia fue el único que intuyó en el grupo familiar en qué medida el otro o los otros hermanos se encuentran en peores condiciones (por su sensibilidad, intuición, etc.).
- Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos: Como su nombre lo dice, consiste en referirse exclusivamente a los terapeutas mismos, en el momento oportuno, en función de los problemas de una relación intergeneracional.

- Los terapeutas aceptan sin objeciones una mejoría sospechosa: Consiste en aceptar sin objeción una mejoría o una desaparición del síntoma que no parecen justificados en absoluto por el correspondiente cambio en el sistema de interacción familiar, tomando la iniciativa de concluir la terapia, pero dejando la posibilidad de retomar las sesiones restantes en un lapso de tiempo mínimo establecido. El objetivo es que los terapeutas indaguen algún área sentida por la familia como peligrosa para el status quo y mantengan la iniciativa y control de la situación.
- Recuperar a los ausentes: Se acepta la ausencia y se centra la atención e interés sobre dicha ausencia. Ésta maniobra está íntimamente ligada con un “ritual de sesión”, el cual se desarrolla en un momento adicional a la post sesión, donde se le dice a la familia que la sesión culminará hasta la noche o cuando estén reunidos todos en su totalidad, momento en que un integrante cuidadosamente elegido, leerá la conclusión del equipo terapéutico a la familia. En el mensaje citado, cada palabra se escoge cuidadosamente, de modo que el ausente se sienta obligado a venir.
- Eludir la descalificación: Es para desmontar la maniobra fundamental de las familias con interacción esquizofrénica y está basada en la evitación de la definición de la relación. En este sentido, es primordial manejar el uso de la paradoja y aprender a jugar “al esquizofrénico”.
- Coaliciones negadas: La maniobra consiste en abarcar a toda la familia, de modo que las coaliciones sean connotadas como positivas en su intencionalidad honesta y afectiva cuando se ponen en evidencia, aunque sea de forma alusiva; sin embargo, no son explícitamente prescritas. Los terapeutas se limitan a su constatación y al comentario, elaborándolo de tal modo que resulte paradójico e intolerable.
- Los terapeutas declaran la propia impotencia sin reprochárselo a nadie: En el momento adecuado (escalada simétrica), se afirma que a pesar de la gran voluntad de cooperación de la familia, que ha hecho todo lo posible por ayudar, el terapeuta se encuentra confuso e incapaz de tener una idea clara y prestar ayuda. Inclusive la discusión en el equipo no ha hecho mas que evidencia r esa confusión. Inmediatamente se observan las reacciones de la familia.
- Los terapeutas se autoprescriben la paradoja extrema: Consiste en la prescripción, dirigida a los terapeutas, de acceder al pedido paradójico de la familia, atribuyendo a este factor el hecho de que se cumpla ese pedido o no. Una paradoja debe resultar sorprendente e inesperada para la familia, además de indicar lo contrario de lo esperado para resolver el problema por el que acude la familia.
- Los terapeutas abandonan el rol paterno, prescribiendo paradójicamente a los miembros de la última generación: Consiste en la paradójica prescripción de la parentificación a los miembros de la última generación en determinado momento de la terapia, que coincide con la abdicación de los terapeutas, del rol paterno, delegado en ellos por el sistema.

2.2.5.5.- Consideraciones y reflexiones generales

El último trabajo del equipo de Milán fue el artículo titulado "Hipotetización, circularidad y neutralidad: tres directrices para la conducción de la sesión" (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980). En 1980 el grupo se dividió en dos, el rumbo que cada fracción tomó se puede apreciar en el tratamiento de la hipótesis como guía para explorar la realidad de la familia y como expresión de la legítima subjetividad del terapeuta. Bertrando y Toffaneti (2000) afirman que mientras Selvini y Prata se ocuparon del sistema observado, Boscolo y Cecchin se ocuparon del sistema observante. Como consecuencia, las primeras crean un modelo de génesis familiar de las psicopatologías, y los segundos un modo de hacer terapia independiente de cada tipología.

Feixas y Miró (1993) afirman que a partir de dicha división, Selvini y Prata continuaron trabajando sobre la prescripción invariante basada en una hipótesis universalmente válida –prescripción invariable- para todas las familias de transacción rígida. Esto sentó las bases para la formulación de la teoría de los juegos psicóticos. De este modo, Selvini y sus nuevos colaboradores se decantaron por la búsqueda de una realidad familiar que permita comprender los juegos relacionales subyacentes a graves patologías psicóticas y alimentarias. Por su parte, Boscolo y Cecchin fundaron el Centro Milanés de Terapia Familiar en 198, se dedicaron a expandir los límites de la subjetividad terapéutica y desarrollaron su trabajo como consultores en diversos talleres alrededor del mundo y a través de la docencia. Las ideas que principalmente caracterizaron la obra de Cecchin fueron aquel de curiosidad y prejuicio. Prefirió más el concepto de curiosidad que la neutralidad de origen psicoanalítico y el de irreverencia. Profundizó y ennoblecó el concepto de prejuicio, retomándolo y proponiendo una original interpretación: cualquier conocimiento a priori por el que el terapeuta observa la realidad - incluido pues el equipaje de conocimientos teóricos aprendido en la formación - constituye su plató de prejuicios. Y puesto que no es posible no tener un prejuicio, éste se vuelve, en vez de obstáculo de una comprensión "pura" y "objetiva", potente instrumento de conocimiento. Su pensamiento actual muestra a una estrecha relación con el construccionismo y el posmodernismo (Escuela de Terapia Familiar Sant Pau, 2008; DesChamps y Torrente, 1996).

En resumen, tal como afirma Ochoa (1995, p. 60): El enfoque de Milán no es unitario dada la fragmentación y evolución del grupo a través del tiempo, tanto en su forma de conceptualizar la patología como en su modo de hacer terapia. Sin embargo, la piedra angular del antiguo Grupo de Milán ha sido y sigue siendo el "juego familiar".

2.2.6.- Modelos Posmodernos

2.2.6.1.- Antecedentes

Bertrando y Toffaneti (2000) atribuyen la creación del término “posmodernidad” a Francois Lyotard quien lo definió como aquella corriente caracterizada por un profundo escepticismo sobre la validez universal de los componentes narrativos singulares o versiones teóricas de cada situación humana. El posmodernismo se vió influido por la psicología social, la crítica literaria, el movimiento feminista, la hermenéutica y la etnografía. A partir de los cambios sociales, económicos y tecnológicos de las últimas décadas, la terapia familiar sufrió una revolución y muchas de las premisas de las bases de la terapia familiar sistémica fueron cuestionadas y reformuladas.

De acuerdo a estos mismos autores, el pensamiento posmoderno se caracteriza de la siguiente manera:

- Se centra en aspectos locales y tradicionales de la comunicación, en las micronarrativas sin pretensiones de veracidad o universalidad.
- Analiza los juegos de poder entre actores sociales
- Es deconstructivo, busca distanciarse y se muestra escéptico con conceptos como verdad conocimiento, poder, yo y lenguaje. Entre sus antecesores se encuentran Kant, Husserl, Heidegger y Wittgenstein

A la luz de la posmodernidad, emergieron los conceptos de *constructivismo*, *construccionismo social* y *narración*.

Muchas veces se puede confundir el constructivismo con el construccionismo, se dice que el constructivismo pone acento sobre el observador y sus constructos mentales; mientras que el construccionismo social pone en primer plano la idea de relación, vista como expresión no de estructuras o patrones comportamentales, sino de sistemas de lenguaje de significado.

El construccionismo social es una escuela de pensamiento que concibe los significados y la identidad en un contexto a partir de un principio relacional; el yo crece dentro del marco de intercambios y conversaciones en el que estamos insertos, y la identidad es el resultado de las narraciones que cada uno de nosotros escribe dentro de tales danzas relacionales. El construccionismo defiende la importancia de la conversación para desarrollar un sentido de identidad o una voz interna. Cada idea, cada concepto, nace del intercambio social, mediado por el lenguaje. Los máximos exponentes del construccionismo social son Kenneth Gergen y John Shoter. En este sentido, la tarea del terapeuta construccionista es generar múltiples y diferentes conversaciones, capaces de llevar a la revisión de las narraciones dominantes sobre las que se apoya la identidad de los clientes. El terapeuta es cada vez menos protagonista y está mucho más atento y crítico en cuanto a la política de poder en el que se inserta su trabajo.

De acuerdo a White y Epston (1993), la narración o narrativa, es aquella postura que se basa en la analogía de la interacción de las personas como la interacción de los lectores respecto de ciertos textos. Esta analogía concibe la evolución de las vidas de las personas y sus relaciones en términos de lectura y escritura de textos. Cada nueva lectura de un texto es una nueva interpretación de éste, y por lo tanto, una nueva forma de escribirlo, representarlo y vivirlo. Las bases teórico-filosóficas de la terapia narrativa provienen principalmente de Michael Foucault, Erving Goffman y Jacques Derrida.

El desarrollo del posmodernismo dió pie al surgimiento de una serie de terapias que se denominan de distintas formas: conversacionales, narrativas, o constructivistas. En este sentido, se desarrollarán aquellos enfoques que tienen como punto base una visión posmoderna del yo, en la que éste se considera básicamente constituido a través del lenguaje y las conversaciones. A estos enfoques se les denominará conversacionales, que a su vez se dividirán en narrativos, reflexivos y colaborativos.

2.2.6.2.- Exponentes de la terapia narrativa y aportaciones

La terapia narrativa fue desarrollada por el australiano Michael White y David Epston de Nueva Zelanda. Michael White (1948-2008) se desarrolló personal y profesionalmente en Australia del Sur, en Adelaida en donde fue trabajador social psiquiátrico en 1967. Al iniciar su carrera tuvo gran interés por la aproximación sistémica y el trabajo derivado del MRI. Kart Tomm fue quien le dirigió en la profundización de los trabajos de Bateson, iniciándose así en la semántica de la comunicación y construcción de significados. En 1980 comenzó a estudiar las ideas de Michael Foucault sobre la relación entre conocimiento y poder, ya en 1983 se convirtió en posteriormente fue fundador y codirector del Dulwich Center. En la década de los 90's comenzó a estudiar el construccionismo social propuesto por Gergen y Davis, además de estar influido por la psicología narrativa de Bruner, la psicología de William James y las ideas de Vygotsky. Posteriormente puso en práctica las ideas de Foucault trabajando con niños que padecían encopresis que habían sido estigmatizados por sus propios padres. Sus primeras y más importantes obras son: *The process of questioning: A therapy of literary merit?* en 1988, *Medios narrativos para fines terapéuticos* en 1989 con Epston y *Mapas de la Práctica Narrativa* en 2008. En 1998 se estableció en el Adelaide Narrative Therapy Centre, dando servicios de consejería y talleres de entrenamiento para trabajar con individuos, parejas, familias, grupos y comunidades, además de que ahí se dedicó a difundir y explorar los descubrimientos recientes en relación a la terapia narrativa. Michael White fue conocido también por el trabajo que realizó con Niños y con comunidades indígenas y aborígenes, así como con casos de esquizofrenia, anorexia/bulimia, violencia masculina, déficit de atención con hiperactividad, entre otros (Bertrando y Toffaneti, 2000).

De la misma fuente, se sabe que David Epston estudió sociología de la medicina, luego hizo estudios de antropología. Esta disciplina que tuvo influencia directa sobre su modo de hacer terapia en 3 puntos esenciales: a) La comprensión

relativista de la fenomenología de las pequeñas culturas familiares y de la identidad singular, b) Rechazo del pseudocientificismo de la psiquiatría ortodoxa y d) Conceptualización del cambio terapéutico en términos de una perspectiva transcultural y siguiendo la metáfora de la transición y el pasaje. Actualmente es co-director del Family Therapy Center en Auckland, Nueva Zelanda. Es profesor adjunto de práctica social en la Escuela de Estudios Comunitarios en la UNITEC en Auckland, además de ser profesor de posgrado visitante en la Escuela de Psicología en la Universidad John F. Kennedy en Orinda, California. Sus libros más importantes son: *Medios narrativos para fines terapéuticos* en 1989 con White y *Terapia Narrativa para niños* en 1997 con Freeman y Lobovits.

2.2.6.3.- Principios básicos de la Terapia narrativa.

White y Epston (1993) afirman que puede haber una analogía entre la interacción de las personas como interacción de los lectores y escritores respecto a ciertos textos. Cada nueva lectura de un texto es una nueva interpretación de éste, y por tanto, una nueva forma de escribirlo. En su esfuerzo por dar sentido a su vida, las personas organizan su experiencia en secuencias temporales, a fin de obtener un relato coherente de sí mismas -autonarración- y el mundo que las rodea en términos sociopolíticos y de poder. La estructuración de una narración implica un proceso de selección en el que se dejan de lado aquellos hechos que no encajan con los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollamos acerca de nosotros mismos. En resumen, los relatos o narraciones que viven las personas determinan su significado, interacción y organización, y la evolución de las vidas y relaciones se produce a partir de la representación de relatos y narraciones.

Las personas son incitadas a realizar acciones, a través de las técnicas de poder, que afectan a sus vidas y a sus relaciones, a fin de someterse y someter a otros a las especificaciones referentes a la condición y las relaciones personales contenidas en los discursos “de verdad”. Las personas experimentan problemas, por los que a menudo acuden a terapia, cuando las narraciones -dominantes- dentro de las que relatan su experiencia no representan suficientemente sus vivencias o se contradicen con aspectos vitales de experiencia. Estas narraciones están sumamente influidas por los discursos de “verdad” de los conocimientos unitarios y cosificación de las personas y sus cuerpos.

A la luz de la terapia narrativa, la labor del terapeuta implica facilitar la identificación o co-construcción de relatos alternativos que permitan a las personas representar nuevos significados que las personas consideren más útiles, satisfactorios y con final abierto. En vez de que el terapeuta narrativo considere que el problema por el que se acude a terapia es de algún modo requerido por las personas o por el sistema, el interés se centra en las exigencias del problema para su supervivencia, y por el efecto que tienen esas exigencias sobre las vidas y las relaciones de las personas. Se sitúa a los problemas en el contexto de tendencias, con lo que estos parecen tener una vida propia y con el tiempo llegan a ejercer más influencia. Es decir, no son las personas ni la relación las que constituyen el

problema, sino la relación de la persona con él se convierte en el problema. Bertrando y Toffaneti (2000) afirman que la terapia narrativa se centra en las experiencias subjetivas y en la identidad, para pasar en un segundo momento a considerar las relaciones, realizando así un movimiento desde el interior hasta el exterior.

Además de la expresión oral, este enfoque también hace uso de la expresión escrita, por considerar que permite a las personas percibir el cambio más fácilmente y organizar los eventos en un contexto de secuencias coherentes. Asimismo, la expresión escrita permite aumentar la cantidad de información que puede procesarse en nuestra memoria a corto plazo en un momento dado y proporciona el mecanismo por el cual las personas pueden participar más activamente en la determinación de la organización de la información y la experiencia, así como en la producción de diferentes relatos de los eventos y las experiencias (White y Epston, 1993).

2.2.6.4.- Técnicas y/estrategias de la terapia narrativa

White y Epston (1993) proponen la externalización del problema como un mecanismo para ayudar a los miembros de la familia a apartarse de las descripciones “saturadas del problema” o relatos dominantes de sus vidas y relaciones. Es decir, es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar, y a veces, a personificar los problemas que las oprimen. A hacerlo, las personas recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida que ayudarán a generar narraciones alternativas.

El enfoque externalizador implica los siguientes pasos:

- Descripción saturada del problema y bautizo del mismo: Se explora la descripción del problema, sólo para que la familia detalle su experiencia y dificultades. A partir de ahí, se hace una definición mutuamente aceptable del problema y se hace una separación lingüística que distingue el problema de la identidad de la persona o familia. Esto se logra a través de la personificación del problema, atribuyéndole una identidad, voluntad e intenciones que están diseñadas para oprimir o dominar a la persona o la familia. En este sentido, se pueden utilizar metáforas o imágenes, para liberar a la familia y a los que se encuentran a su alrededor de las etiquetas negativas que implica el problema.
- Deconstrucción a través de preguntas de influencia relativa: Este paso implica la realización de una separación sistemática de los problemas que pueden ser atributos, ideas, supuestos, creencias, hábitos, actitudes y estilos de vida problemáticos y se los distingue de la identificación dominante del paciente. Para lograr esta separación, White formula preguntas *de influencia relativa* que consiguen que las personas se involucren inmediatamente en la tarea de separarse del problema. A su vez,

se acota que estas preguntas se componen de dos conjuntos de preguntas, el primero anima a las personas a trazar el mapa de la *influencia del problema sobre sus vidas* y relaciones; mientras que el segundo insta a describir su propia *influencia de las personas sobre la vida del problema*.

El lenguaje usado no debe ser determinante, es decir, el problema nunca causa que la persona o la familia haga algo, solamente influye, invita, dice, trata de convencer, usa trampas, trata de reclutar, etc. La premisa básica es que si la persona no es el problema, pero tiene una cierta relación con el problema, entonces la relación puede cambiar. Si el problema invita, en vez de forzar, uno pudiera declinar la invitación. Si el problema trata de reclutar a la persona, ésta puede negarse. Este momento es crucial porque es cuando la familia y el terapeuta se unen en común para destronar al problema y el dominio que ejerce.

Las preguntas de influencia relativa de las personas sobre la vida del problema implican descubrir y revivir los momentos en que las familias han dominado el problema y sus vidas no se han visto divididas por el mismo. Es decir, hay que encontrar evidencia histórica para soportar una nueva visión de la familia como suficientemente competente para enfrentarse al problema y su efecto opresor. Para lograr esto, se identifican aquellos hechos extraordinarios en los que las personas pueden contradecir los efectos que tiene el problema sobre sus vidas y relaciones. Son útiles los acontecimientos históricos, aquellos que se producen dentro de las sesiones de terapia o en tiempo presente, y las intenciones o planes que tienen las personas en un futuro para escapar de la influencia del problema. La imaginación juega un papel crucial en las prácticas asociadas a la externalización de problemas.

- Concretar la generación de historias alternativas: La construcción de historias alternativas inicia desde el primer momento; sin embargo, la culminación de este proceso implica la construcción de un nuevo paisaje de la conciencia, sobre la base de los hechos extraordinarios presentes en el paisaje de las acciones.

Aunque la externalización de problemas permite a las personas separarse de estos problemas, esta práctica no las releva de su responsabilidad en el mantenimiento del problema. A medida que estas prácticas ayudan a las personas a hacerse conscientes de describir su relación con el problema, les permite asumir una responsabilidad con respecto al problema que antes no estaba a su alcance.

White y Epston (1993), Epston, Freeman y Lobovitz (2001) señalan que una forma de expresión de la terapia narrativa puede ser la elaboración de *cartas* con fines terapéuticos. Las cartas son un medio y un fin, por tanto pueden emplearse con diversos propósitos. En una terapia relatada, las cartas se utilizan principalmente con el objetivo de convertir las vivencias en una narración o relato que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo. Por ejemplo, pueden utilizarse las cartas de invitación, de predicción, de contradicción, de

recomendación, para ocasiones especiales. Asimismo, pueden haber documentos o cartas breves para realizar: reflexiones postsesión, solicitud de ayuda, no asistencia, convocatoria a un público, investigación de influencia, hacer historiales de lucha, desafío de las técnicas de poder, desafío de verdades dominantes de personas y relaciones, mencionar encuentros fortuitos, contradocumentos como certificados, declaraciones, etc.

2.2.6.5.- Consideraciones y reflexiones generales de la terapia narrativa

Bertrando y Toffaneti (2000, p.294) afirman que si no se tiene cuidado, un terapeuta narrativo se puede encontrar rápidamente inmerso en una serie de prescripciones paradójales si se retoma la idea de posmodernidad como un imperativo categórico. Por ejemplo, en casos de problemas ligados al género, violencia o maltrato se parte de la premisa de que todas las historias son “tan válidas y verdaderas como todas las demás”, y por ende sujetas a su vez al relativismo, puede afectarse más a las personas que se encuentran subyugadas. En este sentido, es necesario que el terapeuta encuentre un enfoque que le proporcione algunos puntos de referencia.

Al respecto, White y Epston (1993) afirman que si bien no se deben hacer generalizaciones respecto a las definiciones de problemas que ofrecen los clientes, en los casos de violencia y abuso sexual el terapeuta debe fomentar la externalización de las actitudes y creencias que parecen imponer la violencia, así como las estrategias que mantienen subyugadas a las personas por ejemplo, la imposición del secreto y el aislamiento.

Tal como afirman Bertrando y Toffaneti (2000), se puede decir que la perspectiva narrativa es cada vez más humana, restituyendo a la personas los derechos que – según sus seguidores- habían sido negados por otras praxis terapéuticas. Las ideas narrativas son utilizadas actualmente por autores ligados a diferentes tradiciones como la sistémica con Sluski, Boscolo y Bertrando, y la estratégica con Eron y Lund. Otras aportaciones de la terapia narrativa son: La consciencia del terapeuta como agente de poder en la vida de los clientes y la omisión de etiquetas en el plano diagnóstico para evitar la creación de jerarquías.

2.2.6.6.- Exponentes principales de las terapias reflexivas y Colaborativas

Los principales exponentes de las terapias colaborativas fueron Anderson y Goolishian; mientras que el principal exponente de la terapia reflexiva es Tom Andersen. Harlene Anderson es una psicóloga norteamericana reconocida por sus destacadas contribuciones en el ámbito de la terapia familiar sistémica y por el desarrollo del enfoque colaborativo conversacional. Harlene Anderson fundó junto con Harry Goolishian el *Galveston Family Institute*, donde nació este modelo de trabajo terapéutico. También fue fundadora del Taos Institute y recientemente de Access Success, un grupo de consultoría organizacional. El enfoque colaborativo

fue desarrollado inicialmente para la intervención terapéutica con familias y los servicios asistenciales de salud mental, se ha ido aplicando posteriormente a una variedad de sistemas humanos, tales como los contextos educativos y laborales. Harlene Anderson imparte talleres en diversos países en el área de salud mental, educación, servicios sociales y otros. Pertenece al consejo editorial de varias revistas como *Family Process*, *Journal of Marital and Family Therapy*, *The American Journal of Family Therapy*, y *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation and Management*. Es miembro fundadora del Taos Institute y de Access Success International. Entre sus publicaciones, además de numerosos artículos, destacan: *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de terapia* y otros dos libros recientes, aún no traducidos, en los que se incluyen colaboraciones de conocidos autores como Lynn Hoffman, Tom Andersen y Kenneth Gergen: *Terapia colaborativa: relaciones y conversaciones que marcan una diferencia* (con Dulce Gehart), e *Innovaciones en el proceso reflexivo: la inspiración de Tom Andersen* (con Per Jensen). Actualmente vive en Texas y se dedica a impartir talleres bajo este enfoque por todo el mundo (Anderson, 2008).

Respecto a Goolishian, terapeuta armenio-norteamericano, nació en 1924 y murió en 1991. Desarrolló la Terapia de Impacto Múltiple en la Universidad de Texas en Galveston alrededor de 1950. Goolishian siempre se caracterizó por una profunda curiosidad por otras disciplinas y por la audacia de asumir los cambios que se daban década tras década. Hacia el final de su vida, su inquietud investigadora se encontraba en el ámbito de las metáforas de la teoría literaria. La terapia de Impacto Múltiple fué creada como una forma de terapia breve centrada en la familia con hijos adolescentes en donde se tenían reuniones con un equipo multidisciplinario y los profesionales involucrados en el tratamiento del paciente identificado, así como miembros de la comunidad relevantes para la familia. Fué en Galveston donde comenzó el contacto con Anderson alrededor del año 1977 con la fundación del Galveston Family Institute en colaboración con Paul Dell y George Pulliam. En este instituto se continuó trabajando con la Terapia de Impacto múltiple y bajo las premisas de la cibernética del MRI (donde Goolishian trabajó más de 20 años) y la cibernética. Posteriormente, su interés se centró en dejar de considerar al lenguaje como una función o herramienta semejante a la retórica y lo empezaron a considerar un lenguaje generativo, la esencia del diálogo, y por lo tanto, la esencia del proceso terapéutico. De este modo, el trabajo y la clínica del grupo de Galveston se fué enriqueciendo a través de una serie de reuniones y conversaciones que llevaban a cabo en Galveston y alrededor del mundo con diferentes autores como Keneth Gergen, Lynn Hoffman y Tomm Andersen, entre otros (Beltrán, 2004).

La misma autora explica cómo la teoría desarrollada para ese entonces por Anderson y Goolishian se conoció como “Sistema determinado por el problema y enfoque de organización y disolución del problema. Después –para 1987- le llamaron “Enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración”. Ya en 1988 Goolishian expresó públicamente su alejamiento de las premisas de la cibernética de segundo orden y del constructivismo por considerar que la visión

del lenguaje y de la conversación que el Grupo de Galveston sostenía no era compatible con dichas metáforas.

Harry Goolishian y Harlene Anderson, estimando que el vivir es comprendido y sentido a través de las realidades narrativas socialmente construidas, se pronunciaron a través de terapias centradas en la "disolución del problema" (dissolving therapies), por oposición a los solving therapies, centradas sobre el síntoma (Elkaim, 1996).

Deschamps (2008) señala que paralelamente, en Noruega, Tom Andersen (1936-2007) desarrolló el enfoque que la base para los modelos reflexivos en la terapia familiar. Estudió psiquiatría y fungió como profesor del Institute of Community Medicine (Instituto de Medicina Comunitaria), Sección de Psiquiatría Social, de la Universidad de Tromsø, Noruega. Las influencias de la propuesta de Andersen fueron inicialmente las ideas cibernéticas y constructivistas de Von Foerster y Von Glasersfeld, las ideas de Bateson, Maturana, Varela, Goolishian, Shoter y Gergen. A comienzos de la década de 1973, ya en su ejercicio como psiquiatra, Andersen comenzó a estudiar y aplicar los procedimientos de diversos terapeutas familiares y de escuelas sistémicas, tal como Minuchin, Haley, Watzlawick, equipo de Instituto Ackerman y el grupo de Milán. Este último fue de gran importancia en su trabajo ulterior como terapeuta. Su trabajo con el equipo reflexivo, surgió en el año 1985, cuando se comenzó a sentir incómodo con la modalidad de equipo terapéutico por asumir una posición de experto y al cuestionarse el porqué ocultar las deliberaciones del equipo, se decidió permitir que los clientes vieran y oyeran la forma de trabajo, encontrando la posibilidad de que los clientes encontraran sus propias respuestas y de que ellos como terapeutas modificaran su comprensión respecto a los procesos terapéuticos. En 1987 publicó su artículo "El equipo reflexivo: diálogo en metadiálogo en el trabajo clínico", con lo que propuso una concepción muy diferente respecto a la participación del equipo en terapia. Los últimos escenarios de trabajo de Andersen fueron cárceles, uno de sus últimos escritos en castellano fue el capítulo I ("Procesos de reflexión: actos informativos y formativos") del libro "*Terapia Familiar con Equipo de Reflexión*", una práctica de colaboración- de Steven Friedman como compilador en el 2005.

2.2.6.7.- Principios básicos de las terapias colaborativas y reflexivas.

La aproximación *colaborativa* se basa en la premisa de que el cliente y terapeuta ostentan la misma dignidad en cuanto a la experiencia vivida y que, siendo la experiencia humana ambigua y rica en significados, no es lícito definir un a priori hermenéutico para interpretar las experiencias de los demás sobre la base de un criterio teórico rígido. La idea de base es que no hay esencias, que es imposible conocerla totalidad de lo existente y que solamente se puede dar un conocimiento negociado entre los interlocutores, de una forma provisoria y local, marcadamente circunscrito e informado por el contexto lingüístico que en ese momento actúa como contexto de la conversación en acto. El proceso terapéutico por tanto se inscribe en una perspectiva lingüística. El problema presentado por el cliente

existe en el lenguaje, y da sentido así contexto narrativo que lo contiene; el procedimiento terapéutico es el proceso lingüístico que reorganiza y disuelve el problema. (Bertrando y Toffaneti, 2000, p.323). En este sentido Anderson y Goolishian (1988) afirman que “los sistemas no crean problemas. El uso del lenguaje referido a los problemas es lo que constituye a los sistemas” .

Por otro lado, en términos del enfoque reflexivo, ha de entenderse primeramente que las palabras forman nuestros significados y éstos influyen en cómo vivimos. La terapia se concibe en términos de una relación y una mutua colaboración, es decir, no hay un papel de terapeutas expertos y cliente enfermo. Es necesario entender la terapia, término un poco limitado y estructurado, desde un sentido emocional en el que el terapeuta y el equipo tienen que involucrarse con el paciente para ayudarlo a estar mejor. Es preferible hablar de “relaciones” cuando se habla de terapia o trabajo terapéutico. La tarea del terapeuta es entablar un diálogo para comprender de qué manera las personas crearon sus descripciones y explicaciones, y a partir de ahí, invitarlos a un diálogo para diferenciar otras distinciones además de las que ya se han establecido. En este sentido, la tarea del equipo es permitir que la familia escuche otras voces, diálogos lo suficientemente inusuales que les permitan entender el mismo tema de manera diferentes y con varias perspectivas, creando nuevas líneas de comprensión para así generar un cambio. La naturaleza de los equipos reflexivos es esencialmente abierta y todo lo que se habla en él es expuesto delante de la gente, por eso se dice que el enfoque reflexivo aspira a desarrollar el respeto hacia el paciente. Se parte de la premisa de que cada persona tiene su propia visión ante cualquier hecho y ninguna descripción es mejor que otra, todas son igualmente válidas, incluyendo a las familias y a los terapeutas (Andersen, 2004).

Para este mismo autor, el término reflexión se relaciona con el significado que tiene la palabra reflexión en francés, y que en noruego también quiere decir “algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta”.

2.2.6.8.- Técnicas y/estrategias de las terapias reflexivas y colaborativas

A la luz del *enfoque colaborativo*, la intervención terapéutica es un principio obsoleto: el terapeuta no interviene más sino que se contenta de participar en la conversación terapéutica a partir de una "posición de perplejidad" (Elkaim, 1996). El terapeuta toma la posición de no saber y necesita escuchar las historias de los clientes de un modo peculiar e implicándose en la conversación con ellos. Las preguntas no derivan de ideas preconcebidas del terapeuta respecto a las historias. Las preguntas nunca proceden de técnicas, métodos o de una lista de preguntas elaboradas previamente; por el contrario, derivan del esfuerzo sostenido y constante por no entender, por no saber (Anderson, 1993 en Friedman, 1993).

En función de lo anterior, puede decirse que prácticamente el enfoque colaborativo no tiene más cuerpo técnico más que la capacidad del terapeuta para mantener abierta la conversación entre las partes. La idea es que la terapia pueda permitir al

cliente decir (y pensar) lo que aún no ha dicho (ni pensado) acerca de su historia personal. Anderson y Goolishian proponen una modalidad coloquial en la forma de desarrollar la terapia, es decir un *common people style* (Bertrando y Toffaneti, 2000).

Beltrán (2004) afirma que puesto que la terapia colaborativa es un modo de que el terapeuta participe en las relaciones con sus clientes, se incluye y se valida el saber cotidiano y la experiencia del paciente en la conversación terapéutica, se recupera su idiosincrasia y se reconoce la característica relacional y discursiva del encuentro entre los participantes del proceso terapéutico. El terapeuta identifica la naturaleza local de dicho proceso, evita imponer una comprensión superior y permite que emerjan soluciones decididas con mutualidad. El discurso del terapeuta, y de los participantes en el equipo, ocupan por consiguiente un lugar entre otras posibilidades disponibles, sin ser trascendentalmente superiores sino diferentes en cuanto a las consecuencias pragmáticas.

En cuanto a técnicas, Andersen, representante del *enfoque reflexivo*, señalaba que la terapia no se trataba de una cuestión técnica, más bien de ética y estética, ya que las técnicas corren el riesgo de convertirse prontamente en algo mecánico (Deschamps, 2008). Por lo anterior, se procederá a mencionar algunos de los lineamientos y observaciones que Andersen y seguidores han hecho acerca de los equipos reflexivos:

- No hay una sola manera de organizar el equipo reflexivo, las diferentes formas de organizarlo dependen de las circunstancias prácticas y de los deseos de preferencia de los participantes. Usualmente la dinámica implica que el equipo reflexivo es la parte del equipo que escucha la conversación del sistema de entrevista y que luego conversa con el mismo escuchándolo. El equipo puede estar compuesto por una persona (solamente el entrevistador) o hasta cinco (el entrevistador y dos-cuatro miembros del equipo). El equipo reflexivo se encuentra en el mismo consultorio que el cliente y el entrevistador o detrás de un espejo. Mientras tanto, el cliente y el entrevistador conversan durante 30-40 min. En un momento posterior de la sesión, los integrantes del equipo de reflexión dan sus comentarios al entrevistador y a la familia sobre lo que escucharon, utilizando un lenguaje tentativo, sin prejuicios ni elucubraciones sobre lo que no se habló. Durante la presentación de los comentarios del equipo, el sistema de entrevista no los interrumpe, y una vez que el equipo reflexivo terminó de hablar, se cambian las posiciones y los miembros del sistema de entrevista hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones (Andersen, 1994).
- El equipo solo da reflexiones especulativas, es decir, no interpreta, no juzga, ni critica, resaltando que no existe ninguna versión objetiva o final. Las interpretaciones y los consejos más o menos explícitos deben ser evitados, porque se corre el riesgo de que resulten perturbadores para la persona. (Bertrando y Toffaneti, 2000).

- Cuando una persona describe lo que le pasa, describe una situación, y nosotros vemos los efectos de eso que habla en la misma persona. Asimismo, lo que uno manifiesta sobre una persona influirá en ella de determinada manera. En este sentido, se entiende que siempre es posible ver y escuchar en las palabras más de lo que se percibe. Por eso, cuando se dialoga no sólo hay que estar atentos a lo que se expresa sino también a cómo y cuándo se dice, las pausas, el énfasis en las palabras, gestos, movimientos corporales, cómo se modifica lo que se va diciendo lo que va diciendo, además de que hay que preguntar sobre todo lo que escucha y sobre todas aquellas partes que podrían ser importantes -apertura- para seguir hablando (Andersen, 2004).

2.2.6.9.- Consideraciones y reflexiones generales de las terapias reflexivas y colaborativas

En resumen, el abordaje colaborativo opone los sistemas sociales definidos por las estructuras y los roles a los sistemas lingüísticos, las familias, los individuos viviendo en el lenguaje, y las organizaciones jerárquicas a las organizaciones horizontales e igualitarias. Para los partidarios de la *collaborative therapy*, el yo es una instancia múltiple que se funde en el lenguaje y las relaciones, en tanto que el "no- saber" del terapeuta es considerado indispensable para la eclosión de nuevas posibilidades. Al concebir la terapia como una colaboración entre dos personas con experiencias y perspectivas diferentes más que como una colaboración entre un experto y sujetos que demandan ayuda, este grupo dedujo lógicamente que el terapeuta debe aceptar instalarse en un "no-saber" a fin de abrirse a las posibilidades que el saber haría peligrar. Esta posición, que permite mantenerse en un proceso de aprendizaje, privilegia la búsqueda común del terapeuta y el cliente sin implicar sin embargo, el rechazo de todo saber anterior (Elkaim, 1996).

Bertrando y Toffaneti (2000) señalan que bajo el enfoque colaborativo, es el problema el que crea el sistema; sin embargo, queda sin resolver la cuestión de dónde tienen su origen estos problemas y de qué naturaleza son.

El enfoque colaborativo sigue desarrollándose y cabe mencionar que ha inspirado a numerosos practicantes, tales como Esther Wanschura del Instituto para el Estudio e Intervenciones Sistémicas de Viena, o Elida Romano (Deschamps, 2008).

En cuanto al enfoque reflexivo, Andersen tuvo el gran mérito técnico de reducir en los terapeutas la expectativa de un rol jerárquico específico y de realzar el aspecto personal, al mismo tiempo propició a un análisis de las modalidades de reflexión acerca del problema presentado en terapia (Bertrando y Toffaneti, 2000).

En la última fase de trabajo Andersen puso en tela de juicio algunas de las premisas que sostienen que hay un núcleo interno, un self interno o una estructura interna, ya sea biológica o psicológica, desde la cual nosotros hablamos y actuamos. Llegó a la conclusión de que tal estructura interna de la que habíamos

estado hablando durante tanto tiempo no existía y lo único que tenemos es el cuerpo, la fisiología y las conversaciones (Deschamps, 2008)

Bertrando y Toffaneti (2000) afirman que los equipos reflexivos en los que el paciente tiene la posibilidad de participar en el debate que los terapeutas realizan sobre su caso particular, son utilizados actualmente en distintos países para abordar diferentes problemáticas de la comunidad con excelentes resultados.

2.2.7.- Reflexión e integración de modelos revisados

Si bien cada uno de los modelos revisados tiene diferencias, de alguna otra manera consideran a la familia y a los individuos que la conforman como un sistema. Quizá los que parecieran un poco más alejados de esta perspectiva serían los modelos posmodernos, siendo los enfoques de terapia breve una transición epistemológica. Cabe aclarar que se escribió “pareciera”, ya que cuando se trabaja con Terapia breve en cualquiera de sus modalidades y con las Terapias posmodernas, aún se puede conservar una visión sistémica y recursiva respetando las premisas de cada uno de los modelos como se verá más adelante en la integración de casos de las familias atendidas. Otro punto en común que pueden tener todos los enfoques revisados es la promoción del cambio a través de la forma en que las familias y sus integrantes se relacionan entre sí. Esto no quiere decir que a nivel teórico-metodológico pueda hacerse una mezcla de todos indiscriminadamente con los fines de cambio, mas bien se trata de ajustarse a la necesidades de cada familia cuando sea necesario, evitando una ortodoxia de modelos que limite las posibilidades de cambio. Por ejemplo, en la sección siguiente de este reporte se señalará cómo a pesar de que se tomó en cuenta un modelo base para atender a las familias, no se desarrolló un modelo puro como tal ya que en algunos momentos fue necesario hacer uso de algunas técnicas de otros modelos y en lugar de que esto fuera una desventaja, se convirtió en una herramienta que posibilitó continuar con el desarrollo del modelo directriz.

Esta aparente complementariedad de los modelos tal vez se deba a:

- El desarrollo contextual e histórico, simultáneo o no, del que partieron cada una de las escuelas de terapia familiar.
- Las aportaciones que cada una retomó de otros enfoques a pesar de no siempre estar muy conectadas o de acuerdo unas con otras en cuanto a algunas premisas
- Los cambios en las propuestas de cada escuela en particular, inclusive hasta el día de hoy.

Por ejemplo, Minuchin, sin contacto directo inicial con el grupo de Bateson, ya hablaba en sus inicios acerca de la realidad familiar y la importancia que ésta tiene. Es decir, primero hay que entenderla desde diferentes ángulos –lo que en posmodernismo se puede referir como “múltiples realidades”-, para después inducir el cambio. Más adelante, en el desarrollo de otros modelos es cuando se

refinó la idea de las realidades de las familias y el uso de otras herramientas, como la paradoja. En este caso, Minuchin ya la concebía en su propuesta, la escuela de Milán la retomó y refinó como herramienta básica junto con los rituales. O en el caso de la paradoja, fuera de la rotulación de las escuelas de terapia familiar, Erickson hizo aportaciones que podrían equipararse con el inicio de lo que hoy conocemos con el nombre de ordalías y paradojas. Se podrían numerar muchos ejemplos; sin embargo, culminaré aquí con la finalidad de cubrir el objetivo de este capítulo.

Para terminar, pienso que la diversidad de modelos puede deberse al hecho de que si bien el comportamiento relacional-comunicación humana tiene parámetros bajo los cuales uno puede entenderlo, no hay una receta para predecirlo completamente. Ahí es donde radica la importancia y riqueza de cada uno de los modelos propuestos ya que pueden ser adaptables a las múltiples realidades de las familias, siempre y cuando uno como terapeuta tenga una visión sistémica clara y una directriz.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Puesto que este apartado está dedicado al análisis de las familias atendidas a la luz de la Terapia Familiar Sistémica y el rendimiento académico, se describirá primero lo concerniente al Rendimiento académico, posteriormente se revisará la intervención con las familias, y finalmente se presentará un análisis integrador.

3.1.- Rendimiento académico

3.1.1.- Origen del término rendimiento académico

El rendimiento académico, en su acepción actual, se acuñó en las sociedades industriales, y su derivación más directa proviene del mundo laboral industrial, donde las normas, criterios y procedimientos de medida se refieren a la productividad del trabajador. Al evaluar ese rendimiento se establecen escalas "objetivas" para asignar salarios y méritos (Bruggemann, 1983 citado en Camarena, Chávez y Gómez, 2008).

En consecuencia, el rendimiento es un criterio de racionalidad referido a la productividad y "rentabilidad" de las inversiones, de los procesos, y del uso de recursos, entre otros temas. Tradicionalmente su evaluación ha tenido como principal objetivo la "optimización" y/o el incremento de la "eficiencia" del proceso de producción y de sus resultados.

El traslado del rendimiento al ámbito educativo ha preservado su significación económica. Esta asociado con los desarrollos teórico-metodológicos que se han dado en el campo de la economía de la educación, desde la determinación del costo-beneficio hasta el análisis de sistemas.

Arcos, Ariza, Cabello, López, Morales, Pacheco, Palomino, Sánchez y Venzala (1999) afirman que según el profesor Santiago Rodríguez, el concepto de rendimiento escolar entra de lleno en el terreno político y se esgrime como bandera de la calidad de un Sistema Educativo donde la identificación educación-producción es la base que sustenta el concepto. Esto nos lleva a la Teoría del Capital Humano, en la que se considera la Educación como el principal capital humano, "en cuanto concebida como productora de capacidad de trabajo". En este sentido, es una inversión como cualquier otra y como inversión hecha por los poderes políticos, está sometida a control y se pretende que "genere beneficios". Pacherrres (2005) explica que el rendimiento que una persona tenga en la escuela le permitirá la posibilidad de acceder a más y mejores puestos de trabajo; en cambio, aquel niño que fracasa en la escuela sólo tendrá acceso en el futuro a trabajos subalternos y lógicamente con menor remuneración.

Como se puede apreciar en el párrafo anterior, el origen del término rendimiento académico tiene raíces en la sociología y la economía. Arcos, Ariza, Cabello,

López, Morales, Pacheco, Palomino, Sánchez y Venzala (1999) explican que entre los autores y autoras que defienden la determinación sociológica o socioeconómica en el rendimiento escolar, se pueden distinguir 3 tendencias fundamentales:

a) La primera ve al sistema educativo como un instrumento para la reproducción social, y cumple con la misión de dejar a cada individuo en la posición que le corresponde en el sistema social. El rendimiento escolar es la manifestación de este hecho y son los pobres quienes más fracasan.

b) Quienes se encuadran dentro de la segunda tendencia consideran que es excesivamente amplia la clase social para explicar el diferente rendimiento del alumnado y prefieren indagar en estructuras más próximas al niño o la niña, como la familia, que es el ámbito de inculcación primaria del niño, donde se encuentran las claves que explican su Rendimiento en el proceso educativo.

c) La tercera corriente se puede considerar como síntesis de las dos anteriores, pues es cierto que el entorno más inmediato en el que se desarrolla el individuo es su familia, pero es bien cierto que ésta se encuentra determinada por una serie de factores culturales, sociales, y económicos que la hacen pertenecer a una clase social o a otra, y, en este sentido, también es válido lo señalado en el primer apartado.

Camarena, Chávez y Gómez (2008) señalan que el traslado del rendimiento, en términos económicos, al campo de la problemática educativa, ha llevado a explicaciones reduccionistas en los análisis y evaluaciones de los procesos educativos que toman como pauta los rendimientos de una institución, de sus alumnos o de sus maestros. Esta situación ha creado falsas analogías, puesto que el análisis de lo educativo tiene particularidades que lo distinguen mucho de los estudios de los procesos económicos.

3.1.2.- Definición del rendimiento académico

En un análisis amplio y crítico acerca de la definición del rendimiento académico en América Latina durante la última década, Camarena, Chávez y Gómez (2008) aseguran que es posible agrupar la definición del término en dos grandes grupos:

a) Equiparación o uso indistinto del rendimiento con el aprovechamiento escolar, en el momento de establecer definiciones operativas para el estudio de la problemática.

En este sentido, el aprovechamiento escolar puede concebirse como el nivel de conocimientos, habilidades y destrezas que el alumno adquiere durante el proceso enseñanza-aprendizaje; la evaluación de éste se realiza a través de la valoración que el docente hace del aprendizaje de los educandos matriculados en un curso, grado, ciclo o nivel educativo, lo que va a estar en relación con los objetivos y contenidos de los programas y el desempeño de los escolares en todo el proceso

mencionado. De ahí que el aprovechamiento, al ubicarse fundamentalmente en el aprendizaje en el aula, se encuentre en un nivel de conocimiento distinto al problema del rendimiento; bajo esta perspectiva, se le incorpora como un elemento constitutivo del rendimiento.

b) Se distingue claramente al rendimiento del aprovechamiento escolar, considerando por lo general a éste como variable o indicador de aquél.

En la mayoría de esos estudios, la ubicación analítica del rendimiento se circunscribe en el plano descriptivo, como problemática educativa factible de ser comprendida tan solo a través de sus representaciones empíricas. Estas se expresan, por lo general, en los resultados de un proceso escolar determinado, con lo que se tiende a reconocer y sistematizar al rendimiento a partir de representaciones tales como calificaciones de alumnos, acreditación, reprobación y egreso, entre otros.

Las definiciones anteriores implican una serie de problemas:

a) Cuando se define al rendimiento mediante la descripción de alguna o varias de esas representaciones se soslaya la totalidad del proceso mismo que le da origen, realizando con ello una simple sustitución terminológica. Asimismo, al pasar directamente de la enunciación del rendimiento a su manejo operativo sin que medie algún supuesto teórico, solamente se capta el lado superficial del rendimiento. Esto lleva a que la discusión conceptual se sustituya, de hecho, por la instrumentación operativa, *con el riesgo de que ésta no sea otra cosa que una puesta en forma, lógicamente controlada o formalizada, de las ideas del sentido común.*

b) Cuando se generan datos observables y medibles derivados de análisis estadísticos en los que tiene prioridad la validez, confiabilidad y objetividad, los aspectos cualitativos inherentes a las representaciones empíricas son olvidados, puesto que se supone, desde esa perspectiva, que los datos obtenidos son resultados escolares que se explican por sí mismos y que, al mismo tiempo, expresan el rendimiento.

Edel (2003) muestra un ejemplo de factores cualitativos frecuentemente olvidados, tal como las percepciones de los alumnos en relación a su habilidad y esfuerzo, actitud y aptitud. Describe cómo en la vida académica, habilidad y esfuerzo no son sinónimos; el esfuerzo no garantiza un éxito, y la habilidad empieza a cobrar mayor importancia. Afirma que en el contexto escolar los profesores –yo también agregaría los padres- valoran más el esfuerzo que la habilidad. En otras palabras, mientras un estudiante espera ser reconocido por su capacidad (lo cual resulta importante para su estima), en el salón de clases se reconoce su esfuerzo. Lo anterior significa que en una situación de éxito, las autopercepciones de habilidad y esfuerzo no perjudican ni dañan la estima ni el valor que el profesor otorga. Sin embargo, cuando la situación es de fracaso, las cosas cambian. Decir que se invirtió gran esfuerzo implica poseer poca habilidad, lo que genera un sentimiento

de humillación. Así el esfuerzo empieza a convertirse en un arma de doble filo y en una amenaza para los estudiantes, ya que éstos deben esforzarse para evitar la desaprobación del profesor –y los padres-, pero no demasiado, porque en caso de fracaso, sufren un sentimiento de humillación e inhabilidad. Algunas de las estrategias para evitar la implicación de inhabilidad pueden ser: tener una participación mínima en el salón de clases (no se fracasa pero tampoco se sobresale), demorar la realización de una tarea (el sujeto que estudia una noche antes del examen: en caso de fracaso, este se atribuye a la falta de tiempo y no de capacidad), no hacer ni el intento de realizar la tarea (el fracaso produce menos pena porque esto no es sinónimo de incapacidad), el sobreesfuerzo, el copiar en los exámenes y la preferencia de tareas muy difíciles (si se fracasa, no estuvo bajo el control del sujeto), o muy fáciles (de tal manera que aseguren el éxito). El empleo desmedido de estas estrategias trae como consecuencia un deterioro en el aprendizaje y una propensión a fracasar en términos de una profecía autocumplidora. Finalmente, el autor explica que el abordaje del rendimiento académico no puede agotarse con las variables estudiadas, ya que la demanda de análisis y evaluación de otros factores permiten infiltrarnos más en el rendimiento académico como fenómeno de estudio.

Por otro lado, muchos autores definen al rendimiento académico en función de distintas variables, a modo de resumen se le podría entender en términos de las siguientes dimensiones:

- *Personales*: Sexo y nivel, aptitudes, capacidades, personalidad problemas sensoriales, autoconcepto, actitud ante los valores, confianza en el futuro, cociente intelectual, motivación, autocontrol, habilidades sociales, estado fisiológico (anemia y deficiencia de hierro), etapa de desarrollo, entre otras.
- *Socio-económico-familiares*: Factores socioeconómicos, Número de hermanos, estudios de los padres, ocupación familiar, implicación y expectativas de la familia, comunicación familiar, actitudes familiares, amistades, diferencias culturales, entre otras.
- *Escolares*: grado escolar, Amplitud de los programas de estudio, las metodologías de enseñanza utilizadas, juicio de los profesores, la dificultad de emplear una enseñanza personalizada, los conceptos previos que tienen los alumnos, estilos de aprendizaje de los alumnos, así como el nivel de pensamiento formal de los mismos, calificación de los alumnos, Dinámica de la clase, integración en el grupo, relación tutorial, tipo de Centro, relaciones con el profesorado y compañeros o compañeras, etc.

Actualmente, el rendimiento académico es estudiado como una entidad relacionada con diversos factores y ya no es entendido aisladamente en términos sociológicos, pedagógicos o socioeconómicos. Dentro de un marco general y ampliado, en términos de los que señalan Camarena, Chávez y Gómez (2008), se propone la siguiente definición: Una expresión valorativa particular del proceso educativo que se da en el marco de la institución escolar e incluye un conjunto

amplio de relaciones. Los ejes de análisis derivados se pueden dividir a grandes rasgos en: institución escolar y población estudiantil.

En función de lo expuesto anteriormente, puede decirse que el estudio del rendimiento como objeto de investigación es una tarea compleja, que requiere una ubicación más clara y reflexiva que ubique los procesos en los que el constructo está inmerso y los sistemas con los que se relaciona, por lo que necesita una definición que cuestione al apriorismo con el que se le ha tratado hasta el momento.

3.1.3.- Investigaciones y variables relevantes en el estudio del rendimiento académico

Chavez (2006) señala que de forma clásica los factores asociados al estudio del rendimiento académico se pueden agrupar de la siguiente manera:

- Inteligencia y aptitudes intelectuales como predictoras del rendimiento académico: Citando a Aliaga (1998), se afirma que la mayoría de estudios confirman que las relaciones oscilan entre 0.40 y 0.60; sin embargo, en el mejor de los casos los factores intelectuales explican alrededor de un 25% la varianza del rendimiento académico. Citando a Chavez (2006), el autor señala que las aptitudes intelectuales tienen una relación menos intensa y estable, siendo el factor verbal, además de la abstracción, los más estables en cuanto a su incidencia en el rendimiento académico.
- Autoconcepto, motivación y personalidad: Numerosas investigaciones, mas no todas las existentes, apuntan que el autoconcepto tiene una relación persistente y bidireccional con el rendimiento académico. Todavía no hay consenso entre la causalidad y ordenamiento entre dichas variables, además de que en la mayoría de estudios no hay un rango de confiabilidad y validez amplio que mida aspectos específicos del autoconcepto en el ámbito académico. Evidentemente la motivación está inmiscuida con muchas condiciones y estímulos ambientales que desencadenan el aprendizaje. Se ha estudiado la relación directamente proporcional del rendimiento académico y la motivación de logro, motivación para evitar el fracaso, así como se han hecho investigaciones acerca de las diferencias entre metas de aprendizaje y metas de ejecución. En el rubro de personalidad se mencionan algunos estudios respecto a la ansiedad y su relación indirecta/proporcional con el rendimiento académico; sin embargo, en la lectura que se hizo del autor y en la bibliografía para elaborar este trabajo no hay mucha claridad respecto a la relación entre algún tipo de personalidad o rasgos de ésta y el rendimiento académico.
- Implicación familiar: Las perspectivas actuales de aprendizaje autorregulado integran la implicación familiar en el rendimiento de los hijos. Los padres en este caso cumplen ante sus hijos y las tareas académicas, funciones de modelado, estimulación, facilitación y refuerzo. Según el autor,

citando a González-Pineda (2003), a mayor cohesión y adaptabilidad familiar, los hijos tienen mayor “conciencia” acerca de los comportamientos citados anteriormente por parte de los padres.

Pacherres (2005) realizó una brillante recopilación de estudios relevantes acerca de rendimiento académico y distintas variables, tal como se muestra a continuación:

- En América Latina se hicieron estudios sobre el rendimiento escolar así nos los presentan Eduardo Vélez y cols. escribiendo un artículo a partir de 18 informes de investigación concluyendo que: los métodos de enseñanza activos son más efectivos que los pasivos; la experiencia de los profesores y el conocimiento de los temas de la materia están relacionados positivamente con el rendimiento académico de los alumnos; las actitudes de los escolares hacia la actividad escolar son importantes para incrementar el rendimiento; la repetición del grado escolar y el ser de mayor edad están relacionadas negativamente con el rendimiento y la práctica de tareas en casa que incluye la participación de los padres está relacionada con el rendimiento.
- En España, la Unidad de Medición de la Calidad Educativa del Ministerio de Educación en el 2001 aplicó una evaluación nacional a los alumnos de 6º de primaria llegando entre otras conclusiones que más del 40% de los estudiantes multigrado están en el grupo de más bajo rendimiento tanto en matemática como en comunicación, mientras que 9% o menos lo esta en el grupo de más alto rendimiento.
- La Lic. Mariela Vergara Panzeri del Centro para el desarrollo de Alto Potencial en Argentina caracteriza a los niños con bajo rendimiento de desorganizados, con hábitos de estudio nulos o muy pobres, algunos son solitarios y son manipulativos entre otras características. En nuestra realidad podemos encontrar que los niños con bajo rendimiento son indiferentes a las clases y deberes escolares, son solitarios, o de lo contrario tienen amigos en la misma situación. Una del las causa no sería el factor económico pues sus padres no tienen grandes problemas en este aspecto, ya que la institución donde se desarrollará la investigación es una institución particular. Aún así los alumnos se encuentran continuamente atrasados en sus cuadernos, generalmente no viven con alguno de sus padres o están a cargo de sus abuelos u otro familiar. Estos alumnos muestran simpatía con aquellos profesores que les brindan afecto de modo que colaboran activamente en sus clases sólo con ellos.

Además de destacar la motivación escolar, autocontrol y habilidades sociales del alumno como variables de suma importancia en el rendimiento académico, Edel (2003) también hace una recopilación de investigaciones acerca de la relación de otras variables, tal como se presentan a continuación:

- Cascón realizó en el 2000 un estudio en donde afirmó que las calificaciones son reflejo de las evaluaciones y/o exámenes donde el alumno ha de demostrar sus conocimientos sobre las distintas áreas ó materias, que el sistema considera necesarias y suficientes para su desarrollo como miembro activo de la sociedad: aunque en un estudio publicado un año después, rectificó y afirmó que el factor psicopedagógico que más peso tiene en la predicción del rendimiento académico es la inteligencia y por tanto, parece razonable hacer uso de instrumentos de inteligencia estandarizados (test) con el propósito de detectar posibles grupos de riesgo de fracaso escolar.
- En un estudio acerca de Inteligencias Múltiples y aprendizajes escolares realizado en el 2000, Pizarro y Crespo expresan que la inteligencia humana no es una realidad fácilmente identificable, es un constructo utilizado para estimar, explicar ó evaluar algunas diferencias conductuales entre las personas: éxitos / fracasos académicos, modos de relacionarse con los demás, proyecciones de proyectos de vida, desarrollo de talentos, notas educativas, resultados de test cognitivos, etc. Los científicos, empero, no han podido ponerse muy de acuerdo respecto a qué denominar una conducta inteligente.
- En su investigación sobre Insumos escolares en la educación secundaria y su efecto sobre el rendimiento académico de los estudiantes, Piñero y Rodríguez señalaron en 1998 que la riqueza del contexto del estudiante (medida como nivel socioeconómico) tiene efectos positivos sobre el rendimiento académico del mismo. Este resultado confirma que la riqueza sociocultural del contexto (correlacionada con el nivel socioeconómico, mas no limitada a él) incide positivamente sobre el desempeño escolar de los estudiantes. Ello recalca la importancia de la responsabilidad compartida entre la familia, la comunidad y la escuela en el proceso educativo.
- Bricklin y Bricklin realizaron en 1988 una investigación con alumnos de escuela elemental y encontraron que el grado de cooperación y la apariencia física son factores de influencia en los maestros para considerar a los alumnos como más inteligentes y mejores estudiantes y por ende afectar su rendimiento escolar.
- Maclure y Davies realizaron en 1994 estudios sobre capacidad cognitiva en estudiantes y concluyeron que el desempeño escolar bajo es sólo la capacidad cognitiva manifiesta del alumno en un momento dado, no es una etiqueta para cualquier característica supuestamente estable o inmutable del potencial definitivo del individuo. Asimismo concluyen que el funcionamiento cognitivo deficiente no está ligado a la cultura ni limitado al aula.

- En 1993 Muñoz llevó a cabo un estudio comparativo de algunos factores que inciden en el rendimiento académico en una población de estudiantes mexicanos de nivel medio superior y superior, el objetivo general de la investigación fue conocer la correlación entre algunos factores de naturaleza psicológica y el rendimiento académico en una población de alumnos becados. Con el propósito de conocer algunos de estos factores se eligieron 3 áreas: intelectual, rasgos de personalidad e integración familiar. Se encontró que la integración familiar no tuvo incidencia en el rendimiento académico por lo cual se concluyó que no existieron diferencias estadísticamente significativas en la integración familiar entre los alumnos becados de alto rendimiento académico y los alumnos becados de bajo rendimiento académico, así como que si existieron diferencias estadísticamente significativas tanto en los factores intelectuales como en los rasgos de personalidad entre los alumnos de alto y bajo rendimiento académico. Dichos resultados apoyaron la postura teórica que sustentó el estudio respecto a la participación simultánea de factores cognitivos y emocionales en el aprendizaje de contenidos intelectuales que se modifican en un determinado nivel de rendimiento académico.

A continuación se muestran una serie de investigaciones que ayudan a completar el marco general del estudio del rendimiento académico:

- En una investigación realizada por Nye, Hedges y Konstantopoulo (2002) en Estados Unidos se buscaba saber si las clases pequeñas producían efectos diferenciales mayores en los alumnos con los más bajos rendimientos de la clase. Encontraron que las clases pequeñas producían altos rendimientos académicos. Pero, mientras si había una fuerte evidencia de que las clases pequeñas beneficiaban a todos los estudiantes, la evidencia de que las clases pequeñas beneficiaran a los estudiantes con bajo rendimiento fué débil. Debe quedar claro que los resultados de la investigación no significan que los estudiantes con bajo rendimiento estén mejor en clases grandes, por el contrario, todos los alumnos están mejor en clases pequeñas. No obstante, la reducción del tamaño de las clases no es un mecanismo efectivo para reducir las brechas de rendimiento entre alumnos.
- En Estados Unidos, Karl, Entwistle, Olson (2001), realizaron una investigación cuya interrogante esencial fué saber si las escuelas profundizaban la desigualdad en el rendimiento escolar entre grupos sociales o si la disminuían. Al mismo tiempo, buscaron analizar el valor agregado de la escuela, comparando los rendimientos de los estudiantes en diferentes momentos en el tiempo: cuando acuden a la escuela y cuando están fuera de ella. Los resultados mostraron que desde el primer grado los niños de los estratos socioeconómicos bajos están retrasados en relación a sus pares de los estratos altos, y que luego de cinco años este atraso persiste. Este patrón se da sobretodo cuando el rendimiento es evaluado al final del año. Cuando se evaluó el rendimiento del año escolar y el rendimiento de verano por separado se encontró que los estudiantes tienen mejores desempeños cuando están en

la escuela que cuando están de vacaciones. Esto quiere decir que los niños aprenden más y más eficientemente cuando están en la escuela. Se observó también que en el verano, el rendimiento verbal es mayor que el rendimiento cuantitativo. Esto podría significar que el aprendizaje cuantitativo es más dependiente de la escolaridad que el aprendizaje verbal. Los aprendizajes del año escolar año por año no difirieron mucho entre los niveles socioeconómicos. Al final de los cinco años, el rendimiento de los niños de estratos socioeconómicos bajos es mucho menor. Se concluyó que las escuelas son inefectivas e incapaces para igualar la oportunidad educacional y que las escuelas perjudican a los niños. La familia y la comunidad moldean el desarrollo académico de los niños pero la escuela también es una fuerza importante en su desarrollo académico. Las escuelas juegan un importante rol compensatorio. Ellas si importan e importan más cuando el apoyo de aprendizajes académicos fuera de ellas es débil. Es importante reconocer la habilidad de los niños para aprender a pesar de la pobreza y de los problemas familiares. Reconocer la eficiencia de las escuelas para nivelar esta situación es una estrategia para disminuir las brechas entre pobres y ricos.

- Omar, Uribe, Ferreira, Leal, Terrones y Beltrán (2002) exploraron las causas más comúnmente empleadas por los estudiantes de secundaria para explicar su éxito y/o su fracaso escolar en Argentina, Brasil y México. Se verificó que los alumnos de los tres países consideran al esfuerzo, la capacidad para estudiar y la inteligencia como las causas más importantes sobre su rendimiento escolar. En lo referente al significado dimensional de las causas específicas, los resultados obtenidos indican que los alumnos exitosos, tanto argentinos, brasileños como mexicanos, coinciden en percibir al esfuerzo, la inteligencia y la capacidad para estudiar como causas internas y estables, brasileños y mexicanos pero no argentinos, también consideran al estado de ánimo como una causa interna y estable. La dificultad de la prueba, la ayuda de la familia y el juicio de los profesores, fueron evaluadas como causas incontrolables por argentinos y brasileños, aunque no por mexicanos. Frente al fracaso, emergieron esquemas de respuestas singulares. Los hallazgos se discutieron a la luz de los valores socio-culturales y las peculiaridades educacionales de cada país interviniente.
- Jaekyung (2002) hizo un análisis de las brechas entre grupos raciales/étnicos en cuanto a rendimiento académico. Concluyó que las brechas se redujeron significativamente en los 70s y 80s. Si bien el rendimiento de todos los grupos raciales mejoró en los años 90s, las diferencias entre grupos no siguieron reduciéndose sino, por el contrario, aumentaron. Pareciera ser que los factores que han contribuido a la reducción de las brechas de rendimiento entre grupos étnicos y raciales en el pasado no explican fácilmente el actual fenómeno de crecimiento de las mismas. Se propone ver más allá de las medidas convencionales de inequidad racial y étnica para desarrollar un nuevo marco para investigaciones empíricas futuras. Dada la complejidad de estudiar las brechas de rendimiento raciales y étnicas, es necesario investigar los cambios simultáneos de un amplio rango de factores y examinar como interactúan e influyen en la brecha de rendimiento. Además, los estudios de brechas de

rendimiento étnicas y raciales necesitan incluir a todos los grupos raciales y étnicos y deberían examinar las brechas en todos los niveles de rendimiento.

- En un intento por analizar la relación causal a largo plazo entre anemia y deficiencia de hierro en edades tempranas de la niñez y un bajo desempeño escolar, Stanco (2007) comprobó el impacto de la deficiencia de hierro y anemia a largo plazo en términos de un retraso psicológico y físico de los niños que deriva en altos niveles de repetición de grados y mayor probabilidad de deserción de la primaria en comunidades económicamente pobres.

3.1.4- Sistema Educativo, Evaluación y Abatimiento del Rendimiento académico

Una vez que se ha dado un panorama general del rendimiento académico y la diversidad de factores relacionados, es importante analizar cómo el sistema educativo evalúa y combate el bajo rendimiento académico.

La SEP ha procurado la evaluación de algunos factores relacionados al rendimiento escolar, tal como la Prueba ENLACE y EXCALE. La primer prueba, ENLACE, tiene como objetivo proporcionar información diagnóstica del grado (nivel) en que los alumnos de Educación Básica han adquirido los temas y contenidos de las asignaturas de Español, Matemáticas y Ciencias (ENLACE, 2008). Las pruebas criteriosales EXCALE de aprendizaje miden el logro escolar de los estudiantes de educación básica en distintas asignaturas y grados. Las asignaturas evaluadas son Matemáticas y Español, Ciencias Naturales y Ciencias Sociales (INEE, 2008).

De acuerdo a Chávez (2006) en educación media, media-superior y superior, la evaluación del rendimiento se divide en:

- Pruebas estandarizadas en un campo en particular y cuyo contenido es amplio, así como su construcción se basa en libros de texto y consulta de expertos. La mayoría de ellas son aplicadas a nivel nacional y son diseñadas por el Centro Nacional de Evolución o CENEVAL.
- El segundo tipo de evaluaciones son aquellas construidas por los maestros –individualmente o en grupo– en cada materia y grupo escolar. Estas evaluaciones suelen ser más privativas de las ideas de los maestros y las escuelas respecto a cómo calificar y qué calificar. Muchas veces la interpretación se remite a los compañeros inmediatos del estudiante, sus compañeros de clase.

Puede decirse que la evaluación del rendimiento académico, tal como su definición, no está unificada y hay un alto rango de subjetividad en este aspecto; sin embargo, en términos de diferenciación, es claro que hay una gran diferencia entre un alumno(a) que baja su promedio de un 9 a un 5.

El promedio de calificaciones como único indicador de bajo rendimiento escolar puede ser un parámetro demasiado drástico y generalizador para un constructo tan complejo, ya que puede haber contenidos que tengan cierto grado de dificultad para los alumnos en términos de su nivel sociocultural y contextos particulares. Puede haber casos en los que los niños puedan haber desarrollado un problema de aprendizaje o éste no se hubiera detectado antes, podría suceder que los docentes no proporcionen las herramientas necesarias para hacer asequibles los contenidos a los alumnos, puede haber crisis económicas, familiares en casa que afecten el desempeño de los niños y consecuentemente su promedio, entre muchos otros factores.

En función de lo anterior, se sugiere que cuando se hable de “bajo rendimiento escolar” se revisen los indicadores objetivos y la relación entre la mayoría de factores que se sospeche tengan una incidencia directa.

Respecto al abatimiento del bajo rendimiento escolar, Gajardo (2001 en Edel, 2003) afirma que en México ha habido diversos programas que se han dedicado a abatir el rezago educativo, considerando dentro de ello al rendimiento académico, como por ejemplo:

El programa para abatir el rezago educativo, PARE, 1991 – 1996.

El programa de apoyo a escuelas en desventaja, PAED, 1992 –1996.

El proyecto para el desarrollo de la educación inicial, PRODEI, 1993 – 1997.

El programa para abatir el rezago en la educación básica, PAREB, 1994 – 1999.

El programa integral para abatir el rezago educativo, PIARE, 1995 – 2000.

El programa para abatir el rezago en la educación inicial y básica, PAREIB, 1998 – 2006.

En las últimas décadas, en México se han implementado dos generaciones de programas compensatorios; los que pertenecen a la primera generación son administrados por organismos pertenecientes al sector educativo, y pretenden mejorar la calidad de la educación mediante el ofrecimiento de determinados apoyos destinados a las escuelas y a sus respectivos maestros. En cambio, el que pertenece a la segunda generación, conocido como el PROGRESA (Programa de Educación, Salud y Alimentación; a cargo de la SEDESOL), pretende mejorar los resultados de la escolaridad mediante la canalización de determinados apoyos destinados a los niños y a sus familias (SEP, 2001 en Edel, 2003).

Tal parece que la lista podría continuar cambiando lemas y fechas, sin embargo, en los niveles educativos medio y medio superior siguen los estudiantes acusando carencias en los fundamentos de su formación y por ende manifestando dificultades académicas, las cuales pueden observarse desde una mala ortografía hasta la incapacidad para llevar a cabo procesos de pensamiento elementales, tales como el análisis, la síntesis ó un proceso de evaluación, por citar algunos. Al igual que en la educación básica, en los niveles de educación secundaria y preparatoria, se trata de compensar las carencias citadas a través de programas de apoyo para alumnos que presentan dificultades escolares. Lo anterior no sólo

es característico en las instituciones oficiales, sino que podría probablemente reconocerse como un evento social que permea con la misma intensidad a las instituciones educativas particulares.

Contrariamente a la tendencia tradicional de explicar el rezago educativo por los factores extraescolares como la pobreza, han existido iniciativas con acciones que buscan mejorar principalmente los factores intraescolares. Para ello, han diseñado programas concebidos en forma integral, que abordan desde los materiales y textos escolares, hasta la capacitación y estímulos para los docentes, pasando por inversiones en infraestructura, fortalecimiento institucional y mayor compromiso de la comunidad y de las familias con el proceso educativo (Gajardo, 2001 citado en Edel, 2003).

3.1.5- Rendimiento académico y familia

Los apartados anteriores apuntan hacia el análisis de la importancia de la familia en el abatimiento del bajo rendimiento académico. Por ello, se revisarán a continuación una serie de investigaciones al respecto y finalmente se profundizará en aquellos artículos que se consideran más importantes en términos de los casos tratados en la sección de análisis metodológico.

Antes de continuar, es importante acotar que no se pretende hacer responsable a la familia como único factor que incide en el bajo rendimiento escolar, más bien se trata de hacer evidente el modo de participación de este sistema en relación con otros factores y sistemas.

Adell (2002) afirma que hay muchos factores que explican el rendimiento académico, pero la influencia de la familia es de suma importancia. Pérez y Castejón (1997) explican que hay estudios que indican que entre todas las aptitudes intelectuales que influyen en el rendimiento académico, el factor verbal es el que incide más directamente en el desarrollo de todas las áreas del currículo, posiblemente porque este factor es el más susceptible de influencias socioculturales y familiares. Asimismo, hay estudios (Arcos, Ariza, Cabello, López, Morales, Pacheco, Palomino, Sánchez y Venzala, 1999) que describen cómo cuando en la familia hay conflictos entre los padres, malos tratos, drogadicción, etc., el rendimiento de los niños y las niñas en el colegio se ve perjudicado porque les hace vivir situaciones extremas que interfieren su normal desarrollo en la vida, y, también en la escuela.

En un artículo realizado por Jadue (1997) se concluyó que para lograr que los niños con bajo rendimiento académico tengan éxito escolar es imprescindible un trabajo conjunto familia-escuela. Se sugirió que para mejorar las oportunidades de lograr un mejor desempeño escolar, las madres de los niños que viven en la pobreza debieran ser entrenadas en estrategias que apoyen el proceso enseñanza-aprendizaje de sus hijos, como asimismo los profesores de estos niños debieran modificar la metodología de enseñanza. Citando a Etwisle y Hayduk, la misma autora señala que las actitudes de los padres también están relacionadas

con el rendimiento escolar. Las madres de bajo nivel socioeconómico se describen a sí mismas como pasivas o subordinadas de los profesores, mientras que las de clase media se autodescriben como activamente involucradas en el rendimiento escolar de sus hijos y en un mismo nivel que los docentes.

En una investigación acerca de entorno familiar y rendimiento académico realizada por Arcos, Ariza, Cabello, López, Morales, Pacheco, Palomino, Sánchez y Venzala (1999) en España se concluyó que:

- El nivel cultural que tiene la familia incide directamente en el rendimiento escolar de sus hijos e hijas.
- Cuando el nivel de formación de los progenitores está determinado por una escolarización incipiente o rozando el analfabetismo, es más fácil que los hijos no tengan un rendimiento escolar insatisfactorio, y, por el contrario, en aquellos progenitores con un nivel de formación medio o alto es más probable encontrar un rendimiento bueno. Esto explica porque la cultura de la escuela es la cultura de la sociedad, por lo que los niños y las niñas que pertenecen a una familia con un status cultural medio o alto tienen ya ventaja en la Escuela sobre aquellos otros que pertenecen a un status cultural bajo.
- El nivel económico de la familia sólo es determinante en el rendimiento escolar cuando es muy bajo, cuando puede colocar al individuo en una situación de carencia, lo que ocurre es que esto normalmente lleva asociado un bajo nivel cultural, elevado número de hijos e hijas, carencia de expectativas y falta de interés. Así, lo exclusivamente económico no tiene por qué ser determinante en el rendimiento escolar.
- El número de hijos e hijas, salvo cuando el número es elevado y que generalmente lleva consigo otros condicionantes, no influye determinadamente en el rendimiento.
- Cuando en la familia hay problemas, el niño o la niña los viven y esto, necesariamente, influye en su conducta y en su rendimiento. En esto, los niños y las niñas no son diferentes a los adultos y en ellos se puede agudizar porque la familia es casi todo su universo.
- Cuando la familia demuestra interés por la educación de los hijos e hijas, se preocupa por su marcha en el colegio, están en sintonía con el maestro o maestra, el rendimiento es más positivo pues hay una conexión casa-escuela que el niño percibe y que llega a repercutir en su trabajo. Este interés de la familia se demuestra valorando lo que se hace en el colegio y, en cierta medida, está vinculado a las expectativas que los progenitores tienen puestas en el presente y futuro de sus hijos e hijas. Cuando esas expectativas cuentan con la institución escolar: estudiar una carrera, tener

la suficiente formación, ser alguien en la vida, etc., el interés de la familia por la escuela es sin duda mayor que el de aquellas otras que consideran la escuela como una mera espera para llegar al mundo del trabajo.

En un estudio realizado por Pong (1997) se buscó conocer si la proporción de familias con un solo padre o con padrastros o madrastras en las escuelas afectaba el rendimiento de todos los estudiantes que estudiaban en ellas en el área de matemáticas y lectura. Los resultados mostraron que:

- Los estudiantes de familias con dos padres biológicos obtuvieron cuatro puntos más en las pruebas de matemática y lectura que los estudiantes de familias con un solo padre biológico. La diferencia académica de niños de familias con ambos padres biológicos y familias con padrastros fue menor, 3 puntos en matemática y 2 puntos en lectura. Las familias con dos padres biológicos también tienen mejor nivel socioeconómico en términos de educación de los padres e ingreso familiar. El nivel socioeconómico de las familias con padrastros es similar que aquel de las familias con dos padres biológicos. Las familias con padrastro y familias con un solo padre biológico son casi iguales en términos de sus características de participación de los padres.
- El nivel socioeconómico de las escuelas que tienen mayor número de estudiantes de familias con un solo padre biológico y familias con padrastro era menor que el nivel socioeconómico de escuelas en la que la mayoría de los niños viene de familias con los dos padres biológicos. En comparación con otras escuelas, las escuelas con gran concentración de estudiantes de este tipo de familias tenían padres de familia que conocían a menos padres. Más de la mitad de todas las escuelas con una alta concentración de estudiantes de familias con un solo padre biológico y familias con padrastro están localizadas en áreas urbanas. Estas escuelas también son más grandes.
- Los análisis que usan variables a nivel individual mostraron un impacto negativo de la familia separada en el rendimiento del niño en matemática, incluso luego de que el nivel socioeconómico y otras variables fueron incluidas en el modelo. Otras variables del contexto familiar tuvieron el impacto esperado en el rendimiento. La educación de los padres y el ingreso familiar tuvieron efectos positivos en el rendimiento de matemática. Entre todas las variables de participación de los padres, la discusión de asuntos escolares con el niño tuvo la mayor influencia en los resultados de las pruebas, y el efecto de la participación de los padres en la escuela fue insignificante.
- Vivir en una familia con un solo padre perjudica menos el rendimiento en matemática que la educación baja de los padres o el no discutir asuntos escolares con el niño. Además es menos perjudicial que el bajo ingreso

familiar y que el hecho de que los padres conozcan pocos padres de los amigos de su hijo. Los análisis de los resultados de lectura mostraron efectos más débiles de la pertenencia individual a una familia con un solo padre. Cuando fueron incluidas sólo variables demográficas o de género, vivir con un solo padre mostró un efecto negativo en el rendimiento de lectura. Sin embargo, cuando variables del contexto familiar fueron añadidas, el efecto de una familia con un solo padre desapareció.

- A nivel de la escuela los resultados confirmaron que si existe un gran efecto contextual de la concentración de familias con un solo padre. Esto resultados apoyan la hipótesis de que las escuelas con una gran concentración de estudiantes de familias con un solo padre tienen un efecto negativo en el rendimiento académico de los niños. Este efecto contextual negativo es mayor que el efecto de la pertenencia a familias con un solo padre de manera individual.
- Los resultados sugieren que una gran parte de la desventaja asociada a las escuelas compuestas en su mayor parte por estudiantes de hogares con un solo padre se debe al bajo nivel socioeconómico de los estudiantes en estas escuelas. Esta evidencia apoya la hipótesis de que el nivel socioeconómico de la escuela media la influencia del contexto de las familias con un solo padre en el rendimiento educativo. En este estudio, las escuelas rurales tienden a tener estudiantes con mejor rendimiento que las escuelas urbanas. El gran número de estudiantes matriculados afecta negativamente el rendimiento en lectura. Los resultados de la matrícula escolar y de la localización geográfica son consistentes con la explicación del capital social. En las escuelas más pequeñas y en comunidades rurales se tienen relaciones sociales más estrechas, redes más fuertes, todo lo que genera un capital social más grande y mejora la educación del niño.
- Como se esperaría, el conocimiento de los padres de otros padres -la medida directa de las relaciones sociales de los padres- tuvo un efecto positivo en los resultados de las pruebas de matemática y lectura de los niños. Este efecto parece ser más fuerte para la lectura que para matemática. Las relaciones sociales no parecen mediar la influencia de las escuelas con grandes concentraciones de niños de familias con un solo padre en el rendimiento educativo.
- Se encontró un efecto significativo de la interacción entre el número de conocidos del padre y la concentración de los estudiantes de familias con un solo padre. Para el rendimiento en matemática y lectura, el término de la interacción fue positivo. Esto implica que el efecto positivo de los padres que conocen otros padres es más importante en las escuelas donde hay mayor concentración de estudiantes de familias con un solo padre. El hecho de que los padres conozcan a varios padres de los amigos de sus hijos puede compensar el efecto contextual negativo de familias con un solo

padre en el rendimiento escolar. Se predice que la comunidad escolar más perjudicial sería una en la que el nivel de las relaciones sociales de los padres es bajo, donde los padres no conocen a ninguno de los padres de los amigos de sus hijos, y donde hay gran concentración de familias con un solo padre. Ir a una escuela con una alta concentración de estudiantes de familias con un solo padre es, en promedio, más perjudicial para el rendimiento de un estudiante de octavo grado que el hecho de que él o ella viva en una familia con un solo padre.

- Los resultados de este estudio son consistentes con la idea de que el capital social mejora la educación del niño. Tal vez la red social de los padres es la clave para mejorar las relaciones entre los padres, sus hijos y escuelas y para permitir que los padres elijan adecuadamente los programas escolares y las actividades para sus hijos. Se necesita realizar mayor investigación para descubrir las microdinámicas de las redes sociales de los padres y para poner de manifiesto los mecanismos de las relaciones sociales de los padres que benefician a los niños de hogares que no tienen dos padres biológicos. A pesar de que los niños que pertenecen a familias con padrastros o madrastras tienen dos padres, investigaciones anteriores sugieren que las familias con padrastros o madrastras pueden estudiarse como si fueran familias con un solo padre porque los niños en ambos tipos de familias viven con un solo padre biológico. Se ha encontrado que los problemas emocionales, de comportamiento y académicos de los niños son tan frecuentes en las familias con padrastros como en las familias con un solo padre.

Martínez, Sanz y Cosgava (2005) realizaron un estudio acerca del bienestar psicológico y el rendimiento escolar de adolescentes españoles, analizando la relación que mantienen con los vínculos familiares. Se basaron en la premisa de que las principales reacciones de los hijos ante familias conflictivas se circunscriben en torno a tres ejes: El bienestar psicológico y físico, Las relaciones sociales (competencia social, relaciones íntimas) y Problemas académicos. Las variables que utilizaron fueron a) Percepción de los hijos del conflicto interparental, b) Percepción de los hijos respecto al comportamiento de los padres y de las madres, c) Satisfacción Familiar, d) Rendimiento académico (logro, comportamiento y dificultades en la realización de tareas académicas) y e) Bienestar psicológico (conductas de los hijos que podrían evidenciar sintomatología psicológica). Se concluyó que las variables familiares, sobre todo el conflicto matrimonial percibido por los hijos, tienen un gran impacto en el bienestar psicológico, sobre todo, y en el rendimiento escolar. Ya detalladamente, los resultados indicaron lo siguiente:

- Cuanto mayor es el conflicto percibido por los hijos, peor es el rendimiento escolar, en todas las dimensiones estudiadas. Es decir, cuando el conflicto es mayor, disminuye el logro académico (las notas son peores y existe más tendencia a repetir curso), el comportamiento académico también empeora (tendencia a distraerse, a hablar en clase, a no realizar las tareas) y

aumentan las dificultades, es decir, la dificultad para concentrarse o el mayor cansancio a la hora de realizar las tareas. En general, la nota media empeora y el número de suspensos aumenta. Al estudiar las diferentes dimensiones analizadas en el conflicto se observó que cuando el hijo percibe que los conflictos entre sus padres se deben a cuestiones relacionadas con el/ella o bien se siente culpable por tales conflictos, aumentan sus problemas escolares. Asimismo, cuando el conflicto es intenso, se percibe que durará en el tiempo, que es muy frecuente, y que a menudo los temas de discusión quedan sin resolver, el impacto es mayor. Finalmente, se encontró que cuando los hijos se implican en el conflicto con sus padres (triangulación) el rendimiento es menor.

- En términos de la percepción de las relaciones con el padre y la madre, se observaron correlaciones entre todas las subdimensiones estudiadas y el rendimiento escolar. Esto ocurrió tanto en relación con la madre como con el padre. La conclusión es clara: cuanto mayor es el amor percibido por los hijos en las relaciones con los padres y menor el control y la hostilidad mejor rendimiento se observa. Son los aspectos “amor y hostilidad” los que mayores correlaciones presentan. Dentro del rendimiento escolar, aunque el impacto se manifiesta en todos los aspectos estudiados, quizá sea más evidente cuando nos centramos en el comportamiento escolar (hablar, distraer a los demás, no realizar las tareas, portarse mal en clase...) y en las dificultades para concentrarse en las tareas.
- En relación a la satisfacción familiar percibida, se concluyó que quizá sea la variable más vinculada con el rendimiento escolar. Fueron aquellos alumnos que indicaron estar más satisfechos con su familia, los que mejor rendimiento demostraron, sobre todo en cuanto al comportamiento escolar.
- Los autores sugieren que aunque este trabajo se desarrolló con adolescentes únicamente, la importancia de la familia es clave en todas las edades. Los niños pequeños necesitan la suficiente seguridad que proporciona el haber tenido experiencias positivas en casa, como para arriesgarse a ensanchar su mundo, y eso incluye la escuela.
- En muchos momentos de la vida familiar el subsistema conyugal es el eje central de la vida familiar. El deterioro familiar que se produce como consecuencia del conflicto impactará indudablemente en el bienestar de los hijos. En muchas ocasiones, mas no en todas, a los niños les resultan estresantes las discusiones entre los padres. Los conflictos matrimoniales amenazan el sentimiento de seguridad emocional de los niños, pueden generarles miedo a que el conflicto experimente una escalada, se vuelva violento, conduzca al divorcio o se generalice a las relaciones entre los padres y ellos mismos. También pueden sentirse responsables por el conflicto que mantienen sus padres o temer verse atrapado en el mismo. Estas percepciones aumentan el riesgo de que el niño desarrolle

problemas. Los intereses del hijo están reabsorbidos por los conflictos familiares, lo que disminuye su capacidad y motivación para interesarse y enfrentarse con los problemas y dificultades de todo tipo, entre ellos los escolares.

- Podemos encontrarnos con diferentes posibilidades; sin embargo, se describirán las más comunes. Por un lado, podría acentuarse la separación, la distancia y aumentaría la hostilidad. Los padres agotados por su propio conflicto son menos sensibles a las necesidades emocionales de los hijos y se muestran menos afectuosos. Los hijos, por su parte, pueden entenderlo como rechazo y amenaza de desintegración familiar. Fruto del conflicto se desarrolla un estilo de disciplina más negativo, inconsistente, sin acuerdo entre los padres, con normas poco claras. La disminución de la disciplina consistente y eficaz, podría vincularse con un mayor riesgo de conducta antisocial y subcontrolada del niño.
- Por otro lado, los padres podrían volverse a los hijos en busca del apoyo emocional, afecto y empatía que les falta (lo cual ellos deben proporcionar y no recibir). Los hijos son expuestos a compartir problemas, dilemas y secretos, lo que en otras circunstancias no ocurriría. En esta situación, los hijos se ven inducidos a asumir roles inapropiados y a satisfacer las funciones de esposo/padre, se enfrentan a problemas de lealtad, coaliciones intergeneracionales, desviación de conflictos, etc.

En función de lo anterior, es evidente notar que de alguna u otra manera, el ambiente familiar y las interacciones que en él se desarrollan, afectan en cierto modo el desempeño académico de los niños. En este sentido, Gilly (1978) afirma que la incoherencia de las actitudes paternas, la falta de tranquilidad y de estabilidad en la vida familiar, son factores que colocan a los niños en un clima de inseguridad afectiva poco propicia para una buena adaptación escolar. Por ejemplo, Martínez-Pampliega (2007) afirma que en el caso de hijos de padres divorciados o de una familia monoparental no es lo que afecta el desempeño escolar, sino el malestar de los hijos y el grado de satisfacción de los niños respecto a la dinámica familiar.

3.2.-Habilidades Clínicas Terapéuticas.

Mi trabajo como terapeuta principal a lo largo de la residencia se desarrolló de la siguiente manera y tuvo estas características:

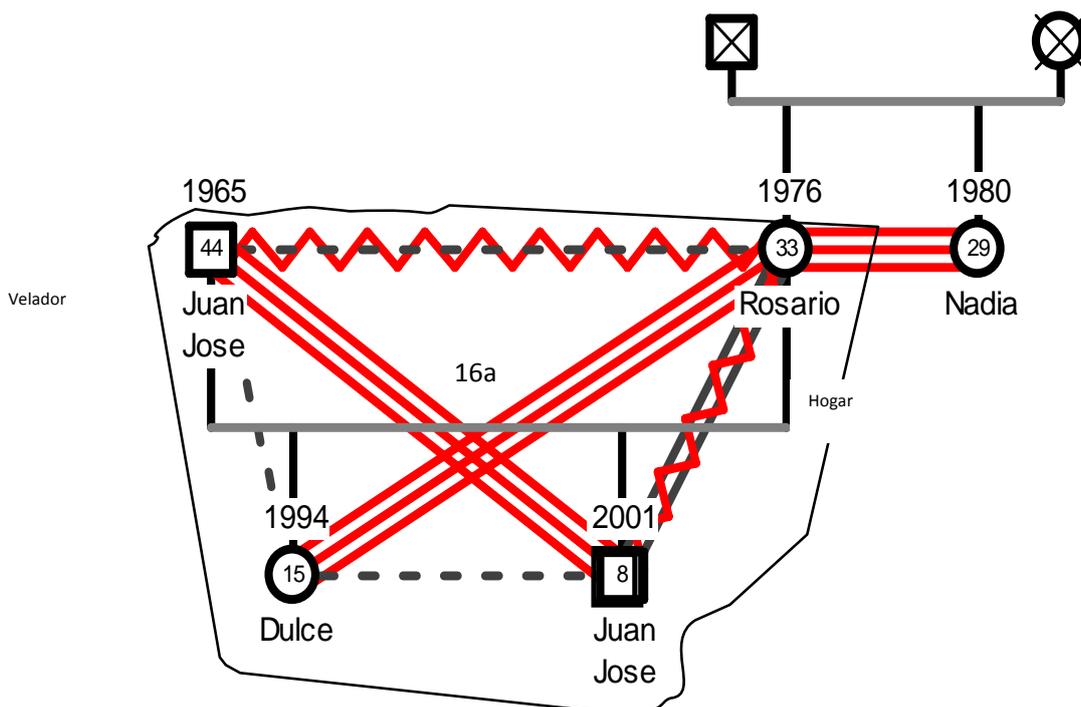
SEMESTRE	ESCENARIO/ SUPERVISORA	MOTIVO DE CONSULTA	NUM. SESIONES	SITUACIÓN
2º	CCHA Juana Bengoa	Conflictos de pareja	1	Baja
		-Bajo rendimiento académico y alcoholismo en la familia	2	Baja
3º	Clínica de Terapia Familiar FESI Luz de Lourdes Eguiluz	-Bajo rendimiento escolar de hijo (Fam A)	5	Alta
		-Depresión de cónyuge	1	Baja
		-Conflictos de pareja	1	Baja
		-Muerte del cónyuge y conflictos madre-hijas	6	Alta
	ISSSTE Susana Montoya	Bajo rendimiento escolar de hija (Fam B)	7	Alta

Los casos elegidos para su desglose extenso y análisis fueron aquellos cuyo motivo de consulta fue Bajo rendimiento escolar.

3.2.1.- Integración de expedientes de trabajo clínico

3.2.1.1.- Integración del trabajo clínico con Familia A

Descripción de la familia: La familia A está compuesta por los cónyuges Juan José (44 años, escolaridad secundaria, velador y chofer de una casa particular) y Rosario (33 años, escolaridad secundaria, ama de casa). Ellos se casaron hace 15 años y solo tuvieron dos hijos, Dulce (15 años, estudia 3º de secundaria) y Juan José (9 años y estudia 4º de primaria en una escuela pública).



Motivo de consulta: Juan José (hijo) tiene problemas de rendimiento en la escuela y de conducta, es muy inquieto.

Hipótesis que guió el trabajo terapéutico: Puede ser que Rosario y su esposo tengan una relación conflictiva en la que Juan José está triangulado. El bajo rendimiento académico y conducta del niño puede servir para desviar la atención de dicho conflicto conyugal a través de un problema parental, expresado en la falta de constancia y acuerdos en el mantenimiento de la disciplina hacia el niño Juan José. Asimismo, la familia se encuentra en la etapa del ciclo vital de Hijos en edad escolar y adolescente, lo cual también puede implicar una fuente de estrés para el sistema familiar, siendo un reto especialmente para el subsistema parental, por el reajuste de roles y reglas que eso implica. Posiblemente esta sea un sistema familiar con límites difusos al interior –entre los subsistemas- y rígidos al exterior. Puede ser que haya coaliciones alternantes en las que los cónyuges/padres se descalifican desde una posición jerárquicamente simétrica, utilizando a los hijos como medio de interacción. El Sr. Juan José puede ser una figura periférica al

igual que Dulce; mientras que el niño Juan José y Rosario son figuras centrales. El sistema posiblemente tiene un alto grado de resonancia y sensibilidad, en el que cualquier cosa que le sucede a alguno de los miembros hace eco en los demás inmediatamente como un medio de mantener la homeostasis del sistema a su interior.

Sesiones:

La *llamada telefónica* se efectuó el 18 de septiembre de 2007 en función de la solicitud que realizó Rosario para atender al niño Juan José. En dicha llamada se supo quiénes eran los integrantes de la familia y se obtuvo el dato de que Rosario había solicitado la consulta de Terapia Familiar inicialmente por recomendación de la profesora en turno de su hijo. También por sugerencia de su profesora, Juan José también había sido llevado hacia poco por sus padres a Evaluación Psicológica en la FESI para descartar Déficit de Atención con Hiperactividad y Problemas de Aprendizaje. Ahí le dijeron que el niño estaba bien y además, era pequeño todavía para poder determinar un diagnóstico de déficit de atención, por lo que se tenía que esperar un año para volver a realizar las pruebas necesarias. También se les recomendó que mientras tanto se acudiera al servicio de Terapia Familiar.

La primera sesión implicó el conocimiento de la familia, encuadre terapéutico, firma del acta de consentimiento informado, descripción y duración de las sesiones, así como lineamientos de la Clínica de Terapia Familiar. A esta sesión sólo asistieron Rosario y el niño Juan José como se tenía previsto, a pesar de la invitación de todos los miembros de la familia. El primer momento de la entrevista se dedicó al conocimiento de la familia a través de joining intermedio, así como el rastreo del motivo de consulta e identificación de los detalles de la estructura familiar. Como motivo de consulta, Rosario señaló que Juan José (hijo) tiene problemas de rendimiento en la escuela, de conducta y es inquieto. En relación a las pautas de interacción de la familia, se comprobó parte de la hipótesis respecto al conflicto que tiene Rosario con su esposo por dejarla abandonada mucho tiempo con los niños en casa. En varias ocasiones, Rosario trataba de aliarse con la terapeuta; sin embargo, gracias al equipo, no se permitió que esto sucediese. Asimismo, se *enfocó* la incompatibilidad de la imagen “terrible e ingobernable” que mostraba Rosario del niño Juan José, en relación con la actitud que él tomó en terapia y su inteligencia, ya que estaba jugando y al mismo tiempo no se perdía detalle de lo que se dijo en sesión. Se indagó acerca del involucramiento del niño en “cosas de adultos” y se comprobó que efectivamente eso sucedía, por lo que se utilizó la técnica de establecimiento de distancia física y psicológica para fijar fronteras entre los subsistemas (parentales y filiales), usando maniobras como dirigirse específica y enfáticamente a la madre cuando se hablaban de cosas que hacen los padres-adultos, haciendo las sillas más próximas entre terapeuta y la Sra. Se generó intensidad en la sesión al denotar la repetición de varias interacciones isomórficas en las que la misma inquietud de Rosario por haber discutido con el Sr. Juan José generaban inquietud en su hijo. Esto a su vez generaba que muchas veces ella no pudiera manejar situaciones de disciplina en las que antes se había mostrado eficaz. Posteriormente, se cuestionó el modo en

el que la familia recortaba los sucesos respecto al rol de “culpable de todos los males de la familia” que se le había dado al niño Juan José, se repitió el mensaje respecto al involucramiento del menor con adultos, además de que se destacaron los lados fuertes de la familia como amor y preocupación de unos por otros. Para ello, se hizo la comparación de la estatura de José y su madre; haciendo notar que a diferencia de la estatura física real, el niño parecía que estaba jerárquicamente más alto. El mismo niño contestó que esto era debido a que estaba “subido sobre los hombros” de su padre. Antes de hacer el corte de la sesión para ir con el equipo, se notó el hecho de que el niño se mostró sensible y amoroso con la madre, así como inteligente para “ser más grande que su mamá en altura y edad” cuando le señalaba alguna regla; mientras que se validó a la madre por haber buscado la consulta y estar en sesión, así como estar preocupada por su hijo.

Finalmente, el equipo mandó el mensaje de que habían notado durante el corte que mamá e hijo se observaban, hecho que no sucedió anteriormente durante la sesión. En otras palabras, se iluminó esa interacción espontánea de interacción cordial y hasta inclusive amorosa. Con la finalidad de generar interacciones alternativas, el equipo dejó una tarea que consistió en que los Martes, Jueves y Sábados, Juan José tenía que decirle a su mamá algo bueno que ella había hecho bien durante esos días; mientras que ella tenía que escribir lo mismo respecto a su hijo los Lunes, Miércoles y Viernes; mientras que el Domingo ambos descansarían.

Previo a la segunda sesión, se contactó a la Profesora de Juan José y accedió a tener una entrevista, pero solo vía telefónica. De esta conversación se supo que la preocupación de la profesora era primordialmente el bajo rendimiento escolar -bajas calificaciones- que el niño había mostrado desde hacía unos meses, así como algunas conductas disruptivas en el salón de clase. La profesora señaló que el grupo de Juan José era un grupo como cualquier otro perteneciente a una escuela pública, con 36 alumnos, de los cuales Juan José siempre se había caracterizado por ser inquieto, pero nunca por tener calificaciones bajas –reprobatorias-. A la sesión solo asistieron el niño Juan José y su mamá, ella reportó que previo a la sesión la conducta de Juan José había sido grosera y desobediente, así como había sacado calificaciones reprobatorias en la escuela. Se utilizó la técnica de promover la Resistencia a la presión de la familia e intensidad, ya que en varias ocasiones Rosario afirmó que esperaba se le dijera si tenía algo que ver el hecho de que ella no fuera suficientemente firme con la disciplina que le delimita a Juan José, a lo que se contestó con la misma pregunta. Ella respondió que posiblemente sí hubiera una relación la firmeza y constancia de la disciplina con la obediencia de la misma, posteriormente se quedó callada; mientras que la terapeuta le dijo que le parecía importante lo que acababa de mencionar, pero que veríamos qué otros elementos estaban inmiscuidos en esta situación. En ese momento, se observó e iluminó una interacción espontánea en la que Juan José no obedecía a su mamá y se repitió el mensaje de involucramiento del niño Juan José con asuntos de los adultos. El equipo dijo estar confundido y le señaló a Juan José que parecía un adulto cuando retaba a su mamá, pero al mismo tiempo se comportaba como un bebé de 3 años cuando no obedecía. Se le

preguntó qué cosas hace un niño de su edad y qué cosas necesita un niño de esa edad a diferencia de un bebé de 3 años. En ese sentido, él afirmó que un niño de su edad debía cumplir los deberes en la escuela y obedecer a su mamá. A la mamá se le plantearon las mismas preguntas y sus respuestas fueron similares a las de Juan José. A lo largo de la sesión Juan José interrumpía y ella decía que no tenía control de nada de lo que el niño hacía. Se le pidió a la señora que lo controlara en ese momento y lo hizo eficazmente. En ese momento se provocaron interacciones alternativas y se enfocó la eficacia que la Sra. mostró en ese momento y en las ocasiones subsecuentes durante la sesión. Después, se indagó un poco acerca de las exigencias que Rosario le requería al niño y se encontró que ella le exigía cosas y comportamiento de un adulto. En ese momento se redefinió esta exigencia como preocupación por su hijo, es decir, se cuestionó la realidad que la familia presentaba a través del enfoque en los lados fuertes de la familia y sus integrantes. Se generó intensidad a través de la repetición de interacciones isomórficas y se sembró la idea de que posiblemente Juan José estaba aprendiendo a desobedecer, tal como si fuera un bebé, y de ese descalificar a su mamá. La Sra. evadió ésta afirmación; sin embargo, el niño señaló que en casa su papá descalificaba a su mamá.

Finalmente, el equipo le pidió a Juan José y a su mamá ayuda para la realización de una tarea, una paradoja. Se les hizo notar que tal vez era una tarea un poco extraña y aparentemente difícil, pero que se sabía podían cumplir en beneficio de la familia. Se le pidió a Juan José que se siguiera portando como un bebé, desobedeciendo a su mamá, sacrificando sus horas de juego y el buen desempeño que se sabía él había demostrado podía tener en la escuela, porque solo así podía evitar que mamá escuchara cosas que le duelen, como la descalificación de su esposo. A la mamá se le pidió le ayudara a su hijo a realizar esta petición. Finalmente, se invitó al resto de integrantes de la familia a la sesión.

Previo a la *tercera sesión* el equipo y la terapeuta llegaron a la conclusión de que la paradoja no incluía al sistema en su totalidad, por ejemplo Dulce y el Sr. Juan José, y eso podría perjudicar al sistema en términos del cambio, por lo cual se dió marcha atrás en cuanto al desarrollo de la paradoja. A esta sesión solo acudieron el niño Juan José y su mamá. El niño reportó que la mayoría del tiempo estuvo mas tranquilo en la escuela, más independiente al realizar sus tareas, terminaba a tiempo en la escuela, cuidaba sus cosas y obedecía a su mamá. La mamá vió esto muy bien, reportó que había leído libros y se dió cuenta de que no todo puede ser tan perfecto y que de acuerdo a la edad de su hijo no le puede exigir mucho, simplemente que haga sus tareas de la escuela y en casa. Señaló que se había dado cuenta que hay personas que tienen problemas más grandes que los que tenía su familia y eso la hacía sentir un poco mejor. Juan José se sintió contento por los cambios que tuvo, a la maestra le dió gusto y su papá le dijo que si sacaba 10 en la escuela lo va llevar al zoológico. Respecto a la tarea, señalaron que los días que Juan José se comportó como bebé –flojo e incumplido en la escuela- se sentía avergonzado o enojado y reportó que por eso prefirió mejor cambiar su actitud. Rosario se sintió contenta al ver los cambios de su hijo, señaló que durante esa semana se había comportado más firme con su hijo y le puso

consecuencias claras y consistentes a su conducta. Al indagar un poco más acerca del impacto del cambio en la familia, Rosario señaló que se había dado cuenta que a partir de los cambios vistos, ella había notado que cuando se portó más clara, concisa y sensible en cuanto a las reglas que le puso al niño, se sentía más tranquila al igual que Dulce, y eso había impactado también positivamente la conducta y desempeño de su hijo en la casa y en la escuela. Se le planteó a Rosario que qué iba pasar con ella ahora que su hijo se comportara como un niño grande la mayoría del tiempo. Ella señaló que iba estar más tranquila, menos rutinaria, menos aprehensiva y quizás se iba sentir muy sola respecto a su esposo, como pareja y padre, esto último es, en palabras de ella, le daba mas miedo. Se indagó un poco respecto a la soledad y a la relación con su esposo. Se identificó que el temor de educar a Juan José sola, estaba relacionado en parte con lo vivido en su familia de origen, monoparental, dirigida por su madre y con un hermano adicto a las drogas. Reportó que su mayor miedo era que un distanciamiento del padre de familia pudiera ocasionar problemas de adicciones en la familia como pasó en su familia nuclear. En el tono de experta, la terapeuta le dijo que no en todos los casos en los que el padre está físicamente fuera de casa, habría necesariamente adicciones ya que se trataba de una situación multifactorial. En cuanto a la relación de Rosario con su esposo, ella dijo que sentía que ella misma había cambiado la forma en la que se llevaba con su esposo, ya que antes le gritaba y discutía por cualquier cosa; mientras que ahora evitaba gritarle. Si bien reconoció su cambio de conducta, afirmó que como pareja y padres ellos seguían distantes. Esto confirmó la hipótesis de trabajo respecto a la relación del sistema parental y conyugal. Se redefinió la tranquilidad del niño a lo largo de la sesión y dedicación a un juego manual como la independencia de su madre que en ocasiones muestra todo niño que va creciendo, es decir se hizo uso de una verdad universal. Rosario dijo que entonces se iba sentir más aliviada, tranquila y relajada al saber que en un futuro su hijo ya no la necesitara todo el tiempo como si fuera un bebé. Justo cuando la Sra. dijo eso, Juan José comenzó a hacer mucho ruido, se iluminó esa interacción espontánea y se le preguntó qué decir con esa conducta. Él comentó que sólo estaba jugando; mientras que cuando se le preguntó lo mismo a la Sra., ella señaló que tal vez la respuesta a esa pregunta tenía que ver con un suceso acontecido minutos antes de entrar a terapia. Contó que ella iba corriendo y muy preocupada por estar retrasada para llegar a terapia, mientras que el niño, de manera muy pertinente, le leyó una frase que decía "Nunca es tarde, para todo hay tiempo". Juan José afirmó que muy seguido leía a su mamá ese tipo de frases para tranquilizarla cuando se sentía triste o desesperada. Para hacer notar la repetición de una interacción isomórfica en la relación que tiene el niño con los adultos y repetir el mensaje de la necesidad de una diferencia en la forma en la que se relacionan los adultos y los niños, se le dijo a Juan José que esas parecían frases de un filósofo de bastante edad, es decir, un adulto respecto a su mamá.

Finalmente, el equipo mandó un mensaje de felicitación a la familia por los cambios que hicieron, los cuales fueron muy importantes. Con la finalidad de cuestionar la realidad familiar a través de una tarea de provocación de interacciones alternativas, se le pidió a la familia que los Lunes, miércoles y

Viernes trataran a Juan José como un niño de 7 años y le ayudaran a comportarse como alguien de esa edad; mientras que los Martes, Jueves y Sábado el niño tenía que comportarse como un bebé y tenía que ser ayudado por la familia para lograr esto. Finalmente, los Domingos la familia escogería cómo tratarlo, y él a su vez elegiría como se comportaría –de 7 años o de la edad de un bebé.

A la *cuarta sesión* asistieron Juan José y su mamá. Se les preguntó acerca de la tarea y Rosario respondió que ella el niño si la había hecho, pero su esposo no. Juan José señaló que esa semana se portó como un niño de su edad porque había hecho muchas tareas de la escuela esa semana. Reportó que en los exámenes de Matemáticas y Ciencias Naturales había elevado su calificación a 9 y 8 respectivamente. Se le hizo notar que sabía claramente cuáles eran las obligaciones de un niño de su edad y se le dijo que ahora si se tenía la clara impresión de estar hablando con un niño de 8 años y no con un filósofo de gran edad. Se indagó si había necesitado ayuda de su mamá para estudiar para sus exámenes, Juan José reportó que ya no necesitaba que su mamá estuviera sentada con él todo el tiempo al momento de hacer las tareas escolares, mas que en algunas ocasiones cuando no entendía la tarea o tenía alguna duda, inclusive en esos casos pensaba pedirle ayuda de vez en cuando a Dulce. Se le felicitó por las notas que sacó y por la independencia al momento de realizar sus tareas escolares. Se les preguntó acerca de la rutina seguida durante un día y Rosario señaló que regularmente Juan José no salía a jugar porque no había niños en el rango de su edad en su colonia, mas que cuando lo llevaban a visitar a sus primos, lo cual era muy esporádico en un solo mes. Ambos sacaron a colación un evento en el cual el Sr. Juan José había castigado al niño porque había sacado una nota baja en las calificaciones; mientras que la mamá se negó a ese castigo y lo llevó a jugar a casa de sus primos. Rosario acotó que había notado que cuando el niño no jugaba era cuando más se ponía inquieto en casa y en la escuela, por lo cual había llevado al niño a jugar en esa ocasión. Se dijo en el tono de experta y haciendo uso de una verdad universal, que si bien era innegable que el juego era una actividad fundamental del desarrollo de un niño, el equipo y la terapeuta se preguntaban si así como el niño estaba sobre los hombros de su padre en algunos momentos, también a veces estaba sobre los hombros de su madre como en esta ocasión. Rosario se sonrojó, dijo que a veces eso si llegaba a suceder, pero que en algunos momentos le parecía que en lugar de dos hijos tenía tres, incluyendo a su esposo. Esto corroboró completamente la hipótesis de trabajo que se tenía en un inicio respecto a la estructura familiar.

En ese momento Juan José comenzó a hacer una serie de travesuras e interrupciones al mismo tiempo que parecía mirarla y esperar a que volteara para seguir interrumpiendo. La terapeuta iluminó y enfocó este evento espontáneo, comentó que parecía que en ese momento la actitud de Juan José era de reto hacia su mamá y se preguntaba si en ese momento estaba frente a un bebé que había aprendido a retar. Juan José no contestó y Rosario afirmó que aunque tal vez era normal que de vez en cuando un niño de 8 años hiciera rabieta y tuviera actitudes de ese tipo, se daba cuenta de que a veces ella misma también respondía con reto ante los retos de su hijo y eso era como si se estuviese

comportando de la misma edad del niño. Se le dijo a Rosario que era una observación sumamente interesante al mismo tiempo que se le dijo a Juan José que se tenía la seguridad de que Juan José se podía comportar como un niño de 8 años.

Para delimitar el holón parental y fraternal, el equipo les dejó como tarea a los padres que platicaran cómo la familia jugaba el juego del “bebé”. Asimismo, se les solicitó generaran en conjunto las nuevas reglas del juego “dejar salir a jugar”, es decir, que hablaran y acordaran las situaciones en las que ambos coincidían era adecuado que su hijo saliera a jugar o no. Para generar el comienzo de una alianza entre el Holón fraternal, a Juan José se le dijo que como sus papás iban a estar muy ocupados esa semana con la tarea de la terapia, tenía que acudir sólo a su hermana Dulce para pedirle ayuda con las dudas de su tarea escolar. Finalmente, a modo de coro griego, se les dijo que el equipo estaba tenía opiniones divididas respecto a esta tarea y una fracción pensaba que los papás, es decir los adultos, no iban a hacer la tarea juntos; mientras que la otra parte del equipo creía que los papás si iban a poder realizarla con éxito.

A la *quinta sesión* asistieron Juan José y su mamá. Rosario reportó que junto con su esposo pudieron hacer la tarea e hicieron una lista de “Reglas para salir a jugar” para Juan José, que se colocó en la pared del comedor para que siempre las tuvieran en mente; mientras que también hicieron una “lista para salir con las amistades” para Dulce. Dulce apoyó a su hermano en las tareas escolares y tuvieron tiempo para coincidir en un juego que les gustaba a los dos, gato. Rosario estaba muy contenta porque su esposo y ella pudieron realizar esta tarea con éxito y sin pelear; sin embargo, ahora estaba muy preocupada porque Dulce había comenzado a salir mucho con sus amigas y ya no pasaba tanto tiempo en casa. Esto confirmó la hipótesis en relación al estrés que supone el reajuste de roles y reglas en la etapa de familia con hijos en edad escolar y adolescente. Haciendo uso de una verdad universal, actitud de experta y de consejo profesional, se comentó que era normal que hasta cierto punto conforme los hijos iban creciendo también iban necesitando diferentes reglas a lo largo de su desarrollo y que quizá esa misma lista que habían hecho para Dulce se podía ver modificada con el tiempo a consideración de los padres, pero era importante notar que también con el tiempo los hijos van necesitando cada vez más un poco más independencia respecto a los padres. Rosario dijo que estaba sumamente complacida con los cambios que había visto desde el inicio de terapia, pero aún tenía una preocupación más, señaló que estaba realmente angustiada porque ahora que estaba descubriendo como ser una buena mamá, no quería volver a ser la misma mamá mala de antes. Se indagó acerca de la concepción y creencias que Rosario tenía acerca de ser mamá, platicó con tristeza que ella había aprendido a ser mamá a través de la relación que tuvo con su propia madre. Esta relación la describió como difícil, ya que siempre le pedían a Rosario que tuviera una conducta perfecta y ejemplar, por lo que se le limitaban mucho las salidas con las amigas, la realización de actividades que tenían que ver con cada etapa de su desarrollo y eso la lastimó mucho. Se le reconoció lo difícil de haber vivido todas esas circunstancias y se le dijo que todo eso la había hecho una mujer y mamá

muy fuerte, capaz de buscar terapia y de modificar muchas cosas en beneficio de sus hijos. Se le pidió diferenciara en su caso entre una mamá a la que no le importan sus hijos y una mamá que tiene dificultades totalmente normales al enfrentarse a situaciones nuevas, dijo que ella era de las mamás que tenía dificultades. Desde una posición cercana, se le pidió que una vez que se había planteado lo difícil de su historia ese día, buscara en el fondo de su corazón y sabiduría interna si había alguna forma de poder utilizar eso para que le ayudara a cambiar la situación presente particularmente por la que vino a terapia, dijo que si, que la forma de cambiar sería estando más tranquila. Se le pidió recordara un momento en el que se sintiera tranquila, dijo que cuando era pequeña y jugaba a las muñecas se sentía en paz, por lo que se le dijo que retomara y respirara ejercitando la sensación de esa tranquilidad cuando las cosas se pusieran complicadas en casa con Juan José y cuando ella pensara que era una mala madre. Se le dijo que la vida nos da oportunidades a veces para cambiar las cosas y que tal vez ese momento era una de esas oportunidades para que no repitiera lo doloroso de su historia con su hijo. Con la finalidad de validar y retomar lo que había sucedido, así como para resaltar los lados fuertes de Rosario como una mujer sensible y fuerte, generar interacciones alternativas y redefinir lo que recién se había contado, se le preguntó a Juan José si había oído esto respecto a su madre, dijo que si y se le pidió le diera un abrazo y un beso; a Rosario se le preguntó si había algo que le quisiera decir a Juan José, ella le dijo que lo quería mucho, que le pedía disculpa porque a veces era intolerante, desesperada y peleaba mucho con su papá. Juan José dijo que él también la quería mucho y estaba dispuesto a seguir mejorando en la escuela y portarse bien.

Antes del corte para ir con el equipo, Rosario comentó que la maestra de Juan José reportó estaba muy contenta con el notable desempeño escolar que el niño había mostrado y mantenido, por lo que pidió que se le dijera en qué otras cosas podía apoyar. Se le mandó decir que siguiera haciendo lo que hasta ahora había hecho para motivar a Juan José y se reconoció que los cambios que se habían dado habían sido gracias a la familia y a su apoyo.

El equipo dijo que reconocía lo difícil de la situación que Rosario vivió cuando era niña, pero que también se daba cuenta de que ella se da cuenta de cómo esa situación se conecta con lo que vive actualmente con su hijo. Se le dijo que ella había mostrado como a partir de una situación difícil Rosario se levanta y sigue adelante, por lo que se veía cómo ella ya está haciendo algo por cambiar la situación. Se mandó una felicitación a todos por el cambio obtenido, asegurándoles que los cambios que habían hecho como familia eran el inicio de otros que se seguirían dando; se les pidió a los padres que siguieran haciendo aquellas cosas que habían funcionado para poner consecuencias claras a las conductas de sus hijos, así como para ser flexibles en relación a las mismas y sentirse un poco más tranquilos. A Juan José se le dijo que siguiera haciendo aquellas cosas que le habían ayudado a mejorar sus calificaciones y conducta en la escuela. Se le invitó a que siguiera aprendiendo y disfrutando con su hermana, que aunque era mayor, se había mostrado dispuesta a colaborar y ayudarlo.

En la llamada de seguimiento Rosario reportó que Juan José estaba bien en la escuela, había mantenido su promedio y había mejorado sustancialmente su desempeño así como su conducta; el niño confirmó esto y señaló que el Sr. Juan José se sentía contento por los cambios en su hijo, la profesora también y la relación con Dulce era cordial. La Sra. señaló que había pedido consulta en la Clínica de Terapia nuevamente, pero por una situación ajena a su control no había podido llegar a la sesión. Afirmó que esa situación le dio tiempo para pensar que posiblemente en lugar de llevar a su hijo a terapia, ella era la que necesitaba terapia para tomar decisiones personales y de pareja que había dejado pendientes. Se le invitó a que solicitara de nuevo el servicio y no dejara pasar su sesión esta vez, se le agradeció su tiempo y se mandó saludos a toda la familia.

3.2.1.1.1.- Análisis de Familia A-Modelo Estructural

Con la familia A, se utilizó predominantemente el modelo estructural. La coparticipación que se llevó a cabo con la familia fué desde una posición intermedia y distante. La posición intermedia se utilizó porque fue la que más ajustaba con el estilo personal de la terapeuta; sin embargo, cuando fue necesario se utilizó una posición distante, ya sea porque Rosario solicitaba indirectamente alianzas con la terapeuta o porque se juzgaba conveniente utilizar el rol de experto en ese momento para resistir a la presión ejercida por la familia.

Dentro de las técnicas de reencuadre, se utilizó la escenificación a través de la provocación de interacciones alternativas y el enfoque e intensidad. Esta última se llevó a cabo a través de repetición del mensaje y repetición de interacciones isomórficas. Se promovió la *provocación de interacciones alternativas* para que Rosario ensayara las situaciones en las que se mostraba eficaz al momento de disciplinar a Juan José. Se *enfocaron* las situaciones en la sesión en las que Rosario mostraba a Juan José como “terrible e ingobernable” en contraste con la actitud cooperativa e inteligente que el niño desplegó. Asimismo, se enfocaron los momentos en los que Rosario se mostraba eficaz en términos de la disciplina que le ponía Juan José y situaciones en las que Juan José retaba a su mamá y se comportaba como un bebé. En términos de la *repetición de mensajes y repetición de interacciones isomórficas*, se enviaron diversos mensajes en los que se ponía en evidencia el involucramiento de Juan José en cosas de los adultos –los padres, así como el mensaje de la necesidad de una diferencia en la forma en la que se relacionan los adultos y los niños.

En términos de las técnicas de reestructuración, se utilizó primordialmente la fijación de fronteras a través del establecimiento de distancia psicológica; mientras que para la enseñanza de la complementariedad se cuestionó el modo en el que la familia recortaba los sucesos. Para fijar fronteras entre los subsistemas (parentales y filiales), se usaron maniobras de *distancia psicológica*, como por ejemplo, dirigirse específica y enfáticamente a la madre cuando se hablaban de cosas que hacen los padres-adultos, haciendo las sillas más próximas entre madre y terapeuta. Respecto a la complementariedad y el cuestionamiento del modo en el que la familia recortaba los sucesos, se *cuestionó el modo en el que la*

familia recortaba los sucesos respecto al rol de “culpable de todos los males de la familia” que se le había dado al niño Juan José.

En relación a las técnicas que implican el cuestionamiento de la realidad familiar, se hizo uso de símbolos universales, consejos profesionales, lados fuertes, redefiniciones, paradojas y coro griego. Como *símbolos universales* se denotó la independencia que Juan José había mostrado al realizar una tarea en casa sin necesitar ayuda de su madre como “la independencia que todo niño que va creciendo muestra en relación a su madre”. En términos de consejos profesionales, a la familia se le dijo que era normal que hasta cierto punto conforme los hijos iban creciendo también iban necesitando diferentes reglas a lo largo de su desarrollo y que quizá esa misma lista que habían hecho para Dulce se podía ver modificada con el tiempo a consideración de los padres, pero era importante notar que también con el tiempo los hijos van necesitando cada vez más un poco más independencia respecto a los padres.

Como *lados fuertes* de la familia se denotó el amor y preocupación de unos por otros, así como la inteligencia de Juan José, preocupación por su progenitora y la fortaleza de Rosario al haber enfrentado situaciones difíciles.

Si bien la redefinición forma parte de lo que es la elaboración de una paradoja en el Modelo estructural, se utilizó la redefinición en este caso como un elemento útil en la sesión para resaltar los lados fuertes de la familia. Por ejemplo, se redefinió esta exigencia de Rosario como preocupación por su hijo, se redefinió la tranquilidad del niño a lo largo de la sesión y dedicación a un juego manual como la independencia de su madre y señal de que estaba creciendo.

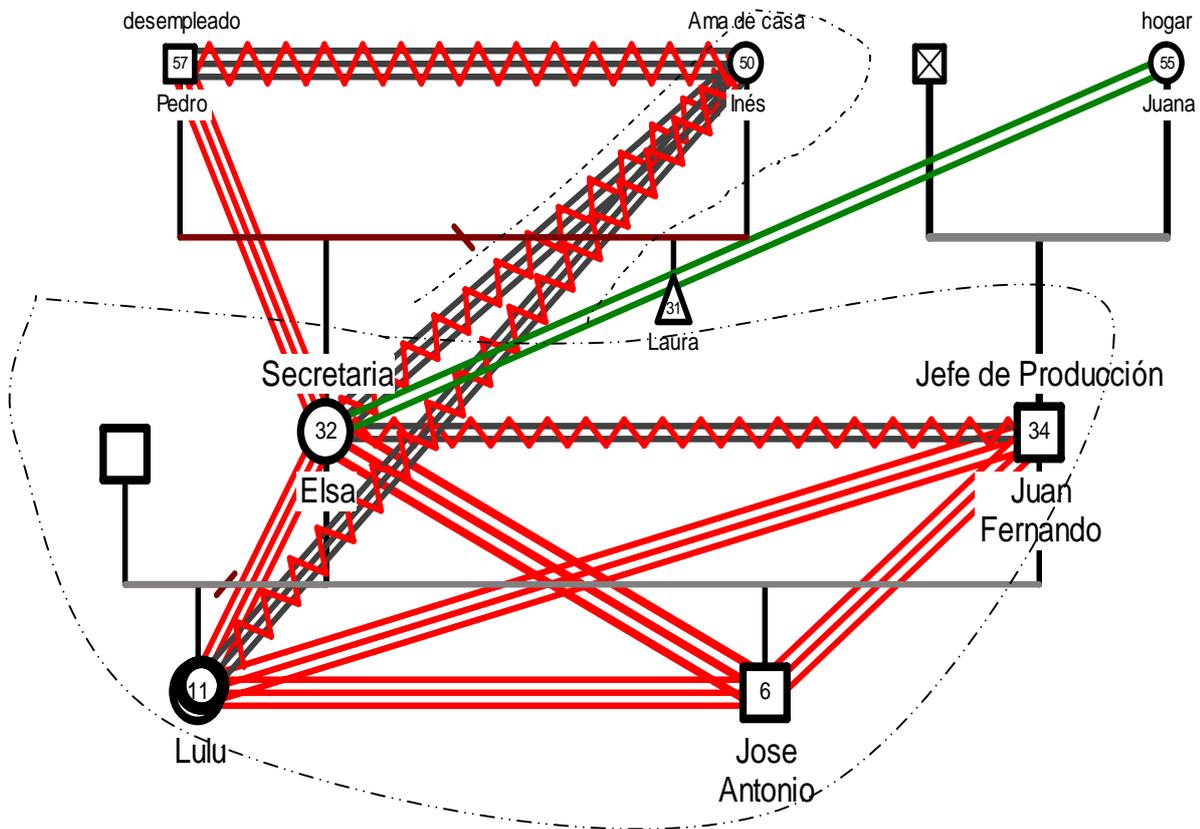
La *paradoja* que se prescribió a la familia implicó los pasos de redefinición y prescripción, mas no de restricción. En la paradoja se les hizo notar a Rosario y Juan José que tal vez era una tarea un poco extraña y aparentemente difícil, pero que se sabía podían cumplir en beneficio de la familia. Se le pidió a Juan José que se siguiera portando como un bebé, desobedeciendo a su mamá, sacrificando sus horas de juego y el buen desempeño que se sabía él había demostrado podía tener en la escuela, porque solo así podía evitar que mamá escuchara cosas que le duelen, como la descalificación de su esposo. A la mamá se le pidió le ayudara a su hijo a realizar esta petición. En este sentido, el equipo y la terapeuta llegaron a la conclusión de que la paradoja no incluía al sistema en su totalidad, por ejemplo Dulce y el Sr. Juan José, y eso podría perjudicar al sistema en términos del cambio, por lo cual se dió marcha atrás en cuanto al desarrollo de la paradoja. A parte de la acotación anterior, posiblemente este cambio en cuanto a la paradoja se vió influenciado por los modelos que revisábamos en ese semestre los terapeutas en formación y hubiera sido interesante proseguir con la paradoja, modificándola e incluyendo a todos los miembros del sistema, pero continuarla hasta terminar para ver los efectos reales de la intervención.

En relación a la utilización del *coro griego*, se le dijo a una familia respecto a una tarea que el equipo estaba tenía opiniones divididas respecto a esta tarea y una fracción pensaba que los papás, es decir los adultos, no iban a hacer la tarea juntos; mientras que la otra parte del equipo creía que los papás si iban a poder realizarla con éxito.

3.2.1.2.- Integración del trabajo clínico con la Familia B

Descripción de la familia:

La familia B está compuesta por los cónyuges Juan Fernando (33 años, estudió ingeniería y es jefe de producción de una fábrica) y Elsa (32 años, con carrera técnica de secretariado). Ellos se casaron hace 9 años; Lulú (11 años, 5º año de primaria) fue fruto del primer matrimonio de Elsa con su exmarido; mientras que José (6 años, 3º de kinder) fué fruto de la relación con Juan Fernando.



Motivo de consulta: Lulú presenta bajo rendimiento escolar, no pone atención en clase, es muy nerviosa y tiene problemas para dormir.

Hipótesis que guió el trabajo terapéutico: Posiblemente Elsa tenga una relación conflictiva con su madre por cuestiones de jerarquía y sobreinvolucramiento de Inés en la familia de Elsa y viceversa. Siendo que Lulú es la que queda al cuidado de la abuela-, la niña puede estar triangulada entre su madre y abuela, manifestando esta tensión relacional como bajo rendimiento escolar, insomnio y nerviosismo, es decir, un medio para que Elsa e Inés se sigan relacionando. A su vez, quizás Elsa y Juan Fernando tengan un conflicto parental, cuya atención se ve desviada por los síntomas de Lulú. Asimismo, la familia se encuentra en la etapa del ciclo vital de Hijos en edad escolar y adolescente, lo cual también puede implicar una fuente de estrés para el sistema familiar, siendo un reto especialmente para el subsistema parental, por el reajuste de roles y reglas que eso implica. Puede ser que este sistema familiar tenga límites difusos al exterior y sobreinvolucramiento y rigidez al interior; tal vez Juan Fernando, Pedro y Laura sean figuras periféricas; mientras que Lulú, su madre y su abuela sean figuras centrales. El sistema posiblemente tiene un alto grado de resonancia y sensibilidad, en el que cualquier cosa que le suceda a alguno de los miembros hace eco en los demás inmediatamente, como un medio de mantener la homeostasis del sistema en relación al exterior.

Sesiones:

La *llamada telefónica* se efectuó el 24 de febrero de 2007 en función de la solicitud que hizo Elsa para atender a Lulú. En dicha llamada se supo quiénes eran los integrantes de la familia y se obtuvo el dato de que Elsa pidió consulta en el ISSSTE porque la maestra de la escuela le informó que Lulú disminuyó su rendimiento escolar, lloraba más de lo usual, se desesperaba, se veía cansada en clase y se había vuelto muy nerviosa y ansiosa en general. Se supo que Laura es quien cuidaba a Lulú y José Antonio en las tardes desde hace unos meses.

En la *primera sesión* acudieron Elsa, Juan Fernando y Lulú. El primer momento se dedicó a unirse con la familia, conocerla, saber sus gustos y fortalezas, elaborar el genograma, encuadre terapéutico, firma del acta de consentimiento informado, descripción y duración de las sesiones, y conocimiento de los lineamientos de la Clínica de Terapia Familiar. Se indagó acerca del motivo de consulta de la familia, Juan Fernando fue el primero en afirmar que la maestra de Lulú los llamó para indicarles que la niña "ha bajado mucho su rendimiento académico, se distrae mucho en la escuela y se pone muy nerviosa (le sudan las manos)". En términos de una breve descripción del problema, Elsa acotó que Lulú no estaba durmiendo bien por las noches, y supone que el bajo rendimiento de la niña y su nerviosismo se relacionan con las veces en que ha presenciado cómo Inés ataca a Elsa física y verbalmente, además de que le achaca ser el motivo por el que Pedro se fue de la casa hace 15 años. Al comienzo del año escolar la abuela se hizo cargo del cuidado de Lulú y José Antonio, pero Elsa mencionó que Inés no les tiene paciencia a los niños y les grita, especialmente a la niña. Puesto que la familia no accedió a la idea de desaparecer un problema, se planteó la negociación de plantear un problema resoluble y sus objetivos, la elevación del promedio escolar de Lulú. Se marcaron, ampliaron las excepciones y se le atribuyó a la paciente - Lulú- y a los clientes -padres- el control de las mismas. Al indagar las soluciones

intentadas, se supo que la solución de Lulú era dormirse; mientras que los padres, por su parte, señalaron que hablaban con la niña para que entendiera a Inés e ignorara sus hechos y palabras, en este sentido, se marcaron, ampliaron las excepciones y se le atribuyó a la paciente -Lulú- y a los clientes -padres- el control de las mismas. Se le pidió a Lulú que narrara y nombrara lo que siente ante las situaciones que vive la familia actualmente, ella lo llamó “nervios”. Se le pidió personificara y le atribuyera cualidades -opresivas- a los “nervios”, los señaló como un monstruo enemigo, grande, alto, fuerte y malo, que la toma por sorpresa y la controla. A los padres se les pidió pensar de qué servía el hecho de que Lulú fungiera como la protectora y mamá de la familia con la edad que tiene, 11 años. Ante lo que contestaron que posiblemente le han atribuido a su hija funciones parentales que no le corresponden a su edad.

Una vez que se hizo el corte, a manera de elogio, el equipo señaló estar conmovido por lo que le sucedía a la familia y se daba cuenta de que era una familia con recursos que iban a poder poner en práctica más adelante. Se les dijo también que era muy valorable el hecho de que hayan buscado ayuda para solucionar las situaciones difíciles por las que estaban pasando. A modo presuposicional se les dijo que el equipo estaba seguro de que a partir de que esta familia terminara la sesión, cambiaría algo en ella y ellos sabían qué tenían que hacer para lograr un cambio.

Se reencuadró la triangulación en la que estaba inmiscuida Lulú como protección, sensibilidad y preocupación por/para Elsa e Inés. Asimismo, se validó y elogió al resto de los integrantes de la familia. Se prescribió la tarea genérica y se les pidió a todos que para la siguiente sesión cada quien reportara las cosas diferentes que habían hecho para generar un cambio en la situación que vivían, al mismo tiempo se les dijo que pensarán en la utilidad de que Lulú desempeñara el papel de “protectora” de la familia. Se le pidió de modo individual a Lulú que dibujara cómo se imaginaba al “monstruo de los nervios” e identificara su lado flaco y débil por 10 minutos todas las noches antes de dormirse hasta la siguiente sesión. Asimismo, se le requirió que comprara una pulsera y cada semana la colocara en un vaso con agua y sal, exponiéndola a la energía de la luz del día y la noche por dos días, para entonces ponérsela en su muñeca, de modo que la energía cargada la acompañara y evitara que ella sintiera nervios.

A la *segunda sesión* asistieron Lulú, Elsa y Juan Fernando. Se realizaron las preguntas de la segunda sesión y Juan F. señaló que un día después de la primera sesión observó que Lulú había estado un poco rebelde en casa y con malas notas en la escuela. Se hicieron las preguntas para los grupos con postura asi-asi y se indagaron los cambios, ante lo que Elsa y Juan Fernando reportaron que le pidieron a una vecina de confianza que se hiciera cargo del cuidado de sus hijos y notaron que a partir de ese momento Lulú había estado más tranquila. Se reconocieron, ampliaron los cambios y excepciones, así como se atribuyó el control de los mismos a los clientes y la paciente. Juan F. reconoció que a partir del cambio mencionado anteriormente Lulú tuvo un cambio favorable en su conducta en casa y en la escuela se mostró más tranquila, dispuesta y

trabajadora. Atribuyó estos cambios a que a Lulú se le movió de un medio agresivo en el que ella sentía mucha presión; mientras que él personalmente se ha sentido más tranquilo y menos agresivo en su trabajo, además de que se dió cuenta que su esposa también les grita un poco menos a los niños. Para propiciar que los cambios realizados se mantuvieran y ampliaran, se les pidió a los padres que listaran claramente las soluciones ensayadas y exitosas, como por ejemplo, platicar, analizar las situaciones que se les dificultan y apoyarse para tomar decisiones respecto a los hijos. Elsa y Juan F. dejaron ver desacuerdos anteriores en la forma de tomar decisiones respecto a las reglas y disciplina que aplican a sus hijos. Elsa concordó con que Lulú estaba menos nerviosa y más dispuesta a hacer las actividades escolares. Se les enfatizó a todos que habían comenzado a moverse y se les elogió por ello, pero también se les dijo que ya no se valía retroceder. Los padres señalaron que les preocupaba que José Antonio se estaba comportando muy nervioso, desobediente, haciéndose del baño cuando lo regañan y es agresivo; mientras que Lulú había discutido algunas ocasiones con su hermano. Se les indicó que había que ser pacientes y constantes con los cambios esperados, se les pidió a los padres que siguieran haciendo con José Antonio lo mismo que hicieron para generar cambios con Lulú, además de que se normalizó el hecho de que los hermanos peleasen de vez en cuando.

Respecto a la tarea de Lulú, reportó que si la realizó y le había ido muy bien ya que la pulsera le había servido para controlar los nervios. Respecto al dibujo del "monstruo de los nervios", dibujó una figura odiosa, mala, grande, cara de facciones agresivas, con flamas color negras, feas, de textura arrugada y con algunas nubes negras arriba. Se orientó la entrevista con Lulú en términos de detallar la personificación del problema, identificó el lado izquierdo del monstruo como su lado débil y chiquito; mientras que al lado derecho del monstruo le asignó la cualidad de ser el lado fuerte y malo de los nervios. Utilizando esta metáfora, se le pidió identificar el lado en el que ella tenía la fortaleza, definida como armas, valentía y fuerza, con la que podía vencer y contrarrestar al monstruo de los nervios cuando apareciese. Dentro de esta misma maniobra, se le pidió identificara los aliados que tenía para atacar al monstruo de los nervios, ante lo cual mencionó: obedecer a sus papas, ser fuerte, querer a su familia, sonreír, hablar en voz alta y decir lo que quiere. Se mencionaron algunos ejemplos de cuando el monstruo de los nervios atacaba a Lulú y cuando ella le ganaba a él. Se le hizo notar que el monstruo de los nervios estaba atacando a su hermano y lo que Lulú podía hacer para ayudar a su hermano, era controlar al monstruo ella misma para que después su hermano aprendiera a controlarlo también con su ejemplo. Todo esto quedó en el entendido y aclaración de que cuando Lulú comenzaba a ser desobediente, no era ella, sino el monstruo de los nervios que la atacaba, y que de cualquier manera, ella ya tenía identificados la forma y momentos en que él le hacía fechorías, lo cual le daba una ventaja en esta batalla y podía ganarle.

Como mensaje del equipo, se le prescribió a Lulú la tarea de la primera sesión y se le dijo que siguiera haciendo todo aquello que le sirvió para alejar al monstruo de los nervios y que hasta la siguiente sesión siguiera poniendo la pulsera en sal y

a la luz, portándola como recordatorio de aquellos aliados y fortalezas en momentos en que el monstruo de los nervios atacara.

A la *tercera sesión* asistieron Lulú, Elsa y Juan Fernando. Juan F. señaló que ha notado a su hija más tranquila, obediente y considera que ha evolucionado mucho. Se hicieron preguntas de escala para ver los avances en terapia, los padres señalaron que se darían cuenta de que su hija había llegado a la meta cuando ella estuviera menos nerviosa en la escuela, mejorara su rendimiento académico y fuera más feliz; Lulú coincidió con esto. En una escala del 1-10 el padre puntuó los cambios que la niña había tenido hasta ahora los evaluaba de un 6 a un 8 señalando una diferencia entre el antes y después de la terapia, la madre señaló que se había ido de un 7 a un 8; mientras que Lulú señaló que había ido de un 5 a un 7. Al preguntársele a la familia acerca del número al cuál les gustaría llegar, la niña y su mamá afirmaron que les gustaría que la meta fuera un 10; mientras que el señor señaló como meta un 9. Dentro de lo que cada uno tendría que hacer para llegar a la meta de 10 en la escala, Lulú identificó que debía obedecer con prontitud a la maestra y sus padres, consideró que en cuestiones de tiempo le tomaría llegar a esta meta unas 3 o 4 semanas. Respecto al tiempo que los padres señalaron para que la niña llegase a la meta, el padre mencionó que ya ve cambios aunque considera que tomará un poco de tiempo más. Elsa reportó que Lulú había tenido cambios, aunque todavía le faltaba un poco para llegar a la meta deseada. Se preguntó acerca de lo que tenían que hacer los padres para poder ayudar a la niña a llegar a su meta, Juan F. señaló que ya está viendo cercana la meta; aunque Elsa señaló que posiblemente era un proceso que tardaría más. Lo que la niña pensó acerca del tiempo que están considerando sus padres para llegar a la meta es que este tiempo está cercano. De los puntos que se retomaron para marcar, ampliar los cambios y atribuir el control de los mismos, los padres señalaron que hablaron y llegaron a la conclusión de que debían de cambiarla de contexto porque le estaba afectando mucho ya que empezó a bajar de rendimiento en la escuela. Se elogió y destacó cómo los padres se pusieron de acuerdo para cambiar la persona que cuidaba a sus hijos. A lo largo de las preguntas para mantener, ampliar y atribuir el control respecto a las excepciones, Lulú se ha dado cuenta de que al mismo tiempo que ella ha cambiado, sus padres han cambiado, ya no le gritan tanto y le escuchan más. La forma en que los cambios de Lulú impactaron en los padres se vió reflejada en que ellos mejoraran su rendimiento en el trabajo, estuvieran menos preocupados y fueran más tolerantes. Los padres señalaron que lo que hicieron para lograr estos cambios en Lulú y en ellos fue darle más permisos a la niña y ser más flexibles. Se validó esta conducta y actitud de los padres, en función de la edad de la niña y se retomó este punto para señalar la flexibilidad que habrían de seguir poniendo en práctica cuando Lulú entrara en el proceso de adolescencia. Esto confirmó parte de la hipótesis en relación al estrés que supone el reajuste de roles y reglas en las familias con hijos en edad escolar y adolescentes. Respecto a José Antonio, los padres reportaron que ya habían podido controlar la conducta de su hijo y se habían dado cuenta que su conducta mejoraba cuando no le hacían caso cuando se portaba berrinchudo y desobediente. En ese sentido se les prescribió la tarea de la primera sesión y se les dijo que ellos ya sabían que tenían que hacer y que lo siguieran

haciendo. A lo largo de la entrevista se hizo evidente que antes de iniciar la terapia había un problema parental en el que no se había hablado acerca de acuerdos respecto a las reglas y educación de los hijos, tal como se había planteado en la hipótesis de trabajo. Elsa reportó que hay cosas dolorosas que no había contado y necesitaba decir respecto a su familia de origen, con la que tuvo problemas, especialmente con su mamá, y que actualmente le estaban afectando a Lulú. De hecho, mencionó que le contaba este tipo de situaciones la niña cuando se sentía muy triste, generalmente en la noche antes de dormir. A causa de lo anterior se le preguntó que si quería tener una sesión para ella sola y platicar de eso, ella señaló que si y se acordó verla solo a ella para la siguiente sesión.

Como mensaje para la familia, el equipo elogió a la familia por su paciencia y por los cambios que habían generado respecto a la situación que los llevó a terapia, además de que se connotó positivamente la situación familiar como amor y preocupación por los otros. Siguiendo el tenor de la tarea de la primera sesión, se les invitó para que siguieran haciendo lo que ellos ya sabían para poder mantener y ampliar los cambios; mientras que a Lulú se le especificó que siguiera haciendo lo que ya sabía para controlar a los nervios. Para irrumpir en el patrón de interacción entre Lulú y Elsa añadiendo un elemento nuevo, se le pidió a la Sra., que individualmente y sin mostrar a nadie lo que iba hacer, realizara una lista de cómo ha influido el pasado en lo que está sucediendo actualmente como madre, esposa e hija, 15 minutos antes de dormir.

A la *cuarta sesión* asistió solo Elsa como se tenía previsto, ella señaló que le había ido mas o menos porque cuando llegó el momento de hacer la tarea le daba mucho miedo y temblaba, sentía mucho dolor y coraje por las ofensas y agresiones de su madre, quien no le perdonaba el hecho de que se llevara bien con su padre. Haciendo uso del lenguaje presuposicional y tratando de identificar, ampliar las soluciones anteriores efectivas al problema presentado y atribuirle el control de las mismas, se le pidió que relatara cómo es que le había hecho para poder sobrepasar esta situación tan difícil, tener una familia como la que tiene hoy y expresarle amor. Ella respondió que la solución que encontró en ese momento para acabar con las ofensas de su madre, fué irse de casa, ponerse a trabajar y acercarse a su suegra, hacer lo contrario a lo que su madre esperaba (no tener hijos, no tener trabajo, etc.). Se validó la forma en la que se sentía y se connotó positivamente esta situación en términos de que posiblemente solucionar este episodio de su vida implicaba la oportunidad de darle un día a sus hijos todo el amor materno que alguna vez a ella le hizo falta. Al tratar de definir los objetivos de la sesión con ella, mencionó que quería explicarse el porqué su progenitora se comportaba agresiva, y que una vez sabido eso, ella iba descansar y quedarse tranquila. Puesto que este objetivo era un poco vago y se estaba negociando un objetivo resoluble, se hizo la pregunta del milagro, pero Elsa se mostró renuente en todo momento. En función de lo anterior, se accedió a intentar hallar una explicación acerca de la conducta de su madre. Después de recopilar información al respecto, se llegó a la conclusión de que posiblemente su madre actuaba así porque tenía un pasado tormentoso y no le perdonaba a Elsa el hecho de que se haya pronunciado por la familia paterna cuando sus padres se separaron.

Inclusive, se introdujo la idea de que después de tantos intentos y a estas alturas, quedaba claro que su madre no iba cambiar. Entonces, se habló acerca de los objetivos terapéuticos que sí estaban en sus manos, ella planteó que tal vez perdonar a su madre era una alternativa para descansar y quedarse tranquila, pero no sabía si lo podía lograr en su totalidad porque era algo muy doloroso. Validando ese dolor tan arraigado, se le invitó a analizar si realmente era un buen momento para perdonar. Elsa afirmó que no era el momento de que su madre fuera perdonada y lo que quería obtener de la terapia era más bien que le doliera menos la situación tan difícil que había. Se afirmó que tal vez esa dificultad era el motivo por el cual ella no había podido hacer la tarea. Elsa reportó que últimamente la cabeza le estaba doliendo mucho y que quería saber por qué le estaba sucediendo eso. Haciendo uso de la connotación positiva a favor del cambio, se le respondió que el cuerpo es sabio y lograba identificar por medio de ciertos síntomas, como el dolor de cabeza por ejemplo, cuando las ideas y sentimientos van saliendo después de tanto tiempo como si fuera una olla a presión; inclusive su dolor de cabeza podía representar una lucha entre lo que siente y piensa.

El equipo le pidió a Elsa que 15 minutos antes de acostarse escribiera cómo es que la situación que vivió con su madre le afecta actualmente para desempeñar el papel de madre y esposa que desempeña hoy en día. Haciendo uso de lenguaje presuposicional y tentativo, se le advirtió que en función de la metáfora de la olla Express, ella ya estaba sacando ideas y sentimientos que estaban ahí desde hace mucho tiempo y que por ese motivo, tal vez se sentiría menos abrumada esta ocasión al momento de hacer su tarea.

A la *quinta sesión* solo asistió Elsa, se retomaron algunos puntos de la tarea, en la que se notó la posible existencia de ideas suicidas, éstas se exploraron, pero éstas ya no estaban presentes. Haciendo uso del lenguaje presuposicional se le preguntó cómo le había hecho para sobrellevar una situación tan difícil, ella respondió que se había rodeado de su suegra y su papá, quienes le apoyaron y le dieron consejos durante mucho tiempo. Se marcaron y ampliaron las soluciones previas y cambios actuales, así como se atribuyó el control de las mismas a Elsa. Ella afirmó que su suegra había notado cambios así como sus compañeras de trabajo; acotó que se dió cuenta de que cuando ella estaba bien, su familia también lo estaba. Se le preguntó qué cosas rescataba en ese momento de la situación tan conflictiva que ha vivido con su mamá, a lo que respondió que por ahora no veía nada rescatable. Dada la notable insistencia de Elsa por señalar a su madre como el motivo de sus problemas, se connotó positivamente la historia de conflictos con su madre y se le dijo que a veces la vida nos quita unas cosas y nos da otras a cambio, como por ejemplo, perder una relación con su madre, para ganar una nueva familia, de modo que ella tenía en el presente la oportunidad de cerrar un capítulo de su vida y comenzar de nuevo. En ese sentido, se negoció un problema resoluble y respondió que lo que quería era “cerrar capítulos difíciles” de su vida como la relación tan conflictiva con su madre. Posteriormente, se sembró la idea de que después de esa historia tan larga de conflictos, posiblemente su mamá no cambiara, por lo que a través de la pregunta del milagro se le planteó la

pregunta de qué cosas había hecho y podía hacer para que la actitud de su mamá ya no le dañara más. Respondió que las soluciones que había llevado a cabo y podía seguir haciendo eran salir con su esposo el fin de semana, alejarse de su madre, colocar cuestiones de dinero como algo secundario a comparación de su bienestar, estar en lugares que le agradan, pasar tiempo con sus hijos, rodearse de personas que la quieren y la escuchan, tomar cursos de autosuperación y fijarse el propósito de terminar la preparatoria abierta. Se ampliaron estas soluciones y se le atribuyó el control; sin embargo, para ser congruentes con la actitud de Elsa, se le solicitó que señalara los posibles obstáculos que podrían detener el proceso de que ya no le afecte la actitud de su madre, ella afirmó que posiblemente un obstáculo sería que a su hijo le diera una crisis de asma al ver los problemas entre ella y su madre, mas acotó que eso no sería un obstáculo insalvable. Se validó y elogió su postura, diciéndole que ella había demostrado tener los elementos para comenzar un nuevo capítulo de su vida menos doloroso y sin su madre. Antes de que la terapeuta saliera para hablar con el equipo, Elsa expresó preocupación por el hecho de que su hijo se estaba comportando muy flojo en la escuela y se estaba orinando de noche en la cama. Se le dijo que eso se abordaría la siguiente sesión.

El equipo la elogió y felicitó por ser fuerte, por estar dejando atrás un pasado doloroso y estar dando vuelta a la hoja para escribir un nuevo capítulo de su vida, ante lo cual ella ya estaba haciendo algo para estar bien con ella y con su familia, Con la finalidad de marcar, ampliar y atribuir el control de los cambios, la tarea que se le dejó consistió en que hiciera dos listas, una donde jerarquizara aquellas cosas que podía seguir haciendo para generar más cambios e identificara las cosas que faltaban por hacer para lograr dicho objetivo. Asimismo se le pidió que escribiera una segunda lista donde numerara los recursos que poseía, así como las estrategias para poder transmitirles dichos recursos a sus hijos.

A la *sexta sesión* solo acudió Elsa, quien comentó que le ha ido bien, aunque no había hecho la tarea. Señaló que aún así, había tratado de estar más tranquila, que había salido el fin de semana con su familia, se había relajado y también se había concentrado más en su trabajo. Se marcaron los cambios, se ampliaron y atribuyeron a Elsa haciendo preguntas se la segunda sesión. Ella explicó que su esposo se había dado cuenta de los cambios que tuvo, así como sus compañeros de trabajo, con quienes se acercó, saludó, platicó y sonrió, además acotó que fue tolerante con el carácter de las demás personas y se portó alegre. Afirmó que se dió cuenta de que no necesitaba hacerse daño al querer acercarse infructuosamente a su madre, quien al menos por ahora no cambiará. A través de las preguntas de escala que se le hicieron, señaló que cuando llegó a la primera sesión se ubicaba en una escala de 0 y actualmente se encuentra en un 5, le gustaría llegar al 10. Explicó que no tenía claro todavía el tiempo que necesitaría para llegar al 10, y eso le daba un poco de miedo. Se validó su miedo y se le comentó que lo que sentía era normal y que todo esto era parte de un proceso un poco lento, más no imposible, por lo que había que ir con calma. Respecto a su hijo, se averiguó que el niño dormía en una cama individual, ingería líquidos antes de dormir (aprox. 8pm), usaba pañal y cada que se hacía del baño, ella y su esposo se levantaban,

cambiaban al niño de pañal y al mismo tiempo discutían sobre quién era la culpa de esa situación. Se planeó una intervención sobre el patrón de la queja, uniendo la realización de la queja con una actividad gravosa y se le pidió que junto con su esposo hiciera la siguiente tarea, cuyas instrucciones tenían que seguir al pie de la letra: Se les solicitó que eliminaran el uso del pañal, ya que posiblemente mas adelante esto le traería consecuencias al niño, se les dijo que suspendieran la administración de líquidos al niño a partir de las 6 de la tarde, asimismo se les pidió que durante la noche se turnaran para levantar por separado al niño y llevarlo al baño cada dos horas. En caso de que el niño mojara la cama, se le pidió que bajo previo acuerdo alguno de los padres levantara al niño y depositara su ropa en un cesto. Se identificaron las cosas que le gustan al niño, como ver la TV, platicar con Elsa y jugar fútbol, por lo que se decidió llevar a cabo un programa de economía de fichas con el niño. El premio por no mojar la cama fue bajo previo acuerdo de los padres, la supresión de cualquiera de las tres cosas agradables que le gustaban al niño, registrando todo en unas hojas de registro que se elaboraron específicamente para ello.

El mensaje del equipo fué que Elsa siguiera haciendo las cosas que ya estaba haciendo para llegar a la meta establecida, asimismo se le requirió que pensara en cuánto tiempo le tomará llegar a la meta establecida. Finalmente, se le dijo que tal vez no haya llevado la tarea a la sesión porque su “inconsciente maravilloso” ya estaba haciendo las cosas en lugar de solo pensarlas y escribirlas, motivo por el cual era lógico no hubiera escrito la tarea.

A la *séptima sesión*, acudieron Elsa, Lulú, Juan Fernando y José Antonio. Elsa señaló que se sentía mucho mejor ahora que había aclarado la situación que vivía con su madre, ahora que Lulú estaba bien y su hijo había dejado de orinarse en la cama. Afirmó que no había hecho su tarea, pero que había seguido ensayando las soluciones que le habían estado funcionando, tales como salir con su familia, discutir menos con su esposo, concentrarse en su trabajo, sonreír, platicar y ser tolerante. Describió un encuentro días atrás con su madre, ante quien reaccionó diferente, ya que evitó discutir, mantuvo la calma y no le tomó importancia a los comentarios descalificadores de su progenitora. En ese sentido, se marcaron y ampliaron las soluciones exitosas intentadas y se atribuyó el control a Elsa; sin embargo, también se planteó la forma de sortear aquellos obstáculos que podía encontrarse respecto a su madre en un futuro. En términos del árbol de decisiones del grupo del milagro, se alentó la posibilidad de una recaída y se le dijo que había demostrado que iba cerrando ese capítulo de la relación conflictiva con su madre, pero había que recordar que debía tener paciencia, ya que aunque era seguro que saldría triunfante ante la situación, era un camino largo que recorrer. Al resto de la familia se le preguntó por los cambios que habían estado haciendo en relación a sus respectivas situaciones, Lulú dijo que seguía mejor en la escuela, le había ganado por fin a los nervios y ya no necesitaba la pulsera para ganarle al monstruo, que su maestra estaba muy contenta con los cambios que había tenido e iba vencer totalmente al monstruo de los nervios. Los padres ratificaron esto y señalaron que su hijo ya no se había orinado en la cama por los últimos quince

días. Afirmaron que se habían dado cuenta que las cosas habían cambiado mucho y que ya estaban llegando a las metas de la terapia.

El equipo mandó una felicitación a todos los miembros de la familia por la fortaleza que habían mostrado, así como la preocupación, amor e interés que habían mostrado unos por otros. Se les dijo a Elsa y Juan F. que con la elaboración de la tarea respecto a su hijo, habían demostrado cómo era importante que papá y mamá trabajaran con acuerdos y juntos en algunas cosas por el bien de toda la familia. Finalmente se le dió a Lulú un diploma de Vencedora del Monstruo de los Nervios; mientras que a José Antonio se le dió un diploma por Dejar de mojar la cama; A los padres, se les otorgó un diploma por ser los Motores del cambio personal y familiar en común acuerdo. La familia completa firmó una Constancia de Alta que quedó en posesión de los terapeutas, como un testimonio para otras familias de cómo la unión, el amor, el interés y la preocupación por los otros miembros de la familia podían generar cambios en términos de un bienestar para todos. Se les dijo que se realizaría posteriormente una llamada de seguimiento y se les agradeció su presencia y participación activa.

En la *llamada de seguimiento* la familia reportó haber mantenido los cambios obtenidos en terapia. Elsa reportó que Lulú había subido su promedio a 9 y se portaba menos nerviosa, describió el problema con su madre como algo perteneciente al pasado y que el haber ventilado esa situación en terapia había ocasionado que su mamá se aproximara a ellos de una manera más respetuosa y le pidiera perdón. José Antonio explicó sentirse más contento porque peleaba menos con su esposa, ya no se levantaba en las noches a cambiar de ropa a José Antonio porque esa conducta había desaparecido y lo que era mejor, cuando llegaba de trabajar no se veía inundado de quejas de lo que habían hecho los niños y eso había mejorado mucho la relación con su esposa, con quien pasaba más tiempo y salían más como pareja sin los niños.

3.2.1.2.1.- Análisis Familia B-Modelo de Soluciones

En el caso de las Familia B, se utilizó de manera predominante el Modelo de Terapia Breve basada en Soluciones en combinación con el Modelo Narrativo; sin embargo, para cumplir el objetivo de este apartado sólo se tratará la ejemplificación del Modelo de Soluciones y en el apartado siguiente se explica la aportación del modelo Narrativo. Antes de proseguir, es importante acotar que muchas veces se ha criticado el Modelo de Terapia breve basado en soluciones por suponer que éste se aleja de algunos elementos sistémicos básicos; sin embargo, es más una cuestión de cómo las personas entienden y llevan a cabo el modelo, porque como se pudo apreciar en la sección de "Integración de casos", si se tomó en cuenta el marco sistémico como base para poder aplicar el modelo de soluciones y ver cómo el síntoma principal, bajo rendimiento y nerviosismo de Lulú, y el cambio impactó a todo el sistema en su totalidad.

Bajo una hipótesis sistémica y en función del modelo de Soluciones, el trabajo con esta familia implicó tres fases, la primera en la que se atendió el motivo de consulta relativo a Lulú, su rendimiento académico y nerviosismo, la segunda implicó la atención del motivo de consulta de Elsa en relación a los problemas con su madre, y la tercera fue relativa al motivo de consulta respecto a José Antonio y la incontinencia urinaria en la noche. Se retoma como elemento principal el motivo de consulta correspondiente a Lulú respecto a su bajo rendimiento académico y nerviosismo, por lo que si se quiere ahondar en los demás motivos de consulta, ha de revisarse la sección donde se habla de la Integración de casos. A continuación se proporcionarán una serie de ejemplos en relación al trabajo con el Modelo de Soluciones en el motivo de consulta principal.

Tras la *unión* cercana con la familia, se hizo una *breve descripción del problema*, bajo rendimiento académico de Lulú y nerviosismo, y se intentó desaparecer la idea de existencia de un problema, preguntándole a la familia qué es lo que les hacía suponer que tenían un problema. Puesto que la familia no accedió a la idea de desaparecer un problema, se planteó la negociación de *plantear un problema resoluble* y sus objetivos, la elevación del promedio escolar de Lulú. Una vez hecho esto, se marcaron, ampliaron las excepciones y se le atribuyó a la paciente -Lulú- y a los clientes -padres- el control de las mismas. Al indagar las soluciones intentadas, se supo que la solución de Lulú era dormirse; mientras que los padres, por su parte, señalaron que hablaban con la niña para que entendiera a Inés e ignorara sus hechos y palabras, en este sentido, se marcaron, ampliaron las excepciones y se le atribuyó a la paciente -Lulú- y a los clientes -padres- el control de las mismas. En este sentido, pudo haberse realizado la pregunta del milagro primero, a modo de clarificar los objetivos de manera más rápida y menos complicada.

A manera de *elogio*, el equipo señaló estar conmovido por lo que le sucedía a la familia y se daba cuenta de que era una familia con recursos que iban a poder poner en práctica más adelante. Se les dijo también que era muy valorable el hecho de que hayan buscado ayuda para solucionar las situaciones difíciles por las que estaban pasando.

En términos de connotación positiva, se tomó en cuenta la triangulación en la que estaba inmiscuida Lulú y se le reencuadró como protección, sensibilidad y preocupación por/para Elsa e Inés. En términos de *validación*, Elsa reportó que se sentía muy triste y enojada con su madre por sus ofensas constantes, se validó la forma en la que se sentía diciéndole que si la terapeuta estuviese en su lugar, se sentiría igual o hasta peor, lo cual daba signos de fortaleza en Elsa al haber sobrevivido a esa situación.

Esta familia tendía mucho a centrarse en los problemas, por lo que la *normalización directa* de algunas interacciones sirvió para reorientar la entrevista en términos de soluciones y recursos. Por ejemplo, los padres reportaron que Lulú y José Antonio habían peleado y abundaron sobre el tema, en ese sentido la

terapeuta le dijo a los padres que era normal que los hermanos peleasen de vez en cuando.

Se hizo uso del *lenguaje presuposicional* a lo largo de toda la sesiones, un ejemplo de ello puede ser el siguiente: Se le dijo a la familia que el equipo estaba seguro de que a partir de que esta familia terminara la sesión, cambiaría algo en ella y ellos sabían qué tenían que hacer para lograr un cambio. El lenguaje presuposicional se utilizó en diversos momentos para *atribuir* el control de los cambios y excepciones al problema, señalándole a la familia cómo le habían hecho para lograr los cambios que señalaban. En este sentido, los padres señalaron que hablaron y llegaron a la conclusión de que debían de cambiar a Lulú de contexto y persona que la cuidaba -abuela- porque eso le estaba afectando mucho, además de que por ello comenzó a bajar de rendimiento en la escuela.

En diversos momentos, se realizaron las *preguntas de la segunda sesión para ampliar las excepciones y los cambios*. Por ejemplo, se le preguntó a la familia qué cambios habían hecho, quién los había notado, y lo que harían una vez que los cambios se hubieran consolidado. Juan F. señaló que un día después de la primera sesión observó que Lulú había estado un poco rebelde en casa y con malas notas en la escuela.

Se prescribió la *tarea genérica* y se les pidió a todos que para la siguiente sesión cada quien reportara las cosas diferentes que habían hecho para generar un cambio en la situación que vivían, al mismo tiempo se les dijo que pensarán en la utilidad de que Lulú desempeñara el papel de “protectora” de la familia. En otro momento, se le prescribió a la familia la llamada *tarea de la primera sesión*, diciéndoles que ellos ya sabían que tenían que hacer y que lo siguieran haciendo.

En ocasiones, la familia reportaba que había habido cambios, pero tendía a minimizarlos centrándose en los problemas, por lo que se tomó en cuenta el árbol de decisiones para *los grupos con postura asi-asi* y posteriormente se indagaron los cambios. Es decir, se interrumpió amablemente la descripción de los problemas y se centró la conversación en las soluciones preguntándole a la familia cómo le habían hecho para haber hecho pequeños cambios a pesar de tantos problemas. Una vez hecho esto, la familia comenzó a reportar los cambios y soluciones, los cuales se ampliaron y fueron atribuidos al control de la familia.

Se hicieron *preguntas de escala* a toda la familia para concretar el avance de la terapia, en términos de calificación de los cambios, tiempo y acciones para alcanzar la meta deseada.

En el caso de Elsa, ella reportó que se sentía triste por los conflictos con su madre y se indagó que cada vez que se sentía así, acudía a platicar de esto con Lulú. En este sentido, se irrumpió el patrón de interacción, *añadiendo un elemento nuevo a la queja*, pidiéndole a la Sra., que individualmente y sin mostrar o platicar a nadie lo que iba hacer o lo que iba escribir, realizara una lista de cómo ha influido el

pasado en lo que está sucediendo actualmente como madre, esposa e hija, 15 minutos antes de dormir.

3.2.2.- Integración de modelos

3.2.2.1.- Familia A-Modelo Estructural y soluciones

En el caso de la Familia A predominó el uso del modelo Estructural; sin embargo, hubo momentos en los que se llevaron a cabo intervenciones correspondientes al Modelo de Soluciones por considerarse pertinentes y acordes a las características de la familia y momento de las sesiones. A continuación se proporcionarán una serie de ejemplos con base en lo que propusieron Minuchin y Fishman (1991):

- Se dejó una tarea que tiene que ver con una Intervención sobre el patrón de la queja característica del modelo de soluciones, así como una tarea de días impares. Por ejemplo, la tarea consistió en que los Martes, Jueves y Sábados, Juan José tenía que decirle a su mamá algo bueno que ella había hecho bien durante esos días; mientras que ella tenía que escribir lo mismo respecto a su hijo los Lunes, Miércoles y Viernes; mientras que el Domingo ambos descansarían.
- Otra intervención que se relaciona con el Modelo de Soluciones fue el uso del lenguaje presuposicional, tentativo y preguntas de avance rápido. Por ejemplo, se le hizo notar a Rosario que ya estaba haciendo algo por cambiar la situación con su hijo. Se le aseguró que los cambios que habían hecho como familia eran el inicio de otros que se seguirían dando. Además, se le preguntó a Rosario qué iba pasar con ella ahora que su hijo se comportara como un niño grande la mayoría del tiempo.
- Se plantearon preguntas respecto a la marcación y ampliación de excepciones al problema y cambios en el presente, es decir soluciones. Por ejemplo se le preguntó a Rosario acerca de quién había notado el cambio de su hijo y el de ella, mencionó a diversas personas y también señaló que ella misma había cambiado la forma en la que se llevaba con su esposo, ya que antes le gritaba y discutía por cualquier cosa; mientras que ahora evitaba gritarle.
- A Rosario se le pidió que diferenciara entre una mamá a la que no le importan sus hijos y una mamá que tiene dificultades totalmente normales al enfrentarse a situaciones nuevas, dijo que ella era de las mamás que tenía dificultades. En el modelo de soluciones esta diferenciación forma parte del proceso de normalización de hechos y sucesos.
- En el modelo estructural se resaltan los lados fuertes de las familias y sus integrantes; sin embargo, hay que reconocer que esta es una constante en el Modelo de Soluciones que se lleva a cabo a través de la técnica de "validar". Por ejemplo, en un mensaje el equipo le dijo a Rosario que reconocía lo difícil de la situación que vivió cuando era niña, pero que también se daba cuenta de que ella se daba cuenta de cómo esa situación se conecta con lo que vive actualmente con su hijo. Se le dijo que ella había

mostrado como a partir de una situación difícil se levantaba con fortaleza y seguía adelante.

- Hubo un momento en el equipo realizó una intervención basada en la tarea de la primera sesión del Modelo de Soluciones en donde se pide a la familia sigan haciendo aquellas cosas que ya están haciendo y funcionan. Por ejemplo, en este caso se les pidió al Sr. Juan José y Rosario que siguieran haciendo aquellas cosas que habían funcionado para poner consecuencias claras a las conductas de sus hijos, así como para ser flexibles en relación a las mismas y sentirse un poco más tranquilos. Al niño Juan José se le dijo que siguiera haciendo aquellas cosas que le habían ayudado a mejorar sus calificaciones y conducta en la escuela. Se le invitó a que siguiera aprendiendo y disfrutando con su hermana, que aunque era mayor, se había mostrado dispuesta a colaborar y ayudarlo.

3.2.2.2.- Familia B- Modelo de Soluciones y narrativa

En el caso de la Familia B predominó el uso del modelo de Terapia Breve basada en Soluciones; sin embargo, hubo momentos en los que se llevaron a cabo intervenciones correspondientes al Modelo de Terapia Narrativa por considerarse pertinentes y acordes a las características de la familia y momento de las sesiones. A continuación se proporcionarán una serie de ejemplos con base en lo que propusieron White y Epston (1993) y Epston, Freeman y Lobovitz (2001):

- En términos del Modelo Narrativo y llevando a cabo la externalización del problema, se pidió una descripción saturada del problema a Lulú, diciéndole que por favor narrara y nombrara lo que sentía ante las situaciones que vivía su familia y ella en ese momento, ella lo llamó “nervios”. Una vez hecho esto se llegó a una definición mutuamente aceptable del problema y se le bautizó de esa manera. Se le pidió personificara y le atribuyera cualidades -opresivas- a los “nervios”, los señaló como un monstruo enemigo, grande, alto, fuerte y malo, que la toma por sorpresa y la controla. Para concretar el paso anterior, se le pidió a Lulú que dibujara cómo se imaginaba al “monstruo de los nervios” e identificara su lado flaco y débil por 10 minutos todas las noches antes de dormirse hasta la siguiente sesión.
- Siguiendo la línea de la Terapia Narrativa, las características de Lulú y su imaginación, se consideró pertinente prescribirle un ritual (Connor y Hoorwitz en Imber-Black, Roberts y Whiting, 1997) que complementara la externalización del problema en términos de preparar el terreno para deconstruir la influencia de los nervios sobre Lulú. Se le requirió que comprara una pulsera y cada semana la colocara en un vaso con agua y sal, exponiéndola a la energía de la luz del día y la noche por dos días, para entonces ponérsela en su muñeca, de modo que la energía cargada la acompañara y evitara que ella sintiera nervios. Si bien los rituales son parte de la propuesta del Modelo de Milán, se implementó el uso del ritual en términos de que son una herramienta útil para disponer a los niños al

cambio de un problema en sintonía con su pensamiento y desarrollo cognitivo.

- Lulú reportó que le había ido muy bien con la realización del ritual, ya que la pulsera le había servido para controlar los nervios. Respecto al dibujo del “monstruo de los nervios”, dibujó una figura odiosa, mala, grande, cara de facciones agresivas, con flamas color negras, feas, de textura arrugada y con algunas nubes negras arriba. Se detalló la personificación del problema, identificó el lado izquierdo del monstruo como su lado débil y chiquito; mientras que al lado derecho del monstruo le asignó la cualidad de ser el lado fuerte y malo de los nervios. Utilizando esta metáfora, se le pidió identificar el lado en el que ella tenía la fortaleza, definida como armas, valentía y fuerza, con la que podía vencer y contrarrestar al monstruo de los nervios cuando apareciese. Dentro de esta misma maniobra, se le pidió identificara los aliados que tenía para atacar al monstruo de los nervios, ante lo cual mencionó: obedecer a sus papas, ser fuerte, querer a su familia, sonreír, hablar en voz alta y decir lo que quiere. Se mencionaron algunos ejemplos de cuando el monstruo de los nervios atacaba a Lulú y cuando ella le ganaba a él. Se le hizo notar que el monstruo de los nervios estaba atacando a su hermano y lo que Lulú podía hacer para ayudar a su hermano, era controlar al monstruo ella misma para que después su hermano aprendiera a controlarlo también con su ejemplo. Todo esto quedó en el entendido y aclaración de que cuando Lulú comenzaba a ser desobediente, no era ella, sino el monstruo de los nervios que la atacaba, y que de cualquier manera, ella ya tenía identificados la forma y momentos en que él le hacía fechorías, lo cual le daba una ventaja en esta batalla y podía ganarle. Posteriormente, se orientó la entrevista con Lulú en términos de concretar aquellos eventos extraordinarios en los que ella había dominado al monstruo de los nervios. Esta fase en la que se retoman los eventos extraordinarios en los que la persona ha dominado el problema, hacen recordar un poco las técnicas del modelo de soluciones para marcar, ampliar excepciones al problema y atribuir el control de las soluciones a las personas. Esto quizá se deba a que el modelo Narrativo retomó algunos elementos del modelo de soluciones.
- En un último momento se le dijo a Lulú que siguiera poniendo la pulsera en sal y a la luz, portándola como recordatorio de aquellos aliados y fortalezas en momentos en que el monstruo de los nervios atacara.
- Otro de los elementos que se incluyeron en el trabajo con esta familia fue el señalamiento y delimitación de distancia psicológica entre subsistemas, lo cual es característico del Modelo estructural. Si bien solo una vez se realizó este tipo de señalamiento, conviene acotarlo ya que esto forma parte de la integración metodológica de los modelos. Por ejemplo, en este sentido a los padres de Lulú se les pidió en un momento dado que pensaran de qué servía el hecho de que Lulú fungiera como la protectora y mamá de la familia con la edad que tiene, 11 años. Ante lo que contestaron que posiblemente le han atribuido a su hija funciones parentales que no le corresponden a su edad.

- Es importante mencionar que los reencuadres que se hicieron bajo el Modelo de Soluciones en este caso podrían ser equivalentes a las redefiniciones y resaltamiento de los lados fuertes en el modelo Estructural. De la misma manera, el tipo de unión que se llevó a cabo con la familia bajo el enfoque de soluciones podría encontrar su símil en la coparticipación desde una posición cercana bajo el Modelo Estructural.

3.3.- Análisis teórico-metodológico

A la luz de la exposición previa de los elementos sistémicos, modelos de terapia familiar revisados y el rendimiento académico, se desarrollará un análisis teórico-metodológico integrador.

En cuanto a los elementos sistémicos relevantes, se basará la exposición de éstos en la definición que proporcionan Bertalanffy, Ochoa de Alda (1995) y Montalvo (2006). En este sentido, a ambas familias (A y B) siempre se les concibió como una *totalidad*; de hecho, esto se evidenció desde la elaboración de la hipótesis hasta la última sesión. Siempre se hizo patente la identificación de Juan José y Lulú como portadores del síntoma de bajo rendimiento académico, mas no como causantes del mismo. También, se planteó el rol de cada uno de los miembros dentro del sistema en relación al síntoma. Asimismo, se supuso que a pesar de las diferencias entre ambas familias, las dos habían adoptado pautas de interacción *limitadas y rígidas* a lo largo del tiempo, lo que pudo haber contribuido a que cada vez existiera menos variedad de interacciones nuevas.

Aunque el motivo por el que asistieron ambas familias fue el bajo rendimiento escolar de sus respectivos hijos, el funcionamiento familiar de cada sistema fue distinto. Por lo anterior, es importante retomar de dos conceptos sistémicos importantes: *equifinalidad* y *equicausalidad*. La equifinalidad se refiere al proceso en el cual una familia puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas; mientras que la equicausalidad se refiere al proceso en el cual una familia puede tener las mismas condiciones iniciales que otras, pero que pueden dar a estados finales distintos. En el caso de las familias analizadas, se tuvo como elemento *equifinal* “el bajo rendimiento escolar” de uno de los hijos; sin embargo visto en términos de equicausalidad, en el caso de la familia A el elemento que mas llamaba la atención era la triangulación en la que estaba Juan José, paciente identificado, entre los padres/esposos. Mientras tanto, en la familia B, el síntoma de Lulú se relacionaba más con pautas interaccionales que la triangulaban en una díada generacional abuela-madre, además de un conflicto parental.

Además de los elementos analizados hasta aquí, hay que tomar en cuenta las *fuentes de estrés* por las que puede pasar un sistema a lo largo de su *ciclo vital*. Las familias analizadas estaban pasando por la etapa de ciclo vital llamada por Minuchin (1991) *Familia con hijos en edad escolar ò adolescente*, la cual implica que toda la familia debe elaborar nuevas pautas al interior y exterior del sistema como ayudar en las tareas escolares, modificar las reglas para los hijos,

renegociar la autonomía y el control , etc. Esto supone estrés interno y externo ya que hay un constante reajuste de roles al interior del sistema y con el exterior, tal como lo evidenciaron las familias A y B, quienes estaban en el proceso de generar nuevos límites y reglas.

En los casos en los que una familia tiene estrés debido a los cambios internos/externos que implican pasar de un momento transicional a otro, se dice que hay “Estrés de momento transicional”. En las familias analizadas hubo una diferencia en términos de fuentes de estrés, ya que por ejemplo, Lulú, la paciente identificada de la familia B, era la que estaba en vías de entrar a la adolescencia; mientras que en el caso de Juan José, la familia A, su hermana era la que estaba en vías de entrar a la adolescencia. Considero que en el caso de la familia B tuvo mayor resonancia el paso de la adolescencia de Lulú en términos de que era la paciente identificada y había una fuente adicional de estrés: la relación e injerencia de la abuela materna. En el caso de la familia A, el paso de la adolescencia de la hermana mayor no pareció resonar mucho en el sistema tal vez porque en ese momento Juan José era el paciente identificado y pudo haber sido la vía de descarga de estrés de la familia para evitar el reajuste de límites y roles que implica el paso de la adolescencia.

A lo anterior, hay que acotar que dependiendo de la estructura familiar y el funcionamiento de ésta, se define también el impacto que puede tener una fuente de estrés en una familia. De acuerdo a Minuchin y Fishman (1991), Umbarger (1983) y Haley (1973), la estructura familiar se entiende como el conjunto invisible de demandas funcionales y reglas que rigen el funcionamiento familiar y que organizan los modos en que interactúan recíprocamente sus miembros. La estructura familiar se puede entender a través de la jerarquía, alianzas, coaliciones, triángulos, resonancia, etc.

Como bien se sabe la estructura familiar se puede plasmar en, mapas familiares o familiogramas. Quizá el mapa familiar de la familia B parece más complicado que el de la familia A. Esto posiblemente se debe a la cantidad de personas que conformaban el sistema familiar, las relaciones entre ellos y la cantidad de información obtenida a lo largo de las sesiones. En el caso de la familia B había conflicto intergeneracional madre-abuela en el que también se tenía triangulada a Lulú. Hubiera sido relevante cotejar más información en el caso de la familia A para completar un poco más el mapa familiar, ya que ahí solo se observó un conflicto entre los padres en el que se tenía triangulado a Juan José.

En cuanto a estructura familiar se refiere, la familia A se caracterizó por ser un sistema familiar con límites difusos al interior –entre los subsistemas- y rígidos al exterior, con coaliciones alternantes entre los cónyuges/padres quienes se descalificaban desde una posición jerárquicamente simétrica, utilizando a los hijos como medio de interacción. El padre, el Sr. Juan José era una figura periférica al igual que su hija Dulce; mientras que el niño Juan José (paciente identificado) y Rosario (madre) eran figuras centrales. El sistema posiblemente tenía un alto grado de resonancia y sensibilidad, en el que cualquier cosa que le sucedía a

alguno de los miembros hacía eco en los demás inmediatamente como un medio de mantener la homeostasis del sistema en su interior. En la familia B, el sistema tenía límites difusos al exterior, sobreinvolucramiento y rigidez al interior, Juan Fernando (padre), Pedro (hijo) y Laura (tía) eran figuras periféricas; mientras que Lulú (paciente identificada), su madre y su abuela eran figuras centrales. Lulú estaba triangulada entre Inés y Elsa, quienes se disputaban la jerarquía en este sistema familiar. El sistema tenía un alto grado de resonancia y sensibilidad, en el que cualquier cosa que le sucedía a alguno de los miembros hacía eco en los demás inmediatamente, como un medio de mantener la homeostasis del sistema en relación al exterior.

En términos de resonancia ambas familias se parecen; sin embargo, en términos de límites al interior y exterior ambas familias eran cualitativamente distintas. El conflicto principal en la familia A era de tipo conyugal/parental y en la familia B el conflicto primordialmente era de tipo intergeneracional, aunque había un conflicto parental/conyugal que no se pudo comprobar completamente. Esto hubiera sido importante de corroborar ya que hubiera dado elementos para trabajar o sugerir en posteriores motivos de consulta. En este aspecto se pueden retomar todos aquellos estudios, mencionados con anterioridad, como el de Martínez, Sanz y Cosgava (2005) en los que se concluyó que cuando los hijos se encuentran en medio de un conflicto familiar, especialmente conyugal, muestran un menor rendimiento académico.

En cuanto a personas significativas para el sistema, en ambos casos se observó que la familia le daba un lugar muy especial a las profesoras y sus opiniones siempre eran tomadas en cuenta. Por su parte, las profesoras siempre estuvieron muy inmiscuidas en los avances de la familia y mostraron gran disposición para proporcionar información. En la familia A, la profesora jugó un rol sumamente activo en el desarrollo de la terapia, el sistema familiar la veía como alguien importante y con gran influencia en la determinación de avances. Por este motivo, siempre se utilizó la disposición de la profesora como un gran apoyo en términos del cambio. En el caso de la familia B la profesora jugó un rol importante en términos de la referencia que hizo para que la familia acudiera a consulta. Esto hace recordar lo que la mayoría de investigaciones apuntan respecto a la inclusión de la familia y demás sistemas relacionados con las soluciones de las problemáticas educativas tal como lo menciona Fajardo (2001 citado en Edel, 2003).

Respecto a la metodología utilizada, con la familia A se utilizó primordialmente el modelo estructural y con la familia B el modelo de soluciones. Cabe mencionar que si bien hubo un modelo predominante y directriz en cuanto al trabajo con cada familia, no se utilizó un modelo 100% puro, ya que cuando se consideró pertinente se usaron técnicas de otros modelos en diversas ocasiones.

En la primera sesión no se tenía definido totalmente el modelo a trabajar con ambas familias; sin embargo, conforme se fué conociendo el funcionamiento de cada sistema, se decidió con el equipo de supervisión el modelo a utilizar. En

cuanto al modelo de soluciones, su aplicación fue más sencilla en relación al modelo estructural. Lo anterior posiblemente se debió a que el modelo de soluciones es un poco más prescriptivo.

El joining utilizado en ambas familias difirió un poco, quizá con la familia B se utilizó más fácilmente el joining cercano, ya que el tono emocional de la familia entonaba fácilmente con el estilo del terapeuta; mientras que en el caso de la familia A se utilizó el joining intermedio y cercano ya que el sistema intentaba absorber a la terapeuta en diversas ocasiones y se consideró la posición más conveniente para evitar ser absorbido por el sistema.

En síntesis, ambos modelos resultaron adecuados para atender exitosamente el motivo de consulta; sin embargo, hubiera sido interesante poder trabajar el modelo de narrativa con la familia A, ya que está demostrado que este modelo es sumamente útil con niños, tal como lo señalan Epston, Freeman y Lobovitz (2001). Considero que también hubiera sido interesante utilizar el modelo de soluciones con la familia A en términos de cómo concebían el problema; mientras que en la familia B también se pudiera haber utilizado el modelo Estructural en función de los conflictos intergeneracionales que había y la delimitación de holones que era necesaria.

En relación al rendimiento académico, puede notarse que a Juan José –Familia A- su madre le ayudaba a realizar las actividades escolares; mientras que a Lulú no porque ambos padres trabajaban todo el día. Aparentemente Juan José tenía un menor desempeño académico en relación a Lulú –Familia B-. Esto difiere con lo recopilado por Pacherrres (2005), ya que según él se esperaría que los niños cuyos padres colaboran y están al pendiente de las tareas escolares tuvieran un mayor desempeño académico.

Aunque no se hizo un estudio socioeconómico en forma, fué evidente que la riqueza del contexto cultural y socioeconómico de Lulú era mayor que el de Juan José. Esto posiblemente se debe a lo que señala Edel (2003), quien afirma que la riqueza sociocultural del contexto (correlacionada con el nivel socioeconómico, mas no limitada a él) incide positivamente sobre el desempeño escolar de los estudiantes. Asimismo, Karl, Entwisle, Olson (2001) señala que en relación al rendimiento académico, los niños de estratos socioeconómicos bajos también están retrasados en relación a sus pares de estratos altos.

Se sabe que los padres de Lulú tenían un nivel académico mayor (técnico-madre y universitario-padre) en comparación con los padres de Juan José (secundaria-madre y primaria-padre). Esto hace recordar la afirmación de Arcos, Ariza, Cabello, López, Morales, Pacheco, Palomino, Sánchez y Venzala (1999), quienes señalaron que cuando el nivel de formación de los progenitores está determinado por una escolarización incipiente o rozando el analfabetismo, es más fácil que los hijos no tengan un rendimiento escolar insatisfactorio, y, por el contrario, en aquellos progenitores con un nivel de formación medio o alto es más probable encontrar un rendimiento bueno.

Se supo que el número de compañeros de clase de Juan José eran 36; mientras que en el caso de Lulú no se obtuvo esa información, este dato es importante ya que pudiera explicar en pequeña proporción el bajo rendimiento de cada uno de los casos. En el caso de que Lulú formara parte de una clase más pequeña, esto se relacionaría con las conclusiones de Nye, Hedges y Konstantopoulo (2002), quienes señalaron que las clases pequeñas producen altos rendimientos académicos.

En el caso de ambas familias, solo la de Lulú tenía padrastro; aunque esto no pareció afectar el rendimiento académico de la niña. Curiosamente, Juan José, quien vivía con ambos padres biológicos, parecía tener un rendimiento académico genérico menor que el de Lulú, pero considerablemente mayor en Matemáticas. Esto contradice lo que Pong (1997) señaló respecto a que el rendimiento académico en matemáticas y lectura es mayor en niños cuyos padres biológicos viven con ellos.

Uno de los elementos más importantes que la bibliografía confirmó en relación a las familias atendidas fue el hecho de que los conflictos familiares afectan de manera importante el rendimiento académico, tal como lo señalan Martínez, Sanz y Cosgava (2005), Gilly (1978) y Martínez-Pampliega (2007).

A lo largo de las sesiones hubiera sido muy interesante y enriquecedora la indagación de experiencia escolar previa de Lulú y Juan José, hábitos de estudio; motivación escolar, autocontrol, habilidades sociales, tipo de aprendizaje, nivel socioeconómico y cultural de la familia, y número de compañeros de clase, tal como lo señalarían Pacherras (2005), Edel (2003), Nye, Hedges y Konstantopoulo (2002) y Arcos, Ariza, Cabello, López, Morales, Pacheco, Palomino, Sánchez y Venzala (1999).

En conclusión, la terapia familiar sistémica y los modelos utilizados resultan eficaces para mejorar el rendimiento académico. Asimismo, éste no es un objeto de investigación aislado y formalmente acabado de definir; es una parte del proceso escolar que requiere ser estudiado en términos multicausales, multifactoriales y multisistémicos. Finalmente, me permito considerar que para poder entender la evaluación del rendimiento académico como "alto o bajo", el terapeuta familiar no solo tiene que estar atento al contexto familiar, escolar e individual, sino también tomar en cuenta la valoración –objetiva o no- que hacen los docentes, los padres y los niños alrededor de él para definirlo como un problema, así como una evaluación psicopedagógica integral y en forma.

3.4.- Análisis del Sistema Terapéutico Total

3.4 1.- Interacción del Sistema Terapéutico Total

Viví la experiencia del sistema terapéutico total como una experiencia integrada; sin embargo presentaré diferentes ejes de análisis para ordenar la presentación de la información a lo largo de la residencia en la que aprendí a tener una visión recursiva, inclusive de mi propio actuar, en lugar de una visión lineal.

3.4.2.- Observadora y equipos de terapeutas

En el primer semestre mi experiencia fue como observadora de los terapeutas que estaban por egresar. El equipo estaba conformado por cinco compañeros de mi generación como observadores, 3-4 compañeros de la generación que estaba por egresar, la supervisora y el terapeuta a cargo junto con la familia que atendía. Aunque había tenido la experiencia de dar terapia, hasta ese momento nunca me había enfrentado a presenciar en vivo una sesión. Inicialmente pensaba que el hecho de que hubiera observadores incomodaría mucho a las familias y a los terapeutas; sin embargo, no fue así. De hecho, algunas familias pidieron conocernos y eso, según sus palabras, los hizo sentir con mucha más confianza para poder desenvolverse en terapia.

Puesto que mi papel de observadora coincidió con el primer año de la maestría, muchas veces me esforzaba en encontrar todos aquellos elementos teóricos y prácticos en las sesiones, lo cual no siempre era posible. Posteriormente me percaté de que el objetivo de estar en la residencia era vivir los elementos teórico-prácticos que se daban en las sesiones, como por ejemplo la teoría y principios de la cibernética de segundo orden aplicada a los equipos terapéuticos totales. En algunas supervisiones era muy fácil detectar el modelo que se estaba utilizando y que predominaba, pero en otras ocasiones los terapeutas mezclaban intervenciones de otros enfoques. Esto me pareció de suma utilidad porque desde un inicio me di cuenta de que no había modelos puros como tal y que los terapeutas tenemos que desplegar la capacidad de ser flexibles y adecuarse a la realidad y dinámicas de las familias. En ocasiones, se me dificultaba tomar nota de todas las interacciones y voces de la familia, discurso del terapeuta que se estaba siendo observado, etc.; sin embargo, con el tiempo esta dificultad se fue reemplazando por visualizar relaciones y pensar sistémicamente.

Como bien mencioné, en esta faceta de observadores, también estábamos en contacto con el equipo de terapeutas que iban a egresar. Esta experiencia fue sumamente enriquecedora porque los terapeutas más experimentados nos hicieron sentir cómodos, nos invitaron a hacer comentarios, observaciones y sugerencias. Ellos nos veían como un apoyo y como personas que podíamos aportar ideas nuevas. Esto fue muy importante, ya que de esa manera aprendimos cómo hacer sentir cómodos a los observadores que tendríamos en un futuro, al mismo tiempo que podíamos obtener diferentes visiones sobre un mismo caso.

3.4.3.- La terapeuta con el equipo

Una vez que entré como terapeuta en el segundo y tercer semestre, la experiencia fue motivo de gran emoción, pero al mismo tiempo tuve un sentimiento de gran responsabilidad, ya que sabía que tenía que ver por la familia y también estaba preocupada porque mi participación ante las familias fuera la adecuada. Debo reconocer que en un principio yo estaba muy angustiada por hacer las cosas bien; en ese afán, me ponía sumamente nerviosa cuando el teléfono sonaba varias veces para hacerme alguna sugerencia. Poco a poco el equipo me ayudó a ver que más allá de las técnicas, había que darse cuenta que hay que estar tranquilo para poder implementar aquellas que fuesen necesarias. Una vez que hablé en confianza mi sentir y ensayé esto con mis compañeros de supervisión fuera y dentro de las sesiones, yo misma sentí cómo mi desempeño al frente de las sesiones era más natural, espontáneo y acorde al ritmo de las familias.

En el siguiente semestre, el equipo me sugirió varias intervenciones novedosas que derivaban de los modelos que estábamos revisando justo en ese periodo académico. Esta fue una fase de experimentación en la que siempre se vió primordialmente por el bienestar de las familias y posteriormente por el aprendizaje que pudiéramos obtener. Inclusive, creo que había más libertad de las supervisoras para permitirnos explorar algunas técnicas y su funcionamiento siempre y cuando explicáramos el porqué y para qué pretendíamos hacer una cosa y no otra.

3.4.4.- Entre los miembros del equipo

La interacción que hubo entre los miembros del equipo fue siempre cordial, ética y respetuosa de las formas de ser de cada quién dentro y fuera del ámbito terapéutico. Considero que esto ayudó muchísimo a que el equipo en su interior se pudiera generar un clima de confianza. Creo que una de las cosas que nos ayudó mucho fue el hecho de conocernos un poco más como personas, ya que esa fue la puerta de entrada para poder permitirnos retroalimentarnos como profesionales.

3.4.5.- El equipo con el sistema de supervisión

El equipo terapéutico desplegaba diversas posturas ante el sistema de supervisión, ya fuese de consulta, observación, comentario o sugerencia. Las supervisoras siempre estuvieron abiertas a cualquiera de esas intervenciones e inclusive hacían aportaciones extras; inclusive en algunas ocasiones nos preguntaban acerca de algún punto que posiblemente ellas no conocían y nosotros sí. Como parte del equipo, eso me dio muchísima seguridad y motivación para participar porque me hizo sentir que mis ideas eran importantes y mi experiencia anterior, aunque no fuese sistémica, bajo este nuevo marco podía servir en el caso de algunas problemáticas específicas, como casos de violencia, esquizofrenia, etc. Asimismo, las supervisoras siempre estuvieron dispuestas a proporcionarnos herramientas para complementar y mejorar nuestro desempeño; inclusive nos motivaban a explorar cuestiones de nuestra persona como

terapeutas con el fin de sensibilizarnos respecto a ciertas situaciones o desprendernos de otras (ej. Prejuicios).

3.4.6.- Terapeuta con consultantes

En mi rol como terapeuta, observé que las familias siempre se mostraron dispuestas a trabajar. Quizá en las ocasiones en que no asistieron fue porque las familias mismas reportaron que ya no necesitaban la terapia o por cuestiones laborales ya no podían acudir.

Algunas de las cosas que facilitaron mi trabajo como terapeuta ante las familias fue que siempre me he sentido cómoda trabajando desde una posición cercana y creo que eso facilitó mi unión con las familias. Asimismo, el trabajo con los niños siempre me ha gustado y coincidió que muchas de las familias consultantes acudieron por motivos de consulta relacionados a sus hijos.

3.5. Habilidades de Investigación.

3.5.1.- Reporte de investigación con metodología cuantitativa.

Como parte de la materia de Metodología de la Investigación 1 se realizó el siguiente proyecto.

Problemas familiares en adolescentes con conducta disruptiva en el ámbito escolar

L.S. Núñez, I. Pérez, A. Pilloni

Introducción

La presente investigación tiene por objetivo comparar las puntuaciones de adolescentes con conducta disruptiva y no disruptiva en un instrumento que mide problemática familiar y que está sustentado en la Teoría General de Sistemas. Dicha teoría concibe a la familia como un sistema compuesto por un grupo de personas que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que pasa a uno afecta al otro, al grupo en su totalidad y viceversa (Simon, Stierlin y Wynne, 1998), esto es que la experiencia del hombre es determinada por su interacción con el medio, y a su vez la familia constituye un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros, es decir, el niño y los jóvenes responden a todas las tensiones que la afectan, (Minuchin 1974) Por otro lado, Espinosa (1993), señala que la familia es un sistema vivo de tipo abierto ligado e intercomunicado con otros sistemas, de modo que las relaciones familiares regulan la corriente afectiva, facilitan algunos canales de desahogo emocional e inhiben otros, o sea que la configuración familiar controla tanto la calidad como la cantidad de expresión y su dirección.

De acuerdo con Minuchin (1974), la familia está en proceso de cambios continuos en función de su ciclo vital, que van desde la formación de la pareja, el nacimiento de los hijos, la familia con hijos en edad escolar y adolescentes y la familia con hijos adultos hasta la partida de estos. Dado que nuestro estudio se enfocará a evaluar algunas variables relacionadas con la familia con hijos en edad adolescente, conviene señalar algunas de sus características primordiales, entre ellas se encuentran la elaboración de nuevas tareas y reglas para cada uno de los miembros, el establecimiento de límites entre hijos y padres, quienes habrán de permitir un margen de libertad más amplio ya que en este momento los adolescentes conviven más con sus pares.

En términos generales, la adolescencia es definida como el periodo de desarrollo que marca la transición de la niñez a la edad adulta. El comienzo de la adolescencia se sitúa entre los 11/12 años y está asociado a los primeros signos de la maduración pubertaria. Los 18 años marcan aproximadamente el final de la misma, que es cuando los chicos/chicas entran en una nueva etapa de desarrollo: la juventud. Se habría de esperar que en esta etapa, el adolescente transite de la subordinación a los padres a la independencia que le permita garantizar su propia subsistencia sin la ayuda de aquellos, y que llegue a ser capaz de construir criterios propios y emitir evaluaciones de la realidad por sí mismo. Estos cambios de los adolescentes tienen mucho impacto en toda la dinámica familiar (Perinat, 2002).

Además del medio familiar, los adolescentes se desenvuelven en otros entornos importantes como la escuela. A su vez, el comportamiento de un chico/chica adolescente en la institución escolar depende mucho de su entorno familiar. En una palabra, la razón de la actitud de los adolescentes (positiva, negativa o indiferente) frente a la escuela no hay que buscarla sólo en cómo está organizada la enseñanza, sino también en las “perturbaciones” que provienen de la familia y otros entornos sociales (Perinat, 2002; Douglas y Jurkovic, 1983; Kinsman, Wildman y Smucker, 1999).

Una expresión del comportamiento adolescente que es cada vez más frecuente en la escuela, es lo que se conoce como conducta disruptiva, la cual podemos entender como un conjunto de conductas inapropiadas que retrasan o impiden el proceso de enseñanza y aprendizaje, convirtiéndose en un problema académico de rendimiento que agrava el fracaso escolar. También suele interpretarse como un problema o falta de disciplina dentro de la clase, propiciando un clima tenso en el aula y generando malas relaciones entre alumnos y profesores así como entre los propios alumnos (Navarro, 2002).

La conducta disruptiva puede estar dada por diferentes factores: sociales (valores difusos), psicológicos como déficit de atención y biológicos como nutrición y alergias. Este trabajo se centrará en la familia, en donde la problemática que el adolescente percibe en ella repercutirá en su desempeño en el ámbito escolar, más específicamente, en la existencia o no existencia de conducta disruptiva en la escuela.

En otras investigaciones, se ha encontrado que las familias con adolescentes que presentan conductas disruptivas se caracterizan por: a) el establecimiento de pocos acuerdos cuando se toman decisiones como grupo familiar, b) pocos acuerdos entre madre e hijo para tomar decisiones acerca de las actividades, c) los hijos tienen poca influencia en las decisiones de la familia y d) generalmente las madres dictan las decisiones familiares de modo más frecuente. Además, las familias con adolescentes disruptivos se caracterizan por la inconsistencia de las actitudes parentales respecto a la disciplina y el afecto, papás ausentes o rechazantes, relaciones de amor-odio entre madres e hijos, desordenes de carácter de los padres, conflictos maritales, agresión frecuente por parte de los padres, así como una actitud permisiva, despreocupada y exenta de límites (Harbin y Madden, 1983; Beavers y Voeller, 1983 y Moreno, 2000).

En función de lo anterior, la hipótesis de este trabajo es que obtendrán un mayor puntaje en el instrumento que mide problemas familiares los alumnos con conducta disruptiva, en comparación con quienes no la presentan. Para los fines de esta investigación, se entenderá por problemas familiares a las dificultades y conflictos relacionados con la convivencia entre los miembros de la familia, que pueden generarse por causas internas, como falta de comunicación, diferentes puntos de vista que generan malos entendidos, mala relación entre los padres, falta de respeto y desobediencia que crea desorganización en el núcleo familiar; asimismo hay determinantes externos como problemas económicos, falta de trabajo, alcoholismo o drogadicción que traen consecuencias en el ámbito emocional como dolor, soledad hostilidad, etcétera (Velasco y Luna, 2006).

La importancia de este estudio radica en que se abordará un fenómeno cada vez más frecuente, que llevado al extremo tiene graves consecuencias para el individuo, la familia, la escuela y la sociedad en general, tan solo en nuestro país, y según datos del INEGI(1998) en los años 1997 y 1998 fueron arrestados 58, 720 menores. Esta cifra solo se refiere a aquellos que fueron remitidos a centros de atención por algún delito grave (entre el 10 y 15%) ya que el resto son entregados a custodia familiar; sin embargo, la cifra de adolescentes denunciados y no remitidos por alguna infracción es mucho mayor. Detectar el tipo de problemas que presentan las familias con hijos adolescentes con conducta disruptiva puede llevarnos a una temprana detección y prevención de la misma, así como orientar el rumbo del manejo terapéutico de las familias.

Metodología

El presente trabajo fue un estudio descriptivo de corte transversal, cuya población estuvo conformada por alumnos de secundaria de 12 a 15 años con conducta disruptiva y no disruptiva de la Escuela Secundaria General "Doctor Eduardo Liceaga" del municipio de Teoloyucan en el Estado de México.

En esta investigación, se entendió como conducta disruptiva al conjunto de conductas inapropiadas que retrasan o impiden el proceso de enseñanza y aprendizaje, convirtiéndose en un problema académico de rendimiento que agrava

el fracaso escolar, lo cual se manifiesta en falta de disciplina dentro de la clase, propiciando un clima tenso en el aula y generando malas relaciones entre alumnos y profesores (Navarro, 2002), esta variable se operacionalizó a través de 3 reportes de conducta ó más a lo largo del ciclo escolar en curso en los registros del área de orientación.

La muestra para esta investigación se dividió en dos estratos, por un lado, para la conformación del primer estrato, se solicitó al área de orientación la lista de alumnos que obtuvieron tres reportes de conducta de septiembre a enero del ciclo escolar 2006-2007, de este listado se identificaron los alumnos que cumplieron con el criterio de 3 reportes escolares, y de estos se seleccionó al azar al 10%, formando el grupo definido como *con conducta disruptiva* (58 alumnos). Para el segundo estrato *con conducta no disruptiva*, se seleccionó de manera aleatoria al 10% de alumnos que tuvieran menos de tres reportes (135 alumnos).

Luego de haber realizado la selección de alumnos que participaron en la investigación, se procedió a la aplicación del instrumento de problemas familiares, para lo cual, se llegó a un acuerdo con las autoridades escolares para establecer el horario y lugar de aplicación con la finalidad de interferir lo menos posible en las actividades académicas.

A los adolescentes se les leyeron las instrucciones del instrumento, poniendo énfasis en la calidad anónima y voluntaria del mismo, además de que se aclararon las dudas que surgieron durante la aplicación. Al finalizar se les agradeció su participación.

Las variables de comparación fueron tomadas del cuestionario de problemas familiares, que emplea una escala de tipo Likert, validado y confiabilizado por Magdalena Espinosa y Gómez, publicado en la obra de Velasco y Luna, (2006), este consta de 122 reactivos algunos redactados en positivo y otros en negativo, dichas variables son: comunicación e integración familiar, interacción familiar negativa, conflicto familiar, agresión familiar, desacuerdos del padre y de la madre para dar permisos, influencia del alcohol en la familia, farmacodependencia en la familia y conducta alcohólica en la familia.

En cuanto a los factores que evalúa el cuestionario se entendió como *comunicación e integración familiar*, a las interacciones verbales y no verbales que transmiten afectos, pensamientos y creencias. Satir (1978 citado en Velasco y Luna, 2006) formuló algunas reglas de comunicación que garantizan la funcionalidad de la familia, las cuales implican: a) las transacciones que son iniciadas también sean terminadas, b) las preguntas se formulan con claridad y se responden con claridad, c) la hostilidad y el conflicto son reconocidos e interpretados, d) los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás, e) cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás, f) comunicar las esperanzas, temores y expectativas que tiene respecto a las partes interactuantes, g) es admitida la diferencia de opiniones, h) los miembros de la familia son capaces de elegir entre

varias alternativas de conducta, i) cada uno de los miembros de la familia tiene capacidad para aprender de la experiencia y rechazar modelos obsoletos, j) los mensajes que los miembros de la familia se envían mutuamente son enunciados con claridad y la conducta correspondiente es coherente y k) existe una diferencia mínima entre los sentimientos manifestados y los mensajes encubiertos.

Así, puede decirse que toda interacción en la cual no hay congruencia entre pensamiento, palabra y obra genera dificultades, sobre todo cuando los hijos han crecido y tienen ya la capacidad de diferenciar las contraindicaciones entre lo que se dice y se hace, esto es, tanto en la comunicación verbal como en la analógica, según Watzlawick, Beavin y Jackson (1995). Si en la familia la comunicación es sana, las interacciones serán positivas.

El segundo factor es, *Interacción familiar negativa* que indica la percepción del sujeto sobre la falta de atención que la familia le brinda tanto en el cuidado como en la disposición para apoyarlo, principalmente de sus padres. Abarca aspectos como las tareas de casa, la no colaboración de algunos miembros en ella o su distribución inequitativa, la cuestión económica y la distribución del dinero, así como las diferencias con las familias de origen, que también suelen provocar tensiones entre la pareja y en la familia Minuchin y Fishman (1981).

El *conflicto familiar* es un evento muy sobresaliente que puede tener efectos a largo plazo en la forma como se perciben entre sí los miembros de la familia. Abarca una gama de situaciones, desde las discusiones verbales, las críticas, burlas o descalificaciones, hasta fuertes faltas de respeto. Los patrones negativos de sus relaciones hacia el conflicto parecen ocurrir en controversias no resueltas, así como en relaciones forzadas entre sus miembros, teñidas de tensión y dejando resentimiento como resultado de los sentimientos heridos (Velasco y Luna, 2006).

Dentro de la categoría de *agresión familiar* se incluyen aspectos como regaños, enojos, castigos y hasta provocaciones físicas. Se conforma cuando son generadas situaciones en la familia, como la falta de afecto, la rivalidad entre hermanos, la agresión psicológica o física y el maltrato a los hijos; entonces las relaciones en la familia se vuelven críticas e insoportables (Velasco y Luna, 2006).

La variable *desacuerdos del padre y de la madre* está dada por las diferencias entre ellos para dar permisos para salir o tener novio, y que provocan malestar en los jóvenes y tensión en los papás. Por otro lado, la variable de *la influencia del alcohol en la familia* se ve reflejada en los efectos que tiene el consumo del alcohol en la organización y armonía familiar (Velasco y Luna, 2006).

La variable *farmacodependencia* en la familia, se refiere al consumo de diversas drogas y sustancias tóxicas que representan la génesis de un verdadero problema emocional y físico en la familia Fishman y Staton (citados en Velasco y Luna, 2006). Los sujetos que consumen más alcohol y drogas y que tienen más problemas de conducta tienen mayor grado de disfunción psicológica-emocional y

un ambiente familiar más problemático (Dembo, Williams y Shmeidler, 1994, citados en Velasco y Luna, 2006)

Cuando la familia gira en torno al consumo del alcohol, se está hablando de *conducta alcohólica en la familia* y sus efectos se aprecian en términos de agresión física y emocional, económicos y de salud Derogantis, Lippman y Conti, (citados en Velasco y Luna, 2006).

Se utilizó el paquete SPSS 10 (Statistical Package for Social Sciences) y la prueba T de Student para analizar los datos e identificar las diferencias entre los grupos por cada factor.

Resultados

Como se señaló anteriormente, la muestra del grupo con conducta disruptiva fue de 58; mientras que la muestra del grupo con conducta no disruptiva fue de 135, haciendo un total de 188 sujetos.

Los resultados arrojados a partir del análisis de los datos con el SPSS y la prueba T de Student de comparación de grupos, indican que en términos generales la tendencia de respuesta de los participantes fue evaluar favorablemente a su familia en todos los factores que comprende el instrumento utilizado, tal como se resume en la Tabla 1.

FACTORES	PUNTO DE CORTE DEL FACTOR	MEDIA		NIVEL DE SIGNIFICANCIA
		CONDUCTA DISRUPTIVA	CONDUCTA NO DISRUPTIVA	
COMUNICACIÓN E INTEGRACIÓN FAMILIAR	87	110.96	113.85	0.251
INTERACCIÓN FAMILIAR NEGATIVA	84	62.86	59.65	0.905
CONFLICTO FAMILIAR	57	38.96	38.13	0.741
AGRESIÓN FAMILIAR	45	33.13	30.45	0.198
DESACUERDOS ENTRE EL PADRE Y LA MADRE PARA DAR PERMISOS	33	30.37	30.11	0.764
INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LA FAMILIA	21	17.86	18.57	0.506
FARMACODEPENDENCIA EN LA FAMILIA	18	8.75	7.57	0.001
CONDUCTA ALCOHOLICA EN LA FAMILIA	21	11.77	10.85	0.095

Tabla 1. Medias y niveles de significancia por factores en los grupos evaluados.

Analizando cada factor se encontró que en *Comunicación e integración familiar*, a partir del punto de corte establecido en el instrumento, que es de 87, la media obtenida por el grupo con conducta disruptiva fue de 110.96 y con conducta no disruptiva fue de 113.85. Lo anterior indica que ambos grupos tuvieron una puntuación alta en este factor, con diferencias no significativas entre ellos, ya que la puntuación $\alpha=0.251$.

En *Interacción familiar negativa*, el punto de corte establecido en el instrumento es de 84; mientras que la media obtenida por el grupo con conducta disruptiva fue de 62.86 y con conducta no disruptiva fue de 59.65. Lo anterior indica que ambos grupos tuvieron una puntuación baja en este factor, con diferencias no significativas entre ellos, ya que la puntuación $\alpha=0.905$.

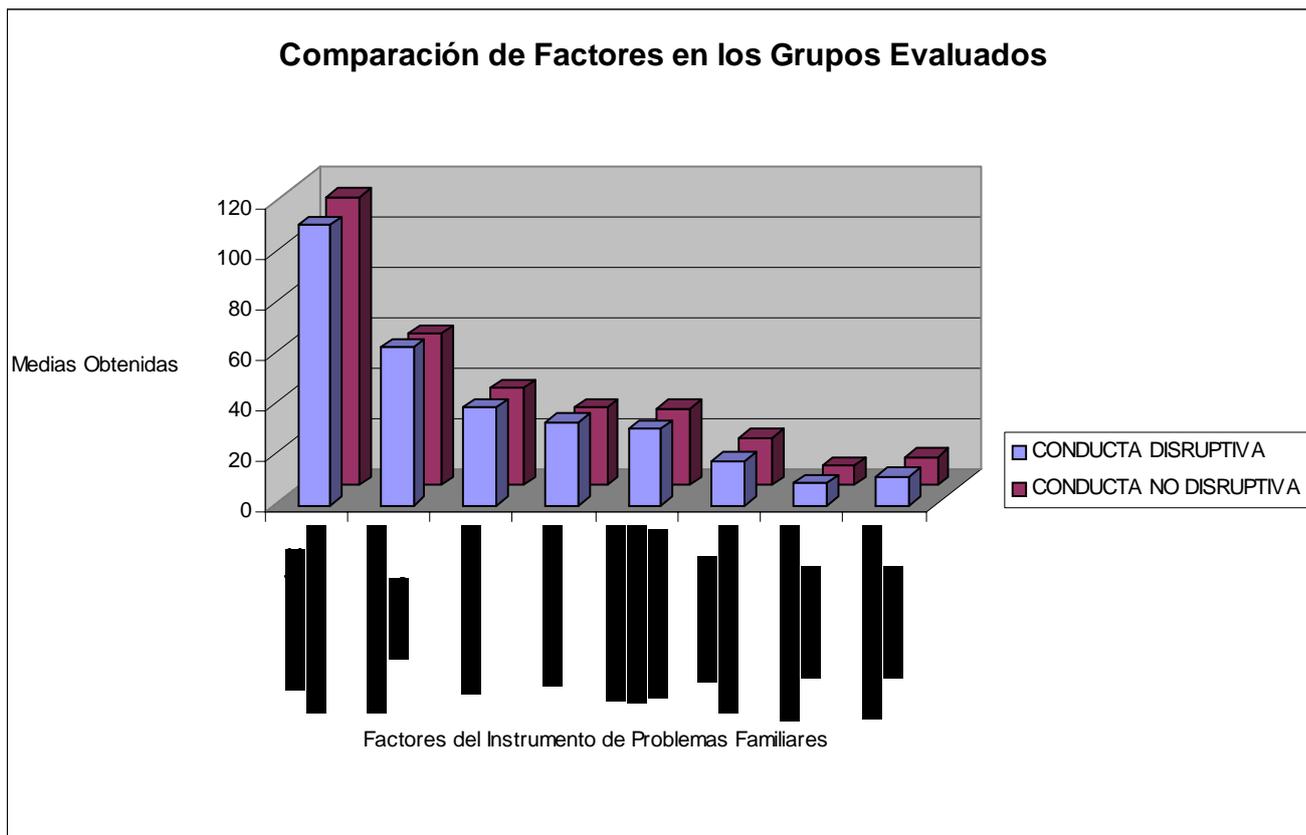
En *Conflicto familiar*, el punto de corte establecido en el instrumento es de 57; mientras que la media obtenida por el grupo con conducta disruptiva fue de 38.96 y con conducta no disruptiva fue de 38.13. Lo anterior indica que ambos grupos tuvieron una puntuación baja en este factor, con diferencias no significativas entre ellos, ya que la puntuación $\alpha=0.741$.

En *Agresión familiar*, el punto de corte establecido en el instrumento es de 45; mientras que la media obtenida por el grupo con conducta disruptiva fue de 33.13 y con conducta no disruptiva fue de 30.45. Lo anterior indica que ambos grupos tuvieron una puntuación baja en este factor, con diferencias no significativas entre ellos, ya que la puntuación $\alpha=0.198$.

En *Desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos*, el punto de corte establecido en el instrumento es de 33; mientras que la media obtenida por el grupo con conducta disruptiva fue de 30.37 y con conducta no disruptiva fue de 30.11. Lo anterior indica que ambos grupos tuvieron una puntuación baja en este factor, con diferencias no significativas entre ellos, ya que la puntuación $\alpha=0.764$.

En *Influencia del alcohol en la familia*, el punto de corte establecido en el instrumento es de 21; mientras que la media obtenida por el grupo con conducta disruptiva fue de 17.86 y con conducta no disruptiva fue de 18.57. Lo anterior indica que ambos grupos tuvieron una puntuación ligeramente inferior a la media, con diferencias no significativas entre ellos, ya que la puntuación $\alpha=0.506$.

En *farmacodependencia en la familia*, el punto de corte establecido en el instrumento es de 18; mientras que la media obtenida por el grupo con conducta disruptiva fue de 8.75 y con conducta no disruptiva fue de 7.57. Lo anterior indica que ambos grupos tuvieron una puntuación baja en este factor, pero con diferencias significativas entre ellos, ya que la puntuación $\alpha=0.001$.



Gráfica 1. Comparación de medias entre los grupos por factor.

En *Conducta alcohólica en la familia*, el punto de corte establecido en el instrumento es de 21; mientras que la media obtenida por el grupo con conducta disruptiva fue de 11.77 y con conducta no disruptiva fue de 10.85. Lo anterior indica que ambos grupos tuvieron una puntuación baja en este factor, con diferencias no significativas entre ellos, ya que la puntuación $\alpha=0.095$.

Conclusión y discusión

Con base en los resultados obtenidos en esta investigación, se puede afirmar que no existen diferencias significativas entre los grupos comparados en los puntajes de los factores del Cuestionario de Problemas Familiares. Según la literatura que guió la hipótesis de este trabajo cabría esperar un mayor puntaje en el instrumento en los alumnos con conducta disruptiva, en comparación con quienes no la presentan (Perinat, 2002; Douglas y Jurkovic, 1983; Kinsman, Wildman Smucker, 1999). Sin embargo, el único factor en el que se encontraron diferencias significativas fue el que mide Farmacodependencia, lo cual confirma lo expuesto por Dembo, Williams y Schmeidler; y Fishman y Staton (Citados en Velasco y Luna, 2006) quienes afirman que los sujetos que tienen más problemas de conducta tienen mayor grado de disfunción psicológica-emocional y un ambiente familiar más problemático.

Como se señaló anteriormente, se entendió como conducta disruptiva al conjunto de conductas inapropiadas que retrasan o impiden el proceso de enseñanza y aprendizaje, convirtiéndose en un problema académico de rendimiento que agrava el fracaso escolar. También suele interpretarse como un problema o falta de disciplina dentro de la clase, propiciando un clima tenso en el aula y generando malas relaciones entre alumnos y profesores así como entre los propios alumnos (Navarro, 2002); no obstante el criterio de clasificación de sujetos estuvo en función del número de reportes obtenidos en el ciclo escolar hasta el momento de la aplicación del cuestionario, se pudo apreciar que los motivos establecidos por las autoridades escolares para obtener un reporte no corresponden a la definición antes señalada, es decir, que la gravedad de las conductas problemáticas es muy variada, es decir, comprenden desde cosas muy simples como presentarse con un peinado “no adecuado”, hasta problemas graves como alterar el orden en el aula; siendo que todas estas conductas tienen la misma consecuencia: un reporte de conducta. Lo anterior supone un sesgo en los resultados obtenidos, ya que es probable que se hayan incluido adolescentes en el grupo de conducta disruptiva que no cubren estrictamente con los criterios que la literatura establece.

Asimismo, esta circunstancia nos lleva a la reflexión e invitación a una nueva línea de investigación acerca de los criterios que las instituciones educativas tiene para “castigar” y “etiquetar” a un adolescente como problemático.

Otro factor que pudo haber influido, fue que posiblemente el instrumento empleado no fue el adecuado para la población evaluada, debido a que durante la aplicación muchos sujetos expresaron duda y confusión por los términos, significados y forma en que los reactivos estaban redactados a pesar de que se utilizó un cuestionario validado y confiabilizado por Espinosa y González (en Velasco y Luna, 2006) con población del área metropolitana.

Es probable que, además, las respuestas que los sujetos dieron no hayan sido sinceras debido al contexto en el que fue aplicado el instrumento, quizá por temor a que sus resultados fueran divulgados aún cuando se hizo énfasis en el carácter anónimo y confidencial del mismo. Otro factor que pudo haber influido en los resultados presentado fue que los adolescentes tal vez no pudieran estar percibiendo lo que pasaba en su familia, por lo cual es importante que también se aplicara esta prueba a los padres y demás integrantes de la familia. La justificación para realizar podría encontrarse en las conclusiones de diversas investigaciones, tal como la de Arcos, Ariza, Cabello, López, Morales, Pacheco, Palomino, Sánchez y Venzala (1999) quienes concluyeron que cuando en la familia hay problemas, los hijos también los viven, y esto, necesariamente influye en su conducta y en su rendimiento. Martínez, Sanz y Cosgava (2005) señalaron que el conflicto matrimonial percibido por los hijos adolescentes tiene un gran impacto en su bienestar psicológico y desempeño escolar. Finalmente, Gilly (1978) señaló que la incoherencia de las actitudes paternas, la falta de tranquilidad y de estabilidad en la vida familiar, son factores que colocan a los niños en un clima de inseguridad afectiva poco propicia para una buena adaptación escolar.

En consecuencia, se sugiere que para futuras investigaciones es conveniente hacer las adecuaciones necesarias al instrumento de modo que su aplicación sea más funcional para la población adolescente que cursa estudios de secundaria y sus familiares.

3.5.2.- Reporte de investigación con metodología cualitativa

Como parte de la materia de Metodología de la Investigación 2 se realizó el siguiente proyecto.

Estudio de caso: Una adolescente con conducta disruptiva
Núñez, L., Pérez, I. y Pilloni, A.

Introducción

Esta investigación tuvo por objetivo conocer cómo se articula el significado de la conducta disruptiva de una adolescente en relación con la dimensión escolar, familiar, de los pares e individual. A partir de la realización de una investigación cuantitativa en la que se exploraron los problemas familiares en relación con la presencia o ausencia de la conducta disruptiva en el ámbito escolar, en la que no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos; en esta investigación se pretendió profundizar en los significados particulares de una adolescente con conducta disruptiva.

Los supuestos que subyacen al trabajo que se ha hecho con conducta disruptiva apuntan la importancia de la familia y las interacciones que en ella se hayan implicados en el comportamiento adolescente. Los factores relacionados con lo anterior son: comunicación e integración familiar, interacción familiar negativa, conflicto familiar, agresión familiar, desacuerdos del padre y de la madre para dar permisos, influencia del alcohol en la familia, farmacodependencia en la familia y conducta alcohólica en la familia (Velasco y Luna, 2006).

En la investigación cuantitativa se exploró la relación de los problemas familiares con la conducta los adolescentes, y en congruencia con una visión sistémica, se incluyeron en el presente estudio los diversos contextos en donde el adolescente se mueve. Esto se llevó a cabo a través de la metodología cualitativa, con un tipo de estudio instrumental, de diseño proyectado, con el uso de la técnica de entrevista basada en un guión que contempló las siguientes dimensiones: Datos Demográficos de la familia, Dimensión escolar, Dimensión familiar, Dimensión de los pares y Dimensión individual.

El tratamiento de los datos se llevó a cabo por medio del programa ATLAS-Ti, con el cual se obtuvieron los códigos que se agruparon en las familias correspondientes a las dimensiones de la entrevista, lo que permitió encontrar algunos de los significados que la adolescente atribuye a su propia conducta y la forma en que esta se vincula con los contextos en los cuales ella se desenvuelve.

Análisis metodológico

Nuestro tipo de muestreo fue de conveniencia (Flick, 2004), ya que el caso fue el que se nos facilitó por parte de las autoridades. Asimismo, se llevó a cabo el muestreo de casos extremos, ya que queríamos llegar a la comprensión del campo como un todo. Por lo anterior, pedimos a las autoridades de la escuela la elección de un alumno o alumna que hubiera acumulado un gran número de reportes durante el ciclo escolar.

Tipo de Estudio: Se realizó un estudio cualitativo de estudio de caso, mediante entrevista semiestructurada. El tipo de estudio de caso fue instrumental según Stake (1995 citado en Vázquez y Angulo, 2003), porque se buscó comprender un fenómeno más amplio a través de un caso particular. Se pidió a la escuela que nos facilitara el caso que nos permitiera entender a profundidad el problema planteado.

Tipo de diseño: El diseño de este estudio fue proyectado, ya que cumple los criterios de definición de Valles (2000), quien afirma que en los estudios de este tipo se tiene mayor estructura y el investigador no parte de cero, sino que conoce alguna literatura y tiene algunas preguntas que lo mueven a investigar, además de que se requiere de alguna coordinación al investigar. Son investigaciones realizadas en equipo, a mayor escala, suelen ser más cerrados y el tiempo de aplicación es menor.

Tipo de estrategias: Se utilizó la estrategia de entrevista basada en un guión, ya que se preparó una lista de temas a tratar y el entrevistador tuvo la libertad para ordenar y formular las preguntas a lo largo del encuentro de entrevista, según la clasificación de entrevistas de Patton (1990, citado en Valles, 2000). El motivo por el cual se eligió esta estrategia fue por las facilidades prácticas que implica un estudio de caso junto con las limitaciones temporales para realizarlo. Las dimensiones que se consideraron fueron las siguientes:

I.-Datos Demográficos de la familia

- a) Edad
- b) Grado escolar
- c) Lugar que ocupa en la familia (familiograma)

II.-Dimensión escolar

- a) Historia y contexto de la conducta disruptiva del alumno
- b) La relación de los profesores, directivos y el adolescente con respecto a la conducta disruptiva del alumno
- c) Significado de la conducta disruptiva

III.-Dimensión familiar

- a) La relación de los padres y el adolescente con respecto a la conducta disruptiva
 - b) La vida familiar
- Problemas familiares

- Estilos de enfrentar problemas familiares
- c) Significado de la conducta disruptiva

IV.-Dimensión de los pares

- a) La relación de los pares y el adolescente con respecto a la conducta disruptiva
- b) Actividades compartidas del adolescente con sus pares
- c) Significado de la conducta disruptiva

V.-Dimensión individual

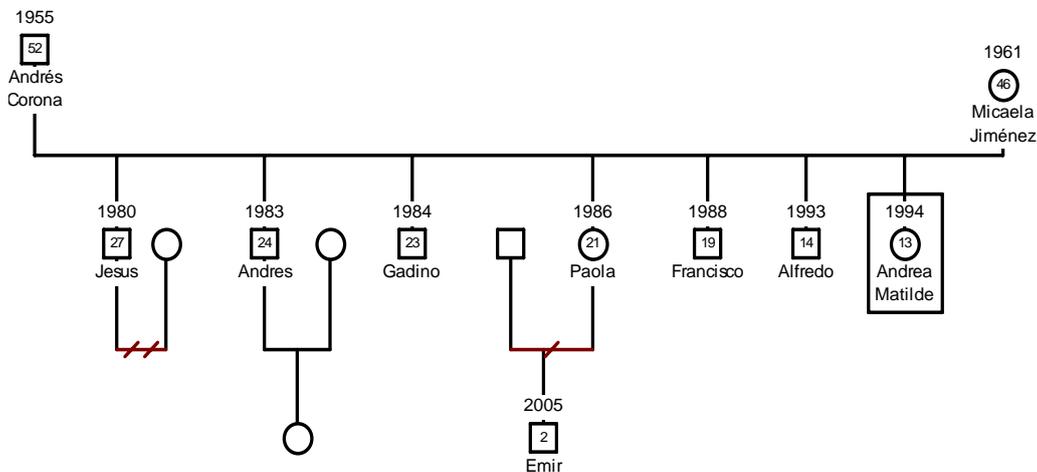
- a) Significado de la conducta disruptiva
- b) Redes de apoyo y estrategias para mantener y solucionar la propia conducta disruptiva

Análisis de resultados

Definición de categorías

A continuación se presenta la definición de las categorías que se crearon para este estudio, seguidas de ejemplos que las ilustran.

La categoría *datos demográficos* se refiere a la información relacionada con la edad, grado escolar, ocupación, estado civil, número de hijos, lugar que ocupan y en general datos relevantes en la conformación de la familia.



La categoría *escuela* se tomó en consideración ya que primeramente ese es el contexto más relevante para el adolescente después de su familia, y a través de la entrevista pretendimos conocer cómo se ha venido dando la conducta disruptiva en este contexto, así como los significados que le atribuyen tanto el alumno, los directores y profesores. A continuación se presentan algunos ejemplos de los códigos que conformaron esta categoría:

Motivos de reportes y reacción de los profesores ante conducta disruptiva:

Por lo mismo de que estoy platicando y me sacan de la clase, o me estoy riendo y me dicen "Vete a reír allá afuera" y ya, me ponen reporte o cuándo no traigo el uniforme que es me ponen reporte

Ejemplo de conducta disruptiva:

"..me pongo a platicar, o sea así hago desorden, me salgo de las clases, voy al baño o nada más me siento ahí afuera del salón.."

Beneficios por conducta disruptiva y consecuencia de conducta disruptiva por autoridad escolar:

"Cuando no traigo las tareas... y que dicen que el que no traiga su tarea va a tener reporte y yo le digo no maestro es que no la hice... tienes diez minutos para hacerla, si no, ahora sí tu reporte o los que no le entendieron la tarea ahorita la explico y ya ahorita la hacen..."

Motivos de reportes:

"..los reportes que yo siento que sí fueron justos, así justos conmigo fue de que rayé una butaca.."

Consecuencia de conducta disruptiva por autoridad Escolar:

"...ya me dijeron la vas a tener que pintar y aparte te vamos a poner un reporte..."

La categoría *familia* se orientó a explorar la vida familiar y sus problemas, la forma de enfrentarlos e indagar si la adolescente los encuentra vinculados con su conducta en el ámbito escolar. A continuación se presentan algunos ejemplos de los códigos que conformaron esta categoría:

Movilización del sistema familiar ante el castigo de la autoridad escolar:

"Y ahorita ya está viviendo en la casa, pero todavía no, todavía vivía acá con su esposa y agarra y ya yo le dije "ven" y me dijo "¿porqué?" y yo le dije "es que me quieren sacar" y me dijo "ya voy", y le digo "pero no le vayas a decir a mi mamá", me dijo "no, vamos ir ahorita a hablar con ella" y me dijo "agarra tus cosas" y ya nos fuimos, y mi papá estaba lavando el carro y me dice ¿que pasó? (Padre a Jesús). Dice (Jesús)" que la quieren sacar de la escuela", dice mi papá "¿cómo?" y ya le digo, ya le empecé a explicar y mi papá dice "vamos". Y ya (papá) fue por mi mamá y vinieron los dos con mi hermano y ya empezaron a hablar con la maestra Liliana y dijo "si voy a ir a hablar con el Director" y ya fue a hablar y dijo "esta es la última vez".

Interferencia de la hija en conflicto pareja:

"Y yo digo, bueno.. está bien, pero prométanme que ya no se van a volver a pelear y si se van a pelear pues ya.. en otro lado, y no enfrente de nosotros"

Conflicto fraterno:

"No, mi mamá está sirviendo la comida, ya... póngale que Alfredo baja la silla y Francisco la agarra no es que ésta es mi silla; no yo la bajé; mi mamá, ya estéense quietos, dice, agárrate otra silla; no, yo por qué, yo la bajé. Y ya llega mi papá y dice ya cállense, parece que no pueden estar un día sin pelear en la mesa."

En la categoría referente a los *pares*, se tomó en cuenta que si bien es importante la relación entre iguales entre adolescentes, se quería analizar en particular con ésta adolescente como era la relación con sus pares en torno a la conducta disruptiva y su significado. A continuación se presentan algunos ejemplos de los códigos que conformaron esta categoría:

Actitud de los pares ante conducta disruptiva:

"...como me siento en la segunda fila, la primera y la segunda me dicen "ya pórtate bien" y ya de ahí para allá me dicen "vente a platicar con nosotros" y pues ellos se me quedan viendo y me dicen "ya quédate aquí" y pues ya yo me siento como entre la espada y la pared."

"Los de mi salón y ya dijeron que yo había sido"

"...y ya por eso.. y les platicué a mis compañeras pero te lo juro que me dijeron no pues tu ya aunque te acuerdes ya eso ya.. pasó aunque te acuerdes, eso ya fue, ya sucedió, ahorita estas con nosotros, nosotros te vamos a apoyar en lo que quieras."

Identificación con pares y redes de apoyo

"Si... casi... somos como almas gemelas porque igual porque a ella ahorita le está pasando lo mismo, de que sus papás se empiezan a pelear y todo."

La categoría *individuo* buscó encontrar significados personales acerca de la conducta disruptiva, cómo la justifica la adolescente y en general cómo se percibe a sí misma. A continuación se presentan algunos ejemplos de los códigos que conformaron esta categoría:

Autopercepción de conducta disruptiva:

"Pues no se, ja, es que a veces si me siento a gusto riéndome y todo, pero luego ya me siento mal ya cuando me sacan de la clase."

"..luego si me dicen "es que te pusieron reporte porque te saliste al baño sin permiso", y pues yo digo, ay ya, pues es solo un simple reporte"

Autojustificación de la conducta disruptiva:

“... en parte que sí, pues que soy libre de hacer lo que quiera, que si puedo ser buena, que si puedo ser mala, soy yo, y si quiero ser rebelde ya es cosa que a los demás no les va a importar y en parte no porque siento que todos se me quedan viendo, mira esa ¿cómo es? Cómo que siento que hay personas que dicen ¡ah! Pues esa chava si es chida como es así, y hay veces que no ¡ay! Esa chava me cae mal por su forma de ser .”

Autopercepción:

“Pues, una chava así creciendo más que nada, viendo lo que les ha... irse preparando para lo que le va a venir, le van a venir miles de problemas, miles de alegrías, que... va a poder superarlo todo.”

Triangulación

Debido a que los ejes de análisis no fueron similares en ambos estudios, cuantitativo y cualitativo, presentamos a continuación lo referente a la dimensión familiar que si fue considerada en ambos estudios.

Al igual que en los resultados obtenidos en la investigación cuantitativa, la informante de este estudio tiene una percepción positiva de su familia, ya que refirió que los miembros de ésta, la apoyan y la aconsejan. Enseguida se cita un ejemplo que ilustran lo encontrado en este estudio:

“...mi papá empieza a hablar conmigo y dice” pues ya mejor dinos si quieres estudiar o no quieres estudiar.”

En coincidencia con los resultados del estudio cuantitativo, la informante considera que la comunicación e integración de su familia es buena, esta misma percepción es compartida por los adolescentes con conducta disruptiva y no disruptiva, quienes obtuvieron un alto puntaje en el factor de comunicación e integración familiar del instrumento utilizado en la investigación previa.

Tanto en la investigación cuantitativa como en el presente estudio, se encontró que los adolescentes evalúan que la interacción en su familia es positiva y no perciben que exista un conflicto familiar. Sin embargo, en este estudio, la informante comentó que un conflicto que existió en su familia fue la infidelidad de su padre hacia su madre, hace aproximadamente cuatro años.

“...cuando mi mamá habló conmigo, me dijo que una de mis tías le había dicho que mi papá tenía otra mujer y pues ya mi mamá le empezó a creer y ya.. y mi tía se peleó con mi mamá.”

Por otro lado, tanto los adolescentes que participaron en el estudio cuantitativo como la informante de esta investigación, consideran que en su familia no existe agresión familiar y que existen acuerdos entre el padre y la madre para dar permisos. Sin embargo, la informante de este estudio narró algunos episodios en los que la interferencia de la familia de su padre en los asuntos conyugales llegó a causar discusiones con su madre, sin que esto signifique para la informante que exista agresión en su familia.

Y pues ya veían a mi mamá y le decían y pues ya cuando llegaba mi papá de trabajar pues mi mamá le empezaba a decir no pues porque "a mi me vinieron a decir esto .." Y mi papá dice "¿Y cómo les vas a creer a ellas si tu no me has visto?" y mi mamá: "No pues son tus hermanas" y ya por eso mi mamá ya no va con la familia de mi papá.

Asimismo, la informante narró episodios en los que sus padres en apariencia llegan a acuerdos en un nivel de contenido, pero a nivel de relación existe descalificación entre ambos, lo cual no es percibido como tal por la informante.

Y pues ya pues dice, apúrense a hacer el quehacer, y ya que nos vamos a apurar ya llega mi papá, no es que nos vamos a ir a tal lado, ya vénganse y yo y mi hermana decimos, pues nos vamos a quedar nosotras a hacer el quehacer y dice mi mamá, no vénganse y ya cuando llegamos del lado donde fuimos ya nos empiezan a regañar, "se fueron y no hicieron nada, ya como dejaron la casa

Tanto en la investigación cuantitativa como en la cualitativa, se encontró que no existe influencia del alcohol y la conducta alcohólica en la familia. De hecho, en esta investigación este tema fue descartado como área de conflicto. En cuanto a la farmacodependencia en la familia, sí se hallaron diferencias significativas en los dos grupos comparados en el estudio cuantitativo, pero en este, también fue un tema descartado por la informante como motivo de conflicto en su familia.

¿Qué otros problemas hay en casa que te preocupen Andrea? Que veo que son suficientes los que ya me estás comentando.

-Nada más.

Además de lo anterior, en este estudio se tomaron en cuenta otras dimensiones como la escolar, de los pares e individual. En cuanto a la dimensión escolar, la informante

En cuanto a la dimensión escolar y de acuerdo a lo que reportó la informante, se puede apreciar que no tiene problemas en cuanto a su problema académico, pero si está considerada como una alumna con conducta disruptiva y tanto sus maestros como compañeros la identifican como tal. A continuación se presenta un ejemplo de la actitud de su tutora hacia ella, ante su conducta disruptiva:

Los de mi salón y ya dijeron que yo había sido y ya desde ahí Liliana me dijo ¿Sabes qué ya no te voy a ayudar?... o sea que ya... siento que... yo ya no le importo como antes... que ya no me toma casi en cuenta

En relación a la dimensión de los pares, ella se puede relacionar bien tanto con quienes presentan conducta disruptiva como con aquellos que no la presentan, lo cual la coloca en una situación de aparente conflicto; aunque se puede percibir que disfruta de oscilar entre ambas relaciones y se sitúa en cada uno de ellos, de acuerdo a su conveniencia.

...como me siento en la segunda fila, la primera y la segunda me dicen "ya pórtate bien" y ya de ahí para allá me dicen "vente a platicar con nosotros" y pues ellos se me quedan viendo y me dicen "ya quédate aquí" y pues ya yo me siento como entre la espada y la pared... luego pienso que las personas que se sientan al lado mío están viendo por mí y se preocupan por mí, y las otras no, nada más me jalan al relajo.

En la dimensión individual, se pudo encontrar la percepción que tiene de sí misma, así como la explicación que la informante da acerca de su conducta en la escuela.

Pues, una chava así creciendo más que nada, viendo lo que les ha... irse preparando para lo que le va a venir, le van a venir miles de problemas, miles de alegrías, que... va a poder superarlo todo.

No es que... luego mis papás se pelean mucho y luego digo... ya me acuerdo y digo ya... me voy al baño y se me olvida. O sea trato de... cuando se me viene a la mente trato de hacer cualquier cosa para que se me olvide por completo lo que pasó... o sea se me viene a la mente y... qué hago para me que se me olvide y me pongo a platicar, o sea así hago desorden, me salgo de las clases, voy al baño o nada más me siento ahí afuera del salón.

Interpretación

La conclusión a la que nos lleva este trabajo es que una revisión a mayor profundidad de la realidad familiar de la informante permitió vincular ésta con la conducta manifiesta en el ámbito escolar. Incluso, ella misma atribuye como causa de su conducta disruptiva, el problema de infidelidad en casa. Es importante notar, que la mayoría de sus hermanos han tenido antecedentes de conducta disruptiva en el ámbito escolar, de modo que incluso truncaron su vida académica.

Esta investigación permitió tener una visión más completa y compleja de la conducta disruptiva, ya que explorando otras dimensiones relacionadas, se encontraron ganancias secundarias a la conducta disruptiva, por ejemplo, tener la atención de toda la familia, de los maestros y compañeros.

Del mismo modo, esta investigación nos permitió darnos cuenta de la riqueza de información que se puede obtener a través de la metodología cualitativa para el análisis de la entrevista, ya que ésta exige de una organización y sistematización por códigos y familias que permiten encontrar significados del discurso que no se aprecian a simple vista. En función de lo anterior, se logró identificar el significado que para ella tiene su conducta, la forma en que ésta se relaciona con sus contextos y el impacto que su conducta tiene en las demás personas. Sin embargo, a partir de la

identificación de los códigos y familias, encontramos una vinculación distinta a la que ella encuentra. En esencia, esta diferencia podría explicarse al concluir que la familia de la participante ha elaborado durante mucho tiempo pautas de comportamiento rígidas, tal como señalaría Minuchin (1974), que permiten que la conducta disruptiva de sus miembros oculte otra problemática de fondo, posiblemente de los padres y sus conflictos, de modo que el sistema no se colapse o algún Holón se rompa. Inclusive, bajo esta hipótesis es posible que se pudiera encontrar esta diferencia de significado en la percepción que tienen otros adolescentes en relación a la problemáticas de sus familias; sin embargo, eso sería algo importante pro corroborar en futuras investigaciones de este tipo.

3.6.- Habilidades de Enseñanza y Difusión

3.6.1.- Productos tecnológicos

Conforme se revisaron teóricamente algunos modelos, también se realizaron manuales y videos dirigidos a terapeutas familiares en formación que quisieran tener una idea genérica de las premisas y desarrollo de las técnicas de cada modelo. En función de lo anterior, se presenta una tabla donde se indican los manuales y videos realizados, junto con sus objetivos y temas principales:

Semestre	INDIVIDUAL	OBJETIVO	EQUIPO	OBJETIVO
1º	Manual de Terapia Estructural	Los terapeutas en formación identificarán las premisas básicas y forma de aplicación de las técnicas del enfoque de Terapia Estructural.	Video de Terapia Estructural	Los terapeutas en formación conocerán las premisas básicas y técnicas del enfoque de Terapia Estructural.
2º	Manual de Terapia breve basaba en problemas	Los terapeutas en formación identificarán las premisas básicas y forma de aplicación de las técnicas del enfoque de Terapia breve basaba en problemas.	Video de Terapia breve basaba en problemas	Los terapeutas en formación conocerán las premisas básicas y técnicas del enfoque de Terapia breve basaba en problemas
3º	Manual de Terapia Breve enfocada en soluciones	Los terapeutas en formación identificarán las premisas básicas y forma de aplicación de las técnicas del enfoque de Terapia Breve enfocada en soluciones	Video de Terapia Breve enfocada en soluciones	Los terapeutas en formación conocerán las premisas básicas y técnicas del enfoque de Terapia Breve enfocada en soluciones

La justificación principal, más allá del hecho de que un terapeuta familiar tiene que conocer a profundidad los modelos que usa, fue simplificar en un inicio el acercamiento de los terapeutas familiares a algunos de los Modelos. Estos manuales y videos se hicieron a solicitud de las profesoras para ejercitar los modelos; mientras que los terapeutas familiares que elaboramos los videos y manuales pensamos en simplificar la tarea que puede suponer para los novatos en esta área encontrarse con muchos modelos y una vasta cantidad de información al respecto. Para ello, elaboramos los manuales y los videos bajo el siguiente esquema:

- Introducción
- Antecedentes del modelo y representantes
- Premisas e ideas principales
- Técnicas y ejemplificación de las mismas
- Conclusiones

3.6.2.- Asistencia a foros académicos y presentación de trabajos

En cuanto a asistencia a cursos, talleres y foros académicos, se realizaron las siguientes actividades:

- Asistente del curso “Terapia Breve de pareja: Enfoque Sistémico Ericksoniano” por parte del Lic. Ruperto Charles, del 30 al 31 de agosto del 2006 (15 hrs.) en el INFASI-ACT, Tlanepantla, Edo. Méx.
- Asistente al Congreso Iberoamericano de Terapia Familiar: Ciencia, arte y espiritualidad del 23 al 26 de noviembre de 2006, Acapulco Gro.
- Asistencia al Curso-Taller “Validación de Instrumentos de Evaluación sobre Interacciones Familiares” por parte de la Jefatura de la Carrera de Psicología, FES Iztacala UNAM del 28-30 Agosto 2007 (10 hrs.).
- Asistencia al Foro Nacional de Prevención del Suicidio, del 22-23 de Noviembre de 2007 (10 hrs.) por parte de la Secretaría de Salud de Michoacán y Asociación Mexicana de Suicidología, A.C., Morelia, México.

Respecto a la participación en foros académicos, se realizaron las siguientes actividades en función de los trabajos finales de las materias de la Maestría:

- Ponente en el Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología con el cartel : “Reflexiones acerca de la formación de terapeutas familiares”, 7-10 de marzo de 2007. Morelia, México.
- Ponente en el II Congreso Latinoamericano de Psicología de la ULAPSI con el cartel “Percepción de adolescentes mexicanos sobre los problemas familiares” del 12-14 septiembre de 2007, La Habana, Cuba.

3.7.- Habilidades de atención y prevención comunitaria

3.7.1.- Programas de intervención comunitaria

Se desarrolló Ponente del tema *“Duelo, adultos mayores y familia”* en el Programa de Enfermos Crónicos Degenerativos del ISSSTE Clínica Ceylán el 27 de Agosto de 2007 durante una hora.

- El objetivo que tuvo esta actividad fue mostrar a los adultos mayores con enfermedades crónico- degenerativas y sus familias, las implicaciones del duelo por enfermedad como entidad natural (no normativa) en sus relaciones familiares.
- La población a la que se dirigió esta plática consistió en familiares y adultos mayores con Enfermedades Crónicas derechohabientes del ISSSTE.
- Los temas revisados fueron los siguientes:
Definición de Enfermedad Crónica
Duelo como proceso natural, no normativo
Implicaciones en las relaciones familiares
Fuentes de apoyo y referencia
- El material que se utilizó fueron tarjetas de cartulina de color de 7*6cm, Plumones de color y presentación en diapositivas
- La evaluación que se realizó fue post-sesión y a modo de autorreporte de los participantes, quienes señalaron que habían comprendido la implicación que tenía el duelo por tener una enfermedad crónica en sus relaciones familiares; inclusive algunas personas afirmaron que en función de la charla, posiblemente solicitaran el servicio de Terapia Familiar en algún momento.

Se desarrolló el tema *“Enfermedad Crónica y Familia”* en el Programa de Enfermos Crónicos Degenerativos del ISSSTE Clínica Ceylán el 13 de Agosto de 2007

- El objetivo que tuvo esta actividad fue mostrar a las personas con alguna enfermedad crónico-degenerativa y sus familias las implicaciones de una enfermedad crónica en la familia.
- La población a la que se dirigió esta plática consistió en enfermos crónico-degenerativos derechohabientes del ISSSTE y sus familias.
- Los temas revisados fueron los siguientes:
Definición de Enfermedad Crónica
Definición de familia
Enfermedad crónica y familia
Fuentes de apoyo y referencia
- El material que se utilizó fueron tarjetas de cartulina de color de 7*6cm, Plumones de color y presentación en diapositivas

- La evaluación que se realizó fue post-sesión y a modo de autorreporte de los participantes, quienes señalaron que habían comprendido la implicación de la enfermedad crónico-degenerativa en sus relaciones familiares; inclusive algunas personas afirmaron que en función de la charla, posiblemente solicitaran el servicio de Terapia Familiar en algún momento.

3.8.- Habilidades de compromiso y ética profesional.

3.8.1.- Consideraciones éticas que emergieron en la práctica profesional.

Primero, es conveniente mencionar que las instancias que regulan el quehacer de los psicólogos en distintos ámbitos, incluyendo el clínico, son principalmente la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México (FENAPSIME A.C.) y la Comisión Nacional de Ética en Psicología (CoNaEP) perteneciente a la Sociedad Mexicana de Psicología. No hay un código ético único, mas que por cuestiones de unificación de criterios de los lineamientos éticos, sino por una pugna de estas instancias en cuanto a la representatividad de las personas que integran los comités de ética. Me remitiré a hablar de las consideraciones éticas en las que hay unificación y las prácticas en las que formé parte a lo largo de la residencia.

De acuerdo a García (2004) la ética del Psicólogo se basa en *Doce Principios* (Acatar Normas Morales y Legales; Acreditar las Técnicas de Evaluación; Cuidar el Uso de Animales; Cuidar la Seriedad de las Declaraciones públicas; Determinar la Finalización de una Intervención; Evitar el abuso en los Arreglos Financieros; Evitar el Deterioro Personal; Fomentar el Pluralismo y las Relaciones Profesionales; Mantener el Bienestar del Usuario; Procurar una Relación Profesional Voluntaria; Realizar Investigación; y, Respetar los Derechos Humanos) y *Ocho Valores Éticos* (Capacidad Profesional; . Competencia; Confidencialidad; Ecología; Honestidad; Justicia; Respeto; y, Responsabilidad).

En uno de los casos en los que fui terapeuta me tocó atender a una persona que tenía visibles intenciones suicidas y más allá de cuestiones técnicas se atendió primero al hecho de que esta persona no se hiciera daño o a alguien más. Asimismo, puesto que esta persona tenía una historia ingiriendo medicamentos bajo prescripción del psiquiatra, se le pidió a la persona que proporcionara los datos del psiquiatra que la atendía para poder estar al tanto de la situación y se le invitó a la paciente a que siguiera atendiendo a las indicaciones del psiquiatra. Desgraciadamente esta persona dejó de asistir y aunque se le invitó en varias ocasiones a que regresara a terapia, no lo hizo.

En este punto, hay implicados varios principios y valores que se siguieron al pie de la letra; sin embargo, los que prevalecieron constantemente fueron los que se mencionan a continuación:

- *Bienestar del Usuario.* La posición profesional, su autoridad y su información confidencial no será utilizada para coaccionar a los pacientes o para obtener beneficios para el psicólogo, psicóloga o a ningún tercero. Los psicólogos deben respetar la integridad y proteger el bienestar de la gente y los grupos con los que trabajan (...) Los psicólogos deben informar plenamente a los consumidores del propósito y la naturaleza de un procedimiento de evaluación, de tratamiento, educacional o de adiestramiento, y reconocer libremente que los clientes, estudiantes o participantes en investigaciones tienen libertad de elección respecto a la participación.
- *Relación voluntaria.* La relación profesional con un paciente es puramente voluntaria y el paciente puede discontinuar el tratamiento, o buscar otro tratamiento o consejo en cualquier momento.
- *Relaciones Interprofesionales.* Entendidas como la apertura a la diversidad teórico-conceptual, así como a la colaboración, intercambio de información, comunicación y asesoría con colegas de otras especialidades, instituciones y profesiones, con el objeto de realizar trabajos interdisciplinarios que permitan mayor beneficio en el desempeño profesional y para los usuarios del servicio. Los psicólogos deben actuar con la debida consideración por las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en psicología y en otras profesiones.
- *Competencia.* El mantenimiento de altos niveles de competencia es una responsabilidad que comparten todos los psicólogos en el interés del público y de la profesión en general. Los psicólogos reconocen los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Sólo proporcionan servicios y sólo usan técnicas para los cuales están capacitados debido a su adiestramiento y experiencia. En aquellos campos en que aún no existen normas reconocidas, los psicólogos toman las precauciones necesarias para proteger el bienestar de sus clientes. Se mantienen al corriente de la información científica y profesional actual en relación con los servicios que prestan.

En uno de los casos en los que me tocó ser parte del equipo, hubo una situación en la que una de las usuarias le pidió dinero prestado a uno de los terapeutas. En este caso, es importante recordar el Principio de arreglos financieros en la sección que señala que *las relaciones de negocios entre ambas partes deben ser evitadas.*

Como terapeuta hubo un caso en el que atendí a una persona que atravesaba por una situación de duelo por la muerte de cónyuge. Me dediqué a buscar información del tema y a profundizarlo, al mismo tiempo que en clases habíamos tratado en algunas ocasiones lo relacionado a la persona del terapeuta y situaciones de duelo. Esto me fue de gran utilidad además de plantear este tipo de situaciones en terapia. Esto hace recordar el principio de capacidad profesional, en donde se establece que los psicólogos debemos contar con preparación académica, actualización constante, experiencia profesional, actitudes, habilidades y destrezas necesarias, para prestar los servicios que ofrece y para reconocer por

medio de sus capacidades de autoconocimiento y autocrítica sus alcances, limitaciones y áreas de competencia en su actividad profesional.

Puesto que los psicólogos trabajamos con seres humanos y tenemos un compromiso social, es importante estar atentos en todo momento a los planteamientos éticos y actualización que suponen los diferentes casos. En el caso de la residencia el equipo fue muy útil al señalar estas situaciones. Este es un tema que no debe ser olvidado, ya que como comenta Celis (2008), entre las solicitudes de problemas y dilemas éticos más frecuentes se encuentran los relacionados a problemas de competencia profesional, problemas académicos y científicos, los concernientes a relaciones sexuales y relaciones duales; las valoraciones psicológicas realizadas por personas no preparadas o interpretaciones erróneas que se hacen de la aplicación de pruebas, o el uso inadecuado de éstas; también se tienen casos de pagos fraudulentos o excesivos de los servicios psicológicos.

3.9.- Estancia en España

A lo largo de mi estadía en la Universidad de Granada, tomé algunos cursos dentro del Posgrado de Gerontología, tales como Familia y Pareja en la Tercera Edad, Aulas de Mayores e Intervención Psicosocial en Enfermos Terminales. Esta experiencia fue de gran utilidad ya que pude apreciar la importancia y aplicación que tiene la visión sistémica en escenarios que no necesariamente son clínicos y problemáticas, como las de los adultos mayores y sus familias, que seguramente atenderemos en terapia. Para poder explicar esto con mayor detalle describiré el trabajo desarrollado en cada una de las materias tomadas durante mi estancia.

- Como parte de la materia Intervención Psicosocial en Enfermos terminales se desarrolló el producto teórico “Profesionales de la salud e intervenciones críticas: La familia del adulto mayor con enfermedad Terminal” cuyo resumen se anexa a continuación:

*“Profesionales de la salud e intervenciones críticas:
La familia del adulto mayor con enfermedad Terminal”*

El objetivo de este trabajo fué presentar algunas vías de intervención que se pueden llevar a cabo con las familias de los enfermos terminales por parte de los profesionales de la salud. Para efecto de cumplir el objetivo de este trabajo, se dividió el contenido en dos partes: la primera se refiere en breve a la importancia que tiene la familia para los adultos mayores con enfermedades terminales y cómo afecta la enfermedad Terminal de estos en sus familias; mientras que la segunda parte consiste en la descripción del modelo de Rolland (2000) como un marco que puede servir para que el profesional pueda entender e intervenir en la dinámica familiar que se desarrolla cuando uno de sus integrantes tiene una enfermedad crónica que deriva en fase Terminal. A modo de conclusión, se puede decir que si bien no existen recetas mágicas, y mucho menos en el ámbito de la conducta humana, es importante voltear la mirada un poco hacia aquellos que

permanecerán cuando un enfermo Terminal ya no esté: la familia. Esto implica que en la medida en la que se trabaje con la familia (antes, durante y después de la enfermedad-muerte de su pariente), el enfermo Terminal podrá sentirse acompañado y principalmente respetado y comprendido, lo cual a parte de justificaciones teóricas y prácticas en el ámbito de la psicología, implica un acto de sensibilidad y empatía humana.

- En relación a la materia “Aulas de mayores” se realizó una plática que tuvo por objetivo sensibilizar a los adultos mayores respecto a los cambios que ha sufrido la familia en la actualidad. El enfoque que se utilizó para desglosar este contenido fue sistémico y basado en los diferentes tipos de familia que propuso Minuchin (1974). El contenido que se desarrolló a modo general fue:

Introducción

Cambios sociales en las últimas décadas

Definición sistémica de familia

Tipos de familias

Cambios en la composición de las familias en la actualidad

Cambios en los roles y relaciones dentro de las familias en la actualidad

Conclusiones y breve evaluación

La evaluación de la plática se desarrolló a modo de autorreporte verbal, se pudo cotejar que un 90% de los participantes se mostró dispuesto a reconocer que así como había habido cambios en la sociedad, se habían dado cambios en sus respectivas familias y los roles que se desempeñaban.

- Dentro de la materia “Familia y pareja en la tercera edad” se desarrolló una propuesta de taller llamada “Self de los Abuelos y abuelas en la actualidad”. A continuación se presenta el detalle de esta propuesta.

Self de los abuelos y abuelas en la actualidad

Introducción

En la medida en la que se exploren los temas que preocupan a los adultos mayores, es más probable que puedan prevenirse problemas en pro de una mejor calidad de vida y bienestar para ellos y los que les rodean (Wolf, 2000). Los estudios hechos en adultos mayores reflejan que las preocupaciones más importantes para ellos son la influencia del ámbito cercano (relaciones familiares con los hijos y nietos, entre otras) y situaciones de su ciclo vital individual (self, religión y otras) (Cortes, 2000). En este sentido, la relación del adulto mayor con su familia se estudia en el marco del constructo *relaciones intergeneracionales*, que consiste en el estudio de todas aquellas relaciones que se establecen entre personas de distintas generaciones, en convivencia y en un mismo tiempo,

aportando posibilidades de desarrollo integral para quienes participan en ellas (Aparicio, 2008).

La misma autora menciona que los retos que pueden tener los adultos mayores y sus familias pueden ser de distinta índole. Al llegar la ancianidad normalmente los hijos son los encargados de prestar atención directa a los ancianos que sufren algún problema de salud o un deterioro grave de autonomía personal, esto puede causar gran tensión en el sistema familiar, especialmente entre padres e hijos. Al respecto se ha encontrado que hay mayor posibilidad de eficacia en la solución de problemas de esta índole si se trabaja con los hijos.

Un área que implica a los adultos mayores es el del rol de abuelos. El estudio del rol de los abuelos tiene gran importancia, ya que a través de él se conjugan multiplicidad de roles y se relacionan generaciones distintas, lo cual permite que los menores aprendan de la experiencia de los mayores y puedan tener un desarrollo menos tropezado (Esquivel, 2005).

En este sentido, Guerra (2003) afirma que los efectos en los nietos que son cuidados por los abuelos se pueden traducir en las siguientes competencias: a) de orden ético, en la formación de valores, b) académico, c) de solución de problemas, y d) sociales en general, implementando estrategias metacognoscitivas en el proceso de comunicación. Por otro lado, Villalba (2002) señala que los efectos positivos en los abuelos a partir de la relación con sus nietos son: Sentimientos de amor y ayuda hacia sus hijos y nietos, Sentimientos de utilidad y solidaridad, Revitalización por la relación con los nietos, Disfrute de la presencia y de la relación con sus Nietos, Aumento de la autoestima por el sentimiento de utilidad y apoyo familiar, Gusto por ver crecer a los nietos, Encontrar sentido a sus vidas en el cuidado de sus nietos, Encontrarse felices por la relación con sus nietos, y finalmente la percepción de ser importantes para sus familias y para la sociedad.

Haley (1997) afirma que cuando los hijos han dejado el hogar, se casan y tienen hijos, los abuelos tienen tiempo para tratar asuntos que por el cuidado de los hijos habían quedado pendientes en distintos niveles. A veces tienen poca o ninguna preparación para dar el paso de ser abuelo/abuela, por lo que en el camino es donde se aprende a serlo, a elaborar reglas a fin de participar en la vida de sus hijos, y arreglárselas para funcionar solos en su propio hogar. A menudo, en este período los abuelos se enfrentan a la pérdida de padres, familiares, amigos, etc., lo cual puede ser muy doloroso. A este periodo también se le puede llamar la *parte final del nido vacío*, que se puede caracterizar por ser un periodo de pérdidas, pero también puede ser un momento de notable desarrollo como persona, pareja (Minuchin, 1974) y una oportunidad para relacionarse con los nietos.

En ocasiones el proceso de convertirse en abuelo (a) se traslapa con el retiro de la vida activa, lo cual implica muchos cambios; a nivel individual las personas modifican su status social y actividades, a nivel pareja una vez mas existe la

oportunidad de estar frente a asuntos pendientes y se entra en un terreno nuevo a nivel social, individual y familiar (Haley, 1997).

El rol del abuelo es difícil de definir, ya que puede ser a veces un símbolo, un rol social, una experiencia emocional, una interacción con los nietos, y un proceso grupal con la familia (Severino, Teusink, Pender y Bernstein, 1986 en Pinazo, 1999), entre otras cosas. Esta indefinición del rol puede generar situaciones en las que se generen ideales irreales y *perfectos* de lo que debe ser un abuelo/abuela y que pueden dañar severamente la autoimagen de las personas.

El hecho de convertirse en abuelo es un rol que se adquiere después de una larga historia de roles por lo que el individuo tiene tiempo de llegar a acostumbrarse a él. Al mismo tiempo no es un rol institucionalizado y tiene poco reconocimiento social (Pinazo y Montoro, 2004). El papel de las personas mayores dentro del ámbito familiar se ha visto modificado, mientras que antes las familias extensas cuidaban a sus abuelos, y a su vez éstos gozaban de cierto status privilegiado. Actualmente este status se ha trasladado a los hijos e inclusive se suele decir que los abuelos pasaron de ser cuidados a cuidadores, ya sea de personas de su misma generación o menores (Pujolar, 2002).

Los estudiosos de los cambios que ha tenido el rol de abuelos/as, afirman que aunque nunca ha existido –ni existirá– una tipología única de lo que debe ser un abuelo/a, culturalmente hablando. En el Occidente los abuelos y abuelas eran cuidados y valorados; actualmente la situación está cambiando y se vislumbra un posible panorama: La devaluación del rol de los abuelos/as en términos de que ahora son ellos quienes cuidan a los nietos, es decir, hay una prolongación del rol parental además de que no hay remuneración ni reconocimiento por ello. En este sentido, se observa también una desvinculación de los abuelos/as respecto a sus hijos y nietos por parte de los abuelos, lo cual genera una liberación de tareas parentales, pero daña las relaciones significativas con los seres queridos (Smith, 2003). Lo anterior, puede verse corroborado con lo que afirman Herlyn, Kistner, Langer-Schulz, Lehmann, Wachter (1996 en Stricker y Hillman, 1996), Pujolar (2002) y Radl, (2003).

Las preocupaciones individuales que pueden aflorar en la vejez a partir de que un adulto mayor se define como abuelo, demandan una redefinición del self del abuelo y un vínculo influido por su pasado adulto y su niñez (Severino, Teusink, Pender y Bernstein, 1986 en Pinazo, 1999).

El self es aquella entidad que Stierlin (1994) define como *yo mismo*, una entidad que permite a las personas *diferenciarse*, al mismo tiempo que les permite relacionarse con/contra el sistema(s) y contextos de los que se forman parte – Familia, comunidad, etc.-. El hecho de que una persona pueda conformar su yo mismo, implica que también se hace responsable de sus propias iniciativas, sabiéndose diferente pero al mismo tiempo *interrelacionado* con los demás. El self puede estudiarse a nivel individual, familiar, cultural, etc. Previamente se ha

revisado lo que atañe al self familiar en relación con los hijos y nietos, y ahora se procederá a tratar lo relacionado con el self individual.

A nivel clínico, las preocupaciones que atañen al self individual de los abuelos/as se puede ver reflejadas en trastornos de salud física, depresivos, miedo al fracaso, desfase intergeneracional entre abuelos y nietos, distanciamiento y conflicto con los hijos y el resto de la familia, etc. (Ponte, 2005).

Muchas veces las dificultades que implica la definición del self a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital se encuentran determinadas por las expectativas de los demás, mitos y creencias, la historia misma del individuo, etc., en este sentido, la tarea de los profesionales consiste en facilitar una definición del self acorde a las necesidades del individuo en función de un contexto dado. La idea no es cambiar el contexto ni normativizar las necesidades de los individuos, sino trabajar con todos aquellos aspectos psicológicos que les permitan generar estrategias de acción para que los contextos –que quizá no se puedan cambiar tan fácilmente- afecten lo menos posible a las personas (McConnahie, 2000). Para lograr lo anterior, hay que promover la reflexión de la construcción del self de las personas, la enseñanza y práctica de formas específicas de relacionarse y comunicarse (Ponte, 2005).

En función de lo anterior, el objetivo de este trabajo es describir el desarrollo de una propuesta de trabajo con el self individual y familiar de los abuelos/as.

Metodología

Objetivos específicos:

- Que los adultos mayores expresen y reflexionen los desafíos y significados de envejecer a nivel social, cultural, psicológico y familiar.
- Que los adultos mayores reflexionen acerca del rol de abuelo
- Que los adultos mayores reconozcan la importancia de su rol y el bienestar de su persona.

Población

Grupos de 9-15 adultos mayores (personas de 60 años en adelante) que sean abuelos, sin daño cognitivo y que asistan de modo voluntario.

El taller será impartido por Psicólogas (o) con especialización en Gerontología.

Metodología

Evaluación pre-post-test

Procedimiento

Previo al taller: Se llevará a cabo la difusión del taller por medio de trípticos y carteles que anuncien el nombre, objetivo, costo, duración y lugar donde se desarrollará el mismo. Estos se pegarán en lugares estratégicos donde se sepa

acudan adultos mayores (centros de día, lugares de reunión de adultos mayores de la comunidad, etc.). Cabe mencionar que la difusión se realizará en función de los recursos económicos disponibles.

Se tendrá una hoja de inscripción con datos generales y de contacto de las personas interesadas, se confirmará dos o tres días antes del inicio del taller la asistencia de los participantes.

Desarrollo del taller: Las sesiones se dividirán en 2 fases, las cuales en total implicarán 8 sesiones, de 50 mins. cada una con 10 mins. de descanso; la primera fase será aquella donde trabajará el objetivo específico uno, dos y tres; mientras que la segunda fase comprenderá el cumplimiento del objetivo cuatro (Véase ANEXO 1). Con bastante antelación, el facilitador debe encargarse de tener asegurado el espacio y materiales para trabajar, haciendo las gestiones y solicitudes pertinentes, de modo que en las sesiones tenga resueltos la mayoría de imprevistos. Al llevarse a cabo la primera sesión se realizará la evaluación con los instrumentos señalados.

Después del taller: Al finalizar la última sesión se realizará la evaluación con los mismos instrumentos iniciales, unos tres meses después de haber finalizado el taller, se contactará telefónicamente a cada participante para hacer una entrevista breve respecto al impacto a largo plazo que ha tenido el taller y los objetivos pretendidos.

Escenario

Salón de 9*6 mts., iluminado, ventilado y con sillas movibles.

Instrumentos

- Autoreporte escrito de los problemas que enfrentan los participantes como personas, en la familia en general y como abuelos.

Sesiones de taller “Abuelos y abuelas en la actualidad”

<i>SESIÓN 1.-Presentación</i>		
Objetivo Específico: Que los adultos mayores se conozcan entre ellos, los facilitadores y contenidos del taller.		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MATERIAL
Presentación verbal del facilitador y participantes	Facilitador	20 Tarjetas de cartón pequeñas, plumones de colores y estampas.
Dinámica de Integración grupal	Facilitador	
Evaluación	Facilitador	Copia de instrumentos de evaluación
Petición de Expectativas de los participantes respecto al taller	Facilitador	Presentación con diapositivas y cañón
Justificación del taller, descripción de los objetivos, estructura y reglas.	Facilitador	Presentación con diapositivas y cañón

<i>SESIÓN 2.-Retos y desafíos de envejecer</i>		
Objetivo Específico: Que los adultos mayores expresen y reflexionen los desafíos y significados de envejecer a nivel social, cultural y familiar.		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MATERIAL
Presentación de algunos mitos y creencias en relación al rol de los adultos mayores en la sociedad actual (trabajo, amistades, etc.,)	Facilitador	Presentación con diapositivas y cañón
Solicitud de implicaciones de mitos y creencias en la concepción que cada quien tiene de ser un adulto mayor.	Facilitador	
Reflexión acerca de las posibilidades de acción del adulto mayor en relación a dichos mitos y creencias.	Facilitador	
Cierre de sesión	Facilitador	

<i>SESIÓN 3.-Continuación</i>		
Objetivo Específico: Que los adultos mayores expresen y reflexionen los desafíos y significados de envejecer a nivel físico.		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MATERIAL
Dirección de Dinámica grupal con el tema "Mi salud actual" <ul style="list-style-type: none"> • Expresión de preocupaciones al respecto y cómo han hecho frente a estas situaciones 	Facilitador	
Exposición de diversas enfermedades y consecuencias físicas que conllevan.	Facilitador	Presentación con diapositivas y cañón
Solicitud de participaciones en torno a la importancia y el papel que juega el adulto mayor, sus estados de ánimo y hábitos en relación a la salud-enfermedad.	Facilitador	
Cierre de sesión	Facilitador	

<i>SESIÓN 4.-Continuación</i>		
Objetivo Específico: Que los adultos mayores expresen los desafíos y significados de envejecer a nivel psicológico y familiar		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MATERIAL
Petición de participación respecto a la forma de afrontar los cambios en general, junto con las ganancias a largo plazo y sentimientos de pérdida.	Facilitador	
Exposición respecto a la importancia de actitudes y creencias respecto a los cambios.	Facilitador	Presentación con diapositivas y cañón
Dirección de la discusión "La familia como fuente de apoyo"	Facilitador	
Cierre de sesión	Facilitador	

<i>SESIÓN 5.-Rol del abuelo/a</i>		
Objetivo Específico: Que los adultos mayores reflexionen acerca de cómo a través de la historia personal y familiar se concibe parte del rol de abuelo.		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MATERIAL
Dirección de la dinámica “Mi historia y mis abuelos(as)” <ul style="list-style-type: none"> • Mini-historia de vida 	Facilitador	Presentación con diapositivas y cañón
Búsqueda de evidencias de cambio de las familias, historias y el rol de abuelo		
Reflexión de la pregunta ¿De dónde y cómo aprendí lo que implica ser abuelo(os)?	Facilitador	
Cierre	Facilitador	

<i>SESIÓN 6.- Continuación</i>		
Objetivo Específico. Que los adultos mayores reflexionen acerca de cómo a través de la historia personal y familiar se concibe parte del rol de abuelo.		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MATERIAL
Promoción de participación respecto a las Expectativas de la familia en relación al rol de abuelo(a)	Facilitador	Presentación con diapositivas y cañón
Dirección de reflexión acerca de uso del tiempo real/ideal	Facilitador	
Solicitud de lista de “Necesidades individuales y como abuelo”	Facilitador	
Cierre	Facilitador	

SESIÓN 7.- Importancia del rol de abuelo/a

Objetivo Específico: Que los adultos mayores reconozcan la importancia de su rol y el bienestar de su persona.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MATERIAL
Coordinación de la dinámica "Un día sin abuelos(as)"	Facilitador	Presentación con diapositivas y cañón
Facilitación de la discusión "El bienestar propio es la base para estar bien con los demás"	Facilitador	
Identificación de pasos específicos para procurar el bienestar personal en las diversas áreas y roles, principalmente el de abuelo.	Facilitador	
Cierre	Facilitador	

SESIÓN 8.- Cierre

Objetivo Específico: Que los abuelos/as reporten lo que han aprendido y cómo esto puede influir en el cambio que tienen respecto a sí mismos y sus relaciones familiares

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MATERIAL
Evaluación	Facilitador	
Invitación a hacer Comentarios y sugerencias	Facilitador	
Cierre del taller	Facilitador	

ANEXO 1

ASOCIACIONES CIVILES QUE ATIENDEN A FAMILIAS

Formación y Desarrollo Familiar, A.C.

Villa del Norte Núm. 5071, Fracc. Villa del Norte, 32260, Cd. Juárez, Chih.

Almacén de Recursos para la Asistencia de Familias Marginadas en el Valle de Mexicali, A.C.

Marmoleros Sur Núm. 1808, Col. Libertad, 21030, Mexicali, B.C.

Asociación Mexicana para la Superación Integral de la Familia de San Luis Río Colorado, A.C.

Av. Chihuahua Núm. 287, Col. Ruiz Cortines, 83439, San Luis Río Colorado, Son.

Rescatando a la Familia, A.C.

Av. del Magisterio Núm. 449, Col. Maestros Federales, 21370, Mexicali, B.C.

Centro de Reintegración Familiar de Menores Migrantes, A.C.

Carpinteros Núm. 1515, Col. Industrial, 21010, Mexicali, B.C.

Vida y Familia de Campeche, A.C.

Mina Núm. 7, Col. San Román, 24040, Campeche, Camp.

Centro de Orientación Familiar de Tapachula, A.C.

Carr. a Nueva Alemania km 3 s/n, 30700, Tapachula, Chis.

Centro de Atención a la Violencia Familiar "Laura Martínez de Téllez", A.C.

Calle 43 Núm. 12, Col. Arquitectos, 31359,

Fundación Mexicana para la Familia Salud y Educación, A.C.

Venustiano Carranza Núm. 1204, altos, Col.

Familias y Sociedad, A.C.

Oaxaca Núm. 86, Int. 303, Col. Roma, 06700, México, D.F.

Asociación Nacional de Padres de Familia por una Formación Integral, A.C.

Calle 13 de Septiembre Núm. 17, Int. 2, Col. San Miguel Chapultepec, 11850, México, D.F.

Centro de Desarrollo para la Familia Blanca Castañeda, A.C.

Gabriel Guerra manzana 117, lote 21, Col. Zona Escolar Cuauhtemoc, 07230, México, D.F.

Coordinadora de Servicios de Apoyo a la Familia, A.C.
General Gómez Pedraza Núm. 51-2, Col. San Miguel Chapultepec, 11850,
México, D.F.

Instituto de Educación Familiar, A.C.
Fuente del Pescador Núm. 131, Col. Lomas de Tecamachalco, 52780,
Huixquilucan, Méx.

Asociación Mexicana para la Superación Integral de la Familia, A.C.
Heriberto Frías Núm. 715, Col. Narvarte, 03020, México, D.F.

Fundación Mujer y Familia, A.C.
Risco Núm. 267, Col. Jardines del Pedregal,
01900, México, D.F.

Instituto de Cultura para la Prevención de la Violencia en la Familia, A.C.
Ingenio San Gabriel Núm. 146, Col. Rinconada Coapa, 14330, México, D.F.

Profesionistas ante la Violencia Intrafamiliar y Sexual, A.C.
Tacubaya Núm. 11, Col. Merced Gómez, 01600, México, D.F.

Asociación de Superación Familiar de México, A.C.
Periférico Sur Núm. 2772, Col. Jardines del Pedregal, 01900, México, D.F.

Instituto de la Familia, A.C.
Av. Jalisco Núm. 8, Col. Progreso, 01080, México, D.F.

Instituto de Cultura para la Prevención de la Violencia en la Familia, A.C.
Ingenio San Gabriel Núm. 146, Col. Rinconada Coapa, 14330,
México, D.F. *Asistencial*

Asociación Mexicana para la Superación Integral de la Familia León, A.C.
Soria Núm. 1006, Col. San Juan Bosco, 37330, León, Gto.

Matrimonio, Familia y Comunidad, A.C.
Licenciado Verdad Núm. 141, Col. Centro, 37000, León, Gto.

Instituto de Rescate Familiar para los Niños Hambrientos de México, A.C.
David Ceballos Núm. 7, Col. Centro, 49600, Zapotiltic, Jal.

Consultoría y Mejoría Familiar, A.C.
Av. Soto y Gama s/n, Col. Rancho Nuevo, 44320, Guadalajara, Jal.

Alcance y Vida Integración Familiar, A.C.
Nuestra Señora de Lourdes manzana 17, lote 6, Col. Tres Marías, 56600, Chalco,
Méx.

Asociación Pro Ayuda Familiar, A.C.
Juárez Núm. 38, Col. Atizapán Centro, 52900, Atizapán, Méx.

Integrando a la Familia con Amor, A.C.
El Dorado Núm. 67, Col. Club de Golf La Hacienda, 52959, Atizapán, Méx.

Mundo Familiar, A.C.
Cerrada Delicias Núm. 5, Fracc. Las Delicias, 56982, Atlautla, Méx.

Clínica de Desarrollo Humano y Familiar, A.C.
Priv. Jardín Morelos Núm. 121, Col. Centro, 58000, Morelia, Mich.

Casa de Formación y Promoción de la Familia, A.C.
Morelos Núm. 240, Col. Los Presidentes, 62980, Tlaquiltenango, Mor.

Enfoques Integrales para la Familia, A.C.
Parvial Tezontepec Núm. 3, Col. Centro, 62550, Jiutepec, Mor.

La Familia un Proyecto del Futuro, A.C.
Jorge Treviño Núm. 203, Col. Las Puentes 1er. Sector, 66460, San Nicolás de los Garza, N.L.

Centro de Adaptación e Integración Familiar, A.C.
Belisario Domínguez Núm. 1640, Col. Obispado, 64060, Monterrey, N.L.

Centro de Investigación Familiar, A.C.
Av. Lázaro Cárdenas Núm. 923, Col. Ampliación Valle del Mirador, 64750, Monterrey, N.L.

Familia y Juventud, A.C. Av. Revolución Núm. 2000, Int. M-15, Col. Buenos Aires, 64800, Monterrey, N.L.

Fundación para el Desarrollo Familiar, A.C.
Antiguo camino a Villa Santiago Núm. 3107 altos, Col. Altavista Sur, 64710, Monterrey, N.L.

Pro Superación Familiar Neolonesa, A.C.
Baudelaire Núm. 910, Col. Obispado, 64060, Monterrey, N.L.

Centro de Atención Psicológica y Familiar, A.C.
Manuel Ordóñez Núm. 2900, Col. Cumbres de Santa Catarina, 66350, Santa Catarina, N.L.

Centro de Estudios Familiares y Sociales, A.C.
Priv. Sierra Alta Núm. 102, Col. Sierra del Valle, 66228, San Pedro Garza García, N.L.

Familia Integrada en Comunidad, A.C.
Río de la Plata Oriente Núm. 309, Int. 1, piso 4, Col. Del Valle, 66220, San Pedro Garza García, N.L.

Familia Fuerza del Futuro de Puebla, A.C.
Cholula Núm. 37, Col. La Paz, 72160, Puebla, Pue.

Fundación Salvemos la Familia, A.C.
Av. Juárez Núm. 2924-D, Col. La Paz, 72160, Puebla, Pue.

Centro Educativo Familiar, A.C.
Calle 9 Poniente Núm. 2512, Col. La Paz, 72160, Puebla, Pue.

Un Reto Familiar, A.C.
Manzana 31, lote 18, Col. Región 75, 77527, Benito Juárez, Q. Roo.

Bienestar para la Vida Instituto de Apoyo a la Familia, A.C.
Calle 5 Núm. 1111, Col. Industrial Aviación, 78140, San Luis Potosí, S.L.P.

Familia en Movimiento, A.C.
Perfecto Amézquita Núm. 118, Fracc. Tangamanga, 78260, San Luis Potosí, S.L.P.

Asociación Mexicana para la Superación Integral de la Familia, A.C.
Primo de Verdad Núm. 142, Col. Pitic, 83150, Hermosillo, Son.

Centro de Orientación Familiar de Matamoros, A.C.
Calle Sexta Núm. 99, Col. Centro, 87300, Matamoros, Tamps.

INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PRIVADA

Círculo de Integración Familiar, I.A.P.
Plaza de Armas Núm. 39, Col. Las Plazas, 76180, Querétaro, Qro.

Cáritas Salud Familiar y Comunitaria, I.A.P.
Providencia Núm. 339, Col. Del Valle, 03100,

Armonía Familiar, I.A.P.
Shakespeare Núm. 43, Col. Anzures, 11590, México, D.F.

Centro de Formación Familiar María Dolores Leal, I.A.P.
Martínez Castro Núm. 13, Col. San Miguel Chapultepec, 11850, México, D.F.

Asociación para la Orientación e Integración de la Familia, I.A.P.
Río Chico Núm. 26, Col. Puente Colorado, 01730, México, D.F.

Bienestar e Integración Familiar, I.A.P.
Nogal Núm. 31, Col. La Cruz, 10800, México,D.F.

Fundación con los Niños y Familias del Campo, I.A.P.
Av. Insurgentes Sur Núm. 1991, torre B, piso 13, Col. Lulú Inn, 01020, México,
D.F.

Vida y Familia México, I.A.P.
Circuito Educadores Núm. 63, Ciudad Satélite, 53100, Naucalpan, Méx.

Centro de Atención Familiar, I.A.P.
Av. 5 de Mayo Núm. 548-A, Col. Jardines de Catedral, 59670, Zamora, Mich.

Centro de Enlace Familiar de Sonora, I.A.P.
Sonora s/n, esquina con Rosales, Col. Centro, 83000, Hermosillo, Son.

SOCIEDADES CIVILES

López Ortega Magallanes y Asociados Orientadores Familiares, S.C.
Amargura Núm. 74, Col. San Angel, 01000, México, D.F.

REFERENCIAS

1. Abela, A. (2003). La thérapie familiale et la consultation systémique dans le contexte maltais. [Versión electrónica]. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*, 30, 142-149
2. Adell, M (2002). *Estrategias para mejorar el Rendimiento Académico de los Adolescentes*. México: Pirámide.
3. Arcos, P., Ariza, E., Cabello, M.A, López, M.C., Morales, A. M., Pacheco, J., Palomino, A.J., Sánchez, J. y Venzala, M.C. (1999). *El entorno familiar y el rendimiento escolar*. Recuperado el 15 de junio de 2008, del sitio web de la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/publicaciones/investigacion/entorno_familia.pdf
4. Andersen, Y. (2004). *El equipo Reflexivo*. Barcelona: Gedisa
5. Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human Systems as linguistic systems. *Family Process*, 27, 3-12
6. AMTF (2008). Asociación Mexicana de Terapia Familiar. Recuperado el 5 de Enero de 2007, de <http://www.amtf.com.mx/>
7. Anderson, H. (2008). *About Harlene*. Recuperado el 15 de Enero de 2009, de <http://www.harleneanderson.org/Pages/abouttha.htm>
8. Aparicio, T. (2008). *Relaciones Intergeneracionales*. Recuperado el 15 de mayo de 2008 de http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=2613&RUTA=1-3-69-2613
9. Atwood, J. y Mae Conway, B. (2004). Therapy with Chinese American Families: A Social Constructionist Perspective. *The American Journal of Family Therapy*, 32, 155–172
10. Avilés, G. (2006). *Violencia Intrafamiliar*. Tesis de maestría FESI UNAM.
11. Bados, A., García, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. [Versión electrónica]. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 477-502.

12. Beavers W.R. & Voeller, M.N. (1983). Family Models: Comparing and Contrasting the Olson Circumplex Model with Beavers System Model. *Family Process*, 23 (1), 15-31.
13. Belló, M., Puentes-Rosas E., Medina-Mora M.E. y Lozano R. (: Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en M [Versión electrónica]. *Salud Publica de México*, 47 (supl 1).
14. Becoña. E. Y Lorenzo, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. [Versión electrónica]. *Psicothema Vol. 13, nº 3, pp. 611-622*
15. Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos, en Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp.196-223). México: Pax
16. Benabarre, S. (2005). *Terapia Familiar. Mito, realidad o futuro. 3er curso Terapeuta Familiar* Recuperado el 1 de Mayo de 2007, de la Asociación Vasca de Terapia Familiar: <http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/Benabarre,%20S.%20Tbjo.%203%C2%BA%20ZA%2005-06.pdf>
17. Benedito, M.C. y López, J.A. (1992). *La familia del niño asmático: ¿Una oportunidad para la terapia familiar?*. Recuperado el 2 de Enero de 2009 del Boletín de Pediatría. Sociedad de Pediatría Asturias Cantabria y Castilla y León: http://www.sccalp.org/boletin/146/BolPediatr1992_33_355-359.pdf
18. Bertalanffy, L. (1987). *Teoría general de los sistemas*. México. Fondo de Cultura Económica.
19. Bertrando, P. y Toffanetti, D.(2000). Historia de la Terapia Familiar: Los personajes y las ideas. México: Paidós.
20. Bjornstad G, Montgomery P. (2005). Terapia familiar para el trastorno por déficit de atención o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). Recuperado el 5 de Enero de 2009 de *La Biblioteca Cochrane Plus*, núm. 3.
21. Camarena, Chavez y Gomez (2008). *Reflexiones en torno al rendimiento escolar y a la eficiencia terminal* . Recuperado el 2 de Febrero de 2009 de ANUIES: http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res053/txt2.htm
22. Castro , A.(2001). *¿Son eficaces las Terapias Psicológicas?*. Recuperado el 21 de marzo de 2007 del sitio web de la Universidade do Sul de Santa Catarina. Seminario de Doctorado Fundamento y eficacia de la

Psicoterapia:

<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2005.pdf>

23. Celis, A.L. (2008). *Código Ético – CoNaEP. ¿Sabes qué es la CoNaEP?*. Recuperado el 11 de marzo de 2009 del sitio web de la Sociedad Mexicana de Psicología: <http://200.52.85.164/modules/tinycontent/index.php?id=18>
24. CCH Azcapotzalco (2008). *Organigrama*. Recuperado el 4 de Diciembre de 2008 del sitio web del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco: <http://www.cchazc.unam.mx/Escuela/organigrama.Asp>
25. Ceberio, M., Serebrinsky, H. y Schlanger, K. (2001). El MRI: El legado de Don Jackson. Entrevista a Wendel Ray. *Perspectivas Sistémicas*. Recuperado el 15 de Octubre de 2008, de <http://www.redsistemica.com.ar/mri.htm>
26. Ceberio, M. y Weinstein, M. (1994). Terapia Breve: Conversaciones en Palo Alto con Steve de Shazer. *Perspectivas Sistémicas*. Recuperado el 15 de Octubre de 2008, de <http://www.redsistemica.com.ar/steve.htm>
27. Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Revista Sistemas Familiares*. Abril. p.9-17.
28. Chambless, D. & Ollendick, T. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence, *Annual Review of Psychology*. 52, 685-716.
29. Chávez, J. (2006). Bienestar psicológico y su influencia en el rendimiento académico de estudiantes de nivel medio superior. Recuperado el 1 de Diciembre de 2008 del sitio web de la Universidad de Colima. Tesis de Maestría en Psicología Aplicada: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/ALFONSO_CHAVEZ_URIBE.pdf
30. Cortes, A. (2000). ¿Qué valoran las personas mayores?. Aspectos psicopedagógicos y de intervención. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 38, 169-180.
31. Desatnik, O. y Moctezuma, B. (2001). Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Recuperado el 10 de Enero de 2007 del sitio web del Programa de Residencia en Terapia Familiar de la UNAM: http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/residencia_11.pdf

32. Desatnik, O. (2004). Terapia Estructural, en Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día*.(pp.2-23). México: Pax
33. Des Champs, C. (2008). Una forma democrática de Psicoterapia: Entrevista con Tom Andersen. *Perspectivas Sistémicas* .Recuperado el 15 de Octubre de 2008, de <http://www.redsistemica.com.ar/andersen.htm>
34. Des Champs, C. y Torrente, F. (1996). Los prejuicios sistémicos: Entrevista a Gianfranco Cecchin. [Versión electrónica]. *Perspectivas Sistémicas* N° 43 septiembre / octubre.
35. Douglas, C. & Jurkovic, G.J. (1983). Agency Triangles: Problems in agency-family relationships. *Family Process*, 22 (1), 220-230
36. DIF (2006). *Datos estadísticos del Diagnóstico de la familia*. Recuperado el 10 de Abril de 2007 del sitio web del DIF: <http://www.dif.gob.mx/cenddif/default.asp?id=67&mnu=67>
37. DIF (2007). *Protección a la familia con vulnerabilidad*. Recuperado el 10 de Abril de 2007 del sitio web del DIF: <http://dif.sip.gob.mx/familias/?contenido=236>
38. Dolan, Y. (2006). Steve de Shazer: In memoriam. .[Versión electrónica] *Journal of Marital and Family Therapy*. P.1-10
39. Duran, T. Cashion, L., Gerber, T. & Mendez-Ybanez, G.(2000).Social constructionism and eating disorders: Relinquishing labels and embracing. *Journal of Systemic Therapies*, Summer, 19 (2), 23
40. Edel, R (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. *REICE - Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 1(2). Recuperado el 5 de enero de 2009 de <http://www.ice.deusto.es/rinace/reice/vol1n2/Edel.pdf>
41. Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. Universidad Autonoma de Tlaxcala
42. Elkaim, M. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones ¿En los límites de la sistémica?. [Versión electrónica]. *Perspectivas Sistémicas* 42. Recuperado el 15 de Diciembre de 2008, de <http://www.redsistemica.com.ar/articulo42-1.htm>
43. Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Recuperado el 10 de enero de 2009, de http://www.emujeres.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Alcoholismo_Encuesta_Nacional_de_Adicciones

44. ENLACE (2008). Recuperado el 7 de marzo de 2009, de <http://www.enlace.sep.gob.mx/>
45. Epston, D., Freeman, J. y Lobovitz, D. (2001). *Terapia Narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. México: Paidós.
46. Escuela de Terapia Familiar Sant Pau (2008). Recuperado el 20 de Diciembre de 2008, de http://www.etfsantpau.com/pagelD_6117591.html
47. Espinosa, R.M. (1993). *El ciclo vital en familias mexicanas: Características culturales y estructura familiar*. UDLA: Tesis.
48. Espinosa, M.R. (2004). El modelo de terapia breve con enfoque en Problemas y Soluciones, en Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp.2-23). México: Pax.
49. Esquivel, L. (2005). *¿Hacia dónde vamos con nuestros mayores?*. Barcelona: Pirámide
50. García, J.C. (2004). Principios y valor éticos de los psicólogos y las psicólogas. *Revista Electrónica de Psicología*. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro. Recuperado el 5 de febrero de 2009, de <http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/etica2.html>
51. Gilly, M. (1978). *El Problema del Rendimiento Escolar*. Barcelona: Editorial Oikos-Tau.
52. Feixas G. y Miró M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia, una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
53. Fisch, R., Weakland, J.H., Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder
54. Friedman, S. (1993). *A new language of Change*. New York: Guilford Press
55. Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata, pp.75-86
56. Gajardo, M. (2001). *Programa de promoción de la reforma educativa en América Latina y el Caribe. Chile: Formas y reformas de la educación*. Serie mejores prácticas. Recuperado el 10 de enero de 2009 del sitio web de PREAL: www.preal.cl
57. Galicia, I. (2004). Terapia Estratégica, en Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp.2-23). México: Pax

58. Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. España: Paidós
59. Girón, S.S, Martínez, J.M, González, F. (2001) *Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia*. Recuperado el 5 de noviembre de 2008, de: <http://www.escuelacaleidoscopio.com/publicaciones/DROGODEPENDENCIAS%20REVISI%20N%20SOBRE%20LA%20UTILIDAD%20DE%20LOS%20ABORDAJES%20FAMILIARES.pdf>
60. Granados-Font, R. (2003). Evaluación de la terapia de familia con enfoque sistémico. *Enfermería en Costa Rica*. Agosto 2006, 25 (1), 25-30.
61. Gringerich, W. & Eisengart, S. (2000). Solution-focused Brief Therapy: A review of the outcome research. *Family Process*; Winter; 39 (4), 477-498
62. Guerra, J. (2003). La Metacognición y los procesos de comunicación en niños mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala UNAM*, 6 (1), enero. Recuperado el 15 de Diciembre de 2008 del sitio web de la FES Iztacala:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
63. Guerin, P. (1998 comp.). *Family Therapy. Theory and Practice*. USA: Gardner Press.
64. Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: Las técnicas Psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu
65. Haley, J.(1984). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
66. Haley, J. (1986). *Terapia de ordalía*. Buenos Aires: Amorrortu
67. Haley, J. (1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
68. Haley, J. (1997). *Aprender y Enseñar Terapia*. Argentina: Amorrortu
69. Harbin, H. T. & Madden, D. J. (1983). Assaultive Adolescents: family decision-making Parameters. *Family Process*, 22 (1), 78-89
70. Hoffman, L. (2005). *Fundamentos de Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México. Fondo de Cultura Económica.

71. Hoyt, M.F. (1998 Ed.). *The handbook of constructive therapies: Innovative approaches from leading practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass, pp.380-400
72. Imber-Black, E., Roberts, J. y Whitning, R. (1997). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
73. INFASI ACT (2008). Recuperado el 1 de octubre de 2008 del sitio web del Individual and Family Systems Institute Assessment Care and Training: <http://infasi.com.mx/>
74. INEE (2008). *Excale, base de indicadores educativos*. Recuperado el 12 de marzo de 2009 del sitio web del Instituto Nacional de Evaluación de la Educación: <http://www.inee.edu.mx/>
75. INEGI (1998). Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. *Seguridad y bienestar social a nivel nacional*. Publicaciones anuales.
76. INEGI (2007). *Sistema de indicadores para el seguimiento de la situación de la mujer en México*. Recuperado el 5 de julio de 2008 del sitio web del INEGI: <http://dgcnesyp.inegi.org.mx/cgi-win/sisesim.exe/NIV1300>
77. INEGI (2008). *Centro de Información*. Recuperado el 5 de julio de 2008 del sitio web del INEGI: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2008/poblacion.asp?s=inegi&c=2609&ep=4>
78. Infoamerica (2008). *Perfil Biográfico y Académico de Paul Watzlawick*. Recuperado el 10 de febrero de 2009, de http://www.infoamerica.org/teoria/watzlawick_1.htm
79. INFOCOP ONLINE (2008, septiembre). *Los beneficios de los tratamientos Psicológicos*. Recuperado el 21 de agosto de 2008, de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2013
80. Instituto Milton H. Erickson (2008). *Biografía completa de Milton H. Erickson*. Recuperado el 8 de noviembre de 2008, de <http://www.institutoerickson.com.mx/biografiacompleta.htm>
81. IFAC (2008). Recuperado el 1 de octubre de 2008 del sitio web del Instituto de la Familia: <http://ifac.org.mx/>
82. ILEF(2008). Recuperado el 1 de octubre de 2008 del sitio web del Instituto Latinoamericano de Estudios para la Familia: <http://www.ilef.com.mx/>
83. Instituto Crisol (2008). Recuperado el 1 de octubre de 2008 del sitio web del Instituto Crisol: <http://www.institutocrisol.org/>

84. Jaekyung. L. (2002) Racial and ethnic Achievement Gap Trends: Reversing the progress toward equity?. *Educational Researcher*, 31 (1), 3-12
85. Jadue, G. (1997). Factores ambientales que afectan el rendimiento escolar de los niños provenientes de familias de bajo nivel socioeconómico y cultural. *Estudios Pedagógicos*, 23, 75-80
86. Jones, E. y Asen, E. (2004). *Terapia Sistémica de Pareja y depresión*. Argentina: DESCLEE.
87. Jutoran S. (1994). El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. *Revista de Sistemas Familiares*, 10(1), Abril. Recuperado el 6 de octubre de 2008 de: <http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/2556>
88. Karl, A., Entwistle, D. & Olson, L.. (2001). Schools, Achievement, and Inequality: A Seasonal Perspective. *Educational Evaluation and Policy Analysis*. 23, (2), 171-191.
89. Kenney, B. (1994). *Estética del cambio*. España. Paidós.
90. Kinsman, A.M., Wildman, B.G. & Smucker, W.D. (1999). Relationships among parental reports of child, parent, and family functioning. *Family Process*, 38 (3), 341-350
91. Klekar, R. & Ting, D. (2004). Using a Collaborative Approach with criminal Justice Clients: A promising narrative in Rehabilitation. *Journal of Systemic Therapies*. Fall, 33 (3).
92. Lemmens, G., Eisler, I., Migerode, L., Heireman, M. & Demyttenaere, K. (2007). Family discussion group therapy for major depression: a brief systemic multi-family group intervention for hospitalized patients and their family members. [Versión electrónica], *Journal of Family Therapy*, 29, 49–68.
93. López-Jiménez, J.L. (1998). Patrón de consumo de alcohol en pacientes captados en salas de urgencias. [Versión electrónica], *Salud Pública de México*, 40 (6), 487-493.
94. Madanés, C. (1984) *Behind the One-Way Mirror: Advances in the Practice of Strategic Therapy*. USA: Jossey-Bass Inc Pub.
95. Maldonado, I. (1997). Evaluación crítica de la corriente narrativa y conceptos interrelacionados en terapia familiar. [Versión electrónica],

Revista de Psicología Iberoamericana. Universidad Iberoamericana. 5 (3) 13-21.

96. Martínez, A., Sanz, M. y Cosgava, L. (2005). El papel de las relaciones familiares en el rendimiento escolar y el bienestar psicológico de los adolescentes. Recuperado el 12 de marzo de 2009, de <http://paginaspersonales.deusto.es/matute/psicoteca/index/portada.htm>
97. Martínez-Pampliega, A., Mireya Sanz, I.I., Iriarte, L. (2007). Estructura o conflicto. ¿Familias divorciadas o familias conflictivas?. Monoparentalidad y Divorcio. *Letras de Deusto*. Abril-Junio, 115 (37), p.71-92.
98. McConahie, H. (2000). *El papel del psicólogo como educador: Propuestas de Trabajo*. Mc Graw Hill: México
99. Mastache, C. (1996). *Antecedentes, evolución y tendencias contemporáneas en la terapia familiar sistémica*. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
100. Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.
101. Minuchin, S. & Fishman, H.C. (1991). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós
102. Montalvo, R. J. (2006) *Terapia Sistémica Breve Estructural: Teoría, investigación y aplicaciones*. Mexico: Cree-Seer.
103. Montoya, S. (2004). El modelo de hipnosis Ericksoniana, en Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp.2-23). México: Pax
104. Morales, A. M. (Coord.) (1999). *El entorno familiar y el rendimiento escolar*. Recuperado el 19 de marzo de 2009 del sitio web de la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/publicaciones/investigacion/entorno_familia.pdf
105. Moreno, O. (2000). *La conducta perturbadora en el contexto escolar: factores determinantes y modelos de intervención*. Recuperado el 10 de enero de 2009, de <http://personal.telefonica.terra.es/web/fxmoreno/documen/CONDUCTA%20PERTURBADORA.pdf>
106. MRI (2008). Biography of Don Jackson. Recuperado el 1 Octubre de 2007 del sitio web del Mental Research Institute: <http://www.mri.org/dondjackson/bio.htm>

107. Nardone G. y Watzlawick P. (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona. Herder.
108. Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
109. Navarro, J (2002) Perspectiva sistémica de la conducta problemática y agresiva. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado* 5(4). Recuperado el 2 de octubre de 2008, de <http://www.aufop.org/publica/reifp/02v5n4.asp>
110. Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques En Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder
111. O'Hanlon W.H, Davis-Weiner, M., (1993). *En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidos Terapia Familiar.
112. O'Hanlon, Bill (2009). *Bill O'Hanlon Publication List*. Recuperado el 12 de noviembre de 2007, de <http://billohanlon.com/Publications/billohanlon.html>
113. Omar, A., Uribe, H., Ferreira, M.C., Leal, E., Terrones, A. y Beltrán, J. (2002). Atribución transcultural del rendimiento académico: Un estudio entre Argentina, Brasil y México. [Versión electrónica], *Revista Mexicana de Psicología*, 17 (2), 163-170
114. Pakman, M. (1996 comp.) *Construcciones de la Experiencia Humana*. V.I, Barcelona: Gedisa
115. Pacheco, M. (1996). *Hipnoterapia ericksoniana: nivel básico*. Recuperado el 5 de enero de 2009 del sitio web del Instituto Milton H. Erickson de Santiago.
116. Pacherres. N. (2005). *Disfuncionalidad familiar y rendimiento académico*. Recuperado el 2 de febrero de 2009, de: <http://www.monografias.com/trabajos38/disfuncion-familiar/disfuncion-familiar.shtml>
117. Pereira, F.R. (2002). *Hacia un Modelo Familiar de Duelo*. Monográfico: El duelo. [Versión electrónica], *Mosaico FEATF*. [http://www.featf.org/mosaico/mosaico23/editorial_23.pdf]
118. Pérez Sánchez, A.M.; Castejón Costa, J.L. (1997). *Factores que distinguen y explican el rendimiento académico diferencial de alumnos repetidores y alumnos cuya edad escolar coincide con su edad*

cronológica. Recuperado el 16 de febrero de 2009 del sitio web de la Universidad de Alicante:
<http://www.vc.ehu.es/campus/centros/e.g.b./deptos-e/deppe/relectron/n4/el4a6.htm>

119. Perinat, M.A. (2002). *Psicología del Desarrollo*. Barcelona: VOC
120. Pinazo, S. y Montoro, J. (2004). La relación entre abuelos y nietos: factores que predicen la calidad de la relación intergeneracional. *Revista Internacional de Sociología*. N°. 38, 147-168
121. Ponte, I. (2005). *Salud mental en adultos mayores y familias en Latinoamérica*. México: Auquis.
122. Pong, S. (1997). Family Structure, School Context, and Eight Grade Math and Reading Achievement. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 3, 734-746.
123. Presidencia de la República (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. Recuperado el 31 de mayo de 2008 del sitio web de la Presidencia de la República: <http://pnd.presidencia.gob.mx/>
124. Presidencia de la República (2008). *Primer informe de Gobierno 2007-2012*. Recuperado el 31 de mayo de 2008 del sitio web de la Presidencia de la República: http://primer.informe.gob.mx/3.7_FAMILIA_NINIOS_Y_JOVENES/
125. Pujolar, M.J. (2002). *El Rol de abuelo-abuela. Nuevas relaciones intergeneracionales en la familia*. En García, J. y Bedmar, M.M. (coord.) *Hacia la Educación intergeneracional*. Madrid: Dykinson
126. Radl, R. (2003). Transformaciones en el comportamiento en función del género en la vejez: el caso de las relaciones familiares actuales entre abuelas, abuelos y nietas y nietos. *Revista de sociología, Papers*. N° 70, pags. 117-134. Recuperado el 23 de abril de 2007, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=836423>
127. Rodríguez-Arias, J.L., Otero, M., Celis, M., Ciordia, N. y Vázquez, E. (2004). Estudio de la Evaluación de Resultados en Terapia Breve. [Versión electrónica], *Papeles del Psicólogo*, no. 87.
128. Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán, en Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp.2-23). México: Pax
129. Rolland, J.S. (2000). *Familias enfermedad y discapacidad.: Una propuesta desde la terapia sistémica*. España: Gedisa.

130. Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México. Manual Moderno.
131. Santisteban, D., Suárez-Morales, L., Robbins, M. y Szapocznik, J. (2006). Brief Strategic Family Therapy: Lessons in efficacy research and challenges to blending research and practice. [Versión electrónica], *Family Process*, vol. 45 (2), 259-271.
132. Schneider, B., Austin, C. & Arney, L. (2008). Writing to wellness: using an open journal in narrative therapy. [Versión electrónica], *Journal of Systemic Therapies*, Vol. 27, No. 2, 2008, pp. 60–75
133. SEDESOL (2007). Desarrollo social y objetivos estratégicos. Recuperado el 1 de enero de 2008 del sitio web de la Secretaria de Desarrollo Social, de http://www.sedesol.gob.mx/archivos/1/file/Objetivos_Estrategicos_desarrollo_social.pdf
134. Scienzepostmoderne (2008). Weakland Biography. Recuperado el 5 de enero de 2009, de <http://www.scienzepostmoderne.org/DiversiAutori/Weakland/BioWeakland.html>
135. Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1998) *Paradoja y contrapadoja*. Barcelona: Paidós.
136. Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1980). Hipotetizando-circularidad-neutralidad: tres guías para la conducción de una sesión, *Family Process*, 19, 1, marzo.
137. Stanco, G. (2007). Funcionamiento intelectual y rendimiento escolar en niños con anemia y deficiencia de hierro. [Versión electrónica], *Colombia Médica*. 38, 1 (supl. 1), 23-33
138. Pinazo, S. (1999). Significado social del rol de abuelo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9, 169-176
139. Simon, R. (1996/7). Entrevista a Salvador Minuchin. [Versión electrónica], *Perspectivas Sistémicas*. No. 46.
140. Simon F B., Stierlin H. y Winne L:C. (1988). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Argentina: Gedisa.
141. Smith, M.H. (2003). Grandparents' role of this century. U.S.A.: Joseph and sons.

142. Sociedad de Terapia Familiar (2008). La pareja y las crisis. Recuperado el 2 de febrero de 2007 del sitio web de la Sociedad de Terapia Familiar, de <http://www.terapiafamiliar.org.ar/archivos/De%20Palma%20Rizzatto%20-%20La%20pareja%20y%20las%20crisis.pdf>
143. Stacey, K. (2008) The Foucauldian Power of a Nine-Year-Old Who Can't Sleep Australian and New Zealand. *Journal of Family Therapy*, 29, 2, 112-114
144. Stierlin, H. (1994). *El individuo y el sistema*. España: Herder
145. Stephen, T.D. & Markman, H. (1983). Assessing the Development of Relationships: A new measure. *Family Process*, 22 (1), 89-97
146. Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2007) Health Outcomes of Bereavement. *Lancet*. 8; 160-173. Recuperado el 27 de abril de 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18068517?dop>
147. Stricker, G. y Hillman, J. (1996) Attitudes Toward Older Adults: The Perceived Value of Grandparent as a Social Role. *Journal of Adult Development*, 3, 2.
148. Trepper, T., Dolan, Y., McCollum, E., Nelson, T. (2006). Steve de Shazer and the future of Solution-focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, Recuperado el 2 de marzo de 2009, de http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3658/is_200604/ai_n16350858
149. Umbarger, C. (1983). *Terapia Familiar Estructural*. Buenos Aires: Amorroutu.
150. Universidad Autónoma de Tlaxcala (2008). *Oferta Académica de Posgrado*. Recuperado el 1 de febrero de 2009 del sitio web de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, de www.uatx.mx/oferta_academica/index.php?programa=38
151. Universidad del Mayab en Yucatán (2008). *Oferta Académica de Posgrado*. Recuperado el 1 de febrero de 2009 del sitio web de la Universidad del Mayab en Yucatán, de www.unimayab.edu.mx/posgrado/maestrias/maestria_terapia_familiar.php
152. Valde, M. y Guerra, E. (2008). *Programa de la materia problemas sociales y económicos de México*. Recuperado el 1 de febrero de 2009 del sitio web de la UAIM, de <http://www.uaim.edu.mx/web->

153. Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis.
154. Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica, en Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp.2-23). México: Pax
155. Vázquez, R y Angulo, F. (2003). *Introducción al estudio de casos: Los primeros contactos con la investigación etnográfica*. Granada: Aljibe, pp.15-51
156. Velasco, ML. & Sinibaldi, J.F. (2000). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. México: Manual Moderno
157. Velasco, C.M.& Luna, P.M. (2006). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax
158. Villalba, C. (2002). *Abuelas cuidadoras*. España: Tirant lo Blanch
159. Von Glasersfeld, E. (1996). Aspectos del constructivismo Radical. En Packman, M. (Comp) *Construcciones de la Experiencia Humana*. Barcelona: Gedisa
160. Watzlawick, P. y Krieg, P. (comps. 1990) *El Ojo del Observador*. Barcelona: Gedisa, pp.60-72
161. Watzlawick, Beavin y Jackson (1995). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona, España: Herder.
162. Watzlawick, P. (1986). *El Lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
163. Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.
164. White, M . y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
165. Winslade, J., & Smith, L. (1997). *Countering alcoholic narratives*. In G. Monk, J. Winslade, K. Crocket, & D. Epston (Eds.), *Narrative therapy in practice: The archaeology of hope* (pp. 158–192). San Francisco: Jossey-Bass.
166. Wolf, A. (2000). *Age: The challenge of this century*. NY: USA.

167. Wolter, J., DiLollo, A. and Apel, K.(2005) A Narrative Therapy Approach to Counseling: A Model for Working With Adolescents and Adults With Language-Literacy Deficits. *Language, speech, and hearing services in schools. American Speech-Language-Hearing Association* , 37, 168–177.
168. Wooley, S. (2007). Alliant Community Remembers the Life and Work of Dr. Jay Haley. Recuperado el 21 de febrero de 2007 de sitio web Alliant Community, de <http://www.alliant.edu/wps/wcm/connect/website/News+and+Events/News+Center/News+Releases/Feb.+2007++Remembering+the+Life+%26+Work+of+MFT+Pioneer+Dr.+Jay+Haley>
169. Zeig, J. (1985). *Experiencing Erickson and Introduction to the man and his work*. Ny: Brunner/Mazel