



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

EL EFECTO DE NIDO VACIO

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
JESUS ENRIQUE CABRERA MENDEZ**

DIRECTORA DEL REPORTE: CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA
JURADO DE EXAMEN: TITULAR: MARIA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
TITULAR: BLANCA BARCELATA EGUIARTE
SUPLENTE: ARTURO SILVA RODRÍGUEZ
SUPLENTE: OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

SEPTIEMBRE 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.

DEDICATORIAS:

***A mis padres
Alicia y Jesús***

Reconociendo con una infinita gratitud que han caminado siempre conmigo y son mi corazón, comparto con ustedes el fruto de un ciclo más en mi vida.

A José Trinidad

Gran humano y una inspiración enorme en mi vida

A Dana

Porque mi alma siempre está contigo

***A mis hermanos y sus familias
Carmen, Iván
Claudia, Fabricio, Michelle y David
Adriana
Hilda, Hugo, Hugo y Hans
Antonio***

A cada uno de mis hermanos por crecer conmigo, por creer en mí, por darme vida siempre.

AGRADECIMIENTOS:

Con mucha admiración a todas y cada una de las maestras, excelentes terapeutas que me acompañaron en esta formación, por su enorme profesionalismo, capacidad, experiencia y compromiso.

A Susana González Montoya

Por su dedicación, conocimientos e interés que compartió conmigo, para la realización de este trabajo. Y por permitirme conocer a esa profesionista y persona tan valiosa que es.

A Rosario Espinosa Salcido

Por su sencillez, capacidad, experiencia y el apoyo que me otorgó para realizar este trabajo.

A Rubí, Liliana, Arturo, David, Xochitl, Ana, Mónica, Ricardo y Yolanda

Gracias por enriquecer esta experiencia y por lo que cada uno escribió en mi vida.

A mi equipo Rubí, David, Xochitl y Liliana

La voz de cada uno de ustedes está presente en mi ejercicio terapéutico

A Teresa Robles y Erika Cienega, con mucho cariño por abrirme las puertas, para compartir con las familias de esos niños que al rehabilitarlos, regalan un infinito crecimiento. Al CRIT y todos los integrantes de las clínicas 5 y 1F.

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	8
I.1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar:	8
I.1.1. Características del campo psicosocial.	8
I.1.2. Principales problemas que presentan las familias.	13
I.1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	25
I.2. Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico	28
I.2.1. Descripción de los escenarios	28
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	33
II.1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo:	33
II.1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	33
II.1.2. Análisis de los principios teórico – metodológicos de los modelos de intervención	49
a) Modelos Sistémicos:	49
• TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL	49
• LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN PROBLEMAS	62
• MODELO ESTRATÉGICO	72
• MODELO DE MILAN	81
• MODELO DE TERAPIA BREVE ORIENTADA A LAS SOLUCIONES	97

b) Modelos Postmodernos	109
• MODELO DE TERAPIA NARRATIVA	109
• ENFOQUE COLABORATIVO	117
• EQUIPO REFLEXIVO	124
c) Consideraciones o reflexiones generales	129
CAPÍTULO III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	
III.1 Habilidades Clínicas Terapéuticas	132
III. I.1. Integración de expedientes de trabajo clínico	132
III.1.2 Análisis y discusiones teórico – metodológica de la intervención clínica con familias.	145
III.1.3 Análisis del Sistema Terapéutico Total.	159
III. 2 Habilidades de investigación	164
III. 2.1 Reporte de investigación realizada.	164
III.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento atención y prevención comunitaria	171
III.3.1 Productos tecnológicos	171
III.3.2 Programas de intervención comunitaria	176
III.3 .3 Reporte de actividades de difusión	179
III. 4.- Habilidades de compromiso y ética profesional	182
III.4.1. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional	182
Consideraciones finales	187
Referencias	189

INTRODUCCIÓN

La familia es como el bosque, sí estas fuera de él solo ves su densidad,
sí estas dentro ves que cada árbol tiene su propia posición

Proverbio Nigeriano

Desde los inicios de la historia y el desarrollo del hombre se marco la necesidad de explorar su conducta social y su necesidad de vivir en grupos para cubrir sus necesidades de manera más eficiente y sencilla. Cabe destacar que el primer eslabón en la construcción del tejido social es la familia, quien ejerce funciones que ninguna otra institución sería capaz de cubrir: es el lugar en el que se forma y protege a los nuevos ciudadanos, es el núcleo natural que protege a sus miembros más vulnerables, de manera tal que de ella depende el futuro de toda sociedad.

Debido al papel vital que ejerce la familia resulta muy importante que los profesionistas de la salud, y en el contexto que compete al presente trabajo, los terapeutas familiares, conozcan la situación en que se desarrollan las familias en su devenir actual con la problemática que enfrentan para poder intervenir de manera adecuada y profesional.

Todas las familias sin importar su posición social, económica y geográfica, pasan por una determinada problemática, enmarcada por su particular situación y las condiciones pertenecientes al contexto político, económico y cultural donde se desarrolla como por ejemplo: el aumento de la pobreza, el aumento poblacional las adicciones, la violencia intrafamiliar, entre otras situaciones; lo cual ha propiciado que la misma sociedad cuente con profesionistas especializados en entender su problemática y atenderla de manera optima, incluyendo el ámbito psicológico.

Las teorías sistémica y posmoderna con sus aportes a la terapia familiar se presentan como una alternativa para demarcar e intervenir en el núcleo familiar y los individuos. Estos

enfoques se utilizan en varias partes del mundo evidenciando su eficiencia por lo cual se mantienen las ideas iniciales y se siguen generando nuevas aportaciones. Dicho lo anterior se vuelve importante generar programas de formación de terapeutas familiares con este enfoque, capacitados clínicamente para ofrecer a las familias un servicio que permita la identificación y tratamiento de la problemática familiar.

En ese tenor se desarrolla la Residencia en Terapia Familiar Sistémica la cual forma parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, que se imparte en la Facultad de Psicología, y en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; esta residencia otorga una acreditación de alto nivel y excelencia académica, otorgando a sus terapeutas en formación una gran cantidad de habilidades a nivel teórico, de investigación, enseñanza, clínica, de evaluación e intervención con ética y compromiso social.

Se presenta este reporte como un reflejo del cumplimiento de los objetivos de la residencia con la integración de los elementos teóricos, clínicos y de la formación personal del terapeuta, que fueron desarrollados durante el periodo de la maestría consistente en dos años de formación en la generación 2006 – 2007.

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

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

I.1.1. Características del campo psicosocial.

Valga comenzar con una cita de Jean Jacques Rousseau, Citado por Poch (pp. 125, 1998) donde nos dice: “la más antigua de todas las sociedades y la única natural, es la familia”. Esto nos sugiere que la institución familiar tiene orígenes remotos, precedentes a la organización de los Estados, lo cual deriva en que la razón de existir del estado solo se justifica en tanto esté organizado para procurar el bien de los individuos y el de las familias.

Junto con los cambios ocurridos en México en materia económica y demográfica durante las últimas décadas, se han gestado importantes transformaciones en la sociedad del país. Las transiciones demográficas, económicas y políticas son la expresión más visible de la transición social, que es la más profunda y que compete a la vida privada de las personas y a la organización social.

La celebración del Día Internacional de la Familia, fue instituida por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de septiembre de 1993 con el propósito de fomentar en los gobiernos, organismos especializados y comisiones regionales, la toma de conciencia sobre cuestiones que afectan a la familia y de promover la adopción de políticas públicas dirigidas al bienestar y desarrollo de éstas. Asimismo, constituye la ocasión para que las familias demuestren su solidaridad con vistas a mejorar su bienestar.

La familia es el ámbito en el que interactúan personas relacionadas entre sí por lazos de parentesco ya sea por consanguinidad, afinidad, costumbre o legales. En ella se establecen diferentes obligaciones y derechos entre sus miembros para satisfacer las necesidades básicas, con peculiaridades para cada uno de ellos dependiendo del sexo, edad y su posición en la familia.

En México, parte de la información estadística sobre las familias se encuentra en las fuentes regulares de información que genera el INEGI (2001). Éstas permiten conocer el volumen y características de las familias a través de la categoría “hogares familiares”, los cuales se conciben como el conjunto de personas que residen habitualmente en la misma vivienda y

se sostienen de un gasto común para la alimentación, en el que por lo menos uno de los integrantes tiene relación de parentesco con el jefe del hogar.

Los cambios demográficos han corrido a la par de una más amplia participación de las mujeres en la vida social, política y económica, y particularmente en el empleo. La mayor intervención de las mujeres en la vida económica ha respondido a varios factores y momentos en los últimos 30 años. Durante los años setenta, la ampliación de la participación femenina en el empleo fue gradual y fue primordialmente de mujeres jóvenes, preparadas y solteras, que se incorporaron al sector moderno de la economía, sobre todo en la administración pública y en los servicios privados, lo cual afectó, benefició y contribuyó al desarrollo de la clase media.

A partir de los años ochenta, el aumento de la participación femenina en el empleo fue más rápido y se integró por mujeres mayores, con hijos y con escasa escolaridad, que se incorporaron sobre todo a empleos precarios e informales en el comercio y los servicios. En general, se puede plantear como hipótesis que esta ampliación fue forzada por el descenso en los salarios reales; la incorporación de las mujeres al empleo aminoró la pobreza de los hogares trabajadores y la desigualdad del ingreso.

En los últimos 30 años la participación femenina en el empleo ha crecido a más del doble. Esto representa un reto para las instituciones públicas, que deben asegurar la equidad en las oportunidades de empleo, salarios y prestaciones que afectan no sólo a la mujer trabajadora, sino a todas las familias. La estructura familiar se ha tenido que adecuar a las necesidades del aparato productivo, y ello se ha reflejado en su composición tradicional; sin embargo, estos cambios no han sido asumidos plenamente por toda la sociedad. Hay que desarrollar una nueva cultura que permita, desde la familia, conformar una plena equidad con actitudes más democráticas y de respeto a los derechos de las personas.

A su vez, la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo ha dado lugar a una mayor presencia y la participación del hombre en el núcleo familiar, lo que contribuye a una mejor calidad de vida en el hogar, así como a la modificación de la cultura falocéntrica, permitiendo la igualdad.

Es importante mencionar la diversidad que caracteriza a las familias en México, al igual que su naturaleza dinámica. No es posible hablar de un solo tipo de familia, compuesto por una pareja y su descendencia, sino que hay una gama importante de formas distintas de vivir en familia. En nuestro país existen familias de tipo nuclear (el modelo tradicional), las hay de tipo extenso y, en aumento, familias de jefatura femenina (aquellas compuestas por

una mujer y sus hijos, o una mujer, sus hijos y algún otro miembro, sin el esposo-padre). Estas familias de jefatura femenina aumentaron en México –como proporción del total de los hogares – de 13.7% en 1960 a 20.6% en 2000.

Con base en las relaciones de parentesco de sus integrantes, las familias se clasifican en dos grandes grupos: las nucleares, que se conforman por la pareja conyugal, la pareja conyugal y los hijos(as) o por el jefe(a) con sus hijos(as); y las extensas, que se forman por un hogar nuclear con otros parientes y/o no parientes del jefe(a).

De cada 100 hogares familiares, 74 son nucleares y 26 extensos; sin embargo, de 1990 a 2000, los últimos tuvieron mayor incremento, sobre todo aquellos que tienen como jefe a una mujer, el volumen se duplicó en el periodo.

En la sociedad mexicana existen varias formas de organización familiar con diferente estructura y composición, lo que responde al entorno social, económico y cultural. La composición familiar parte de las relaciones de parentesco que se establecen entre el jefe y los miembros del núcleo familiar, quienes son el jefe, la cónyuge y los hijos, de donde se han derivado varias clases de familia, como se describe a continuación.

La forma más común de organización en las familias es la pareja con sus hijos, 69% de las familias, 17.3% son familias en las que viven la jefa o el jefe con sus hijos, 10% son parejas sin hijos y 3.7% se forman por el jefe o la jefa sin cónyuge ni hijos, pero con otros parientes tales como nietos y sobrinos principalmente.

Las composiciones familiares muestran diferencias contundentes por sexo del jefe. De las familias dirigidas por un varón 82 de cada 100 son parejas con hijos y alrededor de 12 parejas sin hijos, en contraste, de las familias con jefa, 74 de cada 100 se conforman por la jefa con sus hijos, 13 son parejas con hijos y 10 son jefas sin su núcleo familiar.

Las personas que forman familias suman casi 93.7 millones, 51.4% son mujeres y 48.6% hombres, lo cual muestra un equilibrio en las proporciones por sexo de esta población.

El parentesco es el vínculo existente entre los integrantes del hogar familiar con el jefe del mismo y permite tener un acercamiento a los papeles que desempeñan las personas dentro del contexto familiar. El parentesco de la población en hogares familiares revela comportamientos diferenciales por sexo, lo que expresa las pautas y condiciones sociales y culturales que dan cuenta de la división social y sexual del trabajo.

Según el INEGI (2003), el ingreso del hogar se refiere a los bienes que los miembros de la familia reciben a cambio de permitir la utilización de sus factores productivos, así como las donaciones que obtienen de otras personas o entidades.

Los hogares generalmente obtienen su ingreso de las remuneraciones al trabajo, los beneficios de algún negocio o empresa y por transferencias, estas últimas pueden ser pensiones, jubilaciones, donaciones, regalos, becas o apoyos sociales provenientes del gobierno, de otros hogares o de organismos no gubernamentales.

En el 2000, en el país, prácticamente 80% de las familias cuentan con una vivienda propia, el 20% restante principalmente rentan o tienen a la vivienda asignada como una prestación, encargada, intestada, etcétera, es decir habita una vivienda que no es propiedad de algún miembro de la familia. Los hogares familiares con jefe muestran un porcentaje ligeramente más alto de vivienda propia que las familias con jefa, respectivamente 79.7% y 78.3 por ciento.

México se presenta como un país con una gran diversidad a nivel social, económico y cultural dando pauta a que se generen esas mismas diversidades en las familias y los individuos mexicanos. Posee una enorme riqueza interna que se puede describir tanto en el paso de los siglos como en su situación actual. Por lo cual se presentan unas breves reseñas por tema de las estadísticas de las familias mexicanas.

Censo población económicamente activa

De acuerdo con el INEGI (2004), en ese año existen un total de 42,306,063 personas económicamente activas. De este, el 65% eran hombres (27 357 076) y el restante 35% mujeres (14 948 847). Este mismo censo reporta un número de 1 092 692 personas desempleadas, siendo de ellas un 60% hombres (656 463) y un 40% mujeres (436 229).

Matrimonio

De acuerdo con el INEGI (2002) la edad en que la población tiende a contraer nupcias, es en el caso de los hombres a los 27 años y la mujer a los 24 años, de manera más específica la edad del hombre al casarse está mayoritariamente entre los 25 y los 29 ½ años y la edad de la mujer entre los 22 ½ y los 26.3 años.

Divorcio

En este rubro el INEGI (2002) reporta que, en promedio, cuando el hombre se divorcia tiene 36.6 años y la mujer 33.9. La solicitud de la disolución del matrimonio se presenta por las siguientes causas y condiciones:

- a) Ante la negativa del hombre de contribuir voluntariamente al sostenimiento del hogar, es la mujer quien predominantemente solicita el divorcio (93.8% del total de los casos de divorcio por esta causal).
- b) Ante los malos tratos hacia quien se tiene una patria potestad, es la mujer quien predominantemente solicita el divorcio 79.8% del total de los casos.
- c) En otras causas, que incluyen: alumbramiento ilegítimo; propuesta de prostitución; incitación a la violencia; corrupción y maltrato a los hijos; enfermedad crónica o incurable y la impotencia incurable; declaración de ausencia o presunción de muerte, es la mujer quien predominantemente solicita el divorcio 78.8% del total de los casos.
- d) En los divorcios por abandono de hogar sin causa justificada, es la mujer quien lo solicita en un 60.3% de los casos. Y en caso de adulterio es la mujer quien lo solicita en un 57.6% de los casos.

A continuación se presentan algunos de los problemas a los que se enfrentan las familias mexicanas.

I.1.2. Principales problemas que presentan las familias.

En la encuesta sobre la violencia intrafamiliar realizada por INEGI (1999), en los años noventa la violencia contra las mujeres se constituyó en el centro de atención e interés de las organizaciones internacionales. Como consecuencia de ello se sucedieron hechos de gran importancia internacional cuyas repercusiones han tenido lugar a escala nacional.

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la cual fue ratificada por México en 1995. En 1994, la Organización de los Estados Americanos (OEA) negoció la Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la cual fue ratificada por México en 1998.

En 1999, se formula El Protocolo Facultativo de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, el cual fue suscrito por México en ese mismo año. Asimismo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas declaró que la ocupación en torno a la violencia contra la mujer es una prioridad de la salud pública.

El 17 de diciembre de 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el 25 de noviembre como “Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres”, a través de la resolución 54/134. Desde entonces se invita a todos los países y organizaciones civiles a que organicen ese día, año con año, actividades dirigidas a sensibilizar a la opinión pública respecto del problema de la violencia contra la mujer, cuya prevalencia limita las opciones de las mujeres y niñas en el hogar, la escuela, el trabajo y en los espacios comunitarios.

La violencia contra las mujeres no respeta fronteras geográficas, culturales o económicas, ni edades. Tiene lugar en el trabajo y en las calles pero su principal manifestación es dentro del ámbito familiar. Ésta, es diferente de la naturaleza y modalidades de la violencia contra los hombres; éstos tienden a ser víctimas más de un extraño o de un conocido ocasional, mientras que las mujeres son víctimas más de un familiar o de la pareja íntima.

La violencia que se ejerce en el ámbito doméstico es un abuso que refuerza las jerarquías de género y edad. De ahí que también las mujeres pueden agredir y ser violentas. Generalmente, la justificación de la violencia se deriva de las normas sociales sobre el papel y los deberes apropiados del hombre y la mujer, o sea de las normas relativas al género.

Los actos de violencia (física, emocional, económica y sexual) por parte del compañero o esposo, los cuales pueden sufrirlas las mujeres en varias o en todas sus manifestaciones, lesionan en todos los casos su identidad, autoestima y autodeterminación como seres humanos.

En México, la encuesta nacional de la dinámica de las relaciones en los hogares llevada a cabo en el 2003 (en adelante ENDIREH 2003), es hasta ahora la primera y única realizada en hogares a escala nacional para reunir información sobre la violencia contra las mujeres por parte del esposo o compañero. Dicha encuesta fue realizada por el INEGI y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) entre octubre y noviembre del 2003. Dicha encuesta, es también representativa para once entidades federativas: Baja California, Chihuahua, Chiapas, Coahuila, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Quintana Roo, Sonora, Yucatán y Zacatecas.

Por lo anterior y con motivo del “Día Internacional para la Eliminación de la violencia contra la Mujer”, el INEGI presenta una selección de datos sociodemográficos sobre la violencia hacia las mujeres, con el propósito de contribuir al conocimiento sobre el tema en México.

En el ámbito nacional, la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, aplicada en mujeres mayores de 15 años, usuarias de los servicios de salud de hospitales generales del IMSS, ISSSTE y SSA durante los meses de enero a marzo de 2003, registró que poco más de 2 de cada 10 usuarias de estos servicios de salud sufrieron algún tipo de violencia infringida por su pareja durante el año previo al levantamiento de dicha encuesta, y que cuatro de cada diez padecieron algún tipo de agresión a lo largo de su vida por diversas personas cercanas a ellas.

Así mismo se registró que 47 de cada 100 mujeres mayores de 15 años que conviven con su pareja en el hogar, sufren algún tipo de violencia emocional, económica, física o sexual por parte de su compañero o esposo. Asimismo, por tipo de violencia, de cada 100 mujeres del grupo señalado arriba, 9 padecen violencia física; 8, sexual; 38, emocional y 29, económica.

Por otro lado, el maltrato que ejerce el esposo o compañero en contra de la mujer lo viven más las mujeres jóvenes, aquellas que trabajan, que tienen hijos, quienes cuentan con educación básica y las que mantienen una relación de tipo consensual con su pareja, con independencia del tipo de violencia. Ejemplo de lo anterior, es que 56 de cada cien mujeres de 15 a 19 años de edad, sufren algún tipo de violencia por parte de su esposo o compañero.

Asimismo, una de cada dos mujeres que trabaja padece agresiones por parte de su pareja. De igual forma, de cada cien mujeres con educación básica, 48 son objeto de maltrato por su compañero o esposo y, 47 de cada cien con al menos un hijo, viven actos de violencia con su pareja. Por otro lado, cinco de cada diez mujeres en unión libre son maltratadas por su pareja y una de cada dos mujeres casadas sólo por lo civil o la iglesia, viven situaciones de violencia con su pareja.

Esta encuesta registró también información que permite identificar situaciones de violencia que hubiese vivido la pareja conyugal (hombre y mujer de manera independiente) durante su infancia y dentro de su familia de origen, con el objeto de analizar la posible relación entre la presencia de violencia que vive la pareja y los actos de violencia de que haya sido o no objeto cada uno de los cónyuges por algún miembro o miembros de su familia de origen.

Al respecto, los datos muestran que las mujeres que actualmente viven violencia con su pareja, fueron objeto de actos de violencia durante su infancia por algún miembro de su familia de origen, en mayor medida que las mujeres que declararon no padecer violencia con su esposo o compañero.

Entre las mujeres que viven violencia de algún tipo con su pareja o esposo, 55 de cada cien fueron objeto de violencia emocional o física en su familia de origen. Por otra parte, el desconocimiento, en el caso de las mujeres, de las vivencias de violencia que sufriera su esposo durante la infancia de éste, impiden determinar el impacto de estas experiencias sobre la violencia de pareja que viven las mujeres: 65 de cada cien mujeres que conviven con su pareja en el hogar desconocen que su pareja sufriera violencia durante su infancia. Por otra parte, 65 de cada cien mujeres que sufren violencia física o sexual fueron objeto de violencia cuando eran niñas.

La violencia física y la sexual son las manifestaciones de la violencia familiar más extremas y sus consecuencias, por tanto, pueden llegar a ser más dañinas. Con los datos de la encuesta citada puede determinarse la presencia de actos de violencia física y sexual en la pareja, y las clases de estos tipos de violencia, tales como si su pareja la ha empujado, jalado del pelo, amarrado, pateado, aventado algún objeto, golpeado con las manos o con algún objeto, ahorcado, asfixiado, agredido con arma blanca o de fuego, si se le ha exigido u obligado a tener relaciones sexuales, entre otros datos.

Por lo anterior, 9 de cada 100 mujeres viven violencia física y 7 de cada cien declararon ser objeto de actos de violencia sexual por parte de su pareja. Asimismo, la violencia física la

padecen más las mujeres jóvenes: 13 de cada cien mujeres de 15 a 19 años e igual proporción de aquellas entre 20 y 24 años.

De igual forma, la violencia sexual se manifiesta más entre las féminas de 40 a 44 años y de 45 a 49: 11 y 9 de cada 100, respectivamente. Por otra parte, de acuerdo con el nivel de instrucción, de cada 100 mujeres, 9 que no tienen instrucción, 9 con primaria incompleta y 9 con primaria completa o secundaria incompleta, son objeto de violencia sexual.

Por otro lado, las mujeres que trabajan declararon ser objeto de agresiones físicas o sexuales por parte de su pareja, más que aquellas que se dedican a los quehaceres domésticos o alguna otra actividad no económica: 11 de 100 cien mujeres que trabajan padecen violencia física y 9 violencia sexual.

Por tipo de localidad, la violencia física la padecen en igual magnitud mujeres del ámbito rural y urbano: 9 de cada cien mujeres rurales o urbanas son objeto de agresiones físicas. En el caso de violencia sexual, más mujeres rurales que urbanas son objeto de este tipo de violencia: 9 de cada cien mujeres rurales por 7 de cada cien urbanas. Por otro lado, la violencia que viven las mujeres repercute en el trato para con sus hijos; mujeres víctimas de violencia por parte de su esposo o compañero agraden más a sus hijos que aquellas que declararon no haber experimentado ningún incidente de violencia con su pareja. De acuerdo con la ENDIREH 2003, 45 de cada cien mujeres que son maltratadas por su compañero o esposo agraden a sus hijos, mientras que 27 de cada cien mujeres que no padecen violencia de pareja son generadoras de violencia en contra de sus hijos.

La violencia hacia los hijos se incrementa en parejas donde las mujeres sufren violencia física o sexual: 57 de cada cien mujeres que sufren violencia física, y 49 de cada cien mujeres que sufren violencia sexual, por parte de su cónyuge.

La violencia contra las mujeres puede apreciarse también a través del registro de muertes violentas, o sea de los decesos por accidentes, suicidios, homicidios y lesiones auto infligidas, derivadas de las estadísticas vitales. Dado lo anterior, en el 2002, se registraron en el país 10966 muertes violentas femeninas; lo cual significa que mueren en promedio 30 mujeres diariamente por estas causas; de éstas, 23 fueron por accidentes, cinco por homicidios y suicidios, y dos por otras causas violentas.

En general, las muertes violentas femeninas se presentan básicamente en mujeres mayores de 15 años, 77.6%; cabe señalar que el 41% se registró en aquellas de 15 a 49 años. En cuanto a las muertes femeninas por homicidios, 51 de cada 100 decesos se registraron en

mujeres de 15 a 39 años de edad. Por su parte, 58% de los suicidios se presentó en el grupo de 15 a 34 años, principalmente en las mujeres de 15 a 24 años (40%).

En el 2002, poco más de la mitad de las muertes violentas femeninas (53%) ocurrieron en 8 entidades federativas: estado de México (9.8%), Distrito Federal (9.2%), Jalisco (7.9%), Veracruz de Ignacio de la Llave (5.7%), Puebla (5.5%), Michoacán de Ocampo (5.3%), Guanajuato (4.9%), y Chihuahua (4.6 por ciento). Por otra parte, el estado de México concentra 24% de los homicidios femeninos ocurridos en el país y el Distrito Federal, uno de cada diez suicidios.

Sin embargo, la incidencia de muertes violentas muestra que la frecuencia de estos hechos es más alta en Chihuahua, donde ocurren 31 muertes violentas por cada 100 mil mujeres, le siguen Zacatecas, 30; Michoacán de Ocampo, 27; Jalisco, Nayarit y Sonora con 26 decesos cada uno, y Baja California, Baja California Sur, Querétaro de Arteaga y Tlaxcala, en donde ocurren 25 muertes femeninas por causas violentas por cada cien mil mujeres.

Asimismo, las tasas más altas de homicidios y suicidios (juntos) la registran Chihuahua, con 6 muertes por cada cien mil mujeres y, el estado de México, Nayarit y Quintana Roo, con 5 decesos cada uno, en la misma proporción señalada arriba.

Existe una infinidad de problemas derivados de la marginación, la ignorancia y el acceso limitado a los servicios de salud que inciden de manera directa en la salud física y psicológica de las familias. En ese sentido se presentan dicha problemática en los siguientes rubros:

Suicidio

Según el INEGI (2007) el suicidio es una forma de muerte violenta resultado de una decisión individual que obedece a múltiples factores: biológicos, psicológicos, culturales, económicos y sociales, mientras que el intento de suicidio es la conducta asociada a la idea de muerte sin la consumación del auto-homicidio, es decir, es la intención de la persona por terminar con su propia vida. El éxito o el fracaso de los intentos de suicidio tienen como factor sustancial el acceso o selección de los medios que el individuo utiliza para atentar contra su vida, según el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entre los métodos más comúnmente empleados destacan: el ahorcamiento, sofocación y sumergimiento, uso de instrumentos cortantes y punzantes, uso de armas de fuego, envenenamiento, entre otros; los cuales son utilizados dependiendo de

variantes locales como producto de características socioculturales, significados rituales y situaciones sociodemográficas distintas.

Dentro de los factores de riesgo que predisponen la consumación del suicidio, cabe citar el abuso del alcohol y las drogas, los antecedentes de maltrato en la familia, el aislamiento social, la depresión y otros trastornos psiquiátricos. A escala mundial, el problema del suicidio impone la necesidad de definir acciones preventivas que disminuyan esta causa de muerte evitable, pues su magnitud ha adquirido tal importancia que de continuar con el comportamiento hasta ahora observado su número ascendería a 1.5 millones para el año 2020. Por ello, la OMS ha elaborado una serie de directrices para tener un papel esencial en la prevención del suicidio, y ha organizado el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, que se celebra el 10 de septiembre desde el año 2003, con el propósito de llamar la atención sobre el problema y su carácter prevenible, así como para adoptar medidas preventivas a nivel mundial, donde la prevención es una tarea de toda la sociedad en su conjunto.

En México la información estadística sobre intentos de suicidio y suicidios se obtiene de los testimonios extraídos de los registros administrativos de las agencias de Ministerio Público, misma que es procesada por las oficinas estatales de estadísticas continuas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2007)

Intentos de suicidio y suicidios por entidad federativa

En México se registraron 3 780 intentos de suicidio en el 2005, de los cuales se consumaron 3 553 (94%); este alto porcentaje se debe a que no es obligatorio denunciar los intentos de suicidio ante el Ministerio Público y los suicidios sí.

Ocurren más suicidios de hombres que de mujeres: por cada 100 suicidios de varones se producen 20 de mujeres, en tanto que hay más intentos de suicidio fallidos de mujeres que de hombres: 110 por cada 100.

Mientras a nivel mundial se estima que existen entre 10 y 20 intentos de suicidio por cada suicidio, en algunas entidades federativas del país no se registraron intentos de suicidios. Nueve entidades federativas concentran la mitad de los suicidios ocurridos en 2005; tan sólo Veracruz de Ignacio de la Llave, Jalisco, Chihuahua, Guanajuato, Distrito federal y Tabasco concentran el 39.6%. La incidencia del fenómeno, suicidios por cada cien mil habitantes, es mayor en Tabasco, Baja California Sur, Campeche, Quintana Roo y Yucatán.

Intentos de suicidio y suicidios por edad y sexo

En general la estructura por edad de la población que intenta suicidarse es más joven que la de la población que se suicida. Entre los primeros, 61.7% son individuos de menos de 30 años, mientras que entre los segundos el porcentaje es de 45.7 por ciento.

En 2005, el mayor porcentaje de los intentos de suicidio y los suicidios se observa en el grupo de 20 a 24 años de edad con 22.2% y 15.5%, respectivamente.

Sin embargo, en la estructura por edad y sexo de las personas que intentaron acabar con su vida se observa un peso mayor de mujeres que de hombres en la mayoría de los grupos de edad, en particular entre los de menos de 20 años, entre los que uno de cada 10 intentos de suicidio son de mujeres entre 15 y 19 años.

En cambio, en la estructura por edad de las personas que consumaron el intento de suicidio se aprecia un notable predominio de hombres en todos los grupos de edad, sobre todo en los de 20 a 34 años, y entre los de 15 a 19 años, 35 a 39 y 60 años y más.

Intentos de suicidio y suicidios por estado conyugal

En el año 2005, 75 de cada 100 intentos de suicidio fueron de personas casadas o solteras. Esta proporción se mantiene en los parasuicidios (así se le llama también a los intentos de suicidio) de hombres y mujeres, ya que de cada 100 intentos de suicidio, 75 y 76 fueron de hombres o mujeres casadas o solteras, respectivamente.

La composición de los parasuicidios de casados o solteros varía por sexo, ya que se aprecia un peso mayor de casados en los intentos de suicidios de varones (41.7%), y de solteras en los de las mujeres (36.1%).

En cuanto a la importancia de los intentos de suicidio de personas en unión libre, se aprecia un peso mayor en los parasuicidios de hombres (8.3%) que en los de mujeres (6.7%); en tanto que es mayor el peso de las tentativas de suicidio de mujeres viudas, separadas y divorciadas (5.8%) que el de los varones (3.7%).

Entre las personas que consumaron el suicidio, 36.2% eran casados, 39% solteros, 12.7% vivían en unión libre y 5.9% eran viudos, divorciados o separados.

Los suicidios de hombres muestran casi la misma estructura por estado conyugal (36.9%, 38.2%, 12.4% y 5.9%, respectivamente), mientras que en los de las mujeres se aprecian

ciertas diferencias por el peso de las unidas que es mayor (14.4%), el de las casadas que es menor (32.8%), y el de las solteras que es el más alto (42.9%).

Intentos de suicidio y suicidios por causa

Determinar la causa o causas que llevaron a las personas a atentar contra su vida es complicado, sobre todo cuando se consuma el suicidio. De ahí el alto porcentaje de intentos fallidos (19.4%) y sobre todo de suicidios (58.8%) sin registro de la causa que motivó el acto.

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

Un patrón similar se aprecia en las tentativas de suicidio de los hombres así como de las mujeres, aunque con niveles notablemente más altos en las mujeres, con excepción de la enfermedad mental y la dificultad económica, cuyo peso porcentual presenta un peso menor que el que se observa en el caso de los hombres.

Entre los suicidios con causa definida destacan por los pesos porcentuales más altos: el disgusto familiar (8.8%), las razones amorosas (7.7%) y la enfermedad grave (5.5%), proporciones que también se observan en los suicidios masculinos, en tanto que en los suicidios femeninos, el disgusto familiar alcanza el 12.5%, le siguen las causas amorosas con 9.1%, y la enfermedad mental, la cual absorbe 7% de los suicidios de mujeres.

Adicciones

Según el INEGI (2007) en la actualidad uno de los problemas sociales y de salud pública más importante es el consumo de drogas; este fenómeno incide de manera directa en la conducta y en los valores del individuo y debe enfrentarse a través de programas médicos, educativos y culturales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las drogas como cualquier sustancia psicoactiva que en el interior de un organismo viviente puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras. En esta definición se incluye al alcohol, al tabaco y a los solventes, además de las drogas ilegales y médicas.

El uso y abuso de este tipo de sustancias constituye un fenómeno complejo, con raíces y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que adopta características propias en cada

país y demanda atención individual. La adicción se reconoce como un estado psicológico y a veces también físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una compulsión por tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para eludir el malestar debido a su ausencia. La necesidad de incrementar la dosis para sentir los efectos causados por la sustancia puede no estar presente (tolerancia).

Se consideran en el análisis las dos grandes divisiones de este tipo de sustancias: Las drogas ilegales, que son aquellas cuyo uso está penado por las leyes mexicanas, entre ellas se encuentran la marihuana, la cocaína, la heroína/opio, los alucinógenos y el uso de inhalables con fines de intoxicación; y las drogas legales o de uso público, entre las que se encuentran las drogas médicas (aunque se capta el consumo fuera de prescripción profesional), el alcohol y el tabaco.

Consumo de alcohol

El porcentaje de consumidores de alcohol por lugar de consumo refleja el grado de aceptación o la “familiaridad” que ha adquirido en nuestra sociedad el uso de esta droga. La mayor familiaridad o aceptación se presenta en espacios privados o íntimos, como son los lugares de habitación.

Los lugares donde una mayor proporción de bebedores actuales de 12 a 65 años toman alcohol son: la casa (76.1%), la casa de otra persona (62.6%), bares o antros con licencia para expendir alcohol (31.8%) y restaurantes (25.8%); las usuarias de esta droga con las mismas edades tienen proporciones ligeramente diferentes: la casa (74.2%), casa de otra persona (51.6%), restaurantes (20.6%) y bares o antros con licencia (15.1%).

Llama la atención que 6 hombres por cada mujer consumen alcohol en lugares sin licencia, otros 9 por cada una beben estas sustancias en la calle y 5 más beben en el trabajo, por cada mujer que reporta esa práctica. Es importante tomar en consideración que en estos espacios no está permitido beber.

Problemas sociales causados por el consumo de alcohol

El porcentaje de población con problemas sociales derivados del consumo de alcohol se refiere al conjunto de población que ve afectados sus ámbitos familiares, laborales, legales e interpersonales a causa de la ingesta de alcohol.

En el ámbito familiar, se estima que 111 de cada 1 000 bebedores actuales de 12 a 65 años comenzaron una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras tomaban; por su parte, 15 de cada 1 000 usuarias se encuentran en esta situación.

Respecto a tener problemas con las autoridades mientras consumían bebidas alcohólicas aunque no iban conduciendo, 76 de cada 1 000 usuarios actuales de alcohol del mismo grupo de edad estuvieron en esa situación, mientras que sólo 5 de cada 1 000 mujeres con las mismas características reportan problemas de ese tipo.

El monto de personas que toman actualmente y fueron arrestadas mientras conducían después de tomarse unas copas representa a 29 de cada 1 000 varones y a 1 de cada 1 000 mujeres.

En general, un número mucho menor de mujeres tienen problemas derivados del uso del alcohol, en comparación con los hombres.

Dependencia al alcohol

El síndrome de dependencia al alcohol (SDA) incluye distintos tipos de manifestaciones en conducta, factores psicobiológicos, que se caracterizan principalmente por la falta de control sobre la ingestión de la sustancia. Una persona tiene dependencia cuando presenta al menos tres de los síntomas listados en el tabulado. Los síntomas más frecuentes identificados por los bebedores de 12 a 65 años son: incapacidad de control (32.4%), abstinencia (24.3%) y tolerancia (14.6%); en el caso de las usuarias de alcohol se observa el mismo orden, aunque con proporciones menores que en los hombres: incapacidad de control (9%), abstinencia (7.5%) y tolerancia (4.7%). Existen 135 hombres por cada 1 000 bebedores actuales que cumplen con el criterio de dependencia al alcohol, mientras que sólo 19 de cada 1 000 mujeres tienen dependencia alcohólica.

Consumidores de drogas ilegales y médicas por experiencia y patrón de consumo

La experiencia de consumo de drogas permite medir la condición de uso alguna vez en la vida; en contraste con la de nunca haber consumido, mientras que el patrón de consumo permite establecer el tiempo en que se utilizó la droga por última vez.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, 95 de cada 100 mexicanos de 12 a 65 años nunca han consumido drogas ilegales o medicamentos fuera de prescripción; en consecuencia, la prevalencia de población que ha consumido drogas alguna vez en la vida es de 5 por ciento. De la prevalencia de consumo en varones (8.6%), la mayor proporción

se observa en los hombres con más de un año de haber tenido la última experiencia de consumo (6.1%), seguidos por los que usaron droga en el último año (1.3%) y los usuarios de droga en el último mes (0.9%).

Entre los poco más de 700 mil varones que se estima integran los dos últimos grupos, es probable que haya consumidores con signos de dependencia.

También en las mujeres se observa la disminución de la prevalencia de consumo hacia los periodos de uso más recientes: más de un año 1.4%, último año 0.4% y último mes 0.1 por ciento.

En conjunto, poco más de 800 mil mujeres consumieron drogas ilegales o medicina fuera de prescripción alguna vez y alrededor de 200 mil tuvieron esa práctica en el último año y mes.

Consumidores de drogas ilegales y médicas por tipo de droga

El tipo de drogas ilegales y/o medicamentos consumidos fuera de prescripción hace referencia a aquellos que están bajo un control internacional y de las leyes mexicanas en particular, y que son producidos, traficados y/o consumidos fuera del marco legal, independientemente de que puedan tener un uso médico legítimo.

La marihuana es la droga ilegal usada por un mayor porcentaje de consumidores varones (79.8%) de 12 a 65 años, seguida de la cocaína (25.9%) y los medicamentos utilizados fuera de prescripción (14.8%). En el caso de las mujeres en las mismas edades, las drogas médicas ocupan el primer lugar de consumo (55%) entre las usuarias de drogas, quedando en los siguientes lugares la marihuana (34.2%) y la cocaína (19.5%).

Respecto a las drogas médicas, llama la atención que su consumo predomine entre las mujeres (más de 50% de las consumidoras de drogas ilegales y médicas) y que el porcentaje de consumo sea superior al de los hombres, porque los resultados de encuestas anteriores han generado controversias respecto a esos puntos. Por otro lado, en cuanto a las drogas ilegales, es importante observar que la marihuana ocupa el primer lugar de consumo y que la cocaína tiene un porcentaje de consumo importante, datos que guardan congruencia con las otras ediciones de la encuesta.

Consumidores de drogas ilegales y médicas por frecuencia de uso

El número de veces que una persona ha consumido drogas ilegales o medicamentos fuera de prescripción es una medida del riesgo de adicción que enfrenta. Así, se distingue entre los usuarios experimentales y los usuarios fuertes, estos últimos presentan mayor riesgo de adicción. Del total de usuarios de drogas ilegales y médicas fuera de prescripción entre 12 y 65 años, 64.8% realizó un consumo experimental dado que las usó entre 1 y 5 veces a lo largo de su vida. Hombres (63.9%) y mujeres (68%) presentaron porcentajes similares. Los usuarios con un consumo de 50 veces y más a lo largo de su vida, consumidores fuertes, concentran 14.2% en ambos sexos; eso implica que alrededor de 382 mil 400 varones y 114 mil 900 mujeres tienen un alto riesgo de adquirir una adicción.

Problemas sociales por el uso de drogas ilegales y médicas

La población con problemas sociales derivados del uso de drogas ilegales y/o médicas no prescritas, se refiere al conjunto de personas que ve afectados sus ámbitos familiares, laborales e interpersonales debidos al consumo de drogas.

Del total de consumidores de drogas de 12 a 65 años, los que han tenido discusiones con su familia o amigos representan 15.9%, seguidos por aquellos que han vivido peleas como consecuencia de su consumo (11.2%), por los que tienen problemas con la policía, en la escuela y/o trabajo (10.8%) y al final los que reportan problemas económicos (9.3%).

En el caso de las consumidoras del mismo rango de edades, el comportamiento es diferente y con porcentajes notoriamente inferiores: discusiones con su familia o amigos (12.1%), peleas por consumir drogas (5.3%), problemas económicos (2.2%), y problemas con la policía, en la escuela y/o trabajo (1.4%). Así, casi 8 hombres tienen problemas con la policía, la escuela y/o el trabajo por cada mujer en esa situación y 4 hombres por cada mujer tienen problemas económicos debido a su consumo de drogas.

Con todos los ejemplos anteriores se puede observar que, pese a los esfuerzos que se han hecho en materia legal y psicológica, tanto en dependencias gubernamentales como en instituciones privadas, es cada vez mayor la desproporción entre las necesidades de salud y los recursos humanos y materiales que el país dispone para enfrentarlos. Por tal motivo, se reitera la necesidad de que el país cuente con una mayor oferta de profesionales especializados en el campo de la salud, además de la necesidad de creación de más espacios de formación de dichos profesionistas, así como la creación de más servicios de salud disponibles a la población.

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

El devenir histórico del trabajo psicológico en el ámbito terapéutico, ha sido testigo del surgimiento de diversas aproximaciones teóricas, que tienen como objeto de estudio la comprensión de las interacciones de los seres humanos, buscando explicar los procesos de formación de las disfuncionalidades de dichas interacciones, lo cual deriva en el desarrollo de medios para la intervención y las alternativas de cambio que se le ofrecen al solicitante.

En ese orden de acontecimientos surge el enfoque sistémico que generó un desarrollo muy amplio a nivel epistemológico en el campo de la ciencia planteando que la mayoría de síntomas cumplen una función reequilibrante y de supervivencia, y que mientras subsista la necesidad familiar que le dio origen a éste se mantendrá. La terapia familiar sistémica y posmoderna buscan intervenir en la problemática de las familias desde una perspectiva interaccional, esto es, entendiendo que las dificultades o problemas que tenga la familia no se deben a una persona en particular, sino a las interacciones entre los miembros de la familia o del sistema alrededor del problema que fomentan su mantenimiento y/o desarrollo. Esta epistemología del problema amplió el foco de acción de un solo miembro a toda la familia, explicando el porqué el cambio compete a todos sus miembros, además de explicar que se pueden crear muchas formas de ver y vivir la realidad basadas en la diversidad de significados que se construyen y co-construyen en la psicoterapia. Esto es válido igualmente para trastornos aparentemente individuales y que surgen en las familias. De ahí la necesidad de modificar la perspectiva del síntoma; el cual define la situación en familias donde el panorama es problemático. Cuando hay pugnas por el poder, roles poco claros, comunicación inadecuada, falta de espacio para cada miembro, el hecho de que alguien presente síntomas, define la situación como problemática e insostenible, y eso es ya un avance entre tanta ambigüedad, recordemos que la incertidumbre es intolerable para el ser humano (Hoffman, 1992). Por tal motivo el síntoma protege y encubre, y a la vez libera de responsabilidad a quien lo porta. Al paciente identificado no se le puede exigir conductas normales ni imponer obligaciones. Entonces, el síntoma distrae la atención de problemas mayores que pueden tornarse muy peligrosos si se les afronta directamente.

En otras ocasiones el síntoma sirve de mensaje para dar a entender que la situación familiar es insostenible; que se requieren cambios cualitativos o de segundo orden, o por el contrario, que un cambio en los momentos actuales puede ser peligroso para la supervivencia familiar. Los síntomas y sus consecuencias pueden ser un freno o un catalizador de la evolución familiar. Muchas veces la presencia de determinada

sintomatología termina acercando a toda la familia a terapia, y es así como empiezan a tratarse los verdaderos problemas que el síntoma encubría.

El síntoma es también una metáfora de la dinámica familiar. Lo cual nos refiere que el enfoque de terapia familiar sistémico permite al terapeuta identificar de forma circular e integrativa las problemáticas presentadas por los solicitantes como los que se mencionan en el apartado anterior, como son: violencia intrafamiliar adicciones, enfermedades psicosomáticas, formación de límites, abuso sexual, problemas de pareja, o problemas emocionales entre otras situaciones que se presentan en la dinámica familiar.

El análisis sistémico es funcional para todo tipo de trastorno o conducta perturbada que no tenga una comprobada base orgánica; e incluso en este último caso (por ejemplo en las demencias o en las esquizofrenias) permite entender como la familia utiliza la enfermedad. El ejemplo anterior hace patente la circularidad básica de todo sistema familiar; todos influyen sobre todos, todos son a la vez víctimas y victimarios. Desde una perspectiva circular-sistémica el buscar culpables es por demás inadmisibles. El pensamiento circular plantea que todo efecto es a la vez causa y que toda causa es a la vez efecto. Por ello es conveniente centrar la atención ya no en el sujeto, sino en la interacción. La interacción debe ser la unidad de análisis de la conducta. También es importante comprender que todo sistema es teleológico; busca alcanzar un objetivo que lo articule y le dé un sentido. Y el objetivo por antonomasia de todo sistema abierto es la supervivencia y el mantenimiento del equilibrio interno. Esto llevado al plano familiar supone que cualquier recurso es lícito si de mantener la homeostasis se trata. Y muchas veces el único recurso que le queda a la familia es la patología. La consecuencia lógica de todo ello es que la psicoterapia debe encaminarse a ampliar su foco de atención, tornarse más relacional y ecológica. La Terapia Sistémica ofrece una visión diferente a las quejas que trae la familia, permitiendo que desde el inicio de la intervención se empiecen a alejar de las definiciones patológicas y de la culpabilización de alguno de sus miembros.

Resulta evidente que los terapeutas que manejan los enfoques sistémicos y posmodernos, pueden diseñar estrategias de evaluación e intervención para problemáticas susceptibles de presentarse en el contexto socioeconómico en la actualidad de este país.

Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.

Este proyecto de Residencia en Terapia Familiar Sistémica forma parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, y se imparte en la FES Iztacala y la Facultad de Psicología. Conforme a sus objetivos generales,

en razón del perfil del egresado y a partir de los lineamientos sobre la organización académica se presenta un requerimiento de horas de supervisión, que le otorgan de manera sobrada el nivel de excelencia, exigido por la Comisión Nacional de la Ciencia y la Tecnología.

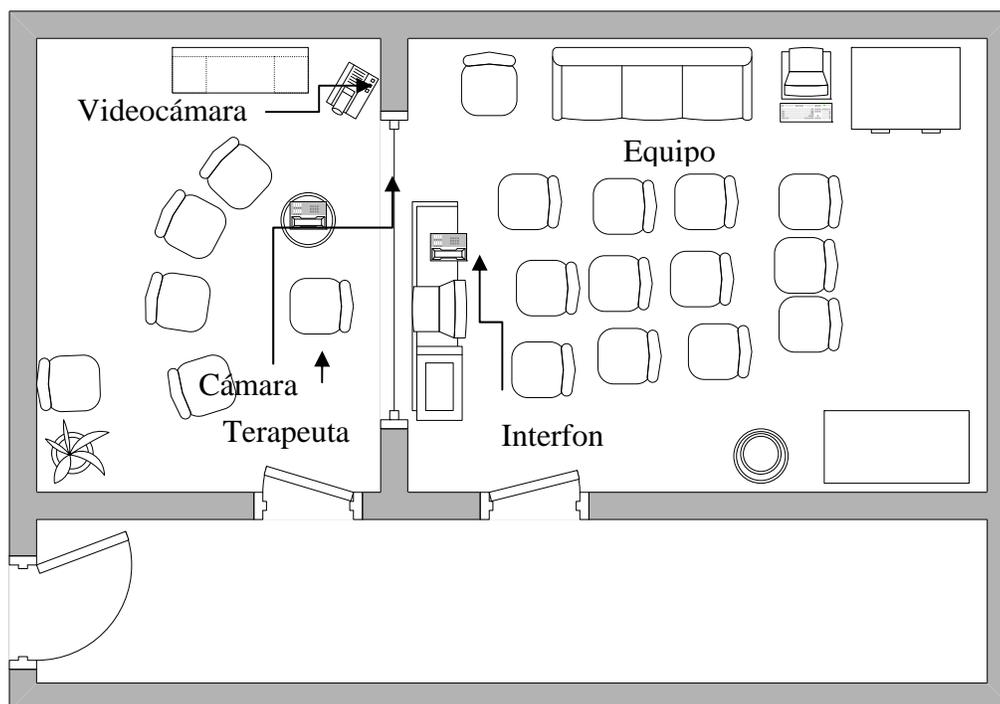
I.2. Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico

I.2.1. Descripción de los escenarios

Para ese efecto la labor de supervisión se lleva a cabo en tres sedes, que se describen a continuación:

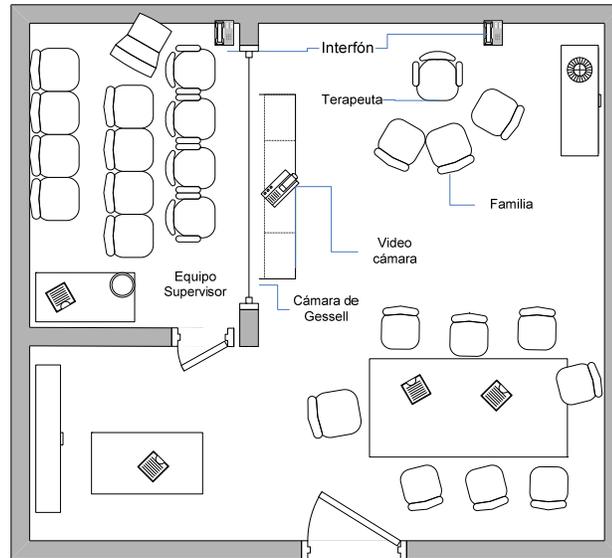
La clínica de terapia familiar, de la FES Iztacala. La cual se encuentra en el primer piso del edificio de endoperiodontología, dicha institución se encuentra ubicada en avenida de los Barrios numero 1, Colonia los Reyes Iztacala, en Tlalnepantla Estado de México.

Cuenta con una cámara de Gessell, un sistema de video, un intercomunicador (dos teléfonos) y el mobiliario necesario para llevar a cabo la labor terapéutica como se ilustra a continuación:



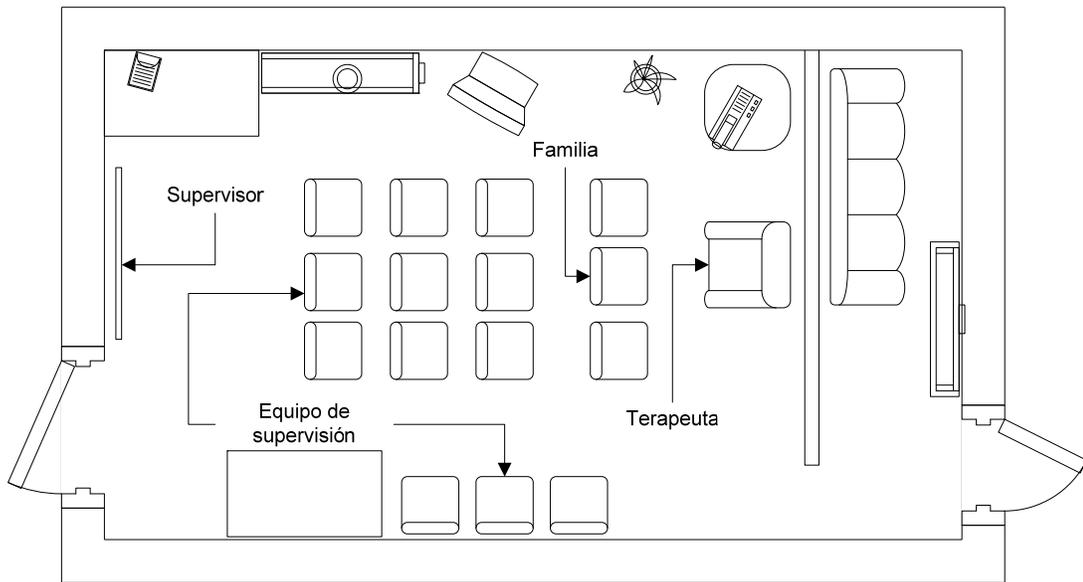
Descripción topográfica de la sede FES Iztacala

Otra de las sedes de supervisión está en el Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco (CCHA) ubicado en la Avenida Aquiles Serdán número 2060, Colonia ex Hacienda del Rosario, Delegación Azcapotzalco en el Distrito Federal, también cuenta con una cámara de Gessell, videocámara, interfon y el mobiliario necesario para el ejercicio clínico.



Descripción topográfica de la sede en el Colegio de Ciencias y Humanidades
“Azcapotzalco”

La Clínica de Medicina Familiar “Tlalnepantla” del ISSSTE; otra de las sedes está ubicada en la Calle Chilpancingo numero 68 col. Valle Ceylán, del municipio de Tlalnepantla Estado de México, a diferencia de las dos sedes descritas anteriormente este espacio no cuenta con cámara de Gessell, permitiendo una interacción más íntima en el sistema terapéutico total, la comunicación por parte del supervisor se lleva a cabo mediante un pizarrón, también cuenta con videograbadora y el mobiliario necesario, como se demuestra a continuación.



Descripción topográfica de la sede del ISSSTE “Tlalnepantla”

Análisis sistémico de los escenarios

A continuación se describe con base en la visión sistémica el ejercicio terapéutico desarrollado en las sedes descritas. De acuerdo con Desatnik (pp. 49, 2002) “desde la cibernética de segundo orden, que sostiene que el observador es parte del fenómeno observado, asumimos que el supervisor está incluido en el sistema terapéutico total, el cual está conformado por la familia, el terapeuta, el equipo de supervisión y en el supervisor. Al mismo tiempo que debe tener una visión del sistema en el que trabaja, de la familia, del terapeuta con la familia y con el equipo, así como la fuente de referencia, también tiene que tomar en cuenta su propia participación con el sistema, además de los vínculos con la institución global, donde la supervisión está insertada en un programa de formación en terapia familiar”. Lo cual hace evidente que el ejercicio terapéutico, se lleva a cabo con las particularidades que el contexto define, con base en la institución, el espacio y los lineamientos administrativos institucionales.

Particularidades de las sedes

	Clínica de Terapia Familiar FES- I	Clínica de Medicina Familiar ISSSTE “Tlalnepantla”	Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco
Contacto para el servicio	Dra. María Suárez Castillo	El Departamento de Psicología.	Departamento de Psicopedagogía
Forma de acceso	Anotación en lista de espera	Solo siendo derechohabiente del Instituto	Se llena una solicitud con datos generales de los solicitantes.
Supervisores	<ul style="list-style-type: none"> – María Suárez Castillo – Ofelia Desatnik Miechimski – Xochilt Galicia Moyeda – Luz de Lourdes Eguiluz. 	<ul style="list-style-type: none"> – Carmen Susana González Montoya – Ma. Rosario Espinosa Salcido. 	<ul style="list-style-type: none"> – Carolina Rodríguez
Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> – Estudiantes – Trabajadores de la FES-I – Público en general 	<ul style="list-style-type: none"> – Derechohabientes 	<ul style="list-style-type: none"> – Alumnos de la institución – Trabajadores.
Periodicidad del servicio	2 veces a la semana	Cada 8 días	Cada 8 días
Costo	\$50 pesos	Gratuito	Gratuito
Posibilidades multidisciplinarias	<ul style="list-style-type: none"> – Departamento de Evaluación Psicopedagógica – Clínica de Servicios Médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Todos los servicios médicos y sus especialidades 	<ul style="list-style-type: none"> – Departamento de Psicopedagogía
Difusión	A través del Departamento de Informes de la Clínica Universitaria para la Salud Integral.	Principalmente canalizados por los médicos familiares	Difusión por parte del Departamento de Psicopedagogía

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

La forma de trabajo consiste en un sistema terapéutico, donde el terapeuta se encuentra frente a la familia, en un espacio físico, acondicionado con un espejo unidireccional donde se encuentran situados el equipo supervisor, y el terapeuta responsable del equipo y en ocasiones, observadores en formación con la finalidad de insertarse en ese contexto y enriquecerse en su preparación, es factible encontrar un sistema de intercomunicación entre el supervisor y el terapeuta que se encuentra frente a la familia.

El trabajo en las tres sedes (FES Iztacala, ISSSTE Tlalnepantla y CCH Azcapotzalco) se realiza con base en la lógica de que en los cuatro semestres que dura la residencia, los terapeutas en formación participen en el sistema terapéutico total. Inicialmente, en las sedes se ha realizado la captación de los pacientes, y se le asigna una familia al terapeuta, el cual comienza el trabajo terapéutico, con una llamada telefónica inicial, que se realiza con la intención de obtener información respecto al motivo de consulta, los antecedentes familiares, el familiograma, los miembros que asistirán a la sesión y se acuerda la fecha y la hora de la sesión.

Durante la primera sesión se le explica a la familia, la forma de trabajo y se brinda información respecto a los elementos tecnológicos, (cámara de video, grabador de audio, televisión, en el caso de CCH Azcapotzalco, y FES Iztacala la cámara de Gessell), la presencia del equipo supervisor y las posibles intervenciones, ya sea por el intercomunicador o personalmente por parte del supervisor, en dicha sesión se obtienen los permisos escritos para realizar las grabaciones y se expone que es un trabajo estrictamente confidencial y profesional.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

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

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

La terapia familiar sistémica en su plataforma teórica y metodológica está conformada por tres pilares elementales los cuales son: la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética. De esta manera la terapia narrativa y los enfoques posmodernos, fueron influenciados por estas bases teóricas pero definieron su construcción y desarrollo con las ideas de la posmodernidad, el constructivismo y construccionismo social cuyas ideas también han influenciado a los modelos pioneros de terapia familiar. De tal forma a continuación se presentan las peculiaridades de las teorías mencionadas anteriormente y sus aportes a la terapia familiar.

Teoría General de los Sistemas

Trascurría la década de 1940 cuando apareció por primera vez como una disciplina científica la teoría general de los sistemas desarrollada por el biólogo alemán Ludwig Von Bertalanffy, quien define al sistema como un conjunto de componentes en estado de interacción, entendiéndose interacción tanto a las relaciones entre los elementos que componen el sistema, como a estos y al medio en que se encuentra.

Bertalanffy (1976), señala dos tipos de sistemas:

Sistema cerrado: Se considera así por su aislamiento del medio ambiente, ya que no llega a intercambiar por ningún motivo energía, ya sea de importación o exportación con su medio.

Sistema abierto: es el que interactúa con su medio, importando energía, transformándola y por último exportando la energía convertida, es decir, es todo ser vivo que intercambia materia con el medio ambiente.

Los sistemas vivientes, para que se mantengan necesitan de un continuo intercambio de componentes, por lo que son esencialmente sistemas abiertos, porque se mantienen en un continuo flujo de entrada y salida, aumentando y disminuyendo sus componentes, por lo que es capaz de producir cambios y por ende evolucionar. La característica principal de los

sistemas abiertos es su equilibrio dinámico. La definición básica entre sí, entre un sistema abierto y uno cerrado, es que el primero tiene que poseer una estructura propia de mantenimiento (retroalimentación), y que el segundo no la tiene.

Otro concepto esencial en la Teoría de los sistemas es de entropía la cual es definida como la medida de energía que contiene un sistema y se divide en dos tipos:

Entropía positiva, que es la medida de desorden que hay en un sistema.

Entropía negativa, es la medida de orden u organización de un sistema.

En los sistemas cerrados la entropía siempre es positiva, por lo que el desorden va a ser constantemente destruido, en cambio en los sistemas abiertos no solamente hay producción de entropía positiva que va ser ocasionado por procesos irreversibles, sino también la importancia de entropía que puede ser negativa; de este modo, los sistemas vivos se mantienen a sí mismos en equilibrio dinámico al cual se le ha denominado estado estable.

A continuación se presentan algunas de las ideas que son importantes para el entendimiento y desarrollo de la Teoría General de los Sistemas:

Inicialmente cabe mencionar que la epistemología ha salido del campo de la filosofía y se ha adentrado en el de la biología a través de los biólogos experimentales contemporáneos como McCulloch, Bateson y Bertalanffy (Keeney, 1987). Como ciencia, la epistemología es el estudio de cómo los organismos particulares o agregados de organismos conocen, piensan y deciden. Como filosofía, la epistemología es el estudio de los límites necesarios y otras características de los procesos del conocer, pensar y decidir. Desde este punto de vista la epistemología se ubica bajo la perspectiva de cómo conocen los que conocen, es decir en las propiedades del observador y no en las propiedades del objeto como aquello que se conoce. Afirma Bateson, “toda experiencia es subjetiva, son nuestros cerebros los que fabrican las imágenes que creemos percibir” (Bateson, 1993).

Bertalanffy, (1976). Define los Sistemas, “como complejos de elementos de interacción”, distingue entre sistemas abiertos y sistemas cerrados, considerando que todos los sistemas vivos son abiertos al intercambio de materia, energía e información con el entorno. Esta diferenciación puede establecerse en razón de que las estructuras que controlan los procesos de comunicación dentro del sistema se mantienen a la vez que se destruyen, se amalgaman y se regeneran o transforman, se descomponen y se recomponen. El mantenimiento de un sistema deriva de la noción de “sistema abierto”, con la cual se entiende que existe un flujo continuo de relaciones y comunicación desde el sistema hacia el entorno y a la

inversa, lo cual hace posible la regeneración continua del sistema, su transformación, en razón de las formas que toman esas relaciones en diferentes situaciones de tiempo o escenario.

Describiendo que los sistemas tienden a conservar un estado estable por lo que ante una perturbación estructural o funcional, dirigen sus interrelaciones entre los elementos que los componen de tal manera que recuperan el equilibrio. Afirma que en los sistemas cerrados hay una tendencia hacia la desorganización y destrucción del orden, en contraposición con los sistemas vivientes que tienden hacia la mayor heterogeneidad y organización, con lo cual hace desaparecer la aparente contradicción entre entropía y evolución (Bertalanffy, 1976).

La teoría general de los sistemas se elaboró con el fin de impulsar el desarrollo de sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamientos tradicionales del conocimiento, es decir, surgió como un intento de elaborar una metateoría que pudiera encontrar un cuerpo de conocimientos común a varias disciplinas científicas.

Esta teoría busca relacionar totalidades, a través de las interacciones internas y externas que tienen un ente o sistema con su medio. Por este motivo, estuvo en contra del reduccionismo de las disciplinas y abogaba por establecer dichas totalidades en el conocimiento científico. De esta manera, la Teoría General de los sistemas buscaba descubrir las similitudes o isomorfismos en las construcciones teóricas de las diferentes disciplinas cuando éstas existen, y desarrollar modelos teóricos que tengan aplicación al menos en dos campos diferentes de estudio Eguiluz, (2001).

Bertalanffy desarrolló conceptos asociados a los sistemas, que después serán retomados por la terapia familiar y que se refieren a las características de los sistemas como abiertos y cerrados.

Sistemas abiertos, sistemas cerrados y sistemas relacionales.

Como sistema cerrado se considera a aquellos sistemas que están aislados del medio, o mejor dicho, que no comparten energía o información con dicho medio. Los ejemplos de estos sistemas los encontramos en el área de la física y química (por ejemplo, los termos, esto es, recipientes con paredes adiabáticas, paredes que impiden el intercambio de calor hacia el exterior). Por el contrario, un sistema abierto es aquél que intercambia energía o información con su medio. En este sentido, los organismos vivos (incluyendo, por

supuesto, al individuo y a las familias) son considerados como sistemas abiertos debido a que mantienen un constante intercambio de información o energía con el medio en el que se desenvuelven.

Se entiende como sistema relacional al conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente Eguiluz, (2001). En este sentido, la familia se considera como un sistema relacional, pues el cambio de estado de un miembro familiar sigue al cambio de los demás miembros, que a su vez producen un cambio reiterativo en el sistema familiar total y en el sistema con su medio.

Propiedades de los sistemas.

Además de las características que definen a los sistemas y que se describieron en el texto anterior, resulta también útil poder describir otros conceptos entendidos como propiedades de los sistemas:

Entropía, y neguentropía. Tomado de la segunda ley de la termodinámica, se entiende que la entropía es el paso de un estado menos probable del sistema a un estado más probable, de tal forma que un sistema cerrado aumentará hacia su máximo, y éste se alcanza cuando se logra el equilibrio; esto quiere decir, que los cuerpos tienden hacia el caos o la desintegración como un estado natural. Tal como lo menciona Simon (1988) la entropía es una medida aproximada de la desorganización y el desorden.

Por otra parte “el concepto de neguentropía se usa para describir la cantidad de información organizada y coherente que contiene un mensaje codificado, un aumento de la información implica una reducción de la entropía, en estos términos la información y la neguentropía son esencialmente lo mismo” (Reséndiz, 2004).

Multifinalidad. Este concepto aborda la posibilidad de que el sistema inicie en el mismo punto de partida y que alcance diferentes resultados.

Equifinalidad. Aborda la posibilidad que tiene el sistema de alcanzar el mismo resultado o estado terminal aunque cambie o varíe el punto de partida.

Homeostasis. Este término no se obtuvo propiamente de la Teoría General de los sistemas, sino de la Biología, y ha sido integrado al cuerpo total de conceptos. Este concepto explica

la constancia relativa que guardan algunas funciones realizadas por el organismo. Son los procesos por los cuales se mantiene constante la situación material y energética de un organismo. Lo anterior significa que el organismo se autorregula para mantener un estado uniforme (autorregulación de temperatura, etc.).

En lo que se refiere a los sistemas familiares se pueden observar distintos principios

Totalidad: El comportamiento de los miembros de la familia no puede entenderse como la suma de los comportamientos de los distintos individuos, sino como algo cualitativamente distinto que incluye las relaciones existentes entre ellos.

Reglas de relación: En los sistemas se presentan reglas que definen la relación entre los componentes del sistema.

Ordenación Jerárquica: todo sistema tiene su propia organización y su propia jerarquía, en la que se define cierta responsabilidad y poder de decisión de algunos elementos sobre ciertas cosas y no sobre otras

Teleología: Es el proceso a través del cual los sistemas se adaptan a las distintas exigencias de los diferentes estadios del desarrollo, por los que atraviesa a fin de asegurar continuidad y crecimiento Psicosocial a sus miembros, este proceso ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones: “morfofostasis y morfogénesis”. Morfofostasis, mantiene la identidad y el equilibrio frente al medio, es la tendencia al no cambio. Morfogénesis: es el crecimiento y la tendencia al cambio. Estas dos funciones se articulan en un proceso complementario y dinámico. Cuando la tendencia al cambio excede los límites permitidos por el sistema, se activan mecanismos para contrarrestar esta tendencia y mantener la organización previa del sistema (Eguiluz, 2001).

La Teoría Cibernética

Desarrollada por Norbert Weiner, esta teoría favoreció a los estudios sobre comunicación, información, aprendizaje y control. Dicho autor acuñó el término para esta nueva ciencia y la definió como la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes Eguiluz, (2001). Define a su epistemología el enfoque en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio.

Estas ideas definieron un principio general de operación de sistemas automáticos consistente en la retroalimentación o feedback. Directamente relacionado al concepto de

homeostasis, se refiere a la capacidad que tienen los sistemas vivos para auto modificarse cuando se producen cambios significativos en su medio ambiente. De este término se desprenden los términos de retroalimentación positiva y retroalimentación negativa. La retroalimentación negativa se le concibe como el elemento regulador debido a que la desviación que produce información y que hace que el organismo intente contrarrestarla, mientras que la retroalimentación positiva lleva al cambio debido a que la información que regresa al sistema aumenta la desviación del mismo.

Weiner describió a la cibernética con base en la distinción de una cibernética de primer orden y una cibernética de segundo orden.

Cibernética de primer orden.

Esta cibernética se centraba en que existía una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales, que era regulada por el retorno de información para formar un “lazo” de control cerrado, es decir, se conceptualizaban a los organismos y a las máquinas como sistemas homeostáticos que buscaban mantenerse en equilibrio. La manera de lograrlo se daba cuando ocurría un cambio que desestabilizaba al sistema; entonces se suscitaba otro cambio autorregulatorio del sistema para retornar al equilibrio. Esta concepción del mantenimiento del sistema ayudaba a entender el no cambio más bien que el cambio. De aquí surgió la idea de los cambios de primer orden, que se refieren al intento del sistema por restablecer la situación que existía antes de que se presentara el cambio.

Otra característica de esta primera cibernética es que se consideraban como dos entidades separadas al observador del sistema y al sistema mismo, con lo que se aludía a que el observador podía mantenerse fuera del sistema sin influirle en nada. En terapia familiar, el símil era entendido como que los terapeutas familiares pretendían descubrir el funcionamiento y la realidad de estas familias, para crear las intervenciones que modificaran sus reglas y su interacción, participando como un observador externo, con una visión objetiva y sin que su sola presencia les influyera de alguna manera en su comportamiento.

Cibernética de segundo orden.

Una de las características de esta nueva cibernética es que se considera al observador como parte del sistema observado, estipulando su propia finalidad dentro de ese sistema. Esto

quiere decir que ya no se concibe la idea de que el observador puede permanecer ajeno, objetivo e imparcial al sistema que observa, sino que el mismo hecho de estar observándolo lo inmiscuye dentro del mismo, pues esta observación modifica al sistema, le da un nuevo camino, lo mueve de distinta manera. La cibernética de la cibernética (o cibernética de segundo orden) es pues, una manera de señalar la inclusión y participación de los observadores en los sistemas observados.

El otro aspecto importante es el que tiene que ver con una especie de meta cibernética, pues se habla de un orden superior de recursividad, de la posibilidad de buscar un cambio que cambie al sistema.

Las aportaciones de la segunda cibernética permitieron explicar la actividad terapéutica como la posibilidad de generar crisis o movimientos desequilibrantes y situaciones provocativas, destinadas a empujar a la familia a generar cambios cualitativos.

Causalidad Circular.

El concepto de causalidad circular es uno de los cambios epistemológicos más importantes para la terapia familiar. Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de “secuencia de conductas”. Innumerables elementos de un sistema son recíprocamente contingentes e influyen sus conductas entre sí de una manera compleja. Esto implica que todos los miembros del sistema se influyen entre sí y que no se puede pensar en una relación lineal (causa – efecto, uno causa algo que produce efecto en el otro) sino en una relación recursiva recurrente (relación circular), en la que lo que se percibe como causa también pudo haber sido efecto de una causa previa.

Desviación en el sistema.

Dentro de la segunda cibernética, se ha definido que, como el sistema trata de mantener una homeostasis, cuando se enfrenta a cambios ambientales que arriesgan su estabilidad, el sistema autocorrectivo entra en acción, desarrollando muchas respuestas, algunas de las cuales pueden ser consideradas como “desviadas”, pero estas desviaciones a la larga buscan que el sistema se mantenga tal cual. Al surgir un enfermo dentro de un sistema (comúnmente llamado dentro de la terapia familiar como “paciente identificado” este miembro desviado promueve la solidaridad y pone de relieve las reglas y normas del

sistema. Además, funge como mediador en los momentos en que el sistema cae en crisis (cuando surge un conflicto de riesgo en la familia) pues su presencia puede ser vital para contener el conflicto. Hoffman, (1998), pues señala que la presencia de un “chivo expiatorio” puede servir para señalar que un sistema que ya no era viable siguiera funcionando largo tiempo después de que debió morir.

Así, la manifestación de un síntoma, tal como lo señala Keeney (1991, p.143), representa “ciclos recursivos de retroalimentación de la conducta y experiencias intensificadas, que se organizan dentro de un sistema de interacción total”. En otras palabras, el síntoma es la válvula de escape que permite a todo el sistema sobrevivir. En este sentido, la enfermedad está implicada en todos los miembros del sistema existente y no sólo le incumbe al paciente identificado. De tal forma, la epistemología cibernética exige dejar de culpar a las personas identificadas como pacientes o a sus familiares por los problemas que los aquejan, pues considera que los síntomas son metáfora de una “ecología total” (Keeney, 1991).

En la práctica clínica de diversos enfoques de psicoterapia, la búsqueda de la eliminación de la conducta sintomática se verá reflejada en muchas acciones, de ellas la más famosa es la llamada “distribución del síntoma en el sistema” (implica que el terapeuta reconozca el papel que cada miembro juega en el mantenimiento del patrón de secuencias del síntoma y, en muchos casos, busca que todos los miembros reconozcan este papel, lo cual se hace mediante varias técnicas particulares).

Con respecto a la terapia familiar, la cibernética propone a las familias y más adelante al sistema terapéutico compuesto por familia y terapeuta, como sistemas autocorrectivos, guiados por los mecanismos de retroalimentación. Familia y terapeuta, como sistema, presentan la capacidad de realizar ajustes al entorno que implican una constante transformación como sistema.

Teoría de la Comunicación Humana

La Teoría de la Comunicación Humana fue desarrollada por Watzlawick, Beavin y Jackson (1997) y surge a partir del trabajo previo desarrollado por el proyecto que Gregory Bateson lideró y del cual surge también la famosa teoría del doble vínculo o de la doble atadura, en la que se habla de la existencia de comunicación a distintos niveles en la familia, entendida a partir del contexto en que se presenta.

En la obra mencionada, los autores se refieren a la emergencia del enfoque comunicacional, interaccional o sistémico en las ciencias del comportamiento. Se nota en este escrito la influencia de la cibernética y la teoría de los sistemas, entre otras disciplinas.

De suma importancia para la terapia familiar fue la enunciación de los 5 axiomas de la comunicación humana, pues a partir de ellos se pudo identificar los patrones o secuencias de interacción comunicacional que tenían las familias y en las cuales se podía incidir para fomentar un cambio de segundo orden. Por tal motivo es importante señalar a qué se refiere dichos axiomas:

1.- La imposibilidad de no comunicar.

Primer axioma: “Toda conducta es comunicación” (conducta verbal, tonal, postural, contextual, etc.). Como no hay nada que sea lo contrario a la conducta (actividad o inactividad, palabras o silencio), esto es, como es imposible no comportarse, por ende, también es imposible no comunicarse.

Cualquier comunicación implica un compromiso y define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor. Toda conducta tiene un valor de mensaje para el otro, es decir, no puede dejar de comunicar; por su parte el otro en la medida en que se comporta, no puede dejar de responder a nuestros mensajes.

2.- Los niveles de contenido y relación de la comunicación.

Segundo axioma: “Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una meta comunicación” Watzlawick (1997, p. 56). El nivel de contenido transmite información y puede referirse a cualquier cosa, independientemente de que sea falsa o verdadera. El nivel de relación transmite qué tipo de mensaje debe entenderse, es decir, el nivel de contenido transmite los datos y el nivel de relación transmite la manera en que deben entenderse (meta comunicación).

Una comunicación no sólo transmite información (aspecto referencial) sino que, al mismo tiempo, impone conductas (aspecto conativo).

3.- La puntuación de la secuencia de los hechos.

Tercer axioma: “La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes” Watzlawick (1997, p. 60). Para el observador, una serie de comunicaciones podría entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Sin embargo, los participantes en la interacción introducen la puntuación de la secuencia de los hechos, que tiene que ver con el recorte que cada uno de los participantes hace de los hechos, de la causalidad y de los efectos, de esta manera, cada uno podría explicar en dónde comienza y en dónde termina un circuito dado de interacción, desde la manera en que cada uno lo percibe. La falta de acuerdos con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones.

4.- Comunicación digital y analógica.

Cuarto axioma: “Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones” Watzlawick (1997, p. 68). Este axioma se refiere a dos tipos de comunicación, uno mediante una semejanza autoexplicativa (comunicación analógica, por ejemplo, los dibujos) y otro mediante palabras (comunicación digital). Todo lo que sea comunicación no verbal es analógica. Predominantemente, el aspecto relativo a la relación, es de naturaleza analógica, mientras que el aspecto relativo al contenido de un mensaje se transmite de forma digital, esto es, las palabras lisas y llanas que se vierten en los diálogos.

5.- Interacción simétrica y complementaria.

Quinto axioma: “Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia. (Watzlawick (1997, p. 70). En la interacción simétrica los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca; en la interacción complementaria cada uno de los participantes complementa la interacción del otro, uno de los participantes ocupa la posición superior o primaria y el otro la inferior o secundaria. Cada uno se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece razones para ella, sus definiciones de la relación se encajan.

La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia

Dichos autores desarrollaron teorías sobre la paradoja, la cual definen como una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes Watzlawick, (p. 173, 1997). Explican que un tipo particular de paradoja lleva a posiciones insostenibles ya que plantea una situación donde existe una relación complementaria (de subordinación) en la que se da una instrucción al subordinado que debe obedecer, pero también debe desobedecer para obedecerla y tal persona no puede salir fuera del marco para resolver la paradoja haciendo un comentario sobre ella, es decir, metacomunicándose. Los efectos de las instrucciones paradójicas en la interacción humana pueden llevar al doble vínculo que explicó Bateson.

La teoría de la comunicación humana surgió después de que el equipo que comandaba Gregory Bateson tomara diferentes caminos, y muchos de sus postulados derivaron directamente del trabajo que llevaron a cabo con él. Por eso, es importante hacer mención de Bateson y de su trabajo, que no nada más impactó a los creadores de la teoría de la comunicación humana, sino a todo el movimiento de la terapia familiar.

Bateson y sus investigaciones sobre grupos familiares

En la década de 1950, Gregory Bateson encabezaba un proyecto muy interesante que trataba de clasificar los tipos de comunicación por niveles (tanto de significado como de tipo lógico y de aprendizaje). Y fue durante 1942 a 1945 Bateson asiste a unas conferencias en Macy, Nueva York, donde se entera del concepto de retroalimentación de los sistemas, lo cual le permite tender el puente hacia la comunicación que estaba interesado por investigar más adelante (Eguiluz, 2001).

Conforma un grupo, integrado por Jay Haley, John Weakland, William Fry y posteriormente se incluye Don D. Jackson. Este grupo estaba interesado en estudiar también las pautas de transacción en la comunicación esquizofrénica, lo que a la postre derivaría en la teoría de “la doble atadura” o del “doble vínculo”.

Durante esta investigación con pacientes esquizofrénicos, notaron que si este mejoraba, otro miembro de la familia empeoraba o incluso la misma familia lo movía a mostrar el comportamiento irracional, a lo cual D. Jackson lo definió como “homeostasis familiar” (Hoffman, 1998) y lo entendía como “al sistema de información cerrado en que las variaciones del producto o el comportamiento son alimentadas para corregir la respuesta del sistema” (p. 28), Incluso Haley definía un proceso de servomecanismo en el cual “cuando una persona indica un cambio en relación con otra, la otra actuará sobre la primera de

forma tal que disminuya el cambio”. En estas dos concepciones se puede notar la influencia y aplicación a la comunicación esquizofrénica de conceptos derivados de la teoría general de los sistemas y de la cibernética.

A partir de ahí, el grupo de Bateson llegó a identificarse con la idea de la familia entendida como un sistema tendiente a mantener el equilibrio y empezaron a ahondar sus investigaciones en las diferencias de las pautas comunicacionales en estas familias.

La doble atadura.

Tal como lo menciona Hoffman (1998), la doble atadura o doble vínculo, describe un contexto de habituales callejones sin salida que se imponen entre sí las personas que se encuentran dentro de un sistema de relación y que a veces producen las respuestas conocidas como esquizofrénicas. Entendían a la doble atadura como una comunicación en muchos niveles, en que una demanda manifiesta en un nivel era solapadamente anulada o contradicha en otro nivel, de tal manera que tanto obedecer como desobedecer dicha demanda hacía que la persona no se pudiera escapar de violar o desacatarla. Un ejemplo puede ser peticiones u órdenes como “quíereme de manera espontánea”, “sé espontáneo”, “hazlo sin que yo te lo pida”. La única forma de responder a estas peticiones son: señalando cuán imposible son de realizarse (esto es, metacomunicándose), o abandonando el campo de interacción. Pero cuando no es factible ninguna de estas posibilidades, es entonces cuando los comportamientos “desviados” o “irracionales” hacen lugar.

Otra de las aportaciones de Bateson tiene que ver con lo que él llamó “la pauta que conecta” y la cual se refiere a que los comportamientos de un sistema (llámese familia, por ejemplo), están conectados a través de circuitos recurrentes y que lo importante de ello es explorar estas pautas que permiten entender cómo están conectados los distintos elementos de dicho sistema.

Bateson pasó de explicar los fenómenos desde una causalidad lineal a una causalidad circular. Para él, la causalidad lineal era útil para explicar fenómenos en el mundo de los objetos sin vida, ya que son inanimados y no poseen la capacidad de interactuar. La causalidad circular cumple mejor la función de explicar los fenómenos del mundo de las formas vivas, en las que no sólo son importantes las fuerzas sino también la información y las relaciones que son constantemente modificadas por cadenas recursivas de información.

Propuso el concepto de cismogénesis para referirse al proceso de diferenciación de las normas de comportamiento individual como resultado de la interacción acumulativa entre individuos (Hoffman, 1998). Este proceso incluía las pautas de interacción simétricas y complementarias.

Como se percibe, mucho del trabajo hecho por Bateson y su equipo fue retomado por los investigadores de la nueva teoría de la comunicación humana y tanto Bateson como estos teóricos influyeron en el surgimiento y desarrollo de muchas escuelas de terapia familiar. Veamos ahora las teorías del posmodernismo, constructivismo y construccionismo social y su impacto dentro de la terapia familiar.

Posmodernismo, constructivismo y construccionismo social

El principal logro de la modernidad en el desarrollo de la sociedad occidental desde el siglo XVIII ha sido su éxito parcial en potenciar la liberación de los individuos de las demandas constrictivas y determinantes dictadas por la religión, el estado, la clase social, más actualmente y en una lucha latente por dicha liberación también figuran la raza, y el género y todo aquello que impidiera la libre elección personal. Parry (2001) señala que a su juicio el agotamiento de este movimiento y su transformación en posmodernidad se apoya en la percepción creciente de que las creencias que habían sustentado las limitaciones que la modernidad cuestionó ahora ya no son consideradas incuestionables ni siquiera necesarias.

El movimiento posmodernista abandona la fe que se tenía puesta en la modernidad, lo cual derivó en que el progreso tecnológico y humano se daría por la acomodación de conocimiento legítimo. El posmodernismo rechaza la idea de un universo cognoscible y señala la presencia de realidades divergentes constituidas socialmente y situadas históricamente, reconociendo que no existía un solo tipo de conocimiento verdadero sino que existían conocimientos locales, con base en la idea de que la comprensión humana es una construcción negociada entre redes conceptuales de personas en transacciones en el mundo. El pensamiento posmoderno propone la coherencia y la viabilidad como valores epistémicos dejando de lado los criterios de validez del conocimiento derivados de un lenguaje configurado como una representación icónica del mundo real por lo cual el conocimiento es entendido como una práctica discursiva socialmente construida, cuyo carácter local y contextual legitima múltiples narrativas derivando en varias perspectivas de

diferentes abordajes dirigidos hacia la construcción de significados útiles a los propósitos humanos.

Una vez definido lo anterior se hace evidente que el uso del lenguaje resulta prioritario para la construcción de realidades, lo cual nos da la pauta para definir las particularidades y aportaciones del constructivismo.

Constructivismo

Adopta la idea posmoderna cuestionando la visión del mundo objetivista prevaleciente en la cultura occidental ya que describe la construcción del saber a partir del proceso intrínseco del individuo; mientras que el Construccionismo social intenta vincular las fuentes de la acción humana en las relaciones sociales ubicando el saber en el interior de las diferentes formas de relación. (Gergen, 1990).

El pensamiento constructivista señala que el lenguaje es una forma de acción y no un sustituto, que los significados que se hacen del mundo y de su vida dependen del contexto en que se usan las palabras y símbolos. En esta línea de pensamiento los problemas no son simples circunstancias, sino valoraciones (con palabras y símbolos) de ese mundo que les aqueja. Lo cual deriva en que los problemas se crean y mantienen en el dominio del lenguaje y deben resolverse en dicho dominio. No niegan la verdad de la realidad social pero, a diferencia del objetivista, no se limita a ésta. Con base en lo descrito anteriormente se exponen algunas de las ideas propias del constructivismo

- El constructivismo no niega la realidad pero asegura que el sujeto crea constructos para describirla.
- Es un modo de pensar y no una descripción del mundo.
- Genera un pensamiento hipotético
- No intenta describir una realidad absoluta lo explica en razón de fenómenos de nuestra experiencia
- Su función consiste en percibir el mundo tal como es visto y no tal como debería ser.

El Constructivismo se basa en los fundamentos tradicionales del individualismo occidental, definiendo la construcción del saber a partir del proceso intrínseco del individuo; por su parte el Construccionismo Social intenta vincular las fuentes de la acción

humana en las relaciones sociales ubicando el saber en el interior de las diferentes formas de relación (Gergen,1990).

Construccionismo social.

Surge después del constructivismo; En ambas posturas no se considera que lo que el sujeto conoce refleje una realidad objetiva, sino una realidad subjetiva formando así una construcción. Para el Construccionismo Social dichas construcciones de la realidad se dan por el intercambio de información del sujeto con los demás, esto es, se enfatiza que la realidad es co-construida, que el mundo del individuo es un mundo social pues la generación de significados se da por la interacción entre los sujetos. Por lo cual si sujeto y objeto se interconstituyen podemos definir de la singularidad y la multiplicidad de los contextos y de las culturas en la generatividad del lenguaje para la definición del self y del mundo, (Grandesso, 2002)

El construccionismo social, sostiene que la realidad se construye socialmente, por medio del lenguaje y de las relaciones que se suscitan en los contextos en los que nos desenvolvemos, por medio del lenguaje externo compartido con los demás y el lenguaje interno entablamos nosotros mismos para la construcción de la conciencia. Se remarca la importancia entonces de las conversaciones que tiene el sujeto consigo mismo y con los demás (Gergen (1996).

Dicho autor señala la sociedad está estructurada lingüísticamente, el lenguaje hace al mundo y al sujeto, y estos son algunos supuestos construccionistas:

- Los términos mediante los cuales describimos el mundo y a nosotros mismos no están dictados por los objetos de tales descripciones.
- Los términos y formas mediante los cuales comprendemos el mundo y a nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambios históricos y culturales.
- La medida en la cual una descripción dada del mundo o de nosotros mismos se mantiene a través del tiempo, no depende de la validez empírica de la descripción, sino de las vicisitudes del proceso social.
- El significado es un derivado del uso social.
- Apreciar las formas existentes de discurso, es evaluar patrones de vida cultural.

El Construccionismo Social y la Terapia Familiar

Anderson (1997) explica que la comunicación y el discurso social producen y definen la organización social y los sistemas socioculturales. Los sistemas humanos son sistemas relacionales basados en la interacción lingüística, generamos significación a través del lenguaje; la significación es un proceso interactivo e interpretativo y con base en esto la interacción sistema familia y problema se explican dentro de una conversación, desde este punto de vista un sistema terapéutico es un sistema lingüístico relacional en el que dos o más personas (como mínimo, un cliente y un terapeuta) generan significación. Los sistemas terapéuticos se forman y se distinguen como tales, en función de su pertinencia comunicacional por lo general definida en términos de (problemas) entonces desarrolla su propio lenguaje y sentido en función de su organización específica y de su forma específica de “disolver” el problema.

Las personas ingresan en terapia por muchas razones; usualmente, porque han llegado a un punto de quiebra conversacional y de pérdida del sentido de autonomía, ya sea como individuos o como miembros de una familia o de otro sistema relacional. Han perdido la capacidad de dialogar y la fe en sus posibilidades de resolver con eficacia sus problemas; han perdido el sentido de la competencia y de dominio de sí mismos. Los significados, la narrativa, la historia les limitan la libertad para encarar problemas y les inspiran en cambio una sensación de empobrecimiento. Cada problema se concibe como un conjunto singular de sucesos o experiencias que sólo tiene significado en el contexto de intercambio social donde ocurrió. Cada persona envuelta en un dilema tiene su propia historia acerca de cómo evoluciono el dilema de que se trata y que debería hacerse.

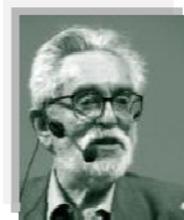
Por su parte Grandesso (2002), define que el terapeuta puede ser considerado como un agente de transformación social a la cual contribuye con su experiencia personal y profesional y su posicionamiento político, que implican necesariamente una ética de las relaciones cuyos rasgos más significativos son la conciencia y la autorreflexividad.

Los abordajes terapéuticos posmodernos tienen su base epistemológica en el construccionismo y conforman un espectro bastante amplio de posibilidades. Entre las cuales destacan los abordajes narrativos, los colaborativos y los equipos de reflexión que se describen a más adelante.

II.1.2. Análisis de los principios teórico – metodológicos de los modelos de intervención

a) MODELOS SISTEMICOS:

- **TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL**



Salvador Minuchin

Introducción y antecedentes del modelo.

El modelo Estructural desarrollado por Salvador Minuchin es caracterizado por las acciones terapéuticas demostrativas, decididas, atrevidas y directas. Dichas peculiaridades de intervención las perfiló gracias a su experiencia de trabajar con familias de extrema pobreza que requerían la resolución urgente de su problema. Elaborando así un modelo con una manera adecuada de intervenir en dichas familias y en este proceso sistematizó su modelo terapéutico, poniendo el énfasis en la evaluación estructural de cada sistema familiar. Para las familias prevalecientes en el contexto en que se desarrolló esta forma de intervención, no era adecuada la intervención que buscaba hacerles reflexionar y analizar a los consultantes sobre el problema, que era la tendencia general del trabajo psicodinámico.

Exponentes principales y sus aportaciones.

Desatnik (2004) describe que Salvador Minuchin inicio su trabajo en Estados Unidos en 1965 como director de la Child Guidance Clinic de Filadelfia, trabajando inicialmente con Jay Haley, Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte, Bernice Rosman su esposa

Pat Minuchin, en esta clínica se brindaba atención terapéutica y se entrenaba a los nuevos terapeutas y a personas no profesionales para trabajar con comunidades marginadas.

Principios básicos.

Desde esta perspectiva se busca comprender las relaciones entre los miembros de la familia con base en la metáfora de la estructura que nos permite percibir la totalidad de su organización. Por lo cual la familia requiere ser conceptualizada por medio de varios términos abstractos tales como la relación, jerarquía, límites, reglas, para poder definir la estructura relacional familiar y evaluar la totalidad de la organización relacional del sistema; el modelo Minuchiano busca ubicar la función del síntoma del paciente identificado dentro de la estructura familiar. La conducta desadaptativa o disfuncional de un individuo se analiza en función de la estructura familiar al que éste pertenece. Así, se trata de identificar el contexto relacional de cada familia que sostiene el comportamiento sintomático del paciente identificado, dentro de su organización y busca modificar la estructura familiar con el fin de preparar una condición favorable para el cambio del síntoma. La ubicación del síntoma dentro de la estructura relacional de la familia permite una lectura distinta del síntoma del paciente identificado por lo cual Minuchin parte de que el síntoma es el medio por el cual la familia fomenta la estabilidad en la estructura y vuelve rígidos sus roles, funciones y pautas de interacción.

Para Minuchin, la familia sirve a tres grupos de funciones que se relacionan entre sí:

- a) Dirige y refuerza el desarrollo de la personalidad de sus integrantes,
- b) Forma un grupo de personas que la sociedad trata como una entidad y
- c) Crea una red de relaciones de parentesco, proporciona status, incentivos y roles para sus miembros dentro de sistemas más amplios.

Dichas funciones derivan en dos objetivos distintos uno interno que brinda a los miembros la protección psico-social y uno externo que ofrece la acomodación y transmisión de una cultura. La familia también imprime un sentido de identidad (Pertenencia) y un sentido de separación (individuación).

Minuchin (1992) señala que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar a la cual describe como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Dentro de la estructura familiar se pueden identificar las siguientes formas de interacción:

- a) Subsistemas. Lo primero que Minuchin considera es la percepción de la familia en términos de sistema abierto, compuesto de subsistemas, a lo que él llama holones utilizando una palabra griega que significa parte-todo, es decir, la parte por el todo. Cada uno de los cuales, vistos en términos sistemáticos mantienen una jerarquía en una familia se distinguen:
 - El holón individual, holón conyugal, holón parental y holón fraterno.

- b) los límites, que están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia, tienen la función de proteger la diferenciación del sistema (Minuchin, 1992) y pueden ser de tres tipos:
 - Claros que definen las reglas de interacción con precisión.
 - Difusos que no definen las reglas de interacción con precisión y caracterizan a las familias con miembros muy dependientes entre sí.
 - Rígidos que definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes, desligados.

- c) Los límites al exterior del sistema implican reglas de interacción entre la familia y otros sistemas.
 - Jerarquía, que hace referencia al miembro con mayor poder en la familia
 - El conforme al territorio emocional se describe:
 - **Centralidad**, miembro con base en el cual gira la mayor parte de las interacciones familiares; dicho miembro puede destacarse por cuestiones positivas o negativas
 - **Periferia**, miembro menos implicado en las interacciones familiares
 - Alianzas, se refieren a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro
 - Coaliciones, que son la unión de dos o más personas para dañar a otra
 - Hijo (a) Parental, es aquel miembro de la familia que asume el papel de padre o madre.

Para Minuchin (1992) la familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja. Las cuatro etapas son:

- a) Formación de la pareja, impera el compromiso en el nuevo sistema, para su funcionamiento la nueva familia debe mantener importantes contactos y al mismo tiempo crear un holón que permita el crecimiento íntimo de pareja, armonizar los estilos y expectativas diferentes y la elaboración de pautas viables para expresar y resolver conflictos.
- b) La pareja con hijos pequeños, se torna necesario la aceptación de nuevos miembros además se crea el holón parental, Los padres deben establecer reglas que garanticen el cuidado de los niños y a la vez alienten el crecimiento, Deben negociar contactos nuevos con el mundo exterior (abuelos, tíos y tías, primos, etc.)
- c) La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes en este punto se presenta un aumento de la flexibilidad de los límites familiares, Los hijos comienzan a ir a la escuela, los padres ayudan a las tareas escolares, se establecen horarios para acostarse, estudio, esparcimiento, etc. Los padres deberán negociar con el adolescente las reglas y los derechos. Los padres deben renegociar el ingreso de los abuelos a la vida familiar debido a la disminución de sus fuerzas o a la muerte de uno de ellos por otra parte comienza el proceso de separación.
- d) La familia con hijos adultos se caracteriza por la necesaria aceptación de múltiples entradas y salidas del sistema familiar. Los hijos adultos joven, van creando sus propios compromisos, con un estilo de vida, carrera, amigos o un cónyuge. Los padres vuelven hacer el holón familiar esencial, reexperimentando su relación conyugal. Puede ser una etapa de pérdida pero también de un notable desarrollo de los cónyuges.

Minuchin también señala que cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema. Sin embargo, hay familias que pueden permanecer en una misma etapa a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación (nacimiento de un hijo (a), crecimiento de los hijos (as) con lo que ello implica como puede ser ingreso al ámbito educativo formal, cambio de nivel escolar, cambio de escuela, alejamiento del hogar por cuestiones de trabajo, por estudios, matrimonio, etc.). Este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a la disfuncionalidad familiar.

La evolución de los miembros y los subsistemas de la familia originan una presión interna en esta y los externos que influyen también en los miembros de la familia, a los cuales se deben acomodar. La respuesta a estos requerimientos externos e internos exige una transformación y acomodación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones para que crezcan y el sistema familiar conserve su continuidad. En este proceso de evolución las dificultades de adaptación son inevitables (Minuchin, 1995)

En la terapia familiar estructural se evalúa la organización relacional principalmente a partir de los conceptos mencionados. Por lo cual, el síntoma del paciente identificado se ubica dentro de la estructura familiar en su forma total y se intenta cambiar el aspecto disfuncional de la organización familiar relacionado con la existencia del problema. Con base en esta hipótesis estructural, se realiza una intervención intencionada para generar un cambio estructural específico.

El diagnóstico estructural implica plantear hipótesis que intenten explicar la relación entre interacciones sistémicas que se dan en el contexto de la familia y el o los síntomas de sus miembros. Así mismo es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de su experiencia y observaciones relacionadas con su proceso de unión con la familia. El terapeuta se acomoda a la familia para formar un sistema terapéutico seguido por su evaluación de las experiencias de la interacción de la familia en el presente.

Desde un principio, el terapeuta de familia debe tomar cierta posición de liderazgo. Como cualquier líder, deberá adaptarse, seducir, someterse, apoyar, dirigir, sugerir y obedecer a fin de conducir.

Las maniobras de coparticipación se clasifican según diferentes posiciones de cercanía o joining, básicamente proporciona a la familia y al terapeuta un ambiente cómodo, de confianza y aceptación, para esto, como terapeutas familiares optamos por una postura de confirmación de aceptación en una relación simétrica, ya que esto nos permite crear el sistema terapéutico la cual implica que el terapeuta se mueva con espontaneidad, en este punto utilizamos tres movimientos:

- a) **Posición de Cercanía:** En una situación de proximidad el terapeuta puede entrar en convivencia con miembros de la familia coaligándose con un miembro contra otros.

El instrumento más útil es la confirmación; el terapeuta valida la realidad de los holones con los que participa. Busca los aspectos positivos y se empeña en reconocerlos y premiarlos.

- b) **Posición intermedia:** Es en la que el terapeuta intervine como un oyente activo, neutral. Asiste a la gente para que cuente lo que le pasa es conocido como rastreo lo cual no supone solo ir detrás, sino orientar con tacto el ensayo de conductas nuevas.
- c) **Posición distante:** El terapeuta puede también coparticipar con la familia desde una posición distante. En este caso se apoya en su condición de especialista para crear contextos terapéuticos que procuran a los miembros de la familia el sentimiento de ser competentes o la esperanza del cambio, implica la dirección de las interacciones, aceptación y promoción de algunos y rechazo a otros, el terapeuta presiona activamente para modificar rutinas (crea contextos nuevos, es decir, escenarios diferentes de interacción).

En la terapia estructural la intervención se distingue por un cambio que se produce cuando la familia se reequilibra sobre una nueva estructura adecuada en la etapa del ciclo vital. El objetivo terapéutico es cambiar la organización familiar, los límites entre sus subsistemas y las jerarquías. Las técnicas de intervención se dirigen a provocar una crisis en la estructura familiar.

Técnicas

Para la práctica terapéutica Minuchin plantea las tres estrategias principales, cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas. Las tres estrategias son: *Cuestionamiento del síntoma*, *Cuestionamiento de la estructura familiar* *Cuestionamiento de la realidad familiar*.

Reencuadramiento (cuestionamiento del síntoma)

a) Escenificación

Es la técnica a través de la cual el terapeuta pide a la familia que muestre la dinámica cotidiana en su presencia. Así construye una secuencia interpersonal en la sesión, en la que se ponen en escena interacciones disfuncionales de los miembros de la familia. En el momento mismo de la escenificación se produce el descubrimiento de conflictos que en un principio no parecían importantes pero que tienen que ver con el problema presentado y que todos tienen que ver con este. Dentro de todo este proceso, el terapeuta no sólo es un observador, sino que se asume como un participante activo. La hipótesis es que la estructura familiar se vuelve manifiesta en estas interacciones y que el terapeuta en

consecuencia, obtendrá una visión de las reglas que presiden las pautas de interacción dentro de la familia. Esta técnica se da en tres movimientos:

- **Primer movimiento.** El terapeuta observa las interacciones espontáneas entre los miembros de la familia esencialmente para ver cómo funciona esta.
- **Segundo movimiento.** El terapeuta organiza secuencias escénicas, provocando las interacciones.
- **Tercer movimiento.** El terapeuta dirige situado en la periferia de la disposición escénica que el mismo creó y observa el modo en que los integrantes interactúan.

b) Enfoque

Esta técnica consiste en deslindar la información que la familia proporciona, ya que como es sabido, los pacientes muchas veces inundan al terapeuta con datos que para los primeros todos son importantes. El terapeuta debe jerarquizar esta información e ir dirigiendo la más importante hacia un foco de tratamiento. Es decir, primero seleccionar un enfoque y en segundo lugar un tema para trabajar sobre él. En este proceso, la familia experimenta la transformación de su percepción; algo que le parecía trivial pasa a ser considerado relevante.

c) Intensidad

El terapeuta debe saber modular la intensidad de las informaciones tratadas en la terapia. Los miembros de la familia tienen una sensibilidad auditiva discriminatoria. Que presenta campos de sordera selectiva regulados por su historia común. El terapeuta necesita hacer que la familia escuche, y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia. Lo anterior se logra mediante intervenciones destinadas a intensificar los mensajes terapéuticos, estas intervenciones pueden ser las siguientes:

- **Repetición del mensaje.** El terapeuta repite el mensaje varias veces en el curso de la terapia. La repetición puede ser tanto sobre el contenido como sobre la estructura.
- **Repetición de interacciones isomórficas.** Esta técnica implica la anterior, sin embargo, va dirigida a otro nivel lógico, que incluye mensajes que en la superficie parecen diversos pero que son idénticos en un nivel más profundo.
- **Modificación de tiempo.** Consiste en alentar a los miembros de la familia para que continúen interactuando después que las reglas del sistema han puesto luz roja o

amarilla Esta técnica, por lo tanto, apunta a pedirle al padre que hable menos y permita al hijo hablar más.

- **Cambio de distancia.** La cercanía o lejanía en que se colocan los miembros dentro del sistema terapéutico, son datos que sirven para ir corroborando la jerarquía de los conflictos.
- **Resistencia a la presión familiar.** Un aspecto teórico importante de terapia familiar es que la familia presenta una resistencia al cambio, en ocasiones no hacer puede provocar intensidad sobre todo cuando el terapeuta no hace lo que el sistema familiar “desea que haga”.

Reestructuración (cuestionamiento de estructura familiar)

Para esta estrategia es importante, tener en cuenta la característica sistémica de jerarquía, esto significa reglamentar las funciones y relaciones subsistémicas (subsistema conyugal, parental, filial, fraterno). Con base en la evaluación estructural de la organización familiar, lo que se busca es modificar los sectores disfuncionales que a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa. Tras vivenciar la interacción familiar como un miembro participante, el terapeuta puede formular el diagnóstico estructural de manera más viva: pone de manifiesto coaliciones, alianzas, conflictos explícitos e implícitos, así como los modos en los que los miembros de la familia se agrupan en la resolución de conflictos. El cuestionamiento de la estructura familiar se realiza por medio de este proceso para el cual se plantean técnicas tales como: la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.

a) La fijación de fronteras y límites.

La fijación de fronteras significa la intervención terapéutica que modifica las reglas relacionales que demarcan diferencias entre los subsistemas. El terapeuta propone directa e indirectamente cambiar las alianzas y las coaliciones de los miembros de la familia.

- **La distancia psicológica.** La tarea del terapeuta es una intervención que apunte a crear fronteras nuevas. Puede pedir a los miembros de la familia que cambien de asiento, si el terapeuta imparte su directiva de una manera clara y lógica, los miembros de la familia por lo general cumplen.

- **Duración de la interacción.** Extender o alargar un proceso puede ser un recurso para demarcar subsistemas o separarlos. Esta técnica se refiere principalmente a modificar el subsistema terapéutico aplicándolo fuera del consultorio, de tal forma el terapeuta se empeña en gobernar las fronteras para ser eficaz, la terapia tiene que perdurar fuera de la sesión.

b) **Desequilibramiento.**

Con la técnica de desequilibramiento se busca cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. De acuerdo al modelo estructural, el terapeuta funge el papel de perito del sistema y el de líder de la empresa terapéutica.

Por su lado, el terapeuta tiene que saber aprovechar esta posición para introducir las nuevas modalidades de las relaciones jerárquicas. Para esto, el terapeuta coparticipa con la familia y apoya a un individuo o a un subsistema a expensas de los demás. Se alía con un miembro de la familia que está situado en una posición jerárquicamente inferior, así, introduce en la familia nuevas modalidades, atreviéndose a explorar terrenos no habituales de funcionamiento personal. El terapeuta debe tener cierto control al respecto para que esta alianza terapéutica no se prolongue por demasiado tiempo.

- **Alianza alternante.** Esta puede verse como variante de la anterior, la diferencia es que el terapeuta alterna su alianza con dos miembros del sistema, la meta de esta técnica consiste en atribuir a cada subsistema pericias diferentes y complementarias; de este modo, en lugar de competir por la jerarquía dentro del mismo contexto.
- **Ignorar a un miembro de la familia.** Esta técnica apunta principalmente a desequilibrar el sistema, el terapeuta ignora a un miembro de la familia tal como si fuera invisible, es decir, como si no existiera, una variante más difícil de esta técnica se aplica cuando la meta del terapeuta es cambiar la posición de un miembro de la familia de hace las veces de poderosa central de operaciones.
- **Coalición contra miembros de la familia.** Este tipo de participación del terapeuta lo confronta a tener un enfrentamiento y de utilizar su posición jerárquica. Como consecuencia de esta técnica el miembro blanco de ella se tensiona, pero el miembro de la familia que entre en coalición con el terapeuta no queda menos tensionado, el participa en la coalición al precio de ser capaz de rebasar el umbral de interacciones habituales y de apoyar al terapeuta en un franco desafío a un miembro poderoso de la familia.

c) **Complementariedad.**

Esta estrategia cuestiona la idea de jerarquía lineal; esto se refiere a que para que una persona sea padre es necesario que exista un hijo y viceversa. Si los miembros de la familia tienen capacidad de contextualizar su propia experiencia del sí mismo de manera que la relación con el sí mismo de otro, percibirán una estructura diferente, esto es, la libertad de las partes es interdependiente. Hay tres aspectos a cuestionar:

- **Cuestionamiento del síntoma.** El terapeuta introduce incertidumbre, en cuanto a que el problema sea de un solo miembro de la familia, es decir, el paciente individualizado, que hacen los demás para que el problema se mantenga.
- **Cuestionamiento del control lineal.** El terapeuta cuestiona la idea de que un solo miembro pueda controlar el sistema familiar, técnica se basa en que cada persona es el contexto de las demás, nos referimos al concepto de reciprocidad. Existe una técnica genérica para definir la reciprocidad, el terapeuta expone la conducta de un miembro de la familia y atribuye a otros la responsabilidad de la conducta
- **Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.** Esta técnica parece ser la que presenta mayores dificultades ya que implica cuestionar el modo en que la familia observa y explica lo que sucede. El terapeuta cuestiona la epistemología de la familia introduciendo el concepto de un tiempo ampliado y encuadrado en la conducta individual como parte de un todo más vasto.

Construcción de realidades (cuestionamiento de la realidad familiar).

Las familias se organizan según la realidad que ellos mismos han creado, y es así como la experimentan. Esta estrategia de desafío se basa, por lo tanto, en el principio de que las pautas de interacción de la familia se dan de acuerdo a la realidad tal como es vivenciada y contiene modalidades de experiencia. En el espacio clínico, el terapeuta toma los datos que la familia le ofrece y los reorganiza.

- a) **Construcciones.** Esta técnica permite relajar la rigidez referencial y preferencial de la forma en que la familia percibe las cosas y con esto constituye una "realidad terapéutica", el terapeuta tiene que tener cuidado de no seleccionar la realidad que el percibe (en cuanto a su propia realidad familiar), es importante construirla con arreglo a una meta terapéutica, es decir, modificar la concepción del mundo y crear una

realidad que no haga necesario el síntoma. Las maneras de abordar esta técnica son tres:

- **Símbolos universales.** La fuerza de las construcciones universales reside precisamente en el hecho de que se refieren a cosas que "todo el mundo conoce". Con base en las creencias socialmente aceptadas, el terapeuta puede cuestionar la interacción familiar acostumbrada y hacer sus intervenciones apoyándose en la conceptualización de la familia como institución, es decir, "la familia tiene como función proteger a los miembros de esta".
- **Verdades familiares.** En este caso nos referimos a las justificaciones que la familia utiliza para describir su realidad, Para esto el terapeuta tiene que poner atención a las justificaciones que la familia aduce en sus interacciones y utilizar su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento.
- **Consejo especializado.** Una vez que el terapeuta ha seleccionado, de la propia cultura de la familia, las metáforas que simbolizan su realidad reducida, las utilizará para flexibilizar la definición que la familia tiene acerca de su vida. El terapeuta puede aprovechar su posición profesional y presentar a la familia una explicación diferente sobre su interacción.

b) **Paradojas** El uso de la paradoja requiere de cierta especialización por parte del terapeuta ya que es todo un proceso y para su aplicación, revisaremos brevemente los tres supuestos básicos de Peggy Papp 1) una familia es un sistema autorregulador, 2) el síntoma es un mecanismo de autorregulación y 3) el concepto de resistencia sistémica al cambio, que es consecuencia de los dos anteriores. Minuchin planteó la utilidad de las intervenciones paradójicas para cambiar la estructura disfuncional de la familia que es el objetivo principal del modelo estructural. Son tres las principales técnicas para aplicar una paradoja sistemática:

Intervenciones basadas en el desafío.

- **Redefinición.** Tiene como propósito cambiar el modo en que la familia ve el problema. Redefiniendo el síntoma deja de ser un elemento ajeno al sistema para convertirse en parte esencial de él. A fin de preservar la estabilidad familiar, la definición dirá que la conducta mantenedora del síntoma obedece a motivos

benévolos. La ira se definirá como ternura, el sufrimiento como abnegación, el terapeuta no intentará modificar el sistema directamente; más bien lo apoyará respetando la lógica afectiva interna con que se desenvuelve.

- **Prescripción.** Una vez definido de manera positiva, se prescribirá como conclusión inevitable de la lógica de la propia familia aquel mismo ciclo de interacción que es el que produce el síntoma. Cuando este ciclo se pone en escena de manera consciente pierde el poder que tenía para producir el síntoma.
- **Restricción.** Como punto final al proceso de la paradoja terapéutica, la restricción se utiliza cada vez que la familia manifiesta cambios positivos y lo reconocen así, el terapeuta debe cuestionarlos en el sentido de dudar de que realmente haya cambios. Deberá refrenarlos si el síntoma es en efecto un elemento esencial en el funcionamiento de ese sistema, y el terapeuta respete el sistema no podrá menos que lamentar cualquier cambio.
- **Coro griego.** El grupo detrás del falso espejo hace comentarios en el momento entre sobre la interacción entre la familia y el terapeuta, es la voz del profeta de la familia, que proclama las verdades sistémicas en el seno de ella y predice el curso futuro de los sucesos. Los mensajes se formulan en colaboración con el terapeuta, quien tiene la última palabra sobre su contenido y decide la posición que adoptará frente a ellos. Según lo juzgue conveniente el terapeuta. El grupo se utilizara para apoyar, enfrentar, confundir, cuestionar, cuestionar mientras el terapeuta se encuentra libre de aceptar dichos comentarios o estar en oposición.

c) **Lados fuertes** Esta técnica estratégica es la que se va aplicando a lo largo de toda la terapia, está basada en la connotación positiva y tiene como principio rector el que la familia tiene la capacidad para solucionar problemas por mas difíciles que estos se presenten, así mismo, creemos que los mejores terapeutas de cada individuo es su propia familia. Para esto, es indispensable basarse en el siguiente axioma: cada familia posee en su propia cultura elementos que, si se les comprende y utiliza, se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros. Hay algunos psicoterapeutas que asumen que su papel profesional consiste en localizar la perturbación psicológica del paciente, clasificarla y erradicarla.

Pero una percepción basada en el axioma de lado fuerte puede ser igual de efectiva o incluso mejor para cambiar las realidades de la familia de manera muy positiva.

Consideraciones o reflexiones generales

La propuesta del modelo estructural ha sido frecuentemente revisada, incluso se toma como modelo inicial a revisar en algunos programas de especialización en terapia familiar, dada la estructura tan definida de su modelo.

Minuchin ha ampliado su propuesta de los escenarios terapéuticos a la comprensión y acción en escenarios comunitarios institucionales de salud y legales, entre otros, lo que ha aportado elementos importantes para el trabajo en salud mental (Desatnik, 2004).

Con la evolución de la terapia sistémica y de los modelos de terapia posmoderna, Minuchin también ha continuado discutiendo su modelo a la luz de estos nuevos desarrollos y de su historia personal, tanto que, se consideró a últimas fechas como un terapeuta estructural estratégico narrativo.

- **LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN PROBLEMAS**



Paul Watzlawick



John Weakland



Richard Fisch

Introducción y antecedentes del modelo.

En esta propuesta terapéutica del MRI se observaron dos nuevos conceptos claves que no existían en la línea tradicional del pensamiento terapéutico de dicha institución: el de "brevedad" y el de la "descripción del cambio". Sin embargo, los autores, puntuaron claramente que esta idea revolucionaria se desarrolló gracias a todos aquellos conocimientos estudiados por varios investigadores relacionados con el MRI incluyendo a Bateson.

En 1974, los investigadores del MRI publicaron un libro: El Cambio, la formación del problema y la resolución del problema. Por medio de este escrito se introdujeron en el área los conceptos innovadores que constituyen el eje central del modelo terapéutico de este instituto (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1999).

Exponentes principales y sus aportaciones.

En 1974, Los cuatro autores del MRI , J. Weakland, R. Fisch, P. Watzlawick, y A. Bodin presentaron un programa terapéutico revolucionario llamado "Terapia Breve" en Family Process, como el resultado de seis años de investigación realizada en el Centro de Terapia Breve, fundado en dicha institución a partir de 1967 (Weakland, Fisch, Watzlawick,1999).

En el libro citado, se plantearon dos tipos de cambio cualitativamente distintos: el cambio de primer orden y el cambio de segundo orden. El cambio de primer orden se refiere a las modificaciones ocurridas en el interior del sistema que no ocasionan cambios en la

organización básica. Por su parte, el cambio de segundo orden hace referencia a modificaciones del sistema que si ocasionan cambios en su organización básica

Principios básicos.

Hay ocasiones en las que nos sentimos impotentes ante el problema, sobre todo cuando todos los esfuerzos relacionados con la resolución resultan fallidos. En estos casos, nuestros intentos de resoluciones suelen contribuir contradictoriamente al mantenimiento del problema o incluso a empeorarlo. Los investigadores del MRI se fijaron en el carácter paradójico de estas situaciones, y consideraron que para estos casos es necesario plantear resoluciones cualitativamente distintas al método convencional. Esta resolución puede ser aparentemente paradójica porque no concuerda con el pensamiento convencional de cada persona o el sentido común social. Según el planteamiento del MRI, este tipo de resolución equivale a un cambio de segundo orden, porque se relaciona con modificaciones del sistema de creencias.

Junto con esta perspectiva, se planteo que los motivos de consultas en la psicoterapia requieren una solución de cambio de segundo orden, pues la gente no busca ayuda profesional para los problemas que puedan resolverse mediante los métodos convencionales. Observaron que, en términos generales, alrededor de los problemas psicoterapéuticos existe un circulo vicioso, mismo que genera una nueva estabilidad homeostática, dentro del cual los intentos de soluciones ante un problema (el proceso de adaptación ante la situación del cambio) estén contribuyendo paradójicamente al mantenimiento del problema presentado e incluso a la amplificación de la gravedad del problema.

Por ejemplo, una persona que tiene insomnio, trata de controlar su sueño. Todos sus esfuerzos para poder dormir y su decisión de dormir le generan una tensión aún mayor al respecto y resulta estar despierta toda la noche. El sueño es un fenómeno espontáneo que no puede ser provocado por voluntad propia. Todos los esfuerzos para resolver el insomnio pueden conducir a la persona cada vez más hacia el insomnio patológico. Cada intento fallido de resolución del problema puede aumentar el grado de obsesión de esta persona, haciéndole repetir los mismos intentos de control tales como; modificar la ingesta de comida, el horario de dormir, el uso de somníferos. Así incluso puede desarrollar una dependencia farmacéutica llevándolo a agravar su problema original. Es un ejemplo claro de que la "resolución" genera, mantiene o empeora el problema, formando un nuevo circulo

vicioso homeostático que no permite su resolución. Bajo esta concepción de la formación del problema, los investigadores del MRI plantearon una nueva forma de tratamiento terapéutico que buscaba interrumpir este círculo en términos de un cambio de segundo orden.

La definición del problema terapéutico planteada por el modelo del MRI era original. Incluso se puede decir que esta es la característica más importante de la terapia breve de este instituto. Para ellos, el objeto de la terapia debe ser el síntoma definido por la familia misma. Lo cual implica que la terapia breve se enfoca solamente en los problemas planteados por el consultante. En los casos de que los consultantes no tengan la claridad al respecto, la primera tarea del terapeuta es la de ayudar a que los consultantes puedan definir su propio problema. Esta postura constituye una parte importante del marco teórico de la terapia breve. La terapia breve plantea que algunas intervenciones bien intencionadas (enfocadas en la solución de un problema específico, tal como el de un comportamiento sintomático) podían producir cambios desproporcionadamente grandes en el sistema familiar. Con base en esta idea, ellos sustentaron la factibilidad teórica de una terapia que lograra su objetivo en un breve proceso terapéutico, planteando que el criterio del periodo interventivo no debía ser mayor de diez sesiones. La distinción entre dos tipos de cambio apoyó la idea de que el cambio significativo de un problema persistente no se obtiene en razón de la cantidad de los intentos de soluciones del cambio de primer orden, sino que más bien depende del cambio de lógica de solución que imposibilite el mantenimiento del problema dentro del sistema, lo que equivale al cambio de segundo orden.

Este planteamiento permitió una abstracción del proceso terapéutico, según el cual los terapeutas pueden intervenir, en cualquier caso, con la misma y simple lógica, a saber, cambiar el círculo interaccional homeostático, sin que en ello importara el tipo de síntoma, ni el diagnóstico, o la etiología, o la gravedad del problema.

Formación del problema.

Dentro de la terapia breve del MRI, los problemas se consideran en relación con los intentos de adaptación de las personas a una situación de cambio en las condiciones cotidianas de vida. Estos cambios podían ser tanto esperados (el casamiento, el nacimiento de un hijo, el crecimiento de los hijos, etc.) como inesperados (la enfermedad, el accidente, el desempleo, etcétera). Eventualmente cualquier familia o persona puede sufrir por algún tipo de cambio en la vida cotidiana, y verse obligada a resolver el problema que ello les

acarrea. Hay veces en las que los problemas se agrandan debido a los obcecados intentos de resolverlos, tal como se explica anteriormente. En estos casos, dichas tentativas de resolución por sí mismas se convierten en un nuevo problema. Es importante comprender semejante lógica de formación de un problema persistente.

Los autores del MRI plantearon la revolucionaria idea de que las soluciones son las que creaban los problemas. Ellos supusieron que en los problemas de la vida cotidiana (por los que los pacientes llegaron a requerir ayuda profesional), debía haber un proceso en el que las formas convencionales de resolución ya no funcionaban de manera alguna, e incluso llegaban a empeorar aún más el problema preexistente. Así, con base en esta concepción de la formación del problema, los investigadores del MRI plantearon un nuevo modelo terapéutico: la terapia breve.

Cuatro pasos que generan el cambio terapéutico. Con base en los desarrollos teóricos antes mencionados, autores plantearon los siguientes cuatro pasos para generar el cambio terapéutico:

Paso 1. Definir el problema de manera concreta y clara.

Los autores de la Terapia Breve ponen énfasis en la definición del problema, tal que se presente de manera concreta, antes de cualquier intento de solución. En otras palabras, se trata de distinguir entre el problema y un "pseudo-problema".

Paso 2. Explorar las Soluciones Intentadas de los consultantes.

La meta terapéutica de la terapia breve del MRI es generar un cambio de segundo Orden, por lo que es indispensable identificar el patrón conductual estereotipado que mantiene el problema familiar. Para esto, el terapeuta le pregunta a la familia como se ha buscado solucionar el problema planteado, antes de ir a la terapia. Se deben explicar las soluciones intentadas también en términos de las conductas observables y concretas.

Paso 3. Definir la Meta Terapéutica.

Una definición clara de la meta terapéutica nos sirve de dos maneras: 1) todos empiezan a ver de manera más concreta la posibilidad de un cambio; 2) nos permite evaluar de manera sencilla el alcance de la meta terapéutica. Si no hay una definición clara del objetivo

terapéutico, la gente no puede evaluar el efecto terapéutico de manera concreta. En este caso, aun cuando se obtiene una mejoría, las personas suelen no percibirla. El objetivo terapéutico debe ser definido de manera suficientemente pequeña y clara, tal que permita aumentar la probabilidad de ser alcanzado. Se recalca la importancia de reconocer el primer paso de mejoría de manera concreta.

Para los investigadores del MRI un factor importante es el de fijar el límite del máximo número de sesiones ya que consideran que esto aumenta la probabilidad del éxito terapéutico.

Para definir la meta terapéutica en forma lo más concreta posible, el terapeuta hace preguntas como: ¿qué es lo mínimo que debe pasar para que puedan sentir la convicción de que están avanzando hacia la resolución del problema?"

Paso 4. Introducción de la Solución Alternativa para generar la meta definida

En la Terapia Breve, el terapeuta realiza una intervención específica e intencionada para generar un cambio definido. El terapeuta especifica la prescripción que debe dar al cliente con base en la exploración previa.

De acuerdo con lo anterior el terapeuta debe buscar los patrones de comportamiento alrededor de una temática particular, la pauta repetitiva y los intentos de solución, indagar donde, cuando, Como y con quien se da el problema. Tiene que provocar un cambio de 180°, para producir círculos virtuosos sin el problema, pautas que no necesiten el problema; debe recopilar la mayor y más clara información acerca del problema y su posible solución; identificar cual miembro de la familia está motivado para el tratamiento (Clarificar si el cliente se considera "paciente" (preocupado, compasivo, victima, perturbado, pero hondamente interesado en el cambio), o si se considera "cliente" que es quien pide ayuda); aceptar los objetivos terapéuticos del cliente, sus valores y creencias, y con base en ellos formular los objetivos de la terapia; formular un plan para establecer cambios benévolos; interrumpir los intentos de solución; valorar la eficacia del tratamiento y terminarlo.

Se proponen cinco intervenciones principales, útiles en problemas caracterizados por cinco tipos de soluciones intentadas (Fisch, Weakland y Segal, 1984); Las intervenciones en esencia, constituyen un medio de interrumpir la solución previamente ensayadas y se fragmentan en dos grupos: las principales y las generales; estas últimas poseen un ámbito de aplicación mucho mayor; pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento y son lo bastante amplias como para usarse en un amplia gama de problemas.

Técnicas

Intervenciones principales

a) El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo

En esta categoría el paciente padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona. Perteneciendo a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico: rendimiento sexual (disfunción eréctil, eyaculación precoz, anorgasmia, coito doloroso, apatía sexual), funcionamiento intestinal (estreñimiento, diarrea), función urinaria (urgencia, frecuencia, imposibilidad de orinar en un mingitorio público), temblores y tics, espasmos musculares, problemas del apetito, tartamudeo, dolor imposible de aliviar, dificultades respiratorias, insomnio, sudor excesivo, depresión, obsesiones y compulsiones, bloqueos creativos y de la memoria

Es improbable que resulte efectivo limitarse a decirle al paciente de que deje de esforzarse tanto; como norma general, le pedimos implícitamente a un paciente que renuncie a una conducta concreta cuando le enseñamos explícitamente a que lleve a cabo otra conducta que de por sí excluya la conducta que deseamos eliminar.

La estrategia global que se utiliza en este modelo para solucionar problemas de rendimiento se centra en invertir el intento del paciente de superar el problema, para lo cual le suministramos unas razones y unas directrices que lleven al paciente a fracasar en su rendimiento. Pertenecientes a dos categorías

Puede explicársele al paciente que es importante provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico; si planifica deliberadamente su aparición, estará en condiciones de advertir datos muy sutiles pero enormemente significativos que hasta ahora no había logrado percibir.

En el segundo gran tipo de razonamiento justificativo se le manifiesta al paciente que hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial hacia su control definitivo.

b) El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

Se refiere a pacientes que sufren alguna dolencia auto referencial, generalmente son fobias, miedos y ansiedad ante una situación. El terapeuta deberá preparar al paciente para los acontecimientos que teme, de forma tal que cuando se enfrente a la situación, la persona

sepa que hacer, deberá dar directivas y explicaciones para que la persona se exponga ante el problema y solicitar una ausencia del dominio, lo que implica estar en la situación pero impedir que lo experimente con éxito.

Esencialmente el intento básico de solución del cliente consiste en prepararse para el acontecimiento temido, de modo que ese acontecimiento pueda ser dominado con antelación. El terapeuta debe evitar formular interpretaciones o directrices que sean meras variantes de esta solución. Lo que requiere son directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio (o un dominio incompleto) de ella.

c) El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

Se relaciona con situaciones de una relación interpersonal cuando existe algún problema que requiere una mutua colaboración. Puede referirse a problemas entre pareja, entre padres e hijos o compañeros de trabajo. La solución que ellos han intentado es indicar a la otra parte que deben obedecer lo que ellos dicen y someterse a sus exigencias mostrando respeto como ellos se merecen. Se puede lograr la obediencia solicitada si la persona que tiene la demanda se coloca en una postura de debilidad o inferioridad. Se pueden aprender formas de solicitar su petición sin ser demandante o autoritario y seguir teniendo el control de la autoridad.

Las personas aquejadas por este tipo de problemas ensayan la siguiente solución: asume la forma de exigir a la otra parte que los trate como si fueran superiores. Un modo de impedir esta solución consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir una posición de debilidad. El terapeuta reestructura la situación de una forma que a ellos les permita asumir una actitud de inferioridad, al tiempo que creen seguir ocupando una posición de autoridad.

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

Esta solución, que es una imagen refleja del intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación, puede resumirse en la siguiente afirmación “me gustaría que lo hiciera, pero más me gustaría que quisiera hacerlo”. Representa una paradoja que genera que el solicitante se moleste. La persona pide sumisión de otra al mismo tiempo que niega que está solicitando tal sumisión.

La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de forma arbitraria. En tales casos, el terapeuta tiene que solucionar el problema de hallar una forma de influir sobre el cliente con objeto de que lleve a cabo una variación.

e) La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

En esta clase de problemas, por lo general, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, exceso de bebida, delincuencia, falta de honradez.

La secuencia de conductas que se repite es que una persona reclama a otro sobre sus sospechas, ante lo cual la otra persona se defiende de estas acusaciones y en ello confirma las sospechas. Esto se repite constantemente y se acaba hasta que alguna de las partes abandona su papel de acusador o acusado.

Intervenciones generales

a) No apresurarse

Al cliente se le dice que no haga nada y por supuesto nada concreto; solamente se le dan instrucciones generales o vagas. La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa, el cambio aunque sea para mejorar exige una adaptación.

La sugerencia de no apresurarse a menudo habrá que darla muy pronto, con bastante probabilidad en la primera sesión, a aquellos clientes cuya solución ensayada consiste básicamente en esforzarse mucho o a aquellos que hacen presión sobre el terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa en tanto que ellos se limiten a permanecer pasivos o no colaboran.

b) Los peligros de una mejoría

En cierto sentido, esto puede considerarse como una ampliación o variante de la intervención “no apresurarse” a menudo se aplica a determinadas clases de resistencia al paciente. En este caso, se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. No obstante el terapeuta siempre puede

exponer algún posible inconveniente, para el cliente o para alguien que se halle próximo a él.

c) Cambio de dirección.

Por cambio de dirección entendemos que el terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. A menudo pero no siempre el cambio de dirección implica un giro de 180°, si uno se da cuenta de que va en dirección equivocada hay que invertir el rumbo para llegar al destino deseado.

Suele requerirse un cambio de dirección cuando el terapeuta de modo no deliberado, comienza a discutir con el cliente y no se da cuenta de este fenómeno esto ocurre cuando el cliente insiste en subestimar o rechazar el camino que le sugiere el terapeuta.

Resulta más frecuente y más fácil que el terapeuta afirme que ha estado pensando mucho en el problema entre las distintas sesiones y que al reflexionar se da cuenta que había pasado por alto algún elemento o no le había concedido la importancia suficiente.

d) Empeorar el problema.

Cuando un terapeuta brinda una sugerencia suele añadir que la acción sugerida probablemente resultara útil para lograr una mejoría del problema. Esto suele hacerse cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias o se ha mostrado renuente a probar algo nuevo. El terapeuta abandona la actitud “esto podría ser útil” y en cambio da paso a la sugerencia con las siguientes palabras “si usted lleva a cabo lo que estoy a punto de recomendarle, casi le podría garantizar que su problema empeorara”. A continuación el terapeuta expone concreta y pormenorizadamente todas las cosas que el paciente ha estado haciendo para solucionar el problema pero que en realidad servían para exacerbarlo. Como consecuencia, los elementos contrarios (aquello que el terapeuta espera que el paciente haga) resultan más fáciles de captar y de seguir.

e) Consideraciones o reflexiones generales

De acuerdo con Espinosa (2004), el MRI continúa en funciones, trabajando la forma ortodoxa del modelo, definir el problema, establecer la meta mínima a alcanzar y elaborar intervenciones. De esta forma se ha propuesto un enfoque de integración de modelos, incluido el de terapia breve del MRI, e incorpora en su trabajo tanto las ideas y los

procedimientos del modelo enfocado a soluciones como las surgidas de otros enfoques de corte narrativo.

En la época actual el proyecto de terapia breve desarrollado en el Mental Research Institute lo encabeza Karin Schlinger, siguiendo la línea tradicional, en el mes de agosto del 2009, se celebraron los 50 años de este instituto con la conferencia de diferentes expertos en el tema, (comunicación directa con Rosario Espinosa Salcido, 25 de marzo de 2009).

- **MODELO ESTRATÉGICO**



Jay Haley

Orígenes y desarrollo del modelo.

Se considera a Jay Haley como el acuñador del término “estratégico” para describir a la terapia en la que el profesional traza la intervención específica para el problema que se le presenta (Galicia, 2004). Haley desarrolló el modelo estratégico, influenciado principalmente por las ideas de Bateson y el trabajo de Milton Erickson. Por otra parte, mantiene características en común compartidas con los modelos estructural y de Terapia Breve del MRI.

Inicialmente, entre 1952 a 1962, Haley trabajó en la investigación de Bateson sobre los problemas de comunicación. Tras terminar ese proyecto, empezó a investigar sobre las estrategias en la psicoterapia, trabajando primeramente con Minuchin y Montalvo y recibiendo ya la influencia de la forma de trabajo de Milton Erickson.

Haley (1980, cit. en Galicia, 2004) define a la terapia estratégica como aquella en la que el terapeuta lleva en gran medida la iniciativa y en la que tiene que identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, evaluar el resultado para ver si ha resultado eficaz.

Representantes del modelo.

Se consideran como principales representantes de este modelo tanto a Jay Haley como a Clóe Madanes, quien se integró al equipo de Haley y contribuyó con el desarrollo de conceptos sobre la formación terapéutica y con la co dirección del Instituto de la familia de Washington (Galicia, 2004).

Postulados e ideas rectoras.

Haley considera que la terapia estratégica no es un enfoque o terapia particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asuma la responsabilidad de influir directamente en la gente viéndose a sí mismo incluido en el sistema.

Como ya se mencionó, en este modelo el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica con el objetivo de ayudar a la familia a superar la crisis por la que solicitó ayuda.

Haley consideraba al síntoma como una conducta adaptativa a la situación social en la que se encuentra (Haley, 1999, cit en Reséndiz, 2004) y afirmaba que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta razón, argumentaba, se debía evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado.

La organización y la jerarquía.

Para Haley, la familia es una organización en la que se establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quiénes tienen más poder y estatus, así como quiénes juegan los niveles secundarios. Como es de notar, tanto el poder como la jerarquía eran conceptos claves para él. A Haley no le agradaba mucho la teoría de los sistemas en cuanto a que no veía en ella que existieran jerarquías entre los miembros del sistema, cosa en la cual creía, pues en su trabajo observaba que tanto en la familia como en ciertos animales existía una organización en la que se veían implicadas jerarquías (Galicia, 2004).

Desde esta perspectiva, se considera que la conducta no acertada de un miembro familiar no se debe a él sino al contexto de la situación en la que se encuentra, en la que, frecuentemente se presenta por confusiones en la jerarquía familiar, dando como resultado perturbaciones en la adaptación al ciclo de vida familiar por el cual están atravesando. Es por ello que una de las finalidades del terapeuta estratégico es ayudar a establecer una jerarquía bien definida.

Técnicas o métodos de intervención.

En buena medida el tratamiento está orientado a la planeación y desarrollo de tareas para la familia, que permitan alcanzar los cambios deseados; las tareas permiten intensificar la relación entre la familia y el terapeuta, cuando el terapeuta les dice qué hacer, entra a participar en las acciones de la familia y adquiere importancia. A través de las tareas, el terapeuta permanece ligado a la vida de la familia en el período entre sesiones. La familia arroja información sobre sí misma ya sea que la tarea sea o no cumplida (Reséndiz, 2004). Podemos hablar de dos tipos de tareas generales: las tareas directas que buscan decirle a la gente qué deben hacer con el propósito de que las cumplan; y las tareas paradójicas que se prescriben con el propósito de que la familia no la cumpla, es decir, de que la familia cambie por la vía de la rebelión (Haley, 1993).

Las técnicas terapéuticas se conciben como procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema y tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares y comprenden: connotaciones positivas, redefiniciones, tareas directas, tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación, ordalías y metáforas (Haley, 1993)

Niveles de interacción familiar.

Madanes (1990), con respecto a las estrategias y metáforas en la terapia, señala que existen cuatro niveles de interacción en la familia, cada nivel con su respectiva metáfora de interacción, y presenta para cada una de ellas, cuatro estrategias para usar en cada nivel, empleadas a nivel metafórico:

Nivel 1. Dominar y controlar.

Es el nivel más básico de interacción familiar en el que las personas están interesadas principalmente en dominar al otro y en luchar por el control y el poder sobre su propia vida y la de los otros. Las estrategias terapéuticas que se sugieren para intervenir son: corregir la jerarquía; establecer negociaciones y contratos; cambiar los beneficios del mantenimiento de la lucha y; establecer rituales y ordalías (estrategia desarrollada por Milton Erickson en la que se promueve que sea más difícil para una persona el tener un síntoma que dejar de tenerlo).

Nivel 2.- Ser amado.

En este nivel, las personas son motivadas por el deseo de ser amadas. Los problemas típicos son la depresión, ansiedad, fobias, desórdenes de la alimentación y soledad. La familia se ve envuelta en un cuidado constante hacia aquellas personas que se autoinfligen estos castigos. Las estrategias a usar en esta etapa son: cambiar la manera en que los papás se involucran con sus hijos, prescribiendo el síntoma o algunos elementos del mismo, prescribiendo un acto simbólico (simbolizar el acto autoinflingido, pero sin las consecuencias dañinas) y, prescribiendo el fingimiento del síntoma.

Nivel 3.- Amar y proteger.

En este nivel, el deseo y comprensión desmedidos pueden evocar altas cualidades de compasión, generosidad y amistad. Asimismo, puede provocar intrusividad, posesividad, dominación y violencia, justificada siempre en honor al amor. Las estrategias que se sugieren son: reunir a todos los miembros familiares, orientar a las personas hacia el futuro y hacia los actos de reparación, cambiar a quién es útil para quién y, dotar de poder a los hijos para que ayuden a sus padres.

Nivel 4.- Arrepentirse y perdonar.

La emoción predominante en la familia es la vergüenza por lo que se ha hecho, por lo que no se ha hecho o por lo que no se puede perdonar. Los problemas típicos son el incesto, el abuso sexual o la violencia familiar. Aquí se puede redistribuir la carga de la vergüenza depositada en exceso en la víctima, encontrar miembros protectores para las víctimas, y fomentar el arrepentimiento, la reparación del daño, la compasión y la unidad familiar.

Para finalizar con las técnicas o estrategias señaladas por este modelo, es conveniente señalar los pasos estructurados que sugiere Haley (1993) se lleven a cabo durante la primer sesión:

a) Etapa social.

Es el primer contacto que se da entre la familia y el terapeuta, quien tiene que saludarlos y hacerlos sentirse cómodos. Se debe dirigir a cada miembro de la familia y preguntarle cómo se llama. Durante esta etapa no se permite que nadie empiece a hablar del problema hasta que no se haya obtenido de todos los miembros alguna respuesta “social”. El terapeuta

también observará el comportamiento de la familia que le indique el estado de ánimo con el que llegan, las reglas, alianzas y coaliciones.

b) Etapa de planteamiento del problema.

Aquí el terapeuta dirige la conversación hacia el motivo por el cual la familia ha asistido. Haley enfatiza que hay que tener cuidado de la forma en que se pregunta y a quién se le hace esta pregunta y da unos consejos sobre cómo escuchar mientras la familia plantea el problema: no hacer interpretaciones o poner en duda lo que la familia dice; no dar consejos; no desviarse del tema; todos deben tener la oportunidad de hablar; si alguien interrumpe, no intervenir de inmediato, mejor observar la interacción y enseguida terciar; no permitir monólogos; no dejar que se interrumpan constantemente; si es un niño el paciente identificado, dejarlo hasta el final y comunicarse en forma de juego; notar a quién achacan el problema y quién lo dice y; mientras hablan, notar la comunicación verbal de los demás. Finalmente, Haley reitera que es importante que no se confunda la etapa social con la del planteamiento del problema.

c) Etapa de interacción.

Aquí el terapeuta busca que todos los miembros de la familia dialogan entre sí sobre el problema. El terapeuta deja de ser el centro de la conversación para permitir que se dé esta interacción. La familia tiene la oportunidad de dialogar y actuar incluso con respecto al problema que les preocupa; esto es, se escenificará el problema para ver cómo reaccionan los miembros familiares. La intención es que el terapeuta pueda identificar las pautas de comunicación en la familia, describir la organización jerárquica y estructura familiar. Finalmente, Haley sugiere para que se dé una buena interacción: a) reintegrarlos al diálogo familiar si se siguen dirigiendo al terapeuta (incluso hasta se les puede acercar físicamente), b) Si dos miembros familiares se enfrascaron en una discusión, introducir a otro miembro familiar (“parece que no logran entenderse, ¿podría ayudarlos?”) y, c) en vez de limitarse a simplemente conversar, se procurará traer al problema al centro de la reunión.

d) Etapa de fijación de metas.

Aquí se pide que la familia formule de manera clara los cambios que desea lograr, para lo cual se debió haber enunciado un problema concreto y la forma concreta en cómo se darían cuenta de que se está solucionando.

e) Conclusión de la entrevista.

Aquí se concerta una nueva cita en la cual se puede incluir la realización de una directiva que la familia lleve a cabo entre la primer sesión y la siguiente.

Definición de los cambios deseados.

Una vez obtenida la forma de interacción es importante obtener de la familia una formulación lo suficientemente clara de los cambios que desean alcanzar con el proceso terapéutico. Este proceso contribuye a que todos centren su atención en las cuestiones importantes y sirven de puntos de partida para fijar las metas a seguir. Esencialmente en este punto de la entrevista inicial se está estableciendo un contrato el cual cuanto más claro sea, permitirá que la terapia sea más organizada.

Una vez que se definió de manera conjunta con la familia, cuáles son los cambios se procede a una siguiente etapa donde se emplean las directivas para comenzar con intervenciones terapéuticas que en este modelo derivan en gran medida de Erickson. Dichas directivas o tareas impartidas a los individuos y familias tienen varias finalidades:

- a) El objetivo principal de la terapia es hacer que la gente se comporte de manera diferente, para que tenga así experiencias subjetivas diferentes. Por tal motivo las directivas son un medio para provocar cambios en las familias.
- b) Se emplean para intensificar la relación entre clientes y terapeuta: al decirles a aquellos qué deben hacer, el terapeuta entra a participar en la acción ya que la persona debe hacer o no hacer lo que él le dice y de esta forma queda ligado hasta el momento de volverse a encontrar.
- c) Se usan para obtener información. La manera en que reacciona la gente al recibir una directiva es esclarecedora con respecto a ellos mismos y a cómo responderán a los cambios deseados; ya sea que cumplan o no cumplan con la tarea el terapeuta obtendrá información que de otro modo no poseería. Lo cual también es susceptible durante la conversación en la que se describe la tarea a realizar.

Toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo, en ese sentido está impartiendo una directiva; hay dos maneras de impartir directivas: Decirle a la

gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan y decírselo con el propósito de que no lo cumplan o sea, de que cambien por vía de la rebelión.

Las cuales comprenden dos tipos de directivas:

Sugerirle a la persona que deje de hacer algo, lo cual implica que el terapeuta trata de modificar el comportamiento de una familia diciendo a uno a o varios de sus integrantes que dejen de hacer los que están haciendo con un tono amable o enérgico según sea el caso.

Pedirle que haga algo diferente, Aquí el terapeuta trata de cambiar el comportamiento de una familia pidiéndole a sus miembros que adopten una conducta diferente a la usual; lo cual puede lograrse mediante buenos consejos lo cual implica suponer que la gente ejerce control racional sobre sus actos, idea que quizá conviene desechar si se quiere triunfar en el campo terapéutico. Otra forma en que puede lograrse es dando directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro de la familia; lo cual implica un cambio en la manera de tratarse entre sí por parte de los miembros de la familia. Para que sean efectivas estas directivas es importante persuadir a la familia de que obtendrá un beneficio con esa acción y alcanzarán los objetivos individuales, recíprocos y familiares que ellos desean. Una vez motivada la familia deberán impartírsele instrucciones diciendo exactamente lo que quiere que se haga. También es importante que se procure la participación de todos los miembros de la familia, para lo cual pueden sugerirse tareas las cuales deben estructurarse como cualquier otro trabajo: con alguien que las ejecute, alguien que lo ayude, alguien que supervise, alguien que planifique y alguien que compruebe su ejecución.

Cuando se imparte una tarea, siempre debe solicitarse un informe sobre la misma en la siguiente entrevista que arroja uno de los siguientes resultados: es cumplida, no se ha cumplido o se cumple parcialmente y el motivo de ese resultado también nos permite observar cómo son sus interacciones.

Uso de metáforas

Un modo de impartir este tipo de directivas consiste en expresarse con metáforas. Las metáforas son una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es la relación de analogía entre una cosa.

Paradojas

Además de de las directivas que da el terapeuta cuando desea que los miembros de la familia hagan lo que les diga, hay otra case de directivas que se pueden emplear cuando quiere que se resistan y de ese modo cambien. Esto resulta paradójico a los clientes porque habiéndoles dicho que el terapeuta va ayudarlos a cambiar, al mismo tiempo les está pidiendo que no cambien. Esta perspectiva se basa en la idea de que algunas familias que acuden pidiendo ayuda rechazan la que se les brinda.

Al usar las paradojas el terapeuta debe pedir que la familia o algún miembro permanezcan estáticos, sin cambios; siempre con la finalidad de ayudarlos a cambiar.

También se utilizan las ordalías que en inglés significa no sólo “a juicio de Dios”, sino también “experiencia penosa, prueba severa, prueba de fuego”, la ordalía en terapia es empleada en su segundo significado como técnica terapéutica.

Aquí el terapeuta prescribe una ordalía adecuada al problema y, a la vez, más severa que el problema y que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Si no es bastante rigurosa para extinguir el síntoma, o bien, se puede aumentar su magnitud hasta que lo sea.

Tiene como característica que beneficia a la persona. Es algo que la persona pueda hacer y no pueda poner objeciones válidas y que no debe causar daño al sujeto, ni a ninguna otra persona.

La ordalía se prescribe a personas que cumplen las tareas, se da una tarea directa y la otra es una tarea que implica un esfuerzo oneroso. (Haley, 1997).

Consideraciones o reflexiones generales

La participación y aportaciones de Clóe Madanes al modelo estratégico se puede concebir también como una re-elaboración de las ideas iniciales de Haley, enfatizados, como ya vimos, por una concepción metafórica en distintos niveles de interacción familiar.

Por otro lado, Galicia (2004) comenta que las posiciones constructivistas y todas aquellas que están en contra de las concepciones de poder, jerarquía y directividad, han venido ganando espacio y haciendo caso omiso de la terapia estratégica. Sin embargo, existen

algunas voces que pretenden reconciliar estas dos concepciones (Simons, 1993; cit. en Galicia, 2004) y que permiten que se retome la utilidad del modelo.

La forma de trabajo de este modelo se sigue empleando en situaciones con adolescentes seriamente perturbados, en familias caóticas o en familias con algún miembro delincuente. De la misma manera, la postura de Haley de tomar en cuenta el entramado social y la participación activa que tiene el psicoterapeuta en él, han sido retomadas por las posiciones sociales que rescatan la función social de las terapias impartidas por instituciones sociales y jurídicas, (Baker, 1999, cit. en Galicia, 2004).

- **MODELO DE MILAN**



Luigi Boscolo



Mara Selvini



Gianfranco Cecchin

Introducción y antecedentes del modelo.

El equipo de Milán comienza a transmitir sus hallazgos en una serie de artículos y escritos elaborados de 1967 a 1978 los cuales fueron publicados en diversos libros y revistas con la finalidad de ordenar y agrupar algunos trabajos de forma cronológica describiendo una serie de investigaciones e intervenciones terapéuticas que fueron conformando el trabajo del equipo de Milán, encabezado por Mara Selvini.

El primero de los artículos habla de las primeras experiencias de terapia familiar como psicoanalista; se publicó en 1967 y contenía muchos años de investigaciones sobre anorexia realizadas como psicoanalista y como psicoterapeuta individual, es en el periodo que va de 1967 a 1970 que Mara Selvini a través del tiempo advierte que la perspectiva familiar y relacional es incompatible con el fundamento teórico y epistemológico del psicoanálisis cuya teoría se basa en una visión individuocéntrica.

Principios básicos.

Conforme avanzan sus estudios de Selvini y con base en la revisión del concepto de sistema y la comunicación en la familia a través del estudio Disordini del pensiero e relazioni familiari degli schizofrenici trata de combatir la idea lineal de que los “enfermos mentales” son víctimas de sus padre (principalmente la madre). A partir de este y otros contrastes observados por Selvini se gestaron sus nuevas ideas entre controversias de su formación freudiana y las nuevas premisas del pensamiento sistémico principalmente del grupo de

Palo Alto; para quienes el principal objetivo terapéutico es lograr la apertura de las comunicaciones intrafamiliares y la corrección de las distorsiones comunicativas.

Las nociones sistémicas de Selvini a parte de la referencia de Bertalanfy prevenían sobre todo de los estudios de la cibernética y de la aplicación de esta ciencia realizada por los autores de la teoría de la comunicación humana y en ese tiempo descubre a Bateson quien será una importancia fundamental sobre toda la producción teórica de Selvini posterior a 1972.

De esta forma a finales del 1971 se disuelve el viejo equipo y Selvini, junto con Boscolo, Cecchin y Prata resuelven asumir una orientación “paloaltiana” como se les definía a los puristas del sistema. Adoptando un modelo comunicacional sistémico donde comienza a integrar sus intervenciones tales como: aquellas paradójicas donde el paciente identificado no es un santo, los rituales familiares la connotación positiva y la elaboración de hipótesis sistémicas.

Exponentes principales y sus aportaciones.

Durante ese mismo periodo el grupo de investigadores del centro para el estudio de la familia se va ampliando paulatinamente integrado por Severino Rusconi, Simona Taccanin, Gabriele Chistoni, Luigi Boscolo, Paolo Ferraresi, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin quienes tenían una formación amplia y profunda como psicoanalistas.

En la década de los 70's, el equipo se reunía dos veces por semana y veía a dos familias por día; cada una era entrevistada por una pareja hombre — mujer de terapeutas. El equipo se dividía entonces en dos, los que trabajaban directamente en la entrevista y los que observaban la sesión a través de una pantalla de visión bilateral. Posteriormente esto se modifico y cada familia era entrevistada por un solo terapeuta; al principio, basándose en la práctica de tiempo limitado propuesta por el MRI, veían a la familia 10 sesiones; después desecharon esta regla ateniéndose a la pauta temporal de cada caso. Extendieron el espacio entre una sesión y otra de una semana a un mes porque este lapso "era el requerido por una familia para evidenciar un cambio".

Postulados e ideas rectoras.

De acuerdo a Rodríguez (2004), inicialmente, el equipo de Milán manejaba tres premisas con relación a los sistemas familiares con los que trabajaban.

- a) La familia es un sistema que se gobierna a sí mismo y se auto corrige a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando qué es permitido o no en la familia y en la relación entre sus miembros.
- b) Toda conducta verbal o no verbal es una comunicación que afecta a otros y provoca en ellos una respuesta que a su vez es una conducta comunicacional.
- c) Las familias que manifiestan conductas etiquetadas como patológicas en uno o más de sus miembros, se rigen por normas peculiares en las que las conductas, la comunicación y la respuesta a ellas mantienen esas reglas.

Después de haber recibido la influencia de la escuela del MRI, deciden leer directamente a Bateson e Influidos por sus ideas, modifican su concepción de los sistemas predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes, en donde el foco de interés ya no está únicamente en el nivel de acción (patrones conductuales), sino también en el nivel del significado o creencias (Reséndiz, 2004).

Los objetivos de la evaluación de las familias que llegaban a terapia eran determinar el sistema de relaciones, creencias, valores de la familia dentro de los cuales aparece el síntoma y determinar el papel que éste desempeña dentro del sistema relacional.

Hipótesis, neutralidad y circularidad.

La entrevista del equipo de Milán se rige por 3 principios (Selvini et al., 1986; Rodríguez, 2004)

- a) **Hipótesis.** Son explicaciones tentativas sobre el funcionamiento familiar que el equipo terapéutico elabora con el propósito de seleccionar y ordenar dentro de un marco de referencia la recogida de información durante la sesión. Las preguntas que se hacen en la sesión deben ser guiadas por una hipótesis. Esta suposición se conforma tanto con la comunicación verbal como con la no verbal.
- b) **Neutralidad.** Es la actitud de respeto, aceptación, curiosidad e incluso admiración que muestra el terapeuta hacia todos los miembros de la familia, a sus creencias, valores y opiniones. Es una maniobra técnica que le permite alcanzar el mismo grado de proximidad y distancia con todos, e impide ser arrastrado hacia el juego familiar. Con esta neutralidad, el terapeuta no juzga ni critica. De ninguna manera esto tiene que

ver con frialdad o falta de involucramiento del terapeuta, sino más bien, como señala Cecchin (1989, cit. en Rodríguez, 2004), con un estado de curiosidad permanente por conocer al sistema familiar tal cual es.

- c) **Circularidad.** Es la capacidad del terapeuta para la búsqueda de información acerca de las relaciones, de las diferencias y el cambio en la familia. Con el cuestionamiento circular se confirma o rechaza la hipótesis planteada. La circularidad se funda en la idea de que las personas se conectan entre sí, a lo largo del tiempo según pautas particulares. Las preguntas circulares definen y aclaran las ideas confusas y conductas cuestionables de la familia, además de reintroducirle información en forma de nuevas preguntas. De esta forma, el sistema familia- equipo terapéutico crean conjuntamente, por medio del lenguaje, sentidos múltiples que dan lugar a considerar un mayor número de alternativas en vez de reducirlas (Selvini et al., 1986, cit. en Reséndiz, 2004).

Etapas de la sesión de trabajo.

Como ya se mencionó, el equipo de Milán tenía una forma de trabajo particular y que tuvo gran impacto en la forma de trabajo de la terapia familiar en general. Cada sesión de trabajo se dividía en cinco pasos, que son los siguientes (Tomm, 1984):

- a) **Presesión.** El equipo revisa la información obtenida de la familia antes de que se presente. Esta información se pudo haber obtenido de la llamada telefónica para concertar la cita, de su ficha o solicitud, del esbozo de conocimientos que el equipo tiene sobre familias con un tipo de problema en particular, etc. En la discusión de la presesión de sesiones subsecuentes se revisan los eventos de la última sesión y cualquier contacto provisional. Finalmente, se desarrollan las hipótesis que guiarán el trabajo de la sesión.
- b) **Sesión.** También llamada entrevista principal, se dirige casi exclusivamente a hacer preguntas, que van de lo general a lo específico. El terapeuta se mueve rápidamente de persona a persona con sus preguntas. La interacción espontánea entre los miembros familiares se observa cuidadosamente pero no se fomenta. Aquí el terapeuta trata de no ofrecer opiniones y cuando interviene, lo hace a manera de preguntas. De ser necesario, el equipo terapéutico puede interrumpir la sesión para realizar alguna pregunta que le llame la atención.

- c) **Intersesión.** También conocida como discusión de la sesión. Él o los terapeutas salían de la sesión para reunirse con su equipo terapéutico y discutir para decidir cómo terminarían la sesión. Se rechazaba, confirmaba o elaboraba una nueva hipótesis sistémica y se creaba a partir de ella una intervención.
- d) **Intervención o conclusión de la sesión.** En esta parte los terapeutas regresaban con la familia para dar el mensaje final, que podía ser un breve comentario o una prescripción. El mensaje breve dado era cuidadosamente escogido y redactado para que tuviera mayor impacto. Tras dar el mensaje se evitaba cualquier tipo de comentario o interacción para que no se disipara el efecto del mensaje o prescripción.
- e) **Postsesión.** Los terapeutas y el equipo discuten sobre las reacciones inmediatas de la familia a la intervención y a las respuestas de unos y otros. Se debate la retroalimentación verbal y no verbal de la familia al mensaje para modificar o aceptar la hipótesis inicial y reflexionar sobre los posibles efectos de la intervención. De este debate se elabora un acta de la sesión, que contenía un resumen de lo ocurrido.

Para llevar a cabo de manera adecuada estas etapas de trabajo, es de suma importancia dedicarle el tiempo suficiente a cada familia, pues tan sólo la discusión de la postsesión podría abarcar hasta tres o cuatro horas (G. Cecchin, comunicación personal, 31 de Octubre, 2003), por lo cual, resulta evidente que se requiere de un tiempo mucho mayor a una hora para planear y llevar a cabo de manera satisfactoria las sesiones de trabajo.

Técnicas

Con la finalidad de conceptualizar la realidad viviente de la familia de una forma sistémico - circular, además de observarla de forma neutral e intervenir a un nivel analógico y digital en la familia; surgen las siguientes modalidades de intervención terapéutica:

La connotación Positiva

Se utiliza cuando la familia está inmersa en el no cambio, y el terapeuta tiene la necesidad de llegar sin contradecirse, a una intervención terapéutica paradójica a través de la prescripción del síntoma al paciente designado. A través de la identificación de la función

del síntoma, evidenciando la intención de ayuda y unión dentro de la familia por lo cual se connota como positiva la tendencia homeostática y no a las personas. Con la finalidad de terminar con la tendencia homeostática y fomentar la capacidad de transformación de la familia y así definir claramente la relación sin recibir una descalificación y definir la relación entre la familia y el terapeuta, como complementaria, definiendo el contexto como terapéutico.

La connotación positiva permite situar a todos los miembros de la familia en un mismo plano en cuanto complementaria. Permite ser aceptado en el sistema como miembros en pleno derecho en cuanto están dirigidos a una nueva intencionalidad, que promueve el cambio.

Los Rituales Familiares

Los rituales permiten eliminar mitos que definen las relaciones en el sistema, otorgando nuevas alternativas de relación, se utilizan cuando es necesario derribar dichos mitos en cuya construcción han colaborado tres generaciones. El mito familiar conlleva convicciones compartidas que conciernen a los miembros de la familia y sus relaciones. Prescribe los roles y los atributos de los miembros que nadie osa examinar y mucho menos desafiar. Es un fenómeno sistémico, piedra angular para el mantenimiento de la homeostasis. El ritual debe incluir a toda la familia y debe ser precisado por los terapeutas a veces por escrito, la modalidad a la que debe responder su realización, el horario, eventual ritmo de repetición, quien debe expresar las formulas verbales, con que secuencia cada rito se impone por su carácter normativo a una acción colectiva donde el comportamiento de todos tiende a un único fin, los rituales se aproximan mas al código analógico que al digital y son pensados con finalidad de evitar el comentario verbal sobre las normas que perpetúan el juego en acción. Lo cual permite cuestionar el mito y poder cambiar las reglas de las relaciones sin criticar, al prescribir en forma de ritual el juego cuyas normas nuevas tácitamente sustituyen a las precedentes.

Selvini en su obra de juegos psicóticos en la familia define otra modalidad del ritual consiste en la prescripción invariable Hacia una metaterapia: Una prescripción en niveles múltiples

La prescripción constituye el esfuerzo de realizar una intervención lo más críptica posible, evitando cuidadosamente acusar a los padres e indicar esquemas pedagógicos sobre cómo

debería actuar o “ser” una buena “pareja”. El acento terapéutico se desplaza sobre la última generación y se basa en las hipótesis de que los hijos se entrometan en los problemas de los progenitores y tiendan a indisponer a uno contra otro.

Preparación para la prescripción

Inicialmente el terapeuta indaga sobre el hecho de si hay personas importantes aunque no convivan con la familia (frecuentemente los abuelos, vecinos o personas significativas) y al fijar la hora para la primera sesión cita no solo a los convivientes sino también a las personas mencionadas anteriormente, haciendo evidente la gran importancia que esto implica.

La prescripción

- a) Como cierre de la segunda sesión con la familia nuclear, al regresar del debate con el equipo terapéutico comenta que la conclusión es que los padres asistirán a la próxima sesión solos y los hijos se quedaran en casa
- b) La sesión siguiente con los padres consiste en lo siguiente: como reaccionaron los hijos por el hecho de que ellos asisten solos, como fue la reacción en cada uno de ellos (los padres), si hablaron del tema ambos,
- c) Al regresar del debate con el equipo se les dice que la conclusión es que debe otorgárseles una prescripción y aunque les resulte difícil deben comprometerse a cumplirla.
- d) Se les trasmite que cuando hayan regresado a su casa, deberán obligarse a guardar un secreto ante sus hijos que si les cuestionaran lo ocurrido en la sesión deberían responder “el doctor ha prescrito que se debe mantener en reserva entre él y nosotros dos, todo lo dicho en la sesión” lo cual se debe responder a todo aquel que lo cuestione.
- e) Después de unos 8 días a partir de la sesión deberán salir en las noches antes de su hora de cenar dejando una nota que dice “esta noche no estaremos” escrita alternadamente por ellos y sin firmar y no regresaran a la casa antes de las 11 pm y harán cosas que no dé indicios de sus actividades sin expresarlo ni al terapeuta que hicieron.

- f) Ante la eventual pregunta del hijo respecto al qué hacen se le responde “estas son cosas que sólo nos conciernen a nosotros dos”
- g) Se les pedirá un cuaderno a ambos padres donde registraran las respuestas verbales y no verbales que se presentaron en sus hijos como efecto de esta medida.

La última etapa es su desaparición prolongada de la casa de una semana a un mes dejando el habitual mensaje.

Realimentaciones a la prescripción y advertencias para el terapeuta.

Las posibles reacciones frente a la prescripción

- a) La familia ha cumplido fielmente la prescripción y tomo nota de las reacciones de los hijos. El terapeuta recibe dicha información sin profundizar.
- b) La pareja solo ha cumplido parcialmente la prescripción el terapeuta no demostrara impaciencia ni enojo, reunirá la mayor información y al final se le dará a la pareja la misma prescripción.
- c) La pareja no ha cumplido en lo más mínimo las prescripción, recibirá la información de manera cortés e imparcial y comentará “el problema es de ustedes no mío. He hecho honestamente todo lo que puedo para ayudarlos, pero me cuesta aceptar que no he tenido éxito, mi objetivo no es triunfar”.

Observaciones conclusivas

Esta prescripción refleja que sólo prohíbe a los padres la comunicación verbal y así mismo se observó que la eficacia terapéutica depende esencialmente de un determinado orden jerárquico de comunicaciones en el nivel no verbal.

El poder terapéutico de la prescripción invariable

- a) La superioridad de la pareja parental

- b) La jerarquización de los subsistemas
- c) El contrato de colaboración celebrado con la segunda generación, los padres, por medio del secreto, la cual define la relación terapéutica con la pareja parental.
- d) El viraje continuo de la definición de la pareja.

Cita exclusiva para los padres y prescripción del secreto

Importante modificación de la prescripción

Selvini y Prata decidieron introducir una modificación fundamental en su método, la prescripción del secreto fue separada de aquella de las desapariciones nocturnas, la cual debía ser ordenada en primer término y sola al finalizar la tercera sesión.

Se consolida la metodología terapéutica

Con esta modificación se consolidó una estructura muy precisa consistente en forma general con lo siguiente: se inicia con una primera sesión de consulta que incluye uno o más miembros de la familia extensa; prosigue la familia nuclear en la segunda sesión que concluye con la indicación de una terapia familiar y con la exclusión de los hijos, la tercera sesión solo con los padres termina dando la orden del secreto, si se respeta esta tarea en la cuarta sesión se designará coterapeutas a los padres, quienes recibirán la prescripción de las desapariciones nocturnas. Si los padres hubieran ejecutado con éxito la tarea precedente en las sesiones sucesivas se prescribirá la prolongación progresiva de la duración de las desapariciones hasta la desaparición del síntoma y el consiguiente cambio del juego familiar.

La prescripción de las desapariciones

Al finalizar la cuarta sesión, después de haber cumplido la prescripción del secreto, los padres designados coterapeutas, reciben la prescripción de las desapariciones las cuales implican salir subrepticamente y sin avisar a nadie.

Les insistimos en cuanto a la necesidad de dejar el mensaje escrito alternativamente por uno u otro, para probar la complicidad entre ambos y de asegurarlo con cinta adhesiva en un

lugar bien visible, para señalar a los hijos que sus padres han salido por su voluntad. El mensaje solo debe contener las palabras indicadas. A su regreso se cercioraran de que han comido los hijos y no harán preguntas y están prohibidas las visitas de parientes y amigos; se les recomienda que al volver hagan alarde de estar contentos y si se les pregunta que hicieron simplemente responderán, “son nuestras cosas”.

Efectos terapéuticos de las desapariciones

- a) Adoptan una conducta que con frecuencia nunca han asumid hasta el momento
- b) Si el secreto todavía no ha dado resultado, se rompe de una vez por todas aquellos vínculos de cada uno de los cónyuges que interfieren la relación conyugal.
- c) El paciente señalado es puesto, por lo tanto, en el mismo plano que los demás libre de todo enredo o engaño.
- d) En los casos de que las familias tengan más de un hijo es común asistir, durante la ausencia de los padres, a la ausencia a de la complicidad fraterna desconocida antes u olvidada hace años.
- e) Si se considera que el paciente señalado está en condiciones de cuidarse solo una noche por semana, no se entiende porque debería ser vigilado las otras seis.

De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo

Se utiliza cuando en el sistema familiar hay dos o más hijos y uno de ellos es portador de un síntoma muy severo y los demás hermanos pueden tratar de centralizar la atención de los demás; se inicia este juego al trastocar tácticamente la puntuación donde se trata de trasladar rápidamente la etiqueta de enfermo que lleva el paciente designado a uno de los hermanos (as) considerados sanos por la familia, señalando que el PI fue el único que intuyo en la familia que uno o los otros hermanos se encuentran en peores condiciones que él y necesitan su ayuda. Simplemente nos declaramos admirados por la sensibilidad e intuición del paciente identificado. Pues a través del tiempo se ha dado cuenta el peligro en que se encuentra su hermano (os) y con el propósito de ayudarlo ha decidido sacrificarse por ellos dando cabida a que se presente el comportamiento que de diferentes maneras limita seriamente su existencia y su salud agregando que así atrae hacia sí mismo la atención y la preocupación de los padres incitando implícitamente a los hermanos a liberarse. Sirve para desequilibrar encubiertamente el status quo del sistema planteando el

dilema “o son todos locos o nadie es loco” a la vez que equilibra el subsistema fraterno evitando cuidadosamente criticarlos o inculparlos.

Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos

Se utiliza en familias donde el paciente designado es hijo único, para evitar las críticas de este a los padres y para evitar ser involucrados en la simetría encubierta de la pareja, que es hábil e intentara a su vez separar a los terapeutas y arrastrarlos a coaliciones y luchas de fracciones, repetidoras y puntuales del juego que tiene lugar; consiste en referir el enojo de los hijos hacia sus padres a la persona del terapeuta en el momento oportuno con la finalidad de evitar que los padres se sientan criticados y culpables y que el hijo sea señalado como provocador. Lo cual representa una ventaja puesto que al excluir a los padres se encuentran en la imposibilidad total de negar o de descalificar, lo cual pasaría si se respondiera a los requerimientos del padre, lo cual no podría tener sino dos alternativas: 1) que se puntué arbitrariamente el comportamiento de los padres como causa del comportamiento del hijo y por lo tanto criticarlos, y 2) puntuar de modo arbitrario el comportamiento del hijo como voluntariamente provocador, connotando así al hijo de manera negativa.

Los terapeutas aceptan sin objeciones una mejoría sospechosa

Es empleada cuando el terapeuta sospecha que se encuentra ante un movimiento, “una jugada” de la que son cómplices todos los integrantes del grupo natural, aun cuando solo se erige en portavoz. La característica de tal mejoría es la de ser súbita e inexplicable acompañada con frecuencia por una actitud de no compromiso. Consiste en aceptar sin objeciones una mejoría o una desaparición del síntoma que no parecen justificados en absoluto por el correspondiente cambio en el sistema de interacción familiar. Se aceptan tales cambios tomando el terapeuta la iniciativa de concluir la terapia y se les recuerda que cuentan con un número determinado de sesiones y que pueden recurrir a las sesiones faltantes si así lo desean. El terapeuta mantiene el control mediante esta estrategia paradójica en la que si la familia no regresa esta bien y si regresa también está bien porque esto determina que había cambios considerables y si regresa de cualquier forma es por la puerta que el terapeuta dejó abierta.

Como recuperar a los ausentes

Se refiere a las ausencias que se producen en el curso de la terapia, no en la primera sesión, cuando se mantiene la ausencia en el centro de nuestro interés y la relacionamos directamente con el material de la sesión o aun con el de las precedentes. La ausencia se convierte para nosotros en el problema central de esa sesión, se explica a la familia que con el propósito de superar el obstáculo tan grave se debe llevar un mensaje que se leerá en el domicilio de la familia con ellos reunidos en su totalidad, se entrega firmada y en ocasiones cerrada, se explica que uno de ellos está asignado a leerlo en voz alta en presencia de todos, dicho mensaje debe estar encaminado a obligar al PI a regresar a la sesión. Consiste en reincorporar a los integrantes de la familia que habían asistido a la terapia y por sus resistencias dejan de asistir. Una vez logrado esto podemos mantener la terapia en curso e integrar a la familia en esta dinámica.

Como aludir la descalificación

Bajo la lógica de las familias con interacción esquizofrénica que utilizan la descalificación para sí mismos y para los otros con los que se relacionan (yo no estoy, por consiguiente tú no estás y viceversa), todo lo anterior con la finalidad de no definir la relación y perpetuar la homeostasis lo cual implica que no se puede declarar un liderazgo ni alianzas abiertas evitando así asumir responsabilidades y definir la relación como simétrica lo cual rompería la homeostasis. Esta técnica se utiliza por medio de la paradoja terapéutica; aplicada de manera fría y calculada. Se debe ser sensible a las descalificaciones y a las seducciones por parte de la familia. Se construye a través de aceptar la descalificación y de prescribir la paradoja señalando que ahora es clara la situación que se ha venido dando, evidenciando el tipo de relación, definiendo de manera clara lo indefinible de la relación. A través de cartas que deben ser leídas en tiempos, espacios y lectores definidos. Esta técnica se construye con la finalidad de que la familia asuma la responsabilidad de cada uno en la definición de las relaciones y romper la homeostasis puesto que dicha definición de las relaciones señalaría la complementariedad. Esta técnica presenta la ventaja de que se rompe la homeostasis y se potencializa un cambio en la relación dando a la familia la capacidad de mantener o modificar la forma de relacionarse ahora que se ha definido claramente su interacción.

El problema de las coaliciones negadas

Se utiliza cuando se perciben coaliciones intergeneracionales que conllevan perversión en los roles. Y a veces la presencia tangible de intensas y reciprocas fantasías incestuosas, homo y heterosexuales. Se utiliza cuando el comportamiento que aun nivel indica la existencia de una coalición y es calificado por un comportamiento metacomunicativo como carente de coaliciones. Se aborda bajo la perspectiva de que no es una “realidad “nos encontraríamos frente a una “jugada” nodal dentro de las interacciones. Se debe intervenir de forma global y sistémica, abarcando a toda la familia y evitando demarcar de forma moralista, connotando como positivas esas en su intencionalidad. Siendo esto elaborado de tal modo que resulte paradójico e intolerante. Lo cual nos permite abrir y definir las coaliciones de forma complementaria para connotarlas positivamente. Al realizar esta intervención paradójica se otorga la posibilidad de generar en la familia una dinámica distinta donde la incomodidad que se presenta obliga al cambio bajo la influencia de los otros.

Los terapeutas declaran la propia impotencia sin reprochárselo a nadie

Se utiliza cuando las familias aparentemente confirman la validez del mensaje dado por el terapeuta y al volver la siguiente sesión la familia permanece inamovible por haber descalificado u “olvidado” totalmente el comentario de los terapeutas o por haber encontrado una hábil “escapatoria” a la prescripción aparentemente acertada. Ante esta tendencia de la familia, el terapeuta opta por no insistir en esa tónica. Y se cambia la posición en la relación declarándose impotente el terapeuta sin reprochar a la familia asumiendo que aun ante la voluntariosa disposición de la familia los terapeutas se encuentran confusos e incapaces para clarificar la problemática y brindar una alternativa que les ayude, haciendo esto con un tono coherente que defina que la incomodidad que conlleva asumir la impotencia de ayudar. Se reciben las reacciones de la familia y se acuerda una nueva cita. Se utiliza con la finalidad de romper el juego sin fin de la familia, dirigido al no cambio; se cobra la sesión y se fija la fecha para la siguiente sesión lo cual conlleva el fijar la seguridad profesional en contraste con la declaración de impotencia que define la relación como complementaria la cual se había definido previamente como simétrica implícitamente teniendo como ventaja que el terapeuta puede definirse como partidario del cambio y así “no agrede” al status quo que la familia defiende tan celosamente.

Los terapeutas se autoprescriben la paradoja extrema

Como ya se definió la paradoja extrema que se presenta en la escalada oculta de la transacción esquizofrénica consistente en el siguiente mensaje, “No es que debas ser algo diferente, debes ser lo que no eres, solo así podrás ayudarme a ser lo que no soy pero que podría ser si tú fueras lo que no eres”. Para esto en un primer movimiento se connota positivamente para legitimizar, y en un segundo momento se prescribe al equipo terapéutico acerca de acceder a este pedido consistente en que solo me podrás ayudar no siendo lo que eres. Su función consiste en acceder al sistema mediante la confirmación de su línea homeostática, dicha técnica promueve la capacidad de transformación y permite definir claramente la relación en el vínculo familia - terapeutas.

Los terapeutas abandonan el rol paterno prescribiéndolo paradójicamente a los miembros de la última generación.

Cuando se presenta la parentificación consistente en la distorsión subjetiva de una relación, como si el otro miembro de la pareja o aun los hijos fueran los padres. Dicha parentificación se torna disfuncional cuando se da en situaciones inapropiadas, en un contexto de transacciones ambiguas o incongruentes (doble vinculo).

Durante el tratamiento se presentan varias fases las cuales terminan con esta intervención paradójica

Estas son dichas etapas:

- a) El terapeuta ingresa al sistema familiar.
- b) Los padres intentan hacer coaliciones con alguno de los terapeutas.
- c) Los terapeutas rechazan la maniobra y declaran líder al PI
- d) Los terapeutas son mas parentificados y los padres hablan menos de sus familias de origen
- e) El Hijo deja su rol parental y con esto comienza a abandonar los síntomas.
- f) Los padres intentan coaligarse con el terapeuta esperando un juicio preferencial de su parte.
- g) Los terapeutas rechazan dicho intento emitiendo ese juicio reiterando su rol parental.
- h) El PI abandona los síntomas en casa y consultorio.
- i) Si hay hermanos puede que uno asuma ser portador del síntoma.

- j) Se connota positivamente el miedo de los padres a dar por terminada la terapia.
- k) Los hijos abandonan los síntomas y los padres se resisten a que termine la terapia.
- l) Los terapeutas abandonan el rol parental y lo prescribe a los hijos.

Consideraciones o reflexiones generales

El equipo de Milán y el modelo que han desarrollado ha sido uno de los que más ha cambiado y evolucionado dentro del marco de la terapia familiar. En este sentido es necesario arrojar luz sobre las diferentes etapas por las que ha transcurrido y las diferentes metodologías que han empleado en cada una de ellas. Tomm (1984) divide la evolución del grupo de Milán en cuatro etapas:

- a) Intervenciones psicoanalíticas. Inicia en 1967, cuando Selvini y Boscolo se reúnen en Milán para trabajar con parejas y familias. Su marco teórico de tratamiento era predominantemente psicoanalítico.
- b) Desarrollo de modelo propio. Basados en los escritos e influencia del grupo de MRI, en especial de Watzlawick, desarrollan un modelo propio en donde conciben a los sistemas familiares como sistemas homeostáticos y en constante transformación. Aquí resaltan sus tratamientos basados en la paradoja y contraparadoja, las connotaciones positivas y los rituales.
- c) Sistemas evolutivos. Aquí leen directamente a Bateson, lo cual cambia su forma de concebir a las familias, ya no percibiéndolas como sistemas que se estancan en una homeostasis, sino como sistemas en constante evolución. Se mantienen las intervenciones con reencuadres o rituales pero empieza a darse el giro a que lo más importante es el cuestionamiento circular que se le hace a la familia y que permitirá introducir los cambios en las creencias o conductas. Se hace toda un análisis de los tipos de preguntas que se pueden hacer: preguntas de definición del problema, preguntas acerca de la secuencia de interacción, preguntas de comparación / clasificación y preguntas de intervención.

Separación del equipo. Aquí el equipo se divide. Selvini y Prata enfatizan su trabajo en la investigación y enfatizan sus estudios con la prescripción invariante. Se asocian con nuevos colaboradores: Steffano Cirillo, Ana María Sorrentino y el hijo de Mara, Mateo. En su

trabajo, Selvini buscaba conocer en la evaluación, el juego familiar, siendo este desadaptativo en los sistemas que presentan una patología, ya que los roles y funciones no responden al ciclo evolutivo que enfrentan. Las diversas técnicas de intervención que elaboraron se dirigían a alterar el juego; a cambiar las reglas rígidas por otras más flexibles y complejas.

Por su lado, Boscolo y Cecchin se dedicaron principalmente a elaborar nuevos métodos de entrenamiento a terapeutas. Han incorporado la perspectiva del tiempo subjetivo y la diversidad de cada individuo, además de considerar la riqueza de tomar de cada modelo lo que es útil y que facilita la flexibilidad del terapeuta y lo enriquece (Rodríguez, 2004). Goldenberg y Goldenberg (2000) le han llamado al trabajo de Boscolo y Cecchin como Post Milán, pues han pasado de las técnicas de entrevista estratégica al desarrollo de una intervención terapéutica colaborativa.

Boscolo y Cecchin han cambiado sus concepciones acerca de la neutralidad y las hipótesis, pues consideran que en vez de neutralidad, la curiosidad es un término que mejor se adapta a lo que buscan en las familias, y de igual forma también se han permitido ser irreverentes con las propias ideas del terapeuta.

- **MODELO DE TERAPIA BREVE ORIENTADA A LAS SOLUCIONES**



William O' Hanlon

Introducción y antecedentes del modelo.

Tradicionalmente la terapia estaba orientada sobre todo hacia el pasado buscando las raíces de los síntomas actuales; más tarde en los 60's la terapia se centró en el aquí y el ahora, posteriormente y de manera peculiar surge el modelo de soluciones como un enfoque orientado hacia el futuro al que no interesa como surgieron los problemas, ni incluso como se mantienen, de esta forma se ocupa de cómo se resolverán, se busca que funciona y es útil en casos concretos, por eso es parte medular centrarse en las fuerzas y las capacidades de los clientes lo cual es más funcional que centrarse en los déficit de las personas.

Milton Erickson fue una figura fundamental en el campo de la terapia familiar. Aunque, estrictamente hablando, no era un terapeuta familiar, hizo muchas contribuciones en este campo, principalmente a través de su influencia en dos alumnos, Jay Haley y John Weakland; ambos eran investigadores y colegas de Gregory Bateson, el biólogo y antropólogo que fue una figura fundamental en el desarrollo de la terapia familiar. O' Hanlon (1990). Consideraba que los clientes tenían en ellos mismos o dentro de los sistemas sociales los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitaban hacer, dicho autor consideraba que lo que buscan los pacientes son soluciones y no la nomenclatura de sus problemas; decía que gran parte de los modelos se basan en las patologías pero en pocas soluciones; creía que los pacientes tienen en su propia estructura psíquica y social, la capacidad de solución; por tanto, el terapeuta deberá utilizar como objetivo terapéutico los recursos y soluciones de sus pacientes. Destacaba la importancia del presente (y del futuro inmediato) y no le daba importancia ni al pasado ni a la búsqueda de las causas y las razones de las dificultades del momento, de tal forma definía que la

actividad de la persona en el presente era el elemento más importante del éxito en la psicoterapia.

Erickson desarrolló una técnica que más tarde De Shazer denominó “Técnica de la Bola de Cristal”, que es la primera técnica centrada en soluciones que se conocen, usando la hipnosis ayudaba a las personas a crear una sensación de distorsión temporal de forma que podían ir con facilidad adelante y atrás en el tiempo, el lo llamo pseudo-orientación en el tiempo” se le pedía que llegara al futuro al encuentro con la solución de su problema para poder relatar cómo se llegan a esas soluciones

Menciona O’ Hanlon (1995) que la terapia orientada a soluciones se centra en la capacidad de las personas y sus recursos internos, evita el análisis y ofrece a la gente formas concretas de cambiar sus acciones y sus puntos de vista. De esta manera hay que identificar y utilizar pautas pasadas de interacción.

Representantes del modelo.

El grupo de Milwaukee, Wisconsin, en Estados Unidos, estaba encabezado por Steve De Shazer, y en él trabajaban también Marvin Weiner, Insoo Kim Berg, Elam Nunnally, Eve Lipchik y poco después se integran Wally Gingerich y Michele Weiner-Davis (Espinosa, 2004). También es importante mencionar dentro del modelo de soluciones a William Hudson O’Hanlon, Brian Cade y a Scott D. Miller.

Principios básicos.

- a) Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas a menudo los clientes abrumados por las dificultades de la vida, a menudo pierden de vista sus recursos para la solución de sus problemas. Tal vez solo necesitan que se les recuerden las herramientas que disponen para que desarrollen soluciones efectivas y duraderas, otras veces puede que tengan algunas aptitudes que pueden ser aumentadas o perfiladas para ayudarles a superar su situación.
- b) El cambio es constante si admites que el cambio es constante te comportarás como si el cambio fuera inevitable, por medios verbales y no verbales los clientes recibirán la impresión de que sería impresionante que la queja que presentan persistiera.

- c) El terapeuta se centra en la omnipresencia del cambio cambiara el tema de conversación de cómo las cosas han seguido igual y se pasara a cómo las cosas han cambiado.
- d) El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio. Por medio de las preguntas que hacemos y los temas que decidimos centrarnos así como mediante los temas que elegimos ignorar.
- e) Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla en vez de una información detallada sobre la queja lo que parece importante para los terapeutas de este modelo es lo que los clientes hacen y es dan buenos resultados.
- f) Solo es necesario un cambio pequeño, un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema una vez que ocurre esto la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios.
- g) El cambio es contagioso un cambio en una parte del sistema produce cambio en otra parte del sistema.
- h) Los clientes definen los objetivos pensamos que lo mejor es dejar la decisión en manos de las personas involucradas y que podemos trabajar para conseguir los objetivos que han indicado, sin imponerles nuestras ideas de cómo deberían vivir una vez que el tratamiento haya tenido éxito.
- i) El cambio o la resolución del problema pueden ser rápidos creemos que como resultado de nuestra interacción durante la primera sesión nuestros clientes obtendrán una visión nueva más productiva y optimista de sus situación
- j) No hay una única forma correcta de ver las cosas, puntos de vista diferentes pueden ser igual de validos y ajustarse igual de bien a los hechos en vez de pensar que son correctos o erróneos, admitimos que la percepción de cada persona representa una parte integral igualmente valida de la situación la perspectiva sugiere que hay puntos de vista útiles es decir que las perspectivas que manejan los clientes aumentan o disminuyen las posibilidades de solución.
- k) A veces lo que hace falta para iniciar un cambio importante es un cambio en la percepción de la situación.
- l) El terapeuta se centra en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.

- m) El terapeuta favorecerá para co-crear problemas resolubles Es importante definir el problema que está en nuestras manos y las del cliente resolver

Orientaciones para la negociación

- d) El terapeuta hará desaparecer la idea de que hay un problema si durante la entrevista inicial no conseguimos eliminar el problema, nuestra siguiente prioridad es hacer que el problema parezca más manejable y más susceptible a una resolución de problemas creativa. Nuestro objetivo es reducir el tamaño del problema a los ojos del cliente. La forma habitual en que se hace esto es siendo específico y preguntando sobre las ocasiones en que el cliente no experimenta el problema.

Cuidar el lenguaje (Una conversación para el cambio)

Los métodos que se presentan van dirigidos a producir cambios en la percepción y la conducta. Estos métodos tienen en común las presuposiciones que son una forma de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente. El terapeuta puede usar presuposiciones para introducir a la sesión de terapia las ideas o expectativas de cambio. ¿Qué será diferente en la vida cuando la terapia tenga éxito? La cual dirige al decretar éxito y que se conciba el éxito.

- a) Adaptarse al lenguaje del cambio Emplea inicialmente las palabras que usan los clientes como forma de unirte a ellos y hacer rapport. Lo cual permite que los clientes perciban que entendemos apreciamos y nos identificamos con sus experiencias subjetivas. La empatía y la cooperación se apoyan a esta creencia. A menudo los clientes se relajan ostensiblemente cuando sienten que se les comprende. Requiere simplemente que el terapeuta imite el uso exacto que el cliente hace de las palabras o expresiones idiomáticas
- b) Encauzar el lenguaje del cliente inicialmente utilizamos las palabras que usan los clientes y empezamos luego a encauzar los significados de esas palabras en una dirección productiva o a emplear palabras distintas. Cuando los clientes emplean rótulos negativos, fijos, para describirse a sí mismos o a otros, traducimos estos rótulos a descripciones de acciones, nos resulta más fácil manejar acciones que características físicas. Una vez que nos hemos unido al cliente adoptando su lenguaje podemos canalizar su lenguaje hacia descripciones menos patológicas, más normales de la dificultad. La utilización cuidadosa de los tiempos verbales puede crear una realidad

en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el presente y el futuro. Nuestro trabajo también se caracteriza por la frecuente utilización de la palabra todavía.

- c) Demostramos nuestra confianza en que se alcanzarán los objetivos cuando hacemos preguntas empleando términos definitivos en vez de términos de posibilidad que será diferente en su vida cuando se lleven mejor en lugar de que sería diferente si ustedes se llevaran mejor
- d) Usando intencionalmente términos de posibilidad en vez de términos definitivos para poner en duda las certezas poco útiles que mantienen los clientes, ¿si tu marido no aprecia los esfuerzos que has hecho que podrías hacer en vez de discutirle?

La sesión como intervención

Los componentes de la entrevista centrada en soluciones.

Se considera el proceso de entrevista una intervención, es decir mediante el uso de diferentes técnicas de entrevista centradas en las soluciones, los clientes pueden experimentar en el transcurso de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación, estos cambios permiten a la gente salir de nuestros consultorios y actuar de forma más productiva. En muchos casos una tarea asignada al final de la sesión solamente sirve para reforzar el cambio que ya se ha producido.

La sesión primera

Unión. Cuando saludamos a nuestros clientes solemos pasar los primeros minutos charlando, hablando de cualquier cosa distinta de lo que podría considerarse la razón por la cual acuden al servicio. El objetivo durante este periodo de unión es mostrar un interés genuino por ellos y ayudarles a que se sientan cómodos.

Una breve descripción del problema. Tras una breve exposición del problema, se hace una serie de preguntas diseñadas para extraer información sobre las excepciones al problema: las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, y las fuerzas y recursos de la persona.

Excepciones al problema. Independientemente de la magnitud o la cronicidad de los problemas que sufren las personas hay situaciones u ocasiones en las que por alguna razón el problema no ocurre. Esto ofrece una tremenda cantidad de información acerca de lo que necesita para resolver el problema.

Normalizar y Despatologizar

Una de las directrices generales que nos guían durante la sesión es considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo psicológico o patológico. Esta normalización de la conducta y de las experiencias puede hacerse de forma directa diciendo cosas como: “bueno es muy comprensible. Cuando los terapeutas normalizan las dificultades que los clientes traen a terapia, los clientes parecen aliviados. Debido al efecto tranquilizador que produce el que “el experto” parezca imperturbable ante tu descripción del problema. Esta actitud influye ante los clientes llevándoles a pensar que tal vez las cosas no son como parecían con palabras como: “naturalmente” “por supuesto” “bienvenido al club” “..... eso me resulta familiar”. Existen modos más indirectos de normalizar, podemos contar anécdotas de nuestra propia experiencia y de nuestros amigos.

Nuestro Objetivo durante la sesión es centrar la atención de nuestros clientes en las excepciones, soluciones y recursos todo lo posible, si todo marcha según lo previsto, el paso siguiente es la definición de objetivos.

Definición de objetivos

Los terapeutas adoptan un papel muy activo, para asegurarse de que los objetivos son alcanzables y lo bastante concretos como para saber cuando los habremos alcanzado. Una de las reglas fundamentales para definir objetivos es empezar por cosas pequeñas, “¿Cuál será la primer señal de que las cosas irán por buen camino?”

Si se han señalado varias excepciones, durante la sesión, una pregunta presuposicional más adecuada sería: “¿Qué indicará que las cosas siguen en la dirección adecuada?” Esto ayudará también a reforzar que el cambio ya se ha producido.

Elogios

Cuando oímos que el cliente está haciendo algo que es positivo o promueve soluciones, tomamos nota mentalmente para felicitarlo por ello. Generalmente al proporcionar feedback, el terapeuta señala a los clientes lo que ya han hecho para resolver el problema.

Regreso al futuro

Preguntas de avance rápido, cuando no se pueden recordar excepciones y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que sacar partido, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas al futuro. Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan como es, una vez que el cliente describa el futuro sin problemas ha descrito también la solución. Llamamos a estas preguntas “preguntas de avance rápido”

Preguntar sobre el problema

Si los clientes no son capaces de describir excepciones o de contestar las preguntas orientadas en el futuro, la siguiente línea a seguir es reunir información detallada sobre el tema. Cuando investigamos el problema nos interesa una información muy específica, como los marcos de referencia en los que los clientes sitúan el problema; en qué sentido lo ven como un problema, ¿Cuáles con las circunstancias y la secuencia de eventos? ¿Cuándo sucede el problema? Habitualmente se hacen las siguientes preguntas:

¿Qué sucede antes, durante y después de que se da el problema?

¿Quién está presente?

¿Qué dice o hace cada uno?

¿Dónde ocurre el problema con mayor frecuencia? (con menor)

Buscar recursos y soluciones

Cuando el hecho de rastrear excepciones, soluciones y un futuro sin problemas, produce la sensación de estar nadando contra corriente, cambia de dirección y céntrate en el problema, o adopta una actitud pesimista.

Descripciones para el cambio

Alterar la forma de actuar, y la forma de ver el problema en la terapia orientada hacia las soluciones son tres las cosas que intentamos hacer:

- a) Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática.
- b) Cambiar la forma de ver la queja. Cambiar los marcos de referencia.
- c) Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden ocupar a la situación que se percibe como problemática. Recordar a las personas sus recursos y fomentar estas fuerzas y capacidades, puede llevar a cambio en sus acciones y en sus puntos de vista.

Intervenciones sobre patrones (efecto mariposa)

En terapia, se intenta alterar los extraños puntos de atención, (que organizan el caos convirtiéndolo en bonitas curvas o patrones) de las pautas individuales y sociales introduciendo en ellas un pequeño cambio. Encontramos los puntos de orden en el aparente caso de la situación que presente el cliente y perturbamos sistemáticamente estos organizadores del patrón.

Intervenciones sobre el patrón de la queja Cambiar la frecuencia o tasa de la queja.

- a) Cambiar el tiempo de ejecución de la queja. A un cliente deprimido se le dijo que fijará un tiempo para su depresión todas las noches en vez de esperar de que esto ocurriera al azar.
- b) Cambiar la duración de la queja.
- c) Cambiar el lugar donde se produce la queja.
- d) Añadir al menos, un elemento nuevo al patrón de la queja.
- e) Cambiar la secuencia de elementos en el patrón de la queja.
- f) Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños.
- g) Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.

Intervenciones sobre el patrón del contexto

Cuando el hecho de abordar la queja a través de la intervención sobre el patrón no tiene resultado o no es aconsejable, se pueden alterar las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan la queja. Este tipo de intervención consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja. El terapeuta debe pedir descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla habitualmente. Esto incluye aspectos tales como quién está presente cuando se da la queja y lo que otros (no implicados directamente) dicen o hacen respecto a la queja con la persona o personas directamente incluidas.

Prescripciones de soluciones (formulas para el cambio)

Se emplea la misma tarea para iniciar cambios en problemas tales como mojar la cama, fobia a la escuela, o dificultades maritales.

Lo que nos llama la atención no son tanto las propias tareas, sino la idea de que los terapeutas no necesitan saber mucho sobre la dinámica de las dificultades para ayudar a resolverlas. Las prescripciones de soluciones que se describen aquí fomentan nuevas conductas y percepciones al crear la expectativa de cambios en el futuro. Están diseñadas para orientar la atención de los clientes hacia las soluciones. Esto es un cambio de la “forma de ver” la situación.

Con esa tarea, van a casa con sus “gafas-de-buscar-cosas-positivas” y para sorpresa suya, suelen descubrir bastantes cosas que quieren que continúen.

Aunque no se les pide que hagan algo nuevo o diferente, los clientes suelen hacer precisamente eso: “pasar nueva página” y modificar su comportamiento.

Técnicas

Preguntas Presuposicionales

Encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos y las enriquecen, al contestar esas preguntas los clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable. Una regla básica a la hora de construir preguntas presuposiciones es mantenerlas abiertas evitando preguntas en las que se pueda contestar con un sí o un no, en vez de ¿pasa algo positivo? ¿Qué cosas positivas sucedieron?

Búsqueda de Excepciones

Hay situaciones u ocasiones en las que el cliente experimenta cierto tipo de situaciones en las que por alguna razón el problema no ocurre. Esto ofrece una tremenda cantidad de información acerca de lo que necesita para resolver el problema. Se pueden desenterrar las soluciones examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha presentado el problema y las que no. Con frecuencia los clientes solo necesitan hacer más de lo que ya les ha resultado hasta que el problema deje de existir. La excepción no es algo dado, sino algo que se va construyendo mediante la conversación con el cliente a través de cinco pasos.

- a) Suscitar el tema de las excepciones
- b) Marcar la excepción para que no pase inadvertida para el cliente.
- c) Ampliarla
- d) Atribuirle control encaminarla a que sea percibida como algo deliberado
- e) Seguir buscando excepciones.

Pregunta del milagro

Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan como es, una vez que el cliente describa el futuro sin problemas ha descrito también la solución. Cuando las personas describen su milagro, esto renueva la búsqueda de excepciones. ¿Qué tienes que hacer para conseguir que suceda más a menudo? Estas preguntas exigen que los clientes no

solo se imaginen un futuro sin el problema, sino que además completen con todo tipo de detalles las escenas futuras en las que serán los principales protagonistas.

Preguntas de escala

Las escalas permiten tanto al terapeuta como al paciente desarrollar un término acordado y un concepto representa la solución y el punto de partida, están destinadas a motivar, alentar y dilucida los objetivos, las soluciones y todo lo que pueda ser importante para el cliente; se utilizan los números para construir un puente, empleamos preguntas que implican dar puntajes; la significación de número está en su uso y en particular en su uso en relación con los demás números de la escala. Por ejemplo: Si pudiéramos evaluar esta situación que me dice en una escala de 0 a 10 donde 0 es que no ocurre lo que a usted le gustaría y 10 significa que ocurre lo que usted desea de forma adecuada.

Hablar en tiempo pasado

Es un medio que permite disolver el lenguaje de imposibilidad del cliente, dando el sentido de que los problemas no invaden su vida en todo momento.

Traducir de generalizaciones a situaciones parciales

Busca disolver el lenguaje de imposibilidad del cliente rompiendo las generalizaciones que haga respecto a la queja y convirtiéndola en una afirmación parcial.

De verdades a imprecisiones perceptuales

A través del lenguaje se pretende que el cliente deje de hablar sobre los problemas como si éstos fueran verdades, pasando así a que los vea como impresiones perceptuales que él tiene ejemplo:

Uso del lenguaje enfocado al futuro

El terapeuta utiliza el lenguaje para construir preguntas y afirmaciones enfocadas a las soluciones o a éxitos futuros o para convertir los problemas en metas, como podría ser Asumir soluciones futuras usando palabras como “hasta ahora” o “todavía” y también de las siguientes formas.

Convertir los problemas en metas

El papel activo del terapeuta en la definición del objetivo terapéutico, alcanzable y concreto, maximiza las posibilidades de que los clientes vayan a conseguir las metas construidas. Otra forma de utilizar el lenguaje enfocado al futuro consiste en presuponer cambio y progreso mediante el uso de la palabra “cuando” asociándola a éxitos futuros.

Consideraciones o reflexiones generales

El modelo de soluciones enriqueció el campo dentro del trabajo terapéutico con sus ideas sobre la relación entre terapeuta, cliente y equipo terapéutico, reconociendo en esto la expertez de los clientes, a partir de los cuales se han derivado otros trabajos que incorporan sus métodos. Por ejemplo, Matthew Selekman, aplica de manera específica el modelo a adolescentes con problemas, además de integrar conceptos derivados de la narrativa y del enfoque colaborativo (Espinosa, 2004).

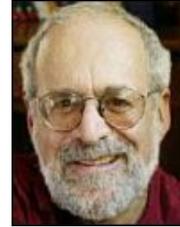
Por otro lado, William Hudson O’Hanlon (Bill O’Hanlon), ha movido su forma de trabajo de la terapia ericksoniana, a la orientada a soluciones, para finalmente desarrollar una “terapia de posibilidades”. O’Hanlon, dentro de este modelo, rescata la necesidad de reconocer y validar los sentimientos y los puntos de vista del cliente, incluyendo lo espiritual, y cuyas funciones serían: a) validar a la persona y a sus experiencias, b) cambiar el hacer del problema y c) cambiar el ver del problema. Asimismo habla de una realidad co - creada por terapeuta y cliente, y de que en la terapia surgen conversaciones centradas en la cooperación, en la búsqueda de cambios y diferencias, de aptitudes y capacidades, de objetivos y resultados, en las posibilidades y en la responsabilidad personal, lo cual lo denota como un terapeuta constructor social interactivo (Espinosa, 2004).

b) MODELOS POSTMODERNOS

- **MODELO DE TERAPIA NARRATIVA**



Michael White



David Epston

Introducción y antecedentes del modelo

Michael White y David Epston desarrollaron este modelo que ha sido de gran impacto en el mundo de la terapia familiar. Inicialmente, Michael White estaba interesado en darle un enfoque a su trabajo terapéutico desde la cibernética, apoyándose también en las ideas de Gregory Bateson y de la terapia familiar. Al colaborar con Epston, ambos se dieron cuenta que tenían un estilo similar de trabajo, en el cual daban cabida a otras metáforas o ideas respecto a la terapia y dichas ideas estaban relacionadas con el construccionismo social, el posmodernismo y la metáfora de poder y conocimiento propuestas por Michael Foucault (White y Epston, 1993).

Representantes del modelo.

Los principales representantes de este modelo son White y Epston, Cheryl White, esposa del primero, Gene Combs y Jill Freedman.

Principios básicos.

Desde esta perspectiva, se plantea que los problemas se perciben o crean por el significado que las personas atribuyen a los hechos y este significado es lo que determina el comportamiento de los miembros familiares. De esta manera se enfatiza en conocer cómo es que las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen, inadvertidamente, a la supervivencia del problema (White y Epston, 1993). Para llegar a dicho conocimiento, White y Epston generan el método conocido como “la

externalización del problema”, el cual funciona como un mecanismo para ayudar a los miembros familiares a apartar las descripciones de la vida familiar y de sus relaciones saturadas por el problema de aquellas descripciones de la vida familiar y de sus relaciones en las que el problema no los satura.

La Terapia Narrativa asume que las personas tienen muchas habilidades, competencias, creencias, valores, capacidades y recursos que los pueden ayudar a reducir la influencia de los problemas en su vida personal. La palabra "narrativa" hace referencia al énfasis que se pone en las historias de las vidas de las personas y las diferencias que se pueden lograr a través de formas particulares de relatar y volver a crear dichas historias. Este enfoque incluye formas de comprender las historias de la vida y la forma de recrearlas en un trabajo colaborativo entre el terapeuta o trabajador comunitario y el consultante o cliente.

Bases ideológicas

A través de las ideas de Foucault, White cambia su idea rectora de la metáfora cibernética y de las ideas de Bateson a la metáfora del texto o narrativa y desarrolló un modelo destinado a librar a la gente de la opresión de sus problemas. Donde se explora el efecto que dicho problema tiene en la familia, para los miembros individuales y las relaciones que tienen entre sí. De igual forma se explora los momentos en que el problema no domina la vida familiar y el efecto que la gente tiene en la vida del problema, esto es, identificando en qué momentos y en qué relaciones el problema no se presenta.

La terapia narrativa permite a los solicitantes localizar, generar y traer historias alternativas que ofrecen un distinto sentido sobre ellos mismos y una distinta relación con los problemas. Busca que una nueva y mejor historia pueda emerger. La nueva historia ilumina a la persona o a la familia al mediar entre pasado, presente y futuro a través del curso de sus vidas y sus problemas

Dentro de la terapia narrativa se busca que las personas identifiquen los conocimientos unitarios y los discursos de “verdad” que las están sometiendo, para luego liberarse de ellos al fomentar la resurrección de los conocimientos subyugados, de las historias alternativas, de los acontecimientos extraordinarios en donde la persona se relate sin la presencia de sus problemas o en donde hayan podido dominarlos y que no habían podido verlo debido a la opresión de estas verdades dominantes.

La analogía del texto.

Dentro de este enfoque, se concibe que “si bien una manifestación del comportamiento se produce en el tiempo, de modo tal que cuando se le presta atención ya no se está dando, el significado que se adscribe a ese comportamiento se prolonga en el tiempo” (White y Epston, 1993, p. 27). Esto significa que los seres humanos hacemos descripciones de las personas de manera similar a cuando leemos un texto y le damos un significado particular a esa lectura y que con cada nueva lectura se rehace una nueva interpretación. Los investigadores que adoptaron la analogía del texto manifestaban que para entender nuestras vidas y expresarnos a nosotros mismos, la experiencia debía ser relatada y así determinar el significado que se le atribuiría a dicha experiencia y que, el precio a pagar por ello, era que la narración jamás poseerá la riqueza de la experiencia vivida, por lo que surgirán “relatos dominantes” que interpretarán una sola visión, una sola lectura temporal de ese texto o momento de la vida de las personas.

Dado que cada relato es limitado, los relatos están llenos de lagunas que las personas deben llenar y rellenar para que sea posible representarlos. Estas lagunas ponen en marcha la experiencia vivida y la imaginación de las personas. Con cada nueva versión, las personas rescriben sus vidas (White y Epston, 1993).

Desde la narrativa, se adopta el supuesto general de que las personas experimentan problemas para los que a menudo acuden a terapia, cuando las narraciones dentro de las que relatan su experiencia no representan de manera suficiente su experiencia y que, desde esas circunstancias, también existirán aspectos significativos de su experiencia vivida que contradigan estas narraciones dominantes. Un resultado aceptable para quien acude a terapia sería entonces la identificación o generación de relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados, aportando con ellos posibilidades más deseables, nuevos significados, que las personas experimentarán como más útiles, satisfactorios y con finales abiertos.

Poder y conocimiento.

Foucault es quien detalla la influencia mutua que tienen el poder y el conocimiento, llegando a la conclusión de que son inseparables, pues un dominio de conocimiento es un dominio de poder y un dominio de poder es un dominio de conocimiento. Explica que en las sociedades existen ideas construidas (esto es, una sola narración de un texto en particular, de un tema en particular) a las que se les asigna un status de verdad única y que

estas verdades son “normalizadoras” en el sentido de que construyen normas en torno a las cuales se incita a las personas a moldear o constituir sus vidas y a que participen en actividades que apoyen la proliferación de conocimientos “globales” y “unitarios” así como también a las técnicas de poder para mantener dichos conocimientos.

De esta manera, todos estamos presos en una red de poder /conocimiento que nos imposibilita actuar fuera de este dominio, pues esta red de poder mantiene subyugados a los demás conocimientos, tachándolos de conocimientos no científicos, ilógicos, contrarios a la verdad normalizadora. Pese a ello, estos conocimientos sobreviven en los márgenes de la sociedad y en su momento, pueden tener una oportunidad de salir a la luz para competir con ese conocimiento dominante y, tal vez, también erigirse en conocimiento dominante.

Dentro de la terapia narrativa se busca que las personas identifiquen los conocimientos unitarios y los discursos de “verdad” que las están sometiendo, para luego liberarse de ellos al fomentar la resurrección de los conocimientos subyugados, de las historias alternativas, de los acontecimientos extraordinarios en donde la persona se relate sin la presencia de sus problemas o en donde hayan podido dominarlos y que no habían podido verlo debido a la opresión y dominio de estas verdades dominantes.

Técnicas

A continuación se describen algunos de los lineamientos que se siguen en el proceso terapéutico de la narrativa

Externalización del problema

La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y a veces a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se le atribuía, de esta forma los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivos. Esta técnica sirve para encontrar acontecimientos extraordinarios y, eventualmente historias extraordinarias que son las historias no saturadas del problema. Uno de los primeros pasos hacia la externalización es nombrar al problema de una forma que le sea cercana a la persona, es decir se evita nombrar al problema desde el lenguaje de experto (por ejemplo, en lugar de decir el miedo, tal vez el cliente prefiera “don miedoso”). Con base en esta

lógica es posible externalizar sentimientos (ansiedad, miedo, culpa), problemas de relación (peleas, desacuerdo, dependencia), prácticas sociales y culturales (racismo, homofobia) o metáforas, así como también los recursos de la persona, pues permite que la persona tenga una historia gruesa sobre ellos. Para lograr la externalización del problema, se elaboran preguntas que indagan sobre la influencia relativa que tiene el problema (preguntas de influencia relativa).

Este tipo de preguntas incitan a los miembros de una familia a derivar descripciones diferentes de su relación con el problema que presentan en la terapia. Con base en dos descripciones:

- a) La primera es una descripción de la influencia que el problema tiene en la vida y en las relaciones de los miembros de la familia. Aquí se elaboran preguntas que ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, que puede abarcar preguntas en el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal. De esta manera, se obtiene un cuadro en donde se observa de qué manera y en dónde ha influido el problema sobre la vida de las personas y sobre las relaciones que tienen entre sí dichas personas.
- b) La segunda es una descripción de la influencia que los miembros de la familia y sus relaciones tienen con la persistencia del problema mismo, favorecen a localizar excepciones a la influencia del problema en sus vidas (logros aislados). Este segundo tipo de cuestionamiento fomenta que se ponga de manifiesto los acontecimientos extraordinarios en la vida de las personas. El terapeuta apremia a los miembros de la familia a fin de que llenen las lagunas que tienen de sí mismos a través de:
 - Situar el logro aislado dentro del contexto de algún patrón de hechos y derivando así una explicación única.
 - Asignar significación y sentido a estas explicaciones únicas y derivando así de ellas “redescripciones únicas” del mismo, de los demás y de sus relaciones.
 - Especulando sobre hechos futuros vinculados con estas redescripciones únicas derivando así en posibilidades únicas.

Ambas descripciones incitan a participar en la elaboración de una nueva descripción del problema mismo (una descripción externalizada).

Clasificación de preguntas

Preguntas sobre logros aislados

- a) Selección directa de logros aislados. Estas preguntas alientan a los miembros de la familia a especular sobre sus propias percepciones y a recibir más directamente significaciones que de otra manera habrían pasado inadvertidas.
- b) Selección indirecta de logros aislados. Estas preguntas alientan a los miembros de la familia a especular sobre las percepciones de otras personas incluso las percepciones del terapeuta y sus colegas.

Preguntas relativas a la explicación única

Las preguntas referentes a la explicación única instan a los miembros de la familia a dar sentido aislado, localizándolo dentro de una pauta o clase de sucesos que están relacionados en el tiempo y el espacio en el “panorama de acción”

Preguntas relativas a la redescipción única

Las preguntas referentes a la explicación única estimulan a los miembros de la familia a dar significación a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la redescipción de sí mismos, de los demás y de los relatos operan en el dominio de la conciencia.

Búsqueda de acontecimientos extraordinarios

Al separar al problema de la persona es posible comenzar a explorar aspectos que han sido ignorados previamente y en esos aspectos se pueden encontrar acontecimientos donde el cliente venció al problema o, simplemente, el problema no ha estado. Existen tres tipos de acontecimientos extraordinarios:

- a) **Pasados.** Ya sea históricos o entre sesiones. Aquí se les pide a las personas que recuerden hechos o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones. Se les pide que recuerden estos sucesos de su pasado o bien, de entre una sesión y otra de terapia.

- b) **Actuales.** Son aquellos que se presentan en el transcurso de la sesión. Generalmente las personas se fijan en ellos gracias a la curiosidad del terapeuta, y porque éste les invita a que los hagan más perceptibles.
- c) **Futuros.** Pueden identificarse revisando las intenciones o planes que tiene la persona para escapar de la influencia del problema, o investigando sus esperanzas de liberarse de ciertos problemas.

Deconstrucción

Otro de los procesos que se contemplan en esta terapia y que va vinculado a la externalización del problema es la deconstrucción del problema. El método deconstructivo consiste en “volver exótico lo doméstico” es decir, da cuenta de los discursos que moldean nuestras vidas y que se dan por descontados. A partir de la deconstrucción, se desarman las ideas, se desordenan las creencias culturales que mantienen el problema y se logra ver desde diferentes perspectivas lo que damos por hecho.

Uso de documentos

En la terapia narrativa se usan distintos tipos de documentos (cartas, reconocimientos) que proporcionan al cliente una nueva historia sobre sí mismo y su problema convirtiendo una vivencia en una narración que abra la puerta a otras. No hay restricción alguna sobre el momento, lugar o forma de hacer llegar los documentos. El terapeuta decidirá si le entrega al cliente una carta elaborada en ese momento, si de una sesión a otra le entrega el reconocimiento o si se lo envía por correo. Los documentos mantienen la visión externalizadora del problema y se usan para validar los esfuerzos del cliente por luchar contra el problema que le ataca, validando los logros.

Consideraciones o reflexiones generales

White ha aplicado sus técnicas a casos tan complicados como la anorexia nerviosa, la esquizofrenia en niños, adolescentes incontrolables, y con familias que presentan todo tipo de problemas. En cada uno de estos casos ha desarrollado innovaciones en sus técnicas con pacientes esquizofrénicos y la corriente psicoeducacional de Anderson. Reiss y Hogart.

También es importante señalar los trabajos que, desde la terapia narrativa, se están realizando para el tratamiento con los niños a través del juego. Freeman, Epston y Lobovitz (2001) han hecho un trabajo aplicado a niños, elaborando una aproximación a los conflictos familiares a través del juego. En su trabajo, Freeman et al. Enfatizan la importancia de la comunicación lúdica para que los niños asuman la responsabilidad de los problemas y sean ingeniosos para solucionarlos. Mencionan que los niños muestran interés por estrategias alegres que impliquen juegos, imaginación, fantasía, misterio, magia, simbolismo, metáfora y contar historias, que a la postre, son fundamentales para la motivación del niño y para su capacidad en la resolución de problemas.

- **ENFOQUE COLABORATIVO**



Harlene Anderson

Introducción y antecedentes del modelo

A finales de la década de 1980 y a principios de los años noventa, surgió una corriente de terapeutas que exponían una serie de dudas y reflexiones sobre la teoría y práctica clínica que, dentro de la psicoterapia familiar y sistémica, se estaba llevando a cabo en ese momento. Entonces se empezó a hablar del “giro interpretativo”, caracterizado por el surgimiento del paradigma narrativo en la psicoterapia y por modificaciones en la forma de interactuar con los clientes y en particular, por los enfoques colaborativo y de equipos reflexivos, Beltrán (2004).

Harlene Anderson y Harold Goolishian iniciaron el desarrollo del enfoque colaborativo. Esta postura retoma la metáfora de la narrativa, del poder del lenguaje y de las historias con que la gente se sostiene a sí mismo. Este grupo empezó a trabajar formalmente desde 1977, con la fundación del Galveston Family Institute. Inicialmente, su trabajo estaba influenciado por el trabajo sobre comunicación humana del grupo de Palo Alto (MRI o terapia breve), sin embargo, su acercamiento tanto a la obra de Humberto Maturana sobre la biología del lenguaje como al construccionismo social y a la hermenéutica, propiciaron que se cuestionaran las premisas que sustentaban el pensamiento sistémico cibernético. Es así como de considerar al lenguaje como una función o como una herramienta semejante a la retórica, lo empezaron a considerar como un evento generativo, como la esencia del diálogo, y por ende, del proceso terapéutico. En este sentido, manifestaban que nuestras vidas son simplemente expresiones de nuestra narrativa y lenguaje construidos socialmente, y la agencia es la transformación de nuestro lenguaje y narrativas en acciones.

Representantes del modelo.

Harold Goolishian y Harlene Anderson iniciaron el desarrollo de este enfoque y más adelante, personas como Lynn Hoffman, se incorporaron en el desarrollo de esta modalidad de trabajo. A la postre, el Houston Galveston Institute, en Estados Unidos, es considerado como el mayor promotor del enfoque colaborativo, y en el cual trabajan tanto Anderson como Hoffman.

Principios básicos.

Es necesario que, para poder entender al enfoque colaborativo, se hable primero de las premisas epistemológicas que subyacen a este modo particular de psicoterapia. El Construccionismo Social, de acuerdo con Gergen (1996), postula que las ideas, conceptos y las memorias surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje. De esta manera, el lenguaje, la conversación y una actitud colaborativa del terapeuta, y no una actitud de poder y saber, es lo esencial para la psicoterapia. Dicho autor menciona que las aportaciones sobre el concepto del lenguaje como construcción social, narrativa y conversación, nos llevan a las nuevas corrientes llamadas posmodernas, donde cada diálogo es una con-construcción entre el terapeuta y sus clientes. Ambos participan y se transforman construyendo nuevos significado. De esta forma, las ideas de jerarquía y poder son eliminadas del marco epistemológico de la terapia.

Según Anderson (1997) La mayoría de las teorías terapéuticas ven a los terapeutas como expertos objetivos, neutrales y técnicos, concedores de lo normal y lo patológico y capaces de leer el mundo interno de otra persona; para el enfoque colaborativo el interés y la intención del terapeuta consisten en establecer una oportunidad para el diálogo y a través del dialogo, en crear oportunidades de autodeterminación, libertad y posibilidades únicas para cada cliente y su situación, en cuya invención o perfeccionamiento el cliente participa. Estas transformaciones consisten y resultan de la creación dialógica de una nueva narrativa lo cual deriva en que el cambio ocurre cuando el dialogo fluye. Un enfoque colaborativo se centra en el sistema relacional y en el proceso por el cual cliente y terapeuta se asocian para contar, preguntar, interpretar y dar forma a las narrativas, en este enfoque la pericia de cliente del terapeuta y del cliente se funde y este es el aporte de cada uno de ellos:

- a) **Cliente:** Es experto en el área del contenido, en las experiencias vitales que lo han traído a la relación terapéutica, cuando los clientes narran sus historias, pueden sentir y reconocer sus propias voces, su poder y su autoridad.
- b) **Terapeuta:** Es experto en el área del proceso, en participar con el cliente en un proceso dialógico de narrativa en primera persona, adopta la postura de “yo estoy aquí para aprender sobre usted de usted.

Anderson (2003) además habla de implicaciones básicas para los que sigan el enfoque colaborativo, en cuanto al trabajo y consultas que realicen, basados en los siguientes conceptos:

- a) **Unicidad.** Respeto y aprecio porque cada persona es única y sus “problemas” y “soluciones” son particulares a sus circunstancias de vida, relaciones y contextos.
- b) **Intervención.** Evitar la tentación de dar diagnósticos, metas y estrategias para alcanzar dichas metas. Considerar la unicidad de cada persona, la multiplicidad de posibilidades de cada persona, de cada contexto, y de cada situación.
- c) **Identidad y etiquetas.** Cada persona tiene múltiples identidades. Las etiquetas tienen el riesgo de crear y amoldar identidades limitantes. Los clientes son mucho más que sólo sus problemas. La persona completa y su contexto de relaciones deben ser el foco del tratamiento y no sólo el problema en sí.
- d) **Coherencia.** Invita, escucha y muestra humildad por la historia de cada persona.
- e) **La historia del cliente es el centro del escenario.** Ser genuinamente curioso y hacer preguntas que salgan de la misma conversación y que guíen a otras preguntas, no a respuestas. Hacer preguntas que ayuden al cliente a decir, clarificar y expandir su narrativa en primera persona.
- f) **Los clientes son los autores de su propia historia.** Crear y guardar espacio para que cada persona desarrolle sus propias visiones y rescriba sus propias historias. Juntos (consultor y consultante) crean conocimiento que es único y específico al consultante y a sus circunstancias.
- g) **Mantenerse en sincronía.** Caminar al lado del consultante; mantenerse a su propio ritmo y tiempo, no al del consultor.

- h) **Familiar.** Explorar lo conocido de una forma en que se permita la creación de caminos en donde no había.
- i) **Público.** Hacer visibles los prejuicios y las ideas invisibles del consultor; mantenerlas abiertas al cuestionamiento y al cambio.
- j) **Tratar de entender.** No supongas, asumas o llenes muy rápido los espacios vacíos de conocimiento.
- k) **Creer y confiar.** Tratar de hacer sentido, desde la perspectiva del consultante, de lo que parece sin sentido o ilógico desde la perspectiva del terapeuta.

Técnicas

El enfoque colaborativo en psicoterapia.

La mayoría de los terapeutas de este enfoque colaborativo desean dotar de poder a las familias, y cambiar la terapia a una búsqueda de nuevas opciones y entendimiento, dejando los terapeutas su lugar de expertos (o como lo han llamado, mantener una postura horizontal, esto es, en igualdad de jerarquías, de posiciones de validez en los discursos, tanto del terapeuta /consultor como del cliente/consultante). Debido a que disminuyen el uso de técnicas, su aproximación es difícil de describir, es más una actitud o filosofía que un método particular. Debido a esto los líderes del movimiento escriben más sobre su punto de vista, que de lo que hacen en terapia (Reséndiz, 2004).

Parte de la participación de estos teóricos es la convicción de que los clientes frecuentemente no son escuchados por que los terapeutas hacen terapia a ellos y no con ellos. El que no tomen una posición de conocimiento facilita una conversación con los clientes en donde las experiencias y los conocimientos anteriores del terapeuta no son la guía. En este proceso el terapeuta y el cliente experto son encargados de resolver el problema.

Los terapeutas colaborativos no sólo reflejan, sino que también ofrecen ideas y opciones, pensamientos siempre tentativos. Las preguntas son primordiales ya que son la herramienta del conocimiento del terapeuta. Desarrollan responsabilidad y una escucha activa, atendiendo las necesidades del cliente, y tratan de comprender la historia sin una idea preconcebida de lo que debería ser.

Cada pregunta viene de una honesta y continua postura terapéutica de no entendimiento, de no saber. Las preguntas no son generadas por una técnica o un machote de preguntas. Esta posición sugiere que los conocimientos, experiencia y valores del terapeuta no son más verdaderos que los del cliente, definiendo así una relación horizontal.

No están interesados en las conversaciones patologizadoras, sino por reconstruir nuevos significados que emerjan de las conversaciones colaborativas. Invitan a la gente a darse permiso para ser de nuevos humanos con significados de compasión, honestidad y humildad.

Desde esta visión, sólo ofrecen formas generales de participar dentro de las conversaciones terapéuticas.

Anderson (2003), reconoce que un terapeuta con enfoque colaborativo asume una postura y actitud que refleja su marco filosófico, una forma de ser en las relaciones y en las conversaciones con la gente, incluyendo una forma de pensar, de conversar, de actuar y de responder. Estos terapeutas trabajan con el siguiente marco:

- a) La perspectiva del terapeuta / consultor sobre cada sesión es que es un intento único, que incluye lo que presenta el cliente y el resultado de esa sesión. Cada sesión se toma como la única que se podría dar entre cliente y terapeuta.
- b) Un terapeuta / consultor toma la responsabilidad de crear espacios conversacionales dialógicos y de procesos que inviten a la colaboración mutua en la definición del problema y su di-solución.
- c) Un terapeuta / consultor permite al cliente estar en el centro de la historia, a guiarlo y moldear su discurso, tanto como el cliente quiera, sin que sea guiado por lo que el terapeuta/ consultor crea que es importante.
- d) Un terapeuta / consultor camina con el cliente “lado a lado”, manteniendo coherencia con su paso, manteniendo el paso del ritmo y pausa del cliente sobre lo que es el problema y lo que podrían ser las soluciones.
- e) Un terapeuta / consultor mantiene ideas múltiples y contradictorias al mismo tiempo.
- f) Un terapeuta / consultor escoge un lenguaje cooperador (que abre posibilidades) más que un lenguaje que cierre posibilidades.

- g) Un terapeuta / consultor aprende, entiende y conversa en el lenguaje del cliente, ofreciendo preguntas, opiniones, especulaciones o sugerencias, de manera tal que exprese una postura abierta y muestre que valora lo que el cliente juzgue como importante.
- h) Un terapeuta / consultor hace preguntas (preguntas conversacionales), las respuestas que logran nuevas preguntas en el consultor invitan a que las ideas se conviertan en palabras y a abrir nuevas formas de hablar acerca de lo familiar y a crear otras posibilidades.
- i) Un terapeuta / consultor escucha respetuosa, atenta, activamente y con sensibilidad.
- j) Un terapeuta / consultor no asume y no trata de entender prematuramente.
- k) Un terapeuta / consultor mantiene un diálogo (conversación dialogística) consigo mismo.
- l) Un terapeuta / consultor mantiene una postura reflexiva consigo mismo, con los clientes y con los colegas.

Anderson (1997) resume seis rasgos entrelazados de esta postura de no-saber, que caracterizan a los terapeutas que participan en conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas, y que pueden servir como guías para la creación de esas conversaciones y relaciones:

- a) Confiar y creer. Los terapeutas no son impulsados por la búsqueda de la verdad, sino por la necesidad de entender. Por tanto, hay que confiar y creer en la historia que relata el cliente, pues cada relato nunca es históricamente exacto, varía de momento a momento, de contexto a contexto y de circunstancia a circunstancia.
- b) Hacer preguntas conversacionales. Son preguntas que surgen desde dentro de la conversación local y ayudan a que el cliente clarifique y amplifique una historia y que abra nuevas avenidas para explorar lo que no se sabe y lo que se sabe. Cuando no se hace esto, cuando las preguntas se basan en un saber previo, en la búsqueda de ciertas respuestas o en la verificación de los supuestos del terapeuta, ese terapeuta pierde contacto con las experiencias del cliente y con las propias.
- c) Escuchar y responder. Escuchar es atender a, interactuar con, responder a, y tratar de aprender acerca de la historia del cliente y su importancia percibida. Es una actitud que invita al cliente a decir cómo son las cosas para ellos. Para ello, el terapeuta consultor

tiene que prestar atención, mostrando que valora el conocimiento del cliente sobre su dolor, su miseria o su dilema e incluye dar muestras de que se quiere aprender más sobre lo que el cliente acaba de decir, o puede no haber dicho todavía.

- d) Mantener coherencia. El terapeuta debe crear y resguardar el espacio de una narrativa en primera persona del cliente. Así, la coherencia le da espacio al cliente para que se movilice y no tenga que consumir energía en promover, proteger o convencer a un terapeuta de su punto de vista y a que éste no domine y dé forma a la historia contada.
- e) Mantener la sincronía. Avanzar al paso del cliente, acompañarlo en su narrativa en vez de moverlo a donde el terapeuta desea. Esto permite que el terapeuta no salte rápidamente a conclusiones equivocadas.
- f) Honrar la historia del cliente. Tomar en serio y validar la historia del cliente. Permitir que las personas puedan dar voz a su propia posición hacia quienes los rodean, y sea tomada en serio. Esto nos ayuda a no desestimarla o subyugarla a historias dadas por otros profesionales o por el terapeuta mismo.

Consideraciones o reflexiones generales

Este enfoque es en sí mismo un desarrollo actual, por lo cual, el trabajo total (en sí mismo) es de vanguardia. El enfoque colaborativo se ha extendido a otros países, como el nuestro, y se considera ya como un recurso más en los procesos de formación de terapeutas, de supervisión y de asesoría. (Beltrán, 2004) ubica su teoría y práctica dentro de las ideas posmodernas y en su interés en el aprendizaje, la investigación y la consultoría a organizaciones; además de incorporar a sus prácticas el uso del arte y la literatura y de estar en contacto cercano con las ideas de los equipos reflexivos y de la narrativa.

- **EQUIPO REFLEXIVO**



Tom Andersen

Introducción y antecedentes del modelo

Tom Andersen es un psiquiatra noruego, que antes de desarrollar la forma de trabajo de equipo reflexivo, utilizó junto con su equipo el método de Milán, pero no logró los resultados que esperaba en su práctica como terapeuta, lo que lo llevó a generar esta modalidad de trabajo.

De acuerdo con Andersen (Beltrán, 2004), la construcción de los argumentos teóricos del trabajo con equipo reflexivo se desprendieron inicialmente de las ideas cibernéticas y constructivistas de Von Foester y Von Glasersfeld, de las ideas de Bateson sobre las diferencias y la diferencia que hace la diferencia y las aportaciones de Maturana y Varela sobre la Biología del conocimiento y el multiuniverso.

En 1987 publica su artículo “El equipo reflexivo: diálogo en metadiálogo en el trabajo clínico”, y con esto puso en contacto al mundo de la terapia de familia con una concepción muy diferente acerca de la participación de los miembros del equipo en la terapia.

Representantes del modelo.

Tom Andersen, quien se desempeñó como profesor de Psiquiatría Social en la Universidad de Tromsø, Noruega, es el fundador de los equipos reflexivos; inicialmente trabajaba utilizando un espejo unidireccional: de un lado el equipo de observación junto con el supervisor y, del otro lado, el terapeuta en formación. Enfatizaba sobre todo, el aprendizaje de desarrollar hipótesis sistémicas.

Principios básicos.

Para Friedman (2005) los inicios del equipo de reflexión están ligados a la tradición Hermenéutica y su premisa de que el conocimiento está ligado al contexto, el tiempo con base en el estudio del círculo hermenéutico, este concepto fue tratado por dos filósofos alemanes Martin Heidegger y Hans-Georg Gadamer según ellos lo que llegamos a comprender ésta determinado, en gran medida, por la vida que ya hemos vivido. Esa vida ya vivida nos ha aportado diversos tipos de premisas generales, esto es, premisas concernientes a cómo podemos entender mejor a los seres humanos. Gadamer dice, que inevitablemente somos prejuiciosos cuando nos reunimos con una persona a la que debemos comprender, hemos empezado a comprenderla aun antes de habernos encontrado con ella. Gadamer denomina a esto “prejuicio” y Heidegger lo llama comprensión previa. Algunos suponen que los hechos y dichos de una persona se generan a partir de su “centro interior”. Quienes entablan una relación con una persona portando en sí ese conocimiento previo, buscan en su conducta señales que reflejen e indiquen la dinámica del supuesto “centro interior”. Una alternativa a la comprensión previa de un centro interior, es la de que el centro de una persona está fuera de ella, en el lenguaje y en las conversaciones en que participa. El mejor modo de comprenderla es concentrar la atención en sus conversaciones y su lenguaje.

Según Beltrán (2004) con la palabra conversación se destaca el significado como fenómeno intersubjetivo, dialogal, que los individuos crean y experimentan en la acción con otros y con ellos mismos; de este modo los sistemas humanos son comprendidos como sistemas generadores de lenguaje y significado, así mismo, el sistema terapéutico es comprendido como un sistema lingüístico en el cual el cliente y el terapeuta crean significados de manera conjunta; dichos significados son únicos y apropiados para la situación y para las personas que participan en la conversación. El sistema terapéutico es un sistema en el cual las personas están preocupadas y quiere cambiar. De este modo para que se produzca un cambio, las conversaciones que se llevan a cabo durante la terapia tienen que ser diferentes a lo habitual, pero no demasiado para que resulten ajenas a la narración del cliente.

Cuando estos significados son oportunamente diferentes, los diversos portadores de los significados probablemente se escuchan entre si y discutan los diversos significados. En estas condiciones es probable que surjan nuevas ideas. Para que el cambio se logre en la conversación, clientes y equipos co-participan en un proceso social de generación de significados y acciones alternativas mediante la reflexión la cual es descrita por Andersen, como el proceso en que algo es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta. Es

alternar entre diálogos internos y externos en presencia de un tercero que escucha y observa con atención, validando a la persona.

Diferentes procesos reflexivos

Una vez definida la idea de que el desplazamiento entre las conversaciones exteriores e interiores constituyen un elemento importante, dicho proceso se podría establecer de diferentes modos y en diversos contextos como define Friedman (2005):

- a) Podría haber un equipo en la habitación contigua, detrás de un espejo de visión unidireccional, o bien utilizaríamos una sola habitación, con el equipo escuchando y hablando desde un rincón.
- b) En el caso de un terapeuta sin equipo, un colega podría estar presente para conversar con él durante los intervalos de reflexión.
- c) Si el terapeuta está solo, sin equipo, podría hablar con un miembro de la familia (persona X) mientras los otros escuchan. luego, el terapeuta hablaría con los demás miembros, mientras X escucha esa conversación; después solicitaría la opinión de X y eventualmente volvería a conversar con él. En este caso, la familia y el terapeuta se convierten en un equipo de reflexión.
- d) Si el terapeuta entrevista a un cliente a solas, ambos pueden hablar de un tema abordándolo desde la perspectiva de una persona ausente. Se le preguntaría a este qué supone que pensaría (conversación interior) o diría (conversación exterior) esa persona ausente de tal o cual punto. Una vez presentados los pensamientos de dicha persona, el terapeuta puede preguntar al cliente y que piensa usted de lo que piensa dicha persona.
- e) Durante un taller o una consulta que tiene lugar en un salón y ante una audiencia, la totalidad de ésta podría servir de equipo de reflexión.

Métodos de intervención.

Los procesos reflexivos se caracterizan por intentar decir todo abiertamente, de tal manera que el cliente siempre pueda oírlo.

Así como en el enfoque colaborativo, los representantes del trabajo en equipos reflexivos señalan que no hay formatos o esquemas preestablecidos para desarrollar la terapia. Pese a

esto, se pueden reconocer algunos lineamientos generales de trabajo que se exponen a continuación:

El tiempo que se le asigna a la primera sesión suele ser de mínimo hora y media (Beltrán, 2004). De existir sesiones subsecuentes, suelen durar una hora y el tiempo entre ellas varía así como también varía el total de sesiones que se les dan, aunque se ha visto que habitualmente se dan entre 6 y 12 sesiones.

Estructura de las sesiones y participantes. El uso o no de una sala de observación varía. Cuando se emplea, se pregunta a los clientes si desean que el equipo esté en la sala con ellos o en la adyacente al espejo unidireccional. Posteriormente, el terapeuta desarrolla con el cliente una conversación, partiendo desde una postura de “no saber”, entendida como la convicción de que el terapeuta no tiene acceso a información privilegiada, no trabaja basándose en ideas preconcebidas, en que jamás puede comprender completamente a otra persona y por ello siempre necesita saber más sobre lo que se ha dicho y no se ha dicho. Para ello, el preguntar o proponer se hace desde una actitud tentativa (“yo me imagino X, pero no sé qué opinen ustedes”), permitiendo que se amplíen las posibilidades de narrar la historia tanto por parte del cliente como del terapeuta.

Constantemente se hacen preguntas acerca ¿quién puede hablar con quien sobre qué temas, aquí y ahora?, ¿Cuáles son los temas que los que están presentes quieren tocar?, ¿Alguien debería hablar y los otros escuchar?, etc. En general, las preguntas durante la conversación buscan la posibilidad de establecer nuevas aperturas; buscan preguntas poco usuales sobre descripciones de comparación, de relación y de diferencia; preguntas sobre explicaciones posibles; sobre distintas conversaciones.

Tras la conversación que se dio entre terapeuta y cliente, y previa autorización del cliente, el equipo terapéutico entra a escena para dar a conocer sus puntos de vista.

Otras reglas que siguen los integrantes de los equipos reflexivos, al momento de dar su participación son:

- a) Se les dice a los clientes que pueden escuchar o no la conversación del equipo, según lo deseen.
- b) Las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación con los clientes, no en algo tomado de otro contexto.

- c) Los miembros del equipo deben tratar de no transmitir connotaciones negativas que puedan ser entendidas por el oyente de esta forma.
- d) Cuando tanto los clientes como el equipo reflexivo se encuentran en la misma sala, al momento de dar su participación, se solicita a los miembros del equipo que se miren entre sí y que no miren a los que escuchan. Esto permite que los clientes tengan mayor libertad de “no escuchar”, esto es, de no sentirse impelidos a interactuar con el equipo.

Ya que el equipo reflexivo participó, se le reitera a los clientes que tomen lo que ellos quieran de lo que escucharon y se les pregunta si desean comentar algo en ese momento o si quisieran llevárselo a casa para reflexionarlo un poco más. En caso de que quieran hablarlo en ese momento, se les pide que digan lo que escucharon y la reacción que provoca en ellos.

Las diversas experiencias con equipo reflexivo que han sido reportadas, lo ubican como una forma de trabajo que permite al cliente escuchar diversas historias, poco usuales, que le permiten construir nuevos significados y dirigirse al cambio que desea. Este proceso produce apoyo y un ambiente de honestidad en el que la familia se siente parte del equipo y el equipo siente más empatía con la familia debido a la interacción directa con ellos.

c) CONSIDERACIONES O REFLEXIONES GENERALES

En la actualidad tal como lo menciona Beltrán (2004), tanto los equipos reflexivos, como el enfoque colaborativo, proponen una postura que valida lo singular, rico y complejo del conocimiento y de la experiencia del otro, con lo que, por medio del lenguaje, se construye el mundo, identidades y valores que las personas dan a sus vidas.

En la actualidad, el trabajo con equipos reflexivos va desarrollándose de la mano con las aportaciones que obtiene también del enfoque colaborativo, del posmodernismo y el construccionismo social, y se ha extendido su uso a otros países como uno de los recursos más novedosos en la formación de terapeutas, en el trabajo de supervisión y en la asesoría en instituciones. Asimismo, coincide con Harlene Anderson en su interés por recuperar la experiencia de los clientes y hacerlos co-investigadores de los procesos de terapia en que participaron.

Integración de Modelos

Definiendo desde una perspectiva epistemológica y de intervención, pareciera que los modelos derivados del posmodernismo o que se centran en el posmodernismo, constructivismo y construccionismo social se alejan tanto de los modelos tradicionales de terapia familiar o de terapia sistémica, que se vuelven una forma totalmente distinta de “terapia familiar”, sin embargo, con base en lo definido anteriormente, podemos denotar que todos estos modelos comparten un cuerpo de conocimientos y que han aportado grandes ideas para el desarrollo y evolución de este tipo de terapia, tanto que muchos de los autores de las escuelas iniciales han movido su forma de trabajo actual y se conciben como terapeutas narrativos o posmodernos o que validan e integran a sus ideas centrales una orientación a la co-creación de significados y relatos en la terapia.

Por otro lado, el término “Terapia Familiar”, que comúnmente se le da a todo este cuerpo de conocimientos ha traído confusión sobre las problemáticas y la población en particular que se atiende. Pareciera que con este término se excluye todo lo que no sea trabajar con familias, motivo por el cual constantemente en nuestro trabajo se tiene que aclarar que también se puede trabajar con un solo individuo o con otro grupo de personas que no sea necesariamente la familia dado que lo importante es el enfoque que le damos a nuestro

trabajo. De la misma manera, existe confusión al usar el término de terapia familiar al pensarse que dentro de este enfoque también se incluirían los trabajos sobre familias que se han hecho desde otras escuelas y epistemologías psicológicas. Sabemos que las demás escuelas de psicoterapia también han desarrollado su propia forma de trabajo respecto de las situaciones familiares, llámese Terapia Racional Emotiva, Psicoanálisis, Terapia Humanista o Terapia Cognitiva y Conductual aunque con epistemologías que difieren de la visión holística interaccional (y dichos enfoques o epistemologías no engloban a los enfoques de psicoterapia explicados en este apartado). Como un consenso del ámbito terapéutico, los clínicos que han desarrollado los modelos de terapia “familiar sistémica” insistieron en asignarle este término a sus trabajos (como los libros de técnicas de terapia familiar, de Salvador Minuchin; o la Guía de terapia familiar sistémica, de White).

El término terapia sistémica es otro concepto que se ha usado para explicar que la forma de trabajo puede estar destinada a diferentes entidades o sistemas, que el lente de observación pueden ir de lo intraindividual hasta lo ecosistémico, sin embargo, con este término se le da el eje rector a la visión sistémica de la familia, y en algunos enfoques, como la narrativa, colaborativo y equipos reflexivos el eje rector ya no es así el problema conforma el sistema por tanto presentan atinadas narraciones o co construcciones de significados, razón por la cual, han optado por otro término que le dé identidad a su forma de trabajo.

Las terapias posmodernas, al denominarse de esta manera, han dejado de lado el término de terapia familiar o terapia sistémica. Es más, han optado por denominar a su trabajo como “conversaciones terapéuticas”, dado que, en congruencia con sus fundamentos, ni hacen terapia (dado que no hay postura de expertez del terapeuta- mejor llamado para ellos, consultor-) ni el problema se circunscribe sólo al escenario familiar. Sin embargo, estos autores reconocen su origen y las aportaciones que los primeros enfoques de “terapia familiar sistémica” han hecho a sus propios modelos y lo que es más, los demás enfoques también han adoptado varios conceptos derivados de las terapias narrativas y posmodernas. De esta manera, se ve una línea de evolución que parte de los primeros modelos y que se va desarrollando o tomando caminos diversos hasta verse reconocidos también en estas terapias posmodernas y es por ello que, hasta en la formación psicoterapéutica (incluyendo la de la residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala y la Facultad de Psicología) se conciben a todos estos enfoques como un gran cuerpo de conocimientos comunes.

CAPÍTULO III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Cuadro de familias con quien se realizo el trabajo terapéutico

Familia	Etapa Ciclo Vital	Paciente identificado	Demanda de la familia	Modelo de trabajo	No. de sesiones	Sede	Cierre de terapia
1	Familia con hijos en edad escolar y/o adolescencia	Maricela 37 años hogar	Depresión, infidelidad por parte del conyuge	Terapia breve orientada a soluciones	4 sesiones	ISSSTE Tlanepantla	Alta
2	Familia con hijos en edad escolar y/o adolescencia	Yaritza 17 años Estudiante	Acude en búsqueda de autoconocimiento	Estructural, Interrogatorio circular, preguntas reflexivas	4 sesiones	CCH Azcapotzalco	Baja por ingreso a trabajar
3	Familia con hijos en edad escolar y/o adolescencia	Iván 11 años Estudiante	Crisis familiar por las necesidades de educación especializada para Iván quien tiene un retardo en el desarrollo con etiología neuronal	Estructural	6 sesiones	FES Iztacala	Alta
4	Familia con hijos adultos	Fidel 58 años Comerciante	La familia refiere que el padre es muy impulsivo y arrebatado y se muestra apartado, preparándose para la salida de sus hijos.	Estructural, preguntas reflexivas	9 sesiones	FES Iztacala	Alta
5	Familia con hijos en edad escolar y/o adolescencia	Bernardo 18 años Estudiante	Bajo desempeño escolar y consumo de drogas	Terapia Estratégica Interrogatorio circular	3 sesiones	CCH Azcapotzalco	Baja por ingreso a trabajar
6	Familia con hijos adultos	Meche 63 años Jubilada	Episodios depresivos a partir de que se le detecto y se intervino por cáncer de seno, refiriendo problemas de pareja.	Terapia Breve orientada a soluciones, preguntas reflexivas y equipo reflexivo	7 sesiones	ISSSTE Tlanepantla	Alta

Cabe destacar que estas son las familias con las que me desempeñe como terapeuta, para también participe en el primer semestre como observador en el sistema terapéutico total, en el trabajo con 10 familias y como un integrante del equipo terapéutico con 41 familias.

III.1 Habilidades Clínicas Terapéuticas

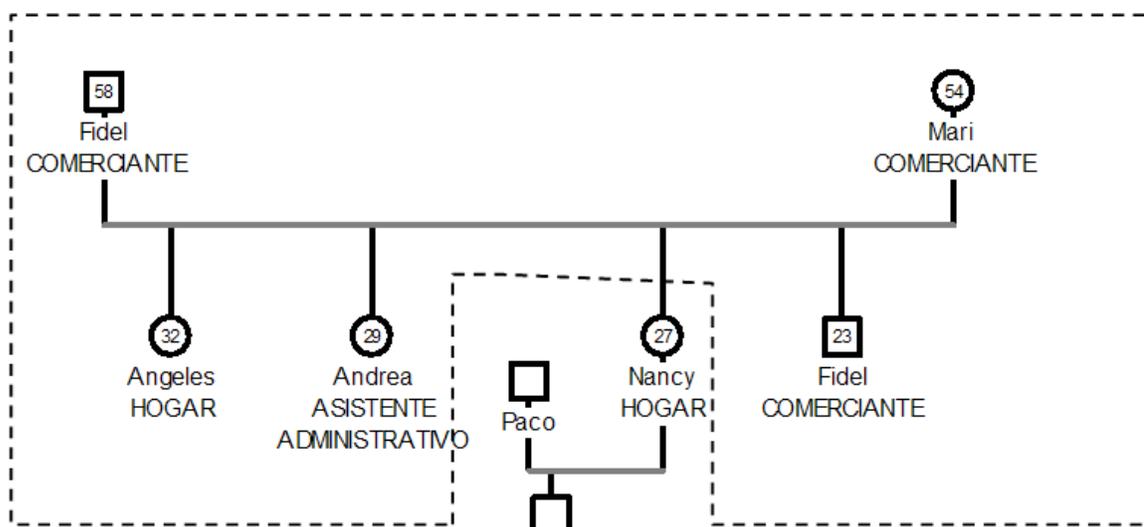
III. I.1. Integración de expedientes de trabajo clínico

Caso 1 Familia 4

9 sesiones Alta

Se trata de una familia donde el Padre Fidel de 58 años y la madre Mari de 54 años son comerciantes que se dedican a la venta de piezas de plástico desde hace aproximadamente 5 años, por su parte Ángeles de 32 años se dedica al hogar y Andrea de 29 años es psicóloga que se encuentra en proceso de titulación, se desempeña como asistente administrativa, Nancy de 27 años está casada y se dedica al hogar y Fidel Alejandro de 23 años se desempeña como comerciante junto con sus padres.

Familiograma



Asiste a las sesiones: Ángeles, María y Andrea,

Motivo de consulta: El principal motivo que refería la familia es que el padre es “muy arrebatado”, “impulsivo”, “orgullosa”, “tiene un carácter muy fuerte”.

Antecedentes Familiares:

Entre los motivos para buscar terapia que comenta Mari se encuentra que su esposo es “muy arrebatado y tiene un carácter muy fuerte”.

También le preocupa que ahora “toma mucho”, menciona que él antes no lo hacía y de repente comenzó a tomar al grado que hace un tiempo lo hacía cada semana.

Siempre que hay algún problema Fidel termina diciendo que se va ir de ahí, las primeras veces que lo expresó su familia le pedía que no pensara eso y que no se los dijera casi rogándole ahora le dicen que piense en él y su esposa, ya que ellos sus hijos ya son adultos y ya van a hacer su vida así que le dicen que piense en él y Mari le expresa que ya no están muy jóvenes para rehacer su vida cada quien por su parte.

Mari comenta que ha sido difícil para Fidel hacerse a la idea de que sus hijos ya están grandes pues antes tenía autoridad sobre ellos y era muy estricto con los horarios; pero a partir de que le dijo a Andrea que ya no le pidiera permiso e hiciera lo que quisiera el cambio y ya no solo les comenta que hagan lo que quieran. Andrea explica que Fidel está perdiendo autoridad porque él mismo la cedió ya que ellos están acostumbrados a que si da una orden la deben llevar a cabo como siempre lo habían hecho, aun así siempre le dicen adonde van aunque él les replique que no es necesario.

Sus hijas le preguntan porque ya no las abraza ni las besa y él les dice que ya están grandes, que ya no son suyas y que sabe que pronto se irán con alguien.

Ángeles al igual que Mari deja de hablarle a su padre pues le da coraje las actitudes que tiene hacia su mamá y solo ellas le dejan de hablar y lo hacen con la intención de que ya no tome por que en ocasiones toma mucho y en otras le dice que se tome una cerveza o dos porque así se “pone tranquilo” el problema es cuando toma de más porque inmediatamente lo dejan solo, él pone música y le sube al volumen lo cual ellas lo interpretan como que quiere molestarlos.

Andrea considera que la situación la hace sentir impotente y no puede decirles nada porque le duele mucho, y respecto a sus padres como pareja, ella cree que lo deben pensar bien pues solo depende de ellos si se divorcian o siguen juntos aunque tiene miedo de que se queden solos, pues sabe que su mamá tiene el apoyo de sus hermanos pero que Fidel se quedaría solo.

La independencia y el crecimiento de sus hijos la vivieron gradualmente primero en la primaria, la secundaria fueron notando que Fidel era muy celoso de los compañeros de sus hijas; los celos siempre han está presente pero más a partir de que él reclamó que Ángeles no era su hija, a lo cual Mari comenta que en esa ocasión si se puedo comunicar principalmente porque él le pidió perdón y él le dio el acceso a platicar, y ahora cree que es lo que necesita, que Fidel comience a hablar y sabe que así ella podrá decirle todo lo que piensa.

Hipótesis:

No ha habido una buena adaptación al ciclo vital de su familia donde se constituyen como una familia con hijos adultos exigiéndoles ésto una reestructuración en las reglas y los límites entre subsistemas, además la incorporación de nuevos elementos es un detonante de conflictos, así como la posibilidad de que la familia se fraccione (efecto de nido vacío).

Modelo aplicado e intervenciones terapéuticas

En este trabajo terapéutico las intervenciones se hicieron con base en el modelo estructural y preguntas reflexivas

Objetivos:

Con la finalidad de hacer evidente la *complementariedad se cuestiona su modo de recortar los sucesos* lo cual implica saber cómo es que la familia observa y explica lo que sucede por lo cual el terapeuta se centra en la epistemología de la familia introduciendo el concepto de un tiempo ampliado y encuadrado en la conducta individual como parte de un todo más vasto. Se les hace ver que los ojos de toda la familia han estado puestos sobre Fidel pero que es importante observar qué ocurre en la vida de cada una de ellas en general y qué piensan y qué sienten cada vez que él dice que se va, o cuando toma.

Entra a la sesión una de las supervisoras a compartir con la familia una experiencia con un paciente y su forma de afrontarla, argumentando que dicha paciente tiene un hijo el cual bebe demasiado y ella hacia todo lo posible para que él no lo hiciera, lo cual, al igual que a ellas les provocaba impotencia, dolor, enojo, pero que ahora su vida ha cambiado mucho, ya que aunque su hijo siguió bebiendo ahora ella procura su salud y ve por su persona; lo cual nos refiere que a veces no podemos dejar de lado la situación de nuestro familiar pero podemos procurar nuestro bienestar tomando decisiones funcionales y habrá cambios; manteniendo o no la intención de que el familiar cambie. Esta intervención se hizo para cuestionar la realidad familiar a través de un *consejo especializado* donde el terapeuta puede aprovechar su posición profesional y presentar a la familia una explicación diferente sobre su interacción, ofreciendo una percepción diferente de la realidad basándose en su experiencia y conocimiento.

Se hace una intervención paradójica directa basada en la aceptación consistente en definir que la madre y las dos hijas son como un bloque que aunque no permite el acercamiento

con Fidel, hasta ese momento les ha funcionado para protegerse así que “por el momento” es buena la existencia de ese bloque.

Con la finalidad de incidir en sus *construcciones familiares* lo cual permite relajar la rigidez referencial y preferencial de la forma en que la familia percibe la situación a través del consejo especializado, se les comenta que es claro por qué no se pueden comunicar pues han aprendido que el tratar de platicar como familia es igual a pleito y por eso tienen sus reservas, además que ellos parece que están con una puerta en medio que no les permite hablarse y en este momento nadie se atreve a abrir pues hay muchos supuestos.

Con la finalidad de *cuestionar el control lineal* y hacer evidente no solo un miembro pueda controlar el sistema familiar, destacando que cada uno de ellos es el contexto de los demás. Se les trasmite que los cambios que ellas experimentan se reflejan también en la situación de Fidel, que es como se da en el agua cuando se avienta una piedra y comienzan a hacerse ondas que crecen y hay movimiento muy constante por una sola piedra que se tiro, de esta forma ya tiramos la piedra y ahora comenzaran a presentarse cambios.

Una vez que cambio la experiencia de Fidel y tenía un mayor control en sus decisiones respecto a la bebida se cuestiono *las realidades familiares* particularmente la de Ángeles; por lo cual se le preguntó qué hay detrás de su enojo hacia su padre que le hace dejarle de hablar y qué va a pasar ahora que su padre muestra independencia y comienza a controlar la forma en que toma. Ya que ella ha estado muchos años pendiente de él y no ha volteado a ver qué es lo que ocurre con ella misma, por tal motivo es necesario saber que va a ser de su vida.

Debido a que el discurso de Ángeles muestra que Fidel constantemente la invita a que salga y no es necesario que le pida permiso se le hace la *pregunta reflexiva*: ¿en qué momento decidiste privarte de esa libertad que te ofrecen? retomando en una posición de experto, que en nuestra experiencia hemos trabajado con familias donde los hijos demandan esas libertades y es difícil conseguirlas, a lo cual ambas comentan que anteriormente él era muy estricto y por eso mismo se acostumbraron aunque esa permisividad de Fidel parece ser legitima; aunque anteriormente esas mismas palabras las decía como un doble mensaje.

A manera de *desafío para cuestionar la realidad familiar* se le pregunta a Mari cual fue el mensaje que le dio a Ángeles ella y su esposo para que ella pensara que debía sacrificar su vida por ellos y ahora como podría usted hacerle entender que no se queda sin su brazo derecho.

En este momento del proceso terapéutico Ángeles comenta haber hecho cosas que nunca pensó que podría hacer y guarda silencio y no puede responder que cosas ha hecho (Mari la invita a que hable) porque es difícil para ella decirlo y de hecho su mamá no lo sabe; se le cuestiona si es su momento de decirlo a lo cual ella guarda silencio y dice que no lo puede decir porque sabe que para su mamá va a ser difícil saberlo, por lo cual se le explica que si no está preparada ella nos dirá en qué momento si lo está y lo compartirá con su familia y con nosotros, lo cual se valida pues con esto nos demuestra que comienza a ocuparse de su persona y que es muy sensible y sensata pues ahora decide en qué momento el contar esa experiencia será reparador.

Con base en los cambios que se estaban haciendo presentes Ángeles y Andrea comenzaban a hacerse más independientes y procuraban su bienestar de hecho menciona que Andrea tenía la oportunidad de ir a otro país a estudiar y ante dicha posibilidad se notaban sus esfuerzos homeostáticos.

Con base en la finalidad de modificar las realidades familiares se *desafía* la actitud de la madre quien le dice a Ángeles y a sus hijos que quiere que salgan y hagan su vida y por otra parte les comenta que seguro va a llorar y va a sufrir mucho, y se le trasmite que vemos en ella un efecto de resorte pues lo invita a salir y cuando salen los regresa con los malestares que surgen en ella.

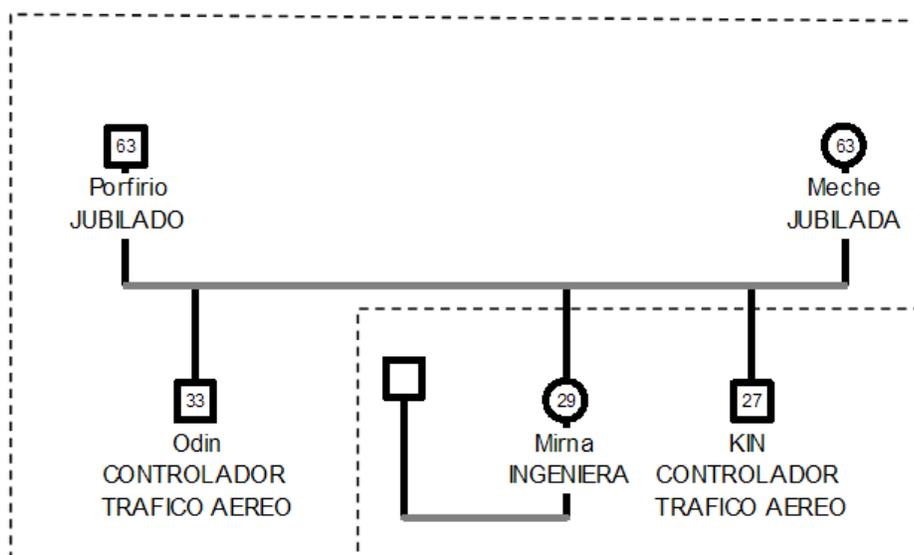
Mari comenta que cuando ella se separó de su mamá también sufrió mucho ella se puso mal de salud y lloraba todo el tiempo hasta que fue a vivir cerca de ella. Por lo cual se provoca una *escenificación de segundo movimiento* donde describe Minuchin que el terapeuta provoca las interacciones, en donde Ángeles es una amiga de Mari y le aconseja que hacer respecto a su madre que sufre por su separación, lo cual se le dificulta y se hace un segundo movimiento en donde se invierten los papeles y se provoca que Mari asuma el papel de una amiga suya cuando ocurrió la separación y Ángeles es Mari escuchando el consejo, Mari le dice “Mira tu mamá ya hizo su vida ahora tú debes pensar en ti y tratar de hacer tu propia vida” “Le diría ya tus papás están grandes y han vivido lo que tenían que vivir, tienes que hacer tu vida y formar tu familia”.

Se hacen preguntas de escala para evaluar la tolerancia que han aprendido ante la situación de Fidel con base en la lógica de comprender que el hecho de que tome es decisión de él y es muy poco lo que pueden hacer; a lo cual responden que Mari se encontraba en un 4 y paso a 6 y en el caso de Ángeles de 0 paso a 6 mostrándonos un avance significativo.

Se alcanzaron importantes avances en este sistema familiar y se favorece en que se preparen para la evolución del mismo, en el ingreso de elementos externos y la salida de los hijos en el marco del llamado efecto del nido vacío, el cual representa un tema en el que se ahondará más adelante.

Se trata de una familia compuesta por el señor Porfirio de 63 años jubilado con estudios de licenciatura en educación primaria quien ejerció como profesor y director en una primaria, la señora Meche jubilada con estudios de licenciatura en educación primaria, quien también ejerció como profesora; sus hijos son Odín de 33 años soltero, el cual se dedica a controlar el tráfico aéreo compartiendo dicha actividad con el otro hijo llamado Kin quien tiene 27 años y es soltero, la diferencia es que él trabaja en provincia y Odín en el DF y por último se encuentra Mirna de 29 años con estudios de ingeniería en química, quien está casada y vive independientemente manteniendo un estrecho contacto con Meche y Porfirio.

Familiograma



Motivo de consulta: Depresión de Meche, refiere que hace 11 años fue operada de cáncer de mama, a partir de lo cual se detonaron en ella emociones muy fuertes, ha tenido algunas recaídas, lo cual la hace sentirse irritable y discute mucho con su esposo, por lo cual el médico le comentó que este padecimiento tiene una etiología emocional, y la canaliza a terapia psicológica.

Antecedentes del problema:

Acude Meche a las sesiones y desde un principio comenta que su esposo la acompaña, pero ella decide que le gustaría llevar sola este proceso.

No tiene antecedentes de cáncer en su familia ni de problemas hormonales. También refiere que tiene algunos problemas con su esposo quien es muy contreras (palabra que su sobrino también ocupa para referirse a él diciéndole que es el tío contreras) con esto se refiere a que siempre le lleva la contraria y discute mucho con ella por situaciones cotidianas, ella asume que a veces también tiene esa actitud.

Entre las cosas que ella le reconoce a su esposo es que siempre le ha sido fiel o de alguna manera no tiene ningún indicador de que no haya sido así, él le da estabilidad y apoyo en las cosas cotidianas y lo reconoce como un buen proveedor. Algo que también reconoce de Porfirio es que le gusta acompañarla a paseos y constantemente sale lo cual a ella le agrada porque en esos momentos no tienen conflictos y ellos se llevan mejor.

Trata día a día de estar mejor y esa idea surgió a partir de su operación, en la lógica de las palabras del médico que le dijo: “usted nació dos veces la vez de su nacimiento y cuando superó la operación así que tiene doble cumpleaños”. Dicha actitud la impulsa a seguir y está motivada por el deseo ferviente de vivir y el deseo de ver a sus hijos, los cuales considera su motor y la motivan a no dejarse enfermar.

En la sesión cinco, en el contexto de evidentes cambios en su demanda original decide hablar de una situación difícil para ella consistente en que su hijo Odín vivió una violación hace 25 años de la cual se enteró hace 10 años y fue un amigo de su esposo, quien según ella “entró a su casa con mucha astucia y vio los problemas que tenían como pareja y aprovecho la situación y lo violó; él nunca ha aceptado apoyo psicológico”. Ella constantemente le da datos de terapeutas y busca que entre a un proceso psicoterapéutico. Puesto que le parece muy traumático lo que vivió su hijo y cree que eso repercute en la vida que tiene ahora y ella desearía “que Odin hiciera una vida normal pues todas las personas de su edad ya se casaron y tienen hijitos” y ella cree que “por la violación podría tener algo raro como horror al sexo”, ella menciona que es excesivamente reservado y callado y cree que las personas violadas guardan muchas cosas, ella asume que sabe que no va a resolver nada con lágrimas ni de ninguna forma pero quisiera darle un apoyo. Él tuvo una novia con la que duró quince años y de la cual se separó hace un año porque ella se fue de viaje y conoció a otra persona.

Su hijo Kin tampoco es casado y ella ve que son muchachos que quieren hacerse de propiedades y estar bien económicamente para tener que ofrecer y además les gusta mucho viajar

Modelo aplicado e intervenciones terapéuticas

En este trabajo terapéutico las intervenciones se hicieron con base en el modelo de terapia breve orientada a soluciones, preguntas reflexivas y equipo reflexivo

Objetivos:

Se comienza con una pregunta orientada al futuro (pregunta del milagro) por la dificultad aparente de Meche para definir un objetivo claro para este proceso y saber que será necesario para alcanzar logros de igual forma nos permitió conocer que cosas estaban pasando actualmente de lo esperado en dicho milagro a lo cual menciona que se sentiría más plena.

Se le hizo una pregunta de escala ya que permiten tanto al terapeuta como al paciente desarrollar un término acordado y un concepto que representa la solución y el punto de partida, dicha pregunta está destinada a motivar, alentar y dilucida los objetivos, las soluciones y todo lo que pueda ser importante para el cliente; se utilizan los números para construir un puente, empleamos preguntas que implican dar puntajes; la significación de número está en su uso y en particular en su uso en relación con los demás números de la escala. En este caso se otorgo el 0 para una actitud negativa y el 10 para una actitud positiva. Mencionando que al momento de la llamada se encontraba en un 4 y al momento de esta intervención se encontraba en 7 siendo el 10 su aspiración.

Se hace una pregunta de afrontamiento para saber de dónde sacó las fuerzas para vivir esta vida previa y de dónde saca las fuerzas para seguir después de este volver a nacer, a lo cual responde que sacó fuerzas de sus hijos y su deseo ferviente de verlos formados y de vivir.

De tal manera también resulta importante conocer qué hace en esas ocasiones en las que no se presenta su actitud negativa y la simetría con Fidel por lo cual se le buscan excepciones encontrando ese bienestar en los paseos con familiares y amigos en actividades recreativas, haciendo ejercicio; al ampliar el cambio resulta evidente que Kin lo nota lo cual resulta una experiencia agradable para ella, y al atribuirle control reconoce que lo logra teniendo una actitud positiva, lo que la lleva a concluir que si “uno se propone puede despertarse con un día bonito”.

Se buscan excepciones, destaca que se llevan muy bien con su esposo cuando la acompaña a paseos, porque están más tiempo con sus hijos o con las personas con las que conviven en grupos de la tercera edad y de actividades lúdicas y de ejercicios y eso los lleva a estar pendientes uno del otro.

Se valida y reconoce que tiene la capacidad y la generosidad de alma para ver en un hombre difícil a un buen compañero que no quiere quedarse en casa y quiere salir. ya que con dicha actitud nos parece que está haciendo algo que es positivo o promueve soluciones lo cual también resulta obvio cuando comienza a demostrar las alternativas que encontró para sentirse mejor demostrando su sabiduría.

Al buscar excepciones menciona un viaje a Acapulco en el trascurso entre sesiones y al atribuir control menciona que cambio su actitud dándose cuenta que si “uno se propone puede despertarse con un día bonito” llegando a dicha conclusión con la lógica de ser positiva ante lo que pasa en la vida recordando su oportunidad de vivir después de su operación, al ampliar el cambio menciona que Kin se dio cuenta de que ella tenía esa actitud y le hacía bromas, le decía “¡eso jefa!”, lo cual la hacía sentir muy bien y la motivaba a mantener esa actitud.

Se le hace una pregunta reflexiva donde se cuestiona si ella cree que Porfirio podría cambiar a lo cual responde que no por lo cual se le pregunta que es lo que ella sí puede hacer para buscar su bienestar sin esperar precisamente que él cambie, pues constituye una decisión que compete a él en particular. Esta intervención se hizo con la intención de facilitar en Meche la autocuración activando la reflexividad entre los significados dentro de los sistemas de creencias preexistentes que le permitirían generar por sí misma los patrones constructivos de cognición y comportamientos por sí mismos.

Al validar se reencuadran sus actitudes se le menciona que al parecer es más inteligente que su esposo pues ha encontrado las cosas que le hacen bien por lo cual se le recapitulan: hacer lo que ella quiere sin tener que pedir permiso, ser más positiva, menos negativa, cambio su forma de pensar y al atribuírsele control cuestionándolo como logro esto menciona que ella cree que todo esto, se dio por el cambio de vida que tuvo al dejar de lado el enojo que sentía hacia él. Para ampliar dichos cambios se explora quien ha notado esos avances Esto es percibido por Porfirio y sus hijos lo cual la hacen sentir muy bien pues ella necesitaba una liberación interna y al retomarle el tema menciona que en la intención de seguir haciendo lo que le resulta bien para encontrar se bienestar va a un grupo en el cual practica yoga y conoció medicina alternativa y entendió que el cuerpo es más que solo eso pues

además ahora piensa y procura sanar su alma, hacer ejercicio comer bien, sentir que uno ama a los seres vivos, a las personas, al espacio y al universo.

Se le hace una pregunta orientada al futuro referente a ¿cómo será ella cuando hayamos alcanzado el éxito en la terapia? y responde que será una triunfadora y estará mejor como pareja, y será feliz con sus hijos, se le sugiere que imagine que es una película en donde ve a Meche realizada y plena y sería importante saber como la percibe que está haciendo y diciendo y con quienes estará. Se imagina caminando haciendo ejercicio si está en una playa se imagina metiéndose a el agua y paseándose y con sus hijos y su esposo en una plaza caminando. Al contestar esa pregunta Meche acepta la premisa subyacente de que el cambio es inevitable por lo cual se le hace otra *pregunta presuposicional* que le sugiere que en cuanto tiempo considera ella que podría ocurrir dicho éxito terapéutico y ella considera que podría ocurrir en dos meses.

A partir de que ella se conceptualiza más tranquila respecto a su esposo debido a que ha tratado de que no le afecte las diferencias de opinión que a veces tienen y ha optado por darle por su lado en cosas cotidianas sin caer en escaladas simétricas. Por lo anterior se le hacen dos preguntas de escala.

Se le hace una pregunta de escala respecto al hecho de que ella le daba importancia a sus discusiones y comenta, con base en que 10 es que le da mucha importancia y 0 que no le da importancia, anteriormente se encontraba en 10 porque era mucha la importancia que le daba y ahora se encuentra en 8 y bajo esos puntos ahora que comprendió que a veces uno se maneja en la forma de tratar de defender lo que uno piensa y no es así hay que defender lo que es y más cuando uno está en pareja y hay diferentes opiniones, así que le gustaría llegar al 1 donde estaría en una situación de completa comprensión y piensa llegar a esa puntuación con la comunicación.

En una segunda pregunta de escala donde 0 es pensamiento negativo y 10 pensamientos positivo a lo que responde que antes cuando se enfermó estaba en 0 pues era muy negativa y se enojaba a mucho ahora está muy consciente de los signos que la dejan ver que se está enojando se dice “ya se está subiendo el carácter y bájale” ahora se encuentra en 8 y ahora trata de tomar parte del carácter de su esposo y evita tener choques con Porfirio, le gustaría llegar a 10, el cual alcanzara dándole gusto, sin criticarlo, en situaciones donde pueda ceder sin que le afecte, pues él seguirá siendo terco.

Se hace un equipo reflexivo con la finalidad de que Meche escuchara diversas voces, que le permitieran construir nuevos significados y dirigirse al cambio que desea. En una sesión de

equipo reflexivo las voces se centraron en la evidente experiencia de Meche y esta nueva posibilidad de no enrolarse en discusiones con su pareja a través de recursos personales; en otra sesión en la que se realizó equipo reflexivo las voces se centraron en la metáfora que ella asumió y que le expuso su médico referente a “volver a nacer” y la oportunidad para tomar decisiones diferentes respecto a su intención de buscar su bienestar y su relación con su pareja.

En este momento Meche presenta muchos cambios y decide hablar de la violación que sufrió su hijo por lo cual el proceso terapéutico tomó otra dirección. Al final de la sesión se le entregó una carta (se decide entregarle una carta porque aparentemente los comentarios del equipo reflexivo se le llegan a olvidar lo cual ella misma también lo refiere y se opta por la opción de entregarle dichos documentos). En total se le entregaron tres cartas debido a que esta estrategia le agrado porque podría releerlas consideramos que fueran útiles para la de-construcción y las nuevas co-construcciones donde se abrieran nuevas visiones de su experiencia.

A continuación se presentan algunas de las ideas rectoras de dichas cartas:

Reconocer sus avances y ampliar sus logros

Se valida su actitud dirigida a apoyar a su hijo

Se le expresa la idea de que la infancia no es destino y como él hay personas que han vivido situaciones difíciles y sin embargo son exitosos, y tienen los recursos necesarios para que dicha problemática no sea un obstáculo en su desarrollo personal.

Al entregarle las cartas en las siguientes sesiones se preguntaba (proceso reflexivo) sobre ideas de las mismas, por ejemplo:

¿Qué piensa de la frase incluida en la carta que decía que la infancia no es destino?

¿Cómo se explica que Kin tampoco se haya casado?

Parece ser que mientras su hijo es capaz de olvidar y ya vive el presente y futuro usted se empeña en vivir el pasado, ¿Qué piensa de esto?

¿Ha tomado en cuenta que ahora tiene tres hijos adultos que son capaces de tomar sus propias decisiones?

Otra de las cartas entregadas se basaban en las siguientes ideas

- La posibilidad de dejar de ver a Odin como un hijo violado para verlo como a Kin, como otro adulto que todavía no quiere casarse y que está enfocado a desarrollar otros aspectos de su vida y está tomando decisiones que él considera las mejores.

Se le hace una pregunta reflexiva ¿qué pensó acerca de quitarle a su hijo Odín el estigma del hijo violado?

Retomando la escala manejada anteriormente donde 0 es pensamiento negativo y 10 pensamientos positivo para evaluar al final del tratamiento se le pregunta en qué punto se encuentra si un par de sesiones previas se encontraba en 8 y ahora se encuentra en 9.5 lo cual logro saliendo de sus ideas donde estaba encajonada y ahora se ve con otros anhelos, otros caminos y otras direcciones y tiene el impulso de que sabiendo que ya se iban sus hijos quería dejarlos con una buena impresión de su actitud y así estuvieran tranquilos, de igual forma logro ese avance al darse cuenta de que “era yo sola la que estaba machacando una amargura que mi hijo ya no tiene”.

En esta familia también se alcanzaron significativos avances y se observa al igual que en el caso descrito anteriormente la necesidad de favorecer en la adaptación a los cambios en la estructura familiar por las particularidades de ambas familias en su ciclo vital.

III. 1. 2 Análisis y discusiones teórico – metodológica de la intervención clínica con familias.

El efecto del nido vacío en los padres

Encontrando en mi práctica clínica varias familias viviendo esta etapa de ciclo vital se busca proponer ideas de interacción adecuadas para la población nacional que tiene dificultades para renovar las tareas de la etapa de nido vacío o desprendimiento o cuando los hijos se van (Espinosa 1992).

La salida de los hijos del sistema familiar es un suceso comúnmente conocido como el "síndrome del nido vacío", nombre dado por Estrada (1997) cuando se refiere al aislamiento y a la depresión de la pareja cuando terminan las actividades de crianza.

Haley, (1986) comenta que cuando los hijos dejan a los padres, se altera dramáticamente su vida. Logran más tiempo para ellos mismos, mayor privacidad para disfrutar de la compañía mutua y frecuentemente más dinero para utilizarlo en sus propios intereses. (Garrett, 1978)

Hay parejas que entran en un estado de turbulencia hasta que todos los hijos se van y ellos vuelven a crear nuevamente una relación de pareja, logrando resolver sus conflictos y permitiendo a su vez que los hijos tengan sus propias parejas y carreras, haciendo también la transición al papel de abuelos.

Esta situación conflictiva también puede darse cuando el hijo mayor deja el hogar, mientras que otras veces, va aumentando progresivamente con el retiro de cada uno de los hijos, o se llegan a sufrir alteraciones hasta que el hijo menor abandona el hogar. Es posible que la pareja afronte la partida de los hijos sin dificultad, pero cuando un hijo en particular se marcha, llega a sufrir el conflicto, esto se debe a que dicho hijo ha tenido una especial importancia para la estabilidad del matrimonio.

El retiro de los hijos genera un gran impacto sobre la familia nuclear, sobre todo en la madre. Al mismo tiempo, o con pocos años de diferencia, llegará la jubilación del padre, teniendo un impacto evidente. Ahora, marido y mujer se enfrentan a un periodo en el que volverán a estar nuevamente juntos; viviendo experiencias nuevas y renovando su relación de pareja, o bien, dejándose llevar por la ansiedad, por los problemas de la salud, la incompatibilidad de intereses o simplemente el hecho de volverse viejos. Finalmente los cónyuges pueden asumir un nuevo rol durante este momento de sus vidas, el de ser abuelos (Garret, 1982).

Una de las dificultades de este momento suele ser que los padres se encuentran sin nada que decirse o que compartir ya que han pasado muchos años hablando de los hijos y es frecuente que cuando estos ya no están presentes, la pareja regresa a temores por los que peleaban desde el inicio de su relación. En algunas ocasiones el conflicto puede llegar hasta la separación o al divorcio.

Cuando un hijo deja el hogar para establecer su propia familia, los padres aprenden nuevas formas de relación para convertirse en abuelos. Hay parejas que lo llevan al cabo sin dificultad alguna, mientras otras se enfrentan con problemas para realizarlo, sobre todo si los hijos no han pasado por los rituales matrimoniales adecuados. Los padres tienen que aprender cómo ser abuelos y elaborar reglas para poder participar en la vida de sus hijos y poder funcionar solos en su propio hogar.

Comúnmente la experiencia de "lanzar" a los hijos es traumática, a pesar de que han sido educados para que al llegar la adultez dejen la familia nuclear y sean autosuficientes. Esta separación no es abrupta, sino que implica tiempo determinado hasta que el hijo sale de la casa. Cuando esto sucede los padres en ocasiones pueden presentar cierta resistencia; llegar a temer que la decisión no sea la adecuada o pensar que los hijos son muy inmaduros o jóvenes para decidir, o simplemente no quieren admitir que los hijos han crecido y ya no necesitan de su guía. Los padres tienen que ceder el control que ejercían sobre sus hijos (Garret, 1982).

Haley, (1996) comenta que puede suceder también que si la salida del último hijo se da seguida por el nacimiento de un nieto, la pareja, sobre todo la mujer, adopta un nuevo rol, el de abuela, que sustituye al de la madre. Si se acepta como un proceso natural se comprende la importancia de conservar la involucración" de las generaciones. Una vez que el proceso de "destete" es recíproco, resulta claro que no solo los padres son los que se aferran a sus hijos, sino que el hijo también se prende de sus padres.

Esta época se caracteriza también por las entradas y salidas de miembros al sistema familiar; la preparación para integrar a nuevos miembros se da en el inicio de esta etapa. Esta proliferación de las relaciones es seguida por el nacimiento de la nueva generación, creando nuevos roles; los padres se hacen abuelos y cada generación avanza un paso en su desarrollo. Paralelamente o tal vez posteriormente el desarrollo familiar sigue con la muerte de la generación mayor.

Llegar a este estadio puede representar un tiempo fructífero de término de crianza y como una segunda oportunidad para consolidar o crecer con la exploración de nuevas aventuras y roles.

McGoldrick (1980) con base en su modelo generacional proponen que es conveniente observar lo que sucede tanto en la familia nuclear como en la extensa, el éxito que los padres han demostrado en asuntos de autonomía, responsabilidad y las conexiones con sus respectivas familias de origen, tendrán un impacto decisivo en su éxito en el manejo de estos asuntos.

Las tareas de las tres generaciones durante esta fase tienen lugar de la siguiente manera:

a) La generación mayor (abuelos).

- Impedir el retiro puede precipitar diferentes grados de ansiedad en la gente mayor, en tanto al tiempo libre y su utilización y al problema de cómo mantenerse económicamente.
- Pueden presentarse conflictos en la pareja por el hecho de tener que pasar más tiempo juntos Si el problema de la independencia no se ha trabajado correctamente, habrá alteraciones por la cercanía, lo que incrementa la tensión marital.
- Puede haber una disminución en las funciones físicas y un incremento de síntomas independientes del estrés diario.
- Los problemas de los jóvenes usualmente tendrán un impacto negativo sobre la generación mayor.
- Una de las tareas más difíciles para el adulto está representada por la muerte del cónyuge.
- El grado de seguridad financiera tendrá un impacto considerable en la autonomía del esposo que queda vivo.
- Todo esto se reduce a la persona viuda a la decisión de moverse o no a vivir con un hijo, una hija, o en un asilo para ancianos.

b) La generación más joven (la descendencia).-

- Tiene la habilidad y la libertad de moverse hacia su independencia y realizar decisiones propias sobre futuras metas.

- La exploración y consolidación de amistades es de suma importancia . Esto lleva al matrimonio a tener otras relaciones con las familias de los nuevos miembros y a ejercer roles nuevos como padres.
- Aparece la necesidad de renegociar las relaciones puesto que ya no son de adulto a niño, sino de adulto a adulto.
- La prolongación de la dependencia financiera dificulta la autonomía con los padres.
- La adición de una cuarta generación conlleva a nuevas relaciones

c) La generación de en medio (padres).

- El rol de padres disminuye notablemente lo que conduce a una aceptación mayor de la independencia de los hijos, que culmina en una separación física y en el que cada joven establezca su propia familia nuclear.
- La separación de los hijos a veces no es suave. Si estos se alejan por razones financieras o de estudio pueden regresar cuando estas se superen, aunque el logro de una resolución financiera jugará papel muy importante en este proceso.
- El casamiento de los hijos crea nuevas relaciones a los padres
- Al mismo tiempo que se deja ir a los hijos, los padres tienen que ocupar su tiempo, es frecuente que la mujer salga a trabajar o a estudiar.
- Generalmente hay una intensión de reinvertir fuerzas en el matrimonio, pero si el nido vacío coincide con la intensión de la mujer de salir y hacer una carrera, la nueva situación llega a incrementar las dificultades.
- Por esto mismo, puede ser una época para relaciones extramaritales. Si esto sucede, en un principio suele considerarse como parte de la crisis de la edad media, pero si se da al final de la etapa, es visto como un último intento; generalmente el problema de la infidelidad es minimizado o negado.
- El pasar con éxito este estado conlleva a consolidar la estabilidad en el trabajo, la comodidad física y la estabilidad conyugal.
- A mitad de esta fase se necesitará de la capacidad de explorar nuevas aventuras, hacer otras decisiones, y expandir horizontes,
- Durante esta etapa, los padres se convierten en abuelos,

- Por último, los padres tendrán que afrontar la realidad de sus propios padres, sus enfermedades físicas, su mayor necesidad de dependencia y la muerte. Garret (1982) propone que la pareja vive cambios pero que gran parte de estos son debidos a los propios cambios que sufre cada miembro de la misma, por que sugiere que es conveniente ver cuáles son los que corresponden al rol femenino y al masculino:

El rol social de la maternidad es extraordinariamente demandante, pero cuando la madre empieza a ser más competente en su rol, es cuando los hijos empiezan a dejar el hogar. (Garret, 1982) técnicamente hablando, la maternidad no termina cuando los hijos llegan a la adultez, sin embargo, el rol diario de las actividades maternas si se ve modificado, sobre todo cuando la maternidad ha sido la ocupación femenina primaria.

El principal problema al que se enfrentan las madres durante el nido vacío es el de descubrir un nuevo sentido así como otros roles sociales que les permitan establecer su identidad. Durante gran parte de sus vidas fueron educadas para desempeñar el papel de esposa y madre. En muchas ocasiones la imagen ideal del futuro no sobrepasa el punto de la maternidad, con excepción de tener ocasionalmente pensamientos sobre la felicidad de convertirse en abuela. Consecuentemente, encuentran la transición de la "post-crianza" o "postpaternidad" como un periodo de soledad, descanso o descontento. Esto debido a que no han pensado mucho con quién pasarán el tiempo una vez que los hijos se hayan ido.

En contraparte, la partida de los hijos simboliza el haber completado un rol social importante como lo es el de la maternidad. Pero muchas mujeres casadas que pusieron rol maternal por encima de su identidad personal, su vida nunca llega a ser la misma.

En otras épocas de la historia, el ajuste al periodo de la post-crianza era de alguna forma menos drástico para los padres, estos tenían suerte de ver partir a su último hijo, si ellos, uno o ambos estaban con vida. Hoy en día, con las expectativas de un periodo de vida más largo, las madres especialmente, pueden estar en este momento en la mitad de su propio ciclo vital

Desde que el cuidado de la casa es ahora mínimo, con solo la atención del marido, llenar las propias horas con actividades satisfactorias puede parecer o no un problema. Sin embargo, se intenta formar parte de la fuerza laboral aunque la mayoría de los trabajos accesibles son de sueldos bajos, ofrecen pocos retos, requieren de un mínimo de inteligencia y tienen pocas oportunidades de progreso. Pueden elegir también pertenecer algún comité, hacer trabajos voluntarios o socializar más activamente Pero para las mujeres activas, esto resulta

muy aburrido, por lo que con frecuencia deciden estudiar o buscar actividades a realizar, Garrett, (1982) Sin embargo, otras prefieren dedicarse a un pasatiempo como la lectura, la jardinería o continuar con su rutina de amas de casa, ver televisión, comedias, factores que pueden contribuir a la pérdida de la identidad y los propósitos de vivir. En realidad las posiciones que adopta una mujer después del periodo de la crianza son múltiples y variadas, aunque muchas tienen problemas para encontrar un nuevo rol que le dé sentido a su vida, es por esto, que el periodo es llamado "la crisis de la edad media".

El asociar a este periodo con un momento de crisis puede traer malos entendidos. La crisis debe referirse a los cambios dramáticos experimentados por el adulto durante su ciclo vital, los cuales son tanto psicológicos como de comportamiento. La mayoría de las mujeres están en un periodo de transición de su identidad personal y en un cambio hacia nuevos roles, lo que no necesariamente implica una crisis.

En general se puede decir que las mujeres han creado su identidad alrededor de los hijos y la maternidad, experimentarán mayor problema que quienes puedan ver al efecto de nido vacío como una posibilidad de renovación (Garret, 1982).

Por otro lado, el hombre también sufre cambios importantes en su desarrollo, principalmente con la llegada de la jubilación. Mientras la mujer atraviesa por un periodo de transición en tanto al rol maternal, el hombre se enfrenta con uno de los cambios más importantes de los últimos años de su vida (sin tomar en cuenta el creado por la muerte de la pareja).

La identidad de la mayoría de los hombres se determina principalmente por el aspecto laboral. Los hombres que poseen su propio negocio tienen sentimientos más positivos hacia su trabajo, para ellos, este representa más que sólo una forma de hacer dinero, su propia realización. La jubilación generalmente la perciben en forma más suave, porque están bien preparados para cambiar hacia otros roles y porque gozan de mayor solvencia económica.

Por el contrario, los empleados ven su trabajo como la parte primordial del sistema social y económico, por lo tanto asocian a la jubilación con una experiencia que cortará su contacto con otros en el mundo social y que de una forma u otra, limitará o modificará su situación financiera.

Sin embargo, para la mayoría implica una época de gran temor. Tendrán que afrontar la realidad de tener más tiempo libre Cuando no se han creado intereses ajenas a los laborales,

la jubilación se verá como un tiempo de insatisfacción. El problema de la jubilación es un tanto reciente, no hace mucho, el hombre no vivía lo suficiente como para retirarse

El jubilarse trae implícito un problema para la economía familiar. Aquellos con una buena posición económica para su retiro, son también como una regla general, los que tienen un nivel de educación más alto. (Garret, 1982) Este factor contribuye a que haya más facilidad para adquirir nuevos roles. Desafortunadamente los estudios que hay sobre el retiro son muy pocos y limitados como para determinar si el factor económico tiene gran influencia sobre la satisfacción en este momento de transición.

Por último, el retiro se hace más atractivo cuando el esposo y la esposa comparten intereses comunes en alguna actividad.

Por otra parte, Barragán (1986) agrega que durante este momento pueden surgir problemas sobre todo en torno a valores diferentes que implican diversas apreciaciones y evaluaciones del éxito logrado y de lo que aún hace falta en términos de aspiraciones futuras. Hay también conflictos por habilidades físicas que han disminuido, por la pérdida del atractivo y viejas dudas de lo adecuado sobre la selección del cónyuge; esto puede llevar a relaciones extramaritales habitualmente con personas más jóvenes.

Los límites pueden sufrir violaciones como consecuencia de la comparación entre logros y aspiraciones; sin embargo, al finalizar, los límites se hacen extraordinariamente estables salvo en casos de crisis.

El ciclo vital es el desarrollo por el cual pasan todas las familias, en el cual se requiere de un cambio de status y de rol de sus miembros. Minuchin (1995) reconoce cuatro etapas de transición organizadas en torno al crecimiento de los hijos y la función de la pareja en donde cada una de ellas requiere que se realicen tareas y funciones por cada uno de los miembros que le permitan ajustarse a los cambios.

La familia con hijos adultos es el cuarto y último estadio descrito por Minuchin, en donde los hijos ahora adultos jóvenes han recreado sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, amigos, y un cónyuge; la familia originaria vuelve a ser de dos miembros. Aunque los miembros de la familia tienen detrás una larga historia de modificación de pautas en conjunto, este nuevo estadio requiere una nítida reorganización cuyo eje será el modo en que padres e hijos se quieren relacionar como adultos.

A este estadio se le llama el periodo del nido vacío, expresión que se suele asociar con la depresión que la madre experimenta cuando se queda sin ocupación. Pero lo que de hecho ocurre es que el subsistema de los cónyuges vuelve a ser el holón familiar esencial para ambos, aun que si nacen nietos se tendrán que elaborar estas nuevas relaciones. Este periodo se suele definir como una etapa de pérdida, pero puede serlo de un notable desarrollo si los cónyuges, como individuos y como pareja aprovechan sus experiencias acumuladas, sus sueños y sus expectativas para realizar posibilidades inalcanzables mientras debían dedicarse a la crianza de los hijos.

La evolución de los miembros y los subsistemas de la familia originan una presión interna en ésta y los externos que influyen también entre los miembros de la familia, a la cual se deben acomodar. La respuesta a estos requerimientos externos e internos exige una transformación y acomodación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones para que crezcan y el sistema familiar conserve su continuidad. En este proceso de evolución las dificultades de adaptación son inevitables (Minuchin, 1995)

El stress sobre un sistema familiar tiene origen en cuatro fuentes:

- a) Contacto de un miembro con fuerzas extrafamiliares. Cuando un miembro de la familia está afectado por el estrés los otros miembros se acomodan a las nuevas circunstancias para apoyarlo. Esta acomodación se da tanto en un subsistema como en toda la familia. Por ejemplo cuando hay una pérdida del trabajo, muerte o enfermedad de un familiar o un accidente.
- b) Contacto estresante de toda la familia con fuerzas extrafamiliares. El sistema familiar puede verse afectado por una depresión económica, un desastre natural, un cambio de domicilio a otra ciudad, etcétera.
- c) Estrés en los momentos transaccionales de la familia. Este se presenta en las situaciones que corresponden a la evolución de la familia o al cambio en su composición, donde es necesario negociar nuevas reglas. Por ejemplo, el comienzo de la adolescencia de los hijos, cuando una familia incorpora a un nuevo miembro o los hijos se van del hogar o la pareja se separa. Adaptarse a esta situación puede ser fácil o difícil dependiendo del tiempo en que la familia ha tratado de adaptarse a estas nuevas etapas, ya que una familia que ha prolongado y/o bloqueado sus negociaciones para adaptarse indica mayor rigidez en el sistema.

d) Estrés referente a problemas de idiosincrasia. Se refiere a las concepciones que una familia tiene acerca de los problemas y de cómo evitarlos o hacerles frente. Por ejemplo, familias con hijos que tienen retardo mental, o alguna discapacidad, una deformación física o cuando un miembro de la familia enferma y sus funciones y poder deben ser asumidos por otros miembros.

Cada una de estas etapas requieren cambios al interior de la familia, con el fin de ajustarse y adaptarse a las dificultades (crisis) que cada etapa requiere (Minuchin, 2004); tal como lo marca Haley (1989) Se requiere en algún momento cambio de roles y de status de los elementos de la familia según las etapas por las que está pasando. Por lo que se torna importante reconocer que el desarrollo temporal de la familia modifica el tipo de problemas que enfrenta, su organización interna y su funcionamiento (Palomar, 1998).

La perspectiva sistémica sustenta que el individuo a lo largo de su vida enfrenta diversas experiencias que pueden modificar su desarrollo, de tal forma que el conocimiento del ciclo vital en la familia proporciona un marco teórico de referencia que promueve la comprensión de los diferentes fenómenos por los que pasa el individuo en su vida (Minuchin, 2004; Minuchin y Fhisman, 2004).

A continuación se presentara la propuesta de Estrada (1997) en cuanto al desarrollo de las etapas del ciclo vital de la familia. Dicho autor refiere que el estudio de este ciclo permite analizar de manera cronológica su historia natural, desde su formación hasta su culminación. Refiriendo a las condiciones familiares que competen este trabajo como el estadio de el reencuentro

Se denomina a dicho estadio “síndrome de nido vacío” Estrada, (1997), lo cual hace referencia al aislamiento y la depresión de la pareja, puesto que a estas alturas sus actividades de crianza han terminado. Esta fase coincide con una fase individual de suma importancia, las personas reciben el impacto de la biología que declina y además se dan los cambios sociales y familiares de la mayor importancia que son:

- La necesidad de admitir y hacer lugar a nuevos miembros (cónyuges de sus hijos en la familia).
- El nacimiento de los nietos
- La muerte de la generación anterior
- La jubilación

- La declinación de la capacidad física, que va acompañada casi siempre de quejas en un mismo y en el compañero, así como de la aparición de enfermedades
- El conflicto con las nuevas generaciones
- El problema económico de los hijos que inician una nueva familia.
- La necesidad de explorar nuevos caminos y nuevos horizontes
- La necesidad de independizarse de hijos y nietos para otra vez formar una pareja.

De esta manera se pueden ir marcando situaciones importantes que confrontan al individuo en esta encrucijada existencial donde se tiene que enfrentar el pasaje de la edad madura hacia la vejez. Por lo general aquí aparece clara la percepción del lugar que se ha ocupado en la vida y las limitaciones inherentes a uno mismo que anteriormente hubiera sido posible postergar o negar; aquí la naturaleza exige que se haya logrado una individuación definida o de otro modo se tendrá que pagar un precio, como es cerrar la posibilidad de continuar renovándose o de disminuir la posibilidad creativa de la propia vida con las consecuencias de vacío y depresión que esto frecuentemente trae consigo.

En esta fase de reencuentro, cuando ya se han ido los hijos, ya sea por que se casan o porque se da el cambio emocional que produce su independencia, no queda otra salida que enfrentarse nuevamente con uno mismo y con el compañero. En este momento se re-editan los viejos problemas y aparecen también las artimañas para controlarlos. Con el propósito de dar alternativas para intervenir clínicamente Estrada define cuatro áreas de re-orientación en este peldaño del ciclo vital.

- a) En el área de la intimidad es ahora más necesario que nunca el apoyo mutuo entre los esposos, para continuar en la búsqueda de nuevos estímulos y nuevas metas para el matrimonio. Debe existir más que antes la capacidad de permitirle al compañero que exprese su ser tal como es, sin la exigencia limitante que tal vez en un principio se estableció en los primeros contratos matrimoniales. Cada quien deberá poder ejercer su derecho de ser libre en todas las áreas sin que esto sea sentido por el compañero como una injuria o como un rechazo. Cada quien deberá irse preparando para ser fuerte en la etapa fina y sacarla adelante.
- b) En área sexual debe buscarse un apoyo incondicional a las dificultades que produce la edad misma, por lo cual tendrán que encontrar o inventar los caminos para sentir y

compartir la satisfacción de haber producido y ayudado a salir adelante a otra generación.

- c) En el área de la economía será necesario contar con el apoyo y la comprensión de los arduos cambios de la jubilación con la capacidad de aceptar un manejo de menores responsabilidades en el hogar. En este estadio es necesario saber aprovechar mejorías obtenidas durante la vida de intenso trabajo y producción y también será necesario aprovechar mejor el tiempo que ahora estará más disponible.
- d) En el área del fortalecimiento del yo resulta muy importante la ayuda mutua para prepararse para la soledad y los duelos que ello conlleva.

Es necesario estar preparado para manejar adecuadamente los sentimientos de culpa que aparecen con frecuencia como fantasmas del pasado por los errores cometidos con los demás, especialmente con los hijos.

Análisis y discusión sobre las familias en la etapa de nido vacío atendidas en la residencia

El caso de la familia Aldaco se hizo evidente que vivían una situación de estrés como lo menciona Minuchin en momentos transaccionales de la familia como un efecto de la evolución del sistema donde comienza a darse el cambio en su composición y resulta necesario negociar nuevas reglas o prepararse para la posibilidad de que los hijos se vayan de hogar y el padre reaccionaba ante esta posibilidad bloqueando las negociaciones lo cual no posibilitaba la adaptación del sistema. Se hacía evidente lo que describe Garret (1978), aparentemente Fidel presentaba cierta resistencia al no admitir que los hijos han crecido y ya no necesitaban su guía, que los padres tienen que ceder el control que ejercían sobre ellos.

En ambas familias los hijos en su mayoría estaban alcanzando la independencia que menciona Mc Goldrick, en donde ahora ellos han generado independencia y tienen decisiones propias sobre sus futuras metas, están explorando y consolidando relaciones de importancia para incorporar nuevos miembros, de igual manera están comenzando a relacionarse como iguales de adulto a adulto, solo en el caso de Ángeles de la familia Aldaco era más evidente la necesidad de generar la autonomía por parte de los padres, quizá como menciona esta autora pudo haber sido por dependencia económica y al no salir a trabajar no se posibilita el entablar nuevas relaciones

Tal como menciona Minuchin (1995), La evolución de los hijos en ambas familias, originaba una presión interna y en los externos que influyen también entre los miembros de la familia, a la cual se deben acomodar. La respuesta a estos requerimientos externos e internos exige una transformación y acomodación constante de la posición de los miembros de la familia principalmente Fidel y Mari, y en Porfirio y Meche en sus relaciones para que crezcan y el sistema familiar conserve su continuidad. En este proceso de evolución las dificultades de adaptación son inevitables.

Estrada menciona que cada quien deberá poder ejercer su derecho de ser libre en todas las áreas sin que esto sea sentido por el compañero como una injuria o como un rechazo. Lo cual también resulta necesario entre los progenitores descritos de ambas familias pero en el caso de la familia Aldaco, resulta necesario un poco más de involucramiento pues ante los posibles cambios estructurales Fidel decidió distanciarse. En ambos casos se refirió la necesidad de que la madre y los hijos asumieran las acciones necesarias para alcanzar su bienestar respetando el tiempo y la posible necesidad de cambio (si lo hubiera) que tuvieran Fidel y Porfirio, procurando seguir con la evolución familiar y contagiar el cambio, pues como menciona O' Hanlon (1995) basta con uno para interrumpir el baile; pues en la pareja y en la familia se puede cambiar una relación cambiando una parte de la pauta o de sus acciones reciprocas.

En este proceso terapéutico se logra definir la dinámica familiar con base en su ciclo vital perteneciente al reencuentro en la teoría de Estrada (1990) donde se identifican las características; del "síndrome de nido vacío" ya que, lo asumen de distintas formas, Mari intenta retener a sus hijas, se unió aún más a ellas por la posibilidad de su salida incluso "atándolas" para obstaculizar sus intentos de salir del sistema familiar; por su parte Fidel ante la posibilidad de la salida de elementos de la familia se aleja y define que ha cumplido con sus actividades de crianza y evita el estrechar lazos ante esta situación aislándose y evitando interaccionar principalmente con sus hijas Andrea y Ángeles, Esta situación conflictiva podría responder a lo descrito por Garret (1982), en donde Ángeles tiene una participación importante para la estabilidad del matrimonio; asimismo en esta familia se hace evidente que se están enfrentando a sí mismos y al reencuentro con ellos como pareja, según Estrada, están re-editando viejos problemas y sus artimañas para controlar a sus hijos son mensajes incongruentes en relación y a nivel analógico y digital. Esta familia en particular parece tener una importante centralidad en sus hijos por lo cual existe la posibilidad de que una vez que no estén ellos re- editaran sus viejos problemas

En el caso de la familia Díaz los tres hijos adultos como dice Minuchin se encuentran recreando sus vidas y sus compromisos con un estilo de vida, una carrera, amigos y un cónyuge; por lo tanto la familia originaria vuelve a ser de dos miembros: Meche y Porfirio. Aunque tienen detrás una larga historia de modificación de pautas en conjunto, este nuevo estadio requiere una nítida reorganización cuyo eje será el modo en que padres e hijos se quieren relacionar como adultos, incorporando a sus hijos en una nueva dinámica.

Pero lo que de hecho ocurre es que el subsistema de los cónyuges requiere nuevas interacciones y reglas que no siempre están exentas de desacuerdos o dificultades (vuelve a ser el holón familiar esencial para ambos, aun que si nacen nietos se tendrán que elaborar estas nuevas relaciones). Este periodo se suele definir como una etapa de pérdida, pero en el caso de la familia Díaz se ve como un notable desarrollo si los cónyuges, como individuos y como pareja aprovechan sus experiencias acumuladas, sus sueños y sus expectativas para realizar posibilidades inalcanzables mientras debían dedicarse a la crianza de los hijos, como por ejemplo los diversos viajes de Meche con sus grupos de la tercera edad y con su esposo a su casa en la costa y la afición que tiene Porfirio por aviones de control remoto y la manera en que procura jugar con ellos, ahora que tiene más tiempo.

Minuchin describe un proceso evolutivo el cual, en la familia de Meche, presentaba una sana evolución de los miembros y los subsistemas de la familia a nivel parental, y fraterno principalmente originando una funcional respuesta a los requerimientos externos e internos llevándolos a una transformación y acomodación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones, permitiendo que crezcan y el sistema familiar conserve su continuidad. Otorgando a sus hijos impulso para buscar autonomía y formar sus propias familias, lo cual no ocurría con Mari y sus hijas pues ante la posibilidad de evolucionar personalmente, académicamente o laboralmente se encontraban con mensajes que les limitaban, y actitudes de la madre que las regresaba a la dinámica que ella conocía y aceptaba.

Resulta evidente que Meche se enfrentaba al estrés referente a problemas de idiosincrasia. Por las concepciones y realidades que tenía acerca de los problemas y de cómo evitarlos o hacerles frente principalmente por el abuso sexual que vivió su hijo. Y tal como menciona Estrada (1997) en el caso de Meche ante dicha situación era necesario que ella estuviera preparada para manejar adecuadamente los sentimientos de culpa que aparecen con frecuencia como fantasmas del pasado por los errores cometidos con los demás, especialmente con los hijos. Ya que ella se responsabilizaba de dicho evento y tenía la necesidad ahora de subsanar las secuelas que pudieran presentarse en su hijo, quizá sin

mirar objetivamente si en este momento resultaría necesario, o le correspondía hacerlo, asimismo mirar a un hijo como “marcado” seguramente generaría en el futuro dificultades interpersonales.

Se observan también en el caso de ambas familias a un nivel conyugal, los efectos descritos por Estrada en donde en lo referente a Ciclo vital se hace necesario para ellos el apoyo mutuo para continuar en la búsqueda de nuevos estímulos y nuevas metas para el matrimonio. Y debe existir más que antes la capacidad de permitirle al compañero que exprese su ser tal como es, sin la exigencia limitante que tal vez en un principio se estableció en los primeros contratos matrimoniales. De esta forma a través de la terapia se alcanzo que en el caso de Meche y Porfirio una posibilidad de no enrolarse en simetría abriendo así las puertas para una negociación de sus necesidades como pareja y como compañeros de vida en el hacer cotidiano.

En el caso de Mari en lo referente a su situación conyugal se comenzó a disolver la dificultad de contemplar un nuevo rol que le dé sentido a su vida, lo cual describe Garret (1982), como una posibilidad posterior a las actividades de crianza pues al parecer ella puso su rol maternal por encima de su identidad personal; Meche por su parte aparentaba encontrarse más centrada en su persona y puede ver en la postcrianza una posibilidad de renovación

III.1.3 Análisis del Sistema Terapéutico Total.

De acuerdo con Desatnik (2002) la formación de terapeutas familiares se requiere reconocer a la supervisión como un proceso complejo en el que es necesario reconocer una multiplicidad de visiones acerca de los diferentes niveles implicados: la familia, los terapeutas, los equipos de supervisión, los supervisores y el contexto en el que se incluye la institución en la que están inmersos.

De esta forma cabe destacar que el sistema terapéutico total está conformado por el sistema terapéutico (integrado por terapeuta y cliente / consultante) y el sistema de observación (integrado por el sistema de supervisores y equipo terapéutico) englobados en la institución en donde se realiza el trabajo terapéutico (Desatnik, 2002).

El uso de sistemas terapéuticos se ha usado desde los inicios de la terapia familiar y llegó a convertirse en un aspecto crucial en la formación y práctica clínica de los terapeutas familiares sistémicos y posmodernos. Hoy en día, se reconoce que para que se logren criterios altos de formación y práctica clínica es indispensable que el terapeuta cuente con este sistema de apoyo, pues de lo contrario, se puede perder dentro su única visión del proceso Hoffman, (2003).

El equipo y el supervisor forman el sistema observante del que se habla en la Cibernética de Segundo Orden, que plantea la imposibilidad de que exista un observador de un sistema fuera de éste, pues al estar observando ya está participando dentro de ese sistema, modificando con su acción observante a lo que observa y a sí mismo. Al enviar un mensaje a la familia, el equipo espera una reacción, se establecen alianzas con algún miembro de la familia, se juegan emociones relacionadas con la visión de la realidad de cada uno de los miembros del equipo, entre muchas otras posibilidades de acción que evidencian esta participación de los observantes en los sistemas observados.

El terapeuta, al sentirse observado, también se coloca en una posición de mayor cuidado respecto a lo que podría estar viendo el equipo y eso le puede generar alternativas distintas de intervención y lo obliga también a tener un mayor cuidado y compromiso ético de su actuar. De la misma manera, cuando se siente sin posibilidades a seguir, puede reconocer en el equipo una enorme ayuda para compartir sus dudas, temores, emociones, desacuerdos, éxitos y fracasos, que le brindarán la ayuda que tal vez en un momento dado no consigo mismo.

El sistema terapéutico ha sido uno de los sistemas que más cambios o evolución ha tenido en el desarrollo de la terapia familiar: desde los trabajos estructurales hasta los equipos reflexivos se observa una gran variedad en cómo pueden interactuar los sistemas para brindar mayores posibilidades de trabajo, con base en la epistemología que cada enfoque maneje. Es así como se han dado varias modalidades de supervisión e inclusión de otros protagonistas del proceso terapéutico, además de clientes y terapeutas, dependiendo del modelo a trabajar y de la postura epistemológica de la que se parta.

De esta manera, dentro de la residencia en Terapia Familiar, en la práctica clínica, se trabajaba en todo momento con equipo terapéutico y los supervisores en turno le daban el giro a las intervenciones que hacían de acuerdo a un modelo teórico en particular. Los supervisores podían estar ofreciendo su ayuda de manera directa durante las sesiones, o previamente en la que todo el equipo y el terapeuta se reunían con él para revisar el caso.

El equipo terapéutico contaba con muchos recursos para la intervención durante las sesiones, como el espejo unidireccional, equipo de audio y video, teléfono, el empleo de presiones, intersesiones y post sesiones, entrada de algún miembro del equipo con la familia, la emisión de mensajes vía telefónica o personalmente o el uso de equipo reflexivo.

Refiriéndome en particular a mi participación dentro de la residencia en Terapia Familiar, el desarrollo de mis habilidades clínicas como terapeuta y como parte del equipo de observación fue de menos a más, partiendo de una menor competencia teórico práctica a una mayor competencia y consolidación de habilidades.

Como parte del equipo de observación pude ver también una evolución, pues inicialmente me sentía muy convencido de las verdades absolutas y de que mi visión era importante en el trabajo de mis compañeros. Al final de mi formación, pude comprobar que mi visión sí era importante pero que esto no demeritaba las visiones de los demás integrantes del sistema terapéutico total, además de que no tenía que haber una visión ganadora, que todas las que se mencionaban eran útiles o importantes, y me di la oportunidad de dar mis opiniones desde una postura y lenguaje tentativo, como sólo una posibilidad, y con mayor contacto a mis emociones y a mi postura no como psicólogo sino también como ser humano, dando opiniones no sólo de cómo me hacía pensar al estar en contacto con una familia, sino también hacia cómo me hacía sentir.

El proceder terapéutico del equipo en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala se realizó con base en el sistema terapéutico total el cual incluye: el supervisor, el terapeuta al frente de la familia, los terapeutas que observan y la familia (Desatnik 2002). En dicho proceder se pudo observar la importancia del bagaje profesional individual de cada integrante de la familia enriqueciendo así la labor terapéutica como en el caso desarrollado en el presente trabajo donde el conocimiento de la supervisora en el grupo de Al - Anon nos favoreció en las intervenciones dirigidas a la familia y las tendencias necesarias cuando uno de los integrantes es alcohólico y lo mejor para la familia es que no se esmeren porque el paciente deje de tomar, centrándose y responsabilizándose en lo que si pueden hacer, que consiste en ocuparse de su persona y de esa manera al cambiar su experiencia puede presentarse un cambio en el paciente portador del síntoma.

Asimismo, se presentaron familias con una carga constante de agresiones verbales implícitas y explícitas, dobles discursos, descalificaciones y agresiones desatando comentarios y polémica en el equipo terapéutico debido a lo impactante, y en un caso en particular una de las pacientes descalificaba y agredía a su esposo en temas relacionados con su capacidad sexual, sus posibilidades de solvencia, su inteligencia lo que provocaba en mi persona la necesidad de apoyarlo a él, haciéndome evidente lo importante que resulta que el terapeuta viva su propio proceso terapéutico.

En algunas los pacientes tuvieron inquietudes por conocer a las personas que estaban en el equipo terapéutico, una mujer pidió directamente conocerlos y aclaro que al inicio de la sesión se sentía observada y no se sentía completamente en confianza pero al conocernos cambio su experiencia.

Ya se mencionó el efecto de la subjetividad y la inevitable inserción de emociones en la labor del terapeuta, como una consecuencia contemplada en la cibernética de segundo orden que sostiene que el observador es parte del fenómeno observado, por lo cual se asume que el supervisor está incluido en el sistema terapéutico total y también es parte del fenómeno observado. Cabe destacarse que la sede que forma parte de este reporte (el ISSSTE Tlalnepantla) no cuenta con cámara de Gessell; y como ya se describió anteriormente el contexto es parte de sistema terapéutico total posibilitándose de tal manera un contacto físico más estrecho permitiendo claramente, una retroalimentación emocional más constante y más intensa por parte de todos los integrantes del sistema.

Sobre las implicaciones en la persona del terapeuta, pudo observarse, el hecho de que, en el curso de la terapia se manejan cuestiones relacionadas con la “dificultad” que representa

el caso expuesto por la familia, donde particularidades en los casos ofrecían un mayor impacto en el terapeuta como lo son tentativas de suicidio, drogadicción, violación intrafamiliar. Dichas problemáticas suscitaban un mayor tiempo de reflexión, estar en contacto con emociones intensas y muy exaltadas; una labor sometida a un seguimiento más constante por las posibilidades de crisis extremas y por los efectos de tipo legal. Se observó que en los casos con estas características, el terapeuta en formación podría requerir de forma más marcada la intervención del supervisor y el equipo supervisor para hacer sonar varias voces e impactar en la intensidad que la familia le está demandando.

Uno de los factores que de manera personal pudo llegar a ser impactante fue el realizar la labor terapéutico bajo la inspección de muchas miradas, lo cual creo que puede generalizarse entre las personas que tienen los primeros contactos con este sistema de intervención, el cual de forma inherente al desempeñarlo modifica esa percepción, demostrándose como un método eficaz y de gran crecimiento personal al otorgar a los integrantes la seguridad que da el respaldo de contar con la experiencia del supervisor y la compañía del equipo de supervisión para desempeñarse de la forma más adecuada posible, y generar así terapeutas competentes.

Otra implicación en el terapeuta, se basa en la comprensión de que el cambio es inevitable en la familia, y que comienza a modificar su interacción con sus herramientas; el terapeuta solamente guía y es ésta misma quien marca sus tiempos, cambia cuando está lista para el cambio y el terapeuta se debe adecuar a eso, comprendiéndolo, viviendo el cambio de la familia y el cambio que la misma familia genera en él.

III. 2 Habilidades de investigación

III. 2.1 Reporte de investigación realizada.

Otro de los objetivos específicos de la formación de la residencia en Terapia Familiar es que el estudiante adquiera habilidades para realizar investigación cuantitativa y cualitativa sobre procesos familiares, de pareja y de las personas en general. También se buscaba la adquisición de habilidades para desarrollar programas de prevención y de difusión, con base en los problemas familiares que se aprendieron a manejar. A lo largo de la residencia se pudieron llevar a cabo trabajos que permitieron la adquisición o fortalecimiento de habilidades específicas en el ámbito de la investigación.

Reporte de la investigación Cuantitativa

Estrategias de solución de conflicto en parejas, una comparación con base en el género

Las relaciones íntimas han recibido gran cantidad de definiciones. Sin embargo todas enfatizan en menor o mayor medida las siguientes características: interdependencia conductual. Satisfacción de necesidades y apego emocional (Brehm. 1992).

La interdependencia conductual se refiere al impacto mutuo que ejerce uno sobre el otro los miembros de una pareja Brehm. (1992). Lo que cada uno hace afecta lo que el otro quiere y puede hacer. Esta interdependencia, que se presenta frecuentemente, se caracterizo por ser fuerte, variable y perdurable a lo largo de las relaciones íntimas.

Las relaciones personales presentan muchas oportunidades para el surgimiento e intensificación del conflicto interpersonal, El conflicto acompaña la intimidad y la interdependencia de la pareja, vivir con otros y compartir mucho tiempo incrementa la interacción de todo tipo, especialmente de conflicto; las parejas presentan frecuentes ocasiones donde se violan los límites interpersonales y tales violaciones frecuentemente conducen a conflictos entre los miembros de la pareja.

Esencialmente, un conflicto ocurre cuando existe desacuerdo, diferencia o incompatibilidad. Desde una perspectiva de la comunicación del conflicto, Cahn (1990) identificó tres tipos diferentes de comunicación que explican el enfoque que la mayor parte

de la investigación sobre el conflicto en las relaciones íntimas ha adoptado, estos tipos son: Desacuerdos Específicos (sobre un tema en particular, una diferencia de punto de vista). Discusión sobre Solución de Problemas (negociación). Relaciones infelices/ en disolución.

La forma en que las parejas manejan el conflicto que experimentan es crucial, el proceso del conflicto es complicado, incluye palabras, acciones y sentimientos.

El propósito de la presente investigación consistió en identificar en hombres y mujeres con pareja las estrategias que se emplean para la solución de conflicto. La muestra estuvo constituida por 100 personas de las cuales 50 fueron hombres y 50 mujeres. Para llegar a los efectos planteados se utilizó un instrumento diseñado por Arnoldo (2001) el cual detecta algunas estrategias que se utilizan en situación de conflicto las cuales son susceptibles de solucionarlo o de agravarlo.

Se aplicó el instrumento a la muestra y se realizaron pruebas estadísticas, asimismo se extrajo del instrumento las estrategias que favorecen a que se resuelva el conflicto y las que lo agravan.

Para comprobar si hay diferencias entre ambos grupos con base en el género se aplicó una prueba estadística para analizar los datos de los diseños de dos grupos independientes dicha prueba es la t que se utiliza partiendo del supuesto de que los datos proceden de una población con distribución normal (Silva, 1992) obteniendo en el rubro perteneciente a las estrategias que favorecen a que se solucione el conflicto una $t(98) = .609, >0.05$ por lo tanto se concluye que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en este rubro.

En lo concerniente a las estrategias que agravan el conflicto al aplicar la prueba t se obtuvo $t(98) = -1.207, >0.05$ por lo tanto se concluye que en el uso de estrategias que agravan el conflicto que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Para conocer el grado de asociación entre variables se aplicó el estadístico de coeficiente de correlación de Pearson para evaluar las relaciones entre el género de la población evaluada y las estrategias que se utilizan en situación de conflicto obteniéndose lo siguiente: en relación con las estrategias que favorecen a que se solucione el conflicto se obtuvo $r = .137, p > 0.05$ por lo que se concluye que entre el uso de dichas estrategias y el género no hay correlación. En lo correspondiente a el uso de estrategias que agravan el conflicto se obtuvo una $r = -.093, p > 0.05$ por lo cual se concluye que en el uso de estas estrategias y el género no hay correlación.

Aquí pudo observarse que no hay diferencias en las estrategias que se utilizan en situación de conflicto por parte de los hombres y las mujeres en ambos rubros evaluados por el instrumento utilizado (estrategias que favorecen a que se solucione el conflicto y las que lo agravan) y al buscar la asociación entre el género y las estrategias se corroboró que no hay relación entre el sexo y las estrategias que se utilizan, lo cual nos permite concluir que entre hombres y mujeres se utilizan las mismas estrategias para solucionar los conflictos. Derivando en la búsqueda de nuevas particularidades en los patrones consistentes de interacción de las personas independientemente del género, para futuras investigaciones.

Reporte de la investigación Cualitativa

Solución de conflicto en parejas, una perspectiva femenina

La participante (Verónica de 25 años licenciada en Historia, Casada) fue seleccionada debido a los resultados obtenidos en la evaluación cuantitativa llevada a cabo previamente obteniendo una puntuación alta en lo referente a la utilización de estrategias que favorecen a que se solucione el conflicto.

Por tal motivo la intención fundamental de esta investigación consistió en analizar las estrategias que se utilizan en situaciones de conflicto en la relación de pareja. Ilustrándolo con el caso de un estudio específico.

Se utilizó la entrevista a profundidad, la cual figura como una conversación entre el entrevistador y el entrevistado con el fin de obtener una información determinada. Esta técnica puede proporcionar información muy valiosa al investigador, como los sentimientos del entrevistado y tiene una gran flexibilidad, pues puede orientarse hacia donde lo demande el proceso mismo. Además, la entrevista permite una gran retroalimentación en las respuestas, que permite una mayor capacidad de análisis (Hernández, 2002).

La información obtenida fue transcrita literalmente y analizada en el programa ATLAS ti 4.1 for Windows 95, donde se obtuvieron las categorías de las respuestas y se fragmento la información para facilitar su manejo en el análisis de la información.

La intención fundamental de esta investigación consistió evidenciar la gama de estrategias que se utilizan en situación de conflicto ilustrándolo con el caso de un estudio específico. Particularmente se presenta una síntesis de los resultados relativos a las respuestas de las guías utilizadas con los argumentos de la participante.

Mantenimiento del vínculo

Resulta importante el hecho de que Verónica concibe las diferencias que tienen cada uno, pues al ser consciente de esa complementariedad pueden buscar alternativas conciliadoras para mantener el vínculo. El vínculo es mantenido por el respeto y la tolerancia que son muy importantes para mantener la individualidad y al mismo tiempo la pertenencia a un sistema familiar lo cual ella refiere con clara influencia de su labor profesional dando importancia a la historia “el respeto y la tolerancia es necesario porque como te decía uno viene con la mochila cargada de ciertas cosas que te las da la historia y lo que te decía venimos de diferentes casas y diferentes historias entonces hay que aprender a respetar las diferencias y ser tolerante en lo que no conocemos y va saliendo día con día”

Forma de comunicación

Entre ellos se maneja una comunicación muy abierta donde se expresan sus necesidades de manera asertiva ella le comunica sus inquietudes, manifestando sus necesidades y respetando la individualidad de él mediante una actitud negociadora; tienen interacciones principalmente positivas, inicialmente se contienen de persuadir al otro, pero a la mitad de sus discusiones se involucran en la persuasión, tratan sus conflictos de forma abierta. Presentan cierta disponibilidad a estar en desacuerdo, tiene conversaciones que incluyen conflicto, pero hay más calma y tranquilidad en la discusión.

Definición de roles en pareja

Los roles en esta pareja se definieron en razón de que ambos mantienen las costumbres de su familia de origen y así han sabido acoplarse porque dichas costumbres los hacen complementarios “*pues él está acostumbrado a no hacer nada y yo acostumbrada a hacer todo, él me quiere ayudar y quién soy yo para quitarle la intensidad*”, como ella misma lo menciona, su dinámica resulta muy permeada por la cultura donde el hombre es proveedor y la mujer quien se encarga de las labores domésticas y como ya se mencionó sus historias particulares en sus familias, los han complementado ya que son similares en lo que se refiere a esos roles y no les genera diferencias en su relación,

Efectos de la dinámica familiar en la vida sexual de la pareja

Se percibe que en relación con su sexualidad buscan elementos que les ofrezcan diversidad y les permita experimentar cosas nuevas y en esta entrevista Verónica transmitió el proceso que les otorgo la libertad de comunicarse y hacer acuerdos para vivir plenamente esta dimensión de la dinámica de pareja. Donde hacen evidente que tras un ejercicio de su vida sexual de forma rutinaria ella decidió promover el cambio para poder satisfacerse

Papel de la familia de origen en la dinámica de pareja

Al interior de la familia de origen no hay límites claramente definidos en la relación de su hermana mayor con Verónica pues al parecer Lorena opina en las decisiones de la entrevistada, *“Lorena, que se la pasaba metiendo cizaña “que tú no eres la gata”, “ponlo a que se lave la ropa” y siempre hablando pues, me ponía de malas y en cuanto llegaba este se la soltaba “ponte a lavar tu ropa”, “pero en serio esa es mi forma de vivir”*

Desencadenantes de conflicto

Concibe que al igual que todas las familias tienen complicaciones, la suya pasa por circunstancias que requieren ser negociadas coincidiendo con las ideas de Coombs (1987) quien en su teoría describe que el conflicto se convierte en una realidad cuando la interacción revela que los miembros de la pareja quieren cosas diferentes, pero piensan que esas diferencias se pueden resolver; como se observa a continuación en los argumentos de la entrevistada *“siempre tenemos diferencias pero son fáciles de solucionar tenemos diferencias, cuando falta el dinero, cuando le va mal a la niña en la escuela, cuando los compañeros de trabajo se ponen loquitos, hay muchos motivos que nos presionan y podemos explotar, pero lo que como pareja real”*

Características personales de los integrantes de la pareja detonantes de conflicto

Una de las características personales de Verónica que detonan el conflicto es que ella fuma *“primero lo celosa y después a él no le gusta que yo fume como él no fuma siempre se queja y pues es algo que me gusta pero evito fumar delante la niña y me salgo a fumar fuera de la casa y cuando termino de fumar me lavo los dientes para que no le llegue mi olor”*. Aun que ella lo concibe como un detonador de conflicto, parece ser que esta situación se encuentra negociada y han encontrado la forma en que ella siga haciendo lo que le gusta

“como te decía yo siempre estoy dispuesta a ceder pero no puedo dejar de hacer lo que me gusta, fumo donde no le molesta pero porque voy a dejar de hacerlo creo que si lo hiciera me daría mucho coraje conmigo misma es un gusto que tengo y creo que hago mucho con no hacerlo en el cuarto, no hacerlo delante de la niña”. Aquí puede observarse una vez más las habilidades de interacción de la entrevistada donde es consciente de sus gustos, sus derechos y la actitud de defender tales convicciones.

Alternativas funcionales identificadas para solucionar conflictos

En esta relación la entrevistada considera que es importante dejar pasar un tiempo cuando se presenta un conflicto y así evitar que la emoción que se maneja en estas circunstancias les afecte, como lo describe a continuación en una situación de conflicto donde optaron por que el esposo se retirara para evitar discutir “*se fue y al regresar pues ya no le dije nada porque llego a tiempo y me habló por teléfono yo sabía que no hizo nada malo y estuvimos como si nada porque reconocí que estaba mal*”, “*y él también llego igual y ya no dijimos nada estaba más que entendido pero como te decía cuando se fue aunque sabía que estaba mal no podía admitirlo*” en esta interacción relatada se hace evidente que ellos reconocen cuales son las situaciones que podrían afectarles y de qué forma podrían estar trasgrediendo la dinámica que han establecido como pareja, de igual forma se observa que prefieren darse un tiempo.

Han identificado que deben metacomunicarse y hablar sobre lo que ya se hablo con el afán de llegar a un entendimiento claro de las situaciones que viven “*que hay que platicar lo que preocupa con tu esposo y que solo sabiendo realmente que es lo que pasa, ósea analizando podemos tener las palabras exactas que se deben decir y eso para argumentar sin ser dejado, ni ser autoritario, “de haces lo que debes porque así lo digo” eso tampoco sirve*” la frase anterior al descalificar la actitud de imponer sus ideas los han llevado a entender que el respeto y la tolerancia implica reconocer los derechos de ambos y que no transgredirlos les permite relacionarse de manera adecuada y equilibrada “*si yo le impongo lo que pienso o él, pierdo de las dos formas*” “*perdería parte de mi calidad humana, quien se impone pisotea a el otro y no respeta su derecho y lo mismo si tú te dejas te pisotean y resulta igual de inadecuado para tu persona*”.

Puede observarse que en esta pareja tienen herramientas personales para resolver sus conflictos los cuales los concluyen en la forma descrita por Peterson (1983) donde habla que al lograr terminar el conflicto mediante acuerdos integrales se satisfacen las

aspiraciones y objetivos originales de los miembros de la pareja. Se buscan con más frecuencia para conflictos de intensidad intermedia, pues como ella menciona sus conflictos son negociables y soportables.

Búsqueda de solución alterna al sistema

La entrevistada reconoce que muchas de las alternativas para mejorar sus relación las obtuvo de un programa de televisión y así se modificó su forma de interactuar con su pareja *“hasta que lo vimos en la tele le hicimos así, nos gusta mucho el programa de diálogos en confianza y ahí hablan de muchos problemas, de drogas, de enfermedades, de la suegra, de problemas de pareja, y así hay un colega tuyo decía que era mejor dejar pasar un tiempo antes de tratar de solucionar un problema de pareja si estábamos enojados porque así no es fácil que se solucione algo”, “yo creo que los consejos que siempre dan ahí lo aplicamos lo que hablaba de la tolerancia lo de respetar los gustos del otro y no dejar de hacer lo que a uno le gusta, en serio nos sirvió muchas de las cosas que ahí dicen las aplicamos y estamos mejor como te decía antes discutíamos y nos decíamos cosas feas y acabábamos peor”* dicha emisión les generó posibilidades de mejorar sus interacciones también con su hija tratando de establecer límites y acuerdos en torno a el papel de cada quien frente a su hija y el papel de ambos como figura de autoridad. *“siento que él, no se atreve a ser duro con ella, a veces los hijos necesitan que uno como padre se ponga fuerte, y a él le cuesta trabajo y espera que sea yo la que me ponga ruda y la regañe y luego él la consuela, y ya le dije que eso no está bien decía francisco que los padres no debes contradecirse enfrente de los hijos”, “Francisco Delfín el conductor del programa del 11”*

La intención fundamental de esta investigación consistió en analizar las estrategias que se utilizan en situaciones de conflicto en la relación de pareja.

Respecto a los resultados concretos del estudio realizado las principales conclusiones pueden sintetizarse en 4 puntos que se describen a continuación.

1. En la pareja es funcional el hecho de respetar las diferencias y ser conscientes de esta complementariedad como una oportunidad de crecimiento que permite conocer y adaptarse a nuevas situaciones susceptibles de vivirse en la relación de pareja, donde cada integrante se presenta con historias costumbres y posibilidades diferentes.
2. La dinámica de pareja exige que los integrantes de la misma expresen sus necesidades de manera asertiva al tiempo que respetan la individualidad de ambos mediante una

actitud negociadora. Presentando cierta, disponibilidad a estar en desacuerdo. Pudiéndose extender dicha actitud en las distintas dimensiones de la pareja como son la sexualidad, la definición de roles.

3. Es importante definir claramente los límites en cuestión de la inferencia de los integrantes de la familia de origen en la relación de pareja, para evitar confrontaciones y discusiones en razón de las diferencias que pueden presentarse por las diferentes historias, costumbres y estilos de vida que los conforman con familias distintas.
4. La interacción y convivencia de pareja genera la pertenencia que otorga la posibilidad de conocerse y saber de manera casi implícita cuales son las situaciones que podrían afectarles y de qué forma podrían estar trasgrediendo la dinámica que han establecido como pareja, sin embargo resulta imperante metacomunicarse y hablar sobre lo que ya se hablo con el afán de llegar a un entendimiento claro de las situaciones que viven pues las interpretaciones podrían modificarse en sus percepciones por la emoción que se genera en las interacciones que conllevan sentimientos.

III.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento atención y prevención comunitaria

III.3.1 Productos tecnológicos

Otro de los objetivos específicos de la residencia en Terapia Familiar consistió en la obtención de habilidades dirigidas a la enseñanza y difusión del conocimiento, y que de esta difusión de conocimiento el alumno elaborara productos de atención y prevención comunitaria en la esfera de los problemas que enfrentan.

En este sentido, se obtuvieron las siguientes habilidades:

- a) Difundir conocimientos relacionados al ámbito de la terapia familiar.
- b) Obtener datos acerca de las características de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias y formular hipótesis sobre los factores involucrados.
- c) Realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos.
- d) Obtener productos tecnológicos que sirvan como apoyo didáctico en la difusión del conocimiento tendiente a la atención y prevención comunitaria.

A continuación se señalaran puntualmente los trabajos que se llevaron a cabo para el logro de las habilidades anteriormente señaladas.

Elaboración de productos tecnológicos

En el primer semestre se elaboró

Primer semestre se presentó un manual y un video que precisaban las particularidades del modelo estructural

- a) A *manual basado en el modelo estructural de Salvador Minuchin* dirigido a terapeutas en formación y cualquier persona interesada en conocer las premisas y el proceder demarcado en este enfoque terapéutico. Dicho instrumento fue realizado de manera sistemática y sintáctica con la finalidad de ofrecer una herramienta práctica para desarrollar el trabajo terapéutico y la aplicación de las técnicas de Salvador Minuchin.

Se comenzó definiendo los elementos teóricos del modelo y las aplicaciones prácticas a través de la descripción a partir de ejemplos de problemáticas familiares.

Se describió la forma en que se realiza, el diagnóstico estructural como se concibe el síntoma y cual es papel del terapeuta en el proceso de cambio, lo que es el joining y sus alcances.

- b) ***Video didáctico del modelo estructural.*** Con la finalidad de proyectar la aplicación práctica de las técnicas en el contexto de tres familias la primera conformada por una pareja joven que presenta problemas de comunicación y de individuación del nuevo rol conyugal en razón de las familias de origen. Una segunda familia constituida por dos hermanas residentes en el mismo hogar con dificultades para establecer límites respecto a la educación de sus hijos. Y una tercera familia de una pareja con su hijo unigénito que presenta crisis de asma en su hogar, y bajo circunstancias estresantes derivadas de la dinámica familiar.

Dicho video tiene una duración de 43 minutos grabado en formato DVD el cual comienza con los datos de los terapeutas participantes, la descripción del objetivo terapéutico del modelo estructural, que dan la entrada a un menú con las tres opciones de. Al inicio de cada bloque se presenta una descripción del grupo de técnicas, el familiograma, y cada técnica en particular que precede a las imágenes grabadas del desarrollo terapéutico.

En el segundo semestre se presento:

- a) ***Manual basado en el modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas*** de P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch dirigido a terapeutas en formación y cualquier persona interesada en conocer las premisas y el proceder demarcado en este enfoque terapéutico. Dicho instrumento fue realizado de manera sistemática y sintáctica con la finalidad de ofrecer una herramienta práctica para desarrollar el trabajo terapéutico y la aplicación de las intervenciones de dicho modelo.

Se comenzó definiendo los elementos teóricos del modelo y las aplicaciones prácticas a través de la descripción y partiendo de ejemplos de problemas familiares.

También, se presentaron algunas de las consideraciones acerca del problema, pues en dicho enfoque los problemas se consideran en relación con los intentos de adaptación de las personas a una situación de cambio en las condiciones cotidianas de vida. Hay

veces en las que los problemas se agrandan debido a los intentos de resolverlos. Los autores del MRI plantearon la revolucionaria idea de que las soluciones son las que creaban los problemas.

Se presenta que dichos autores plantearon los siguientes cuatro pasos para generar el cambio terapéutico.

- Definir el problema de manera concreta y clara.
- Explorar los intentos de resoluciones realizados por los consultantes. (Establecer una hipótesis sobre el patrón de comportamiento que mantiene el problema.)
- Definir la meta terapéutica de manera clara y concreta. (Interrumpir el círculo vicioso detectado.)
- Planear cómo generar este cambio definido y su realización.

Finalmente la base medular de ese manual consiste en presentar las intervenciones que constituyen un medio de interrumpir la solución previamente ensayadas y se fragmentan en dos grupos: las principales y las generales; estas últimas poseen un ámbito de aplicación mucho mayor; pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento y son lo bastante amplias como para usarse en un amplia gama de problemas.

- b) *Video didáctico del modelo de terapia breve centrado en problemas.*** Con la finalidad de proyectar la aplicación práctica de las técnicas se escenifica su ejercicio en una familia en particular por cada intervención.

Dicho video tiene una duración de 21 minutos grabado en formato DVD el cual comienza con los datos de los terapeutas participantes, la descripción del marco teórico del modelo de terapia breve centrada en problemas, que dan la estrada a un menú con dos opciones consistentes de los grupos de intervenciones: Intervenciones principales e intervenciones generales. Al inicio de cada bloque se presenta una descripción del grupo de técnicas, una descripción de cada intervención en particular que precede a las imágenes grabadas del desarrollo terapéutico.

Esta herramienta se presenta como un factor facilitador de la comprensión de las intervenciones basadas en el modelo desarrollado por P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch. Como un elemento más en la formación de los terapeutas.

- c) Se realizó un *video didáctico del modelo de Terapia Estratégica de Jay Haley*. Con la finalidad de proyectar la aplicación práctica de las estrategias y directivas (directas e indirectas) se escenifica su ejercicio con base en una problemática presentada por una familia en particular.

Dicho video tiene una duración de 23 minutos grabado en formato DVD el cual comienza con los datos de los terapeutas participantes, la descripción del marco teórico del modelo estratégico su origen y evolución sus relaciones con otros terapeutas (Erickson, Minuchin, Montalvo, Bateson, Madanes), que se anticipan a un menú con dos opciones consistentes en los lineamientos de la primera entrevista y las directivas. Al inicio de cada bloque se presenta una descripción del grupo de estrategias, una descripción de cada intervención en particular que precede a las imágenes grabadas del desarrollo terapéutico.

Esta herramienta se presenta como un elemento facilitador para la comprensión de las intervenciones basadas en el modelo desarrollado por Jay Haley. Como un elemento más en la formación de los terapeutas.

En tercer semestre

- a) *Manual basado en el modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones* de William O'Hanlon dirigido a terapeutas en formación y cualquier persona interesada en conocer las premisas y el proceder demarcado en este enfoque terapéutico. Dicho instrumento fue realizado de manera sistemática y sintáctica con la finalidad de ofrecer una herramienta práctica para desarrollar el trabajo terapéutico y la aplicación de las intervenciones de dicho modelo.

Se comenzó definiendo los elementos teóricos del modelo y las aplicaciones prácticas a través de la descripción a partir de ejemplos de problemáticas familiares.

- b) *Video didáctico del modelo de terapia breve Orientada a Soluciones*. Con la finalidad de proyectar la aplicación práctica de las técnicas se escenifica su ejercicio en una familia en particular por cada intervención.

Dicho video tiene una duración de 25 minutos grabado en formato DVD el cual comienza con los datos de los terapeutas participantes, la descripción del marco teórico del modelo de terapia breve orientada a Soluciones. Al inicio de cada bloque se presenta una descripción del grupo de técnicas, una descripción de cada intervención en particular que precede a las imágenes grabadas del desarrollo terapéutico.

Esta herramienta se presenta como un factor facilitador de la comprensión de las intervenciones basadas en el modelo desarrollado por William O' Hanlon.

III.3.2 Programas de intervención comunitaria

Taller de Comunicación no Violenta

Sede: El Jardín de Niños “Reino de Simba”, incorporado a la Secretaría de Educación Pública, ubicado en el Fraccionamiento Rinconada San Felipe perteneciente al Municipio de Coacalco, Estado de México.

Ponente: Jesús Enrique Cabrera Méndez y Yolanda Suasnavar Lima

Fecha: Octubre de 2005

El taller fue dirigido a madres de familia de niños preescolares teniendo como objetivo dar a conocer un estilo de comunicación que permita el entendimiento mutuo aún entre personas muy conflictuadas. Se pretende que se aprenda a hablar para que los otros escuchen y a escuchar para que los otros hablen con base en el modelo de Comunicación no Violenta de Marshall.

Durante el taller se presentaron los cuatro principios básicos que se conectan entre sí, facilitan la comunicación y permiten el logro de objetivos, los cuales se enuncian a continuación:

Observar sin evaluar. Se refiere a observar lo que ocurre realmente en una situación determinada y expresarlo de modo tal que no incorpore ningún juicio ni evaluación, sino simplemente decir qué cosas agradan y cuáles no de las otras personas o de las situaciones. Actos concretos que se observan afectan el bienestar personal.

Expresar sentimientos. Definir cómo nos sentimos en relación con lo que se observa. Al contar con un vocabulario de sentimientos que permite describir de forma clara y precisa las emociones resulta más fácil comunicarse con los demás. Al mismo tiempo que nos hace más vulnerables, la expresión de nuestros sentimientos puede ayudarnos a resolver conflictos.

Reconocimiento de necesidades. Se basa en manifestar si nuestras necesidades guardan relación con los sentimientos que se han descubierto. Se debe entender que lo que digan o hagan los demás puede ser el estímulo, pero nunca la causa de nuestros sentimientos.

Expresión de los deseos. Es una petición muy específica la cual se centra en lo que se espera que haga la otra persona para enriquecer nuestra vida o la de ambos. También se define como los actos concretos que se quieren pedir a la otra persona para enriquecer la propia vida.

Se trabajó con un grupo conformado por 19 personas, todas ellas madres de familia jóvenes de niños de los diferentes grados de nivel preescolar.

El taller tuvo una duración de 6 horas, distribuidas en dos sesiones de 3 hrs. cada una y un pequeño receso de 20 min.

Se contó también con la presencia de algunos niños que aunque no eran los participantes directos, se mostraron entusiasmados y participativos en cada una de las técnicas desarrolladas.

Las participantes se mostraron interesadas en todos los temas, hubo gran aceptación y motivación por la temática presentada, externaron diversas dudas con respecto a la forma de interacción principalmente con el marido y poco a poco al ir desarrollando los temas, se lograba la comprensión del modelo y ellas mismas empezaban a visualizar la aplicación en sus vidas y particularmente en su dinámica marital que previamente habían externado con dificultades.

El taller resultó una experiencia de gran crecimiento para todos los participantes, tanto para los asistentes como para los mismos ponentes, quienes al ir conociendo la aplicación práctica del taller en personas alejadas del ejercicio psicológico veían con agrado cómo resultaba un instrumento útil en la vida de cada una de ellas.

Se trabajaron con gran entusiasmo los cuatro principios de la Comunicación No Violenta, reportando las participantes que cada tema les aportó conocimientos muy importantes para desarrollar y aplicar nuevas estrategias de comunicación efectiva en sus vidas.

Para todas las mamás resultó muy didáctico, entretenido y novedoso, la utilización de los títeres con la forma de jirafa y chacal, así como de las diademas con orejas de los animales mencionados, con las que pudieron representar los diferentes papeles y roles dentro de la comunicación.

Algunos de los comentarios finales de las participantes tras la evaluación solicitada por los ponentes fueron:

“Aprendí una mejor forma de comunicarme con mi hijo, sin calificarlo”.

“A mí me deja saber expresarme, hablar y comunicarme con mi pareja sin agresividad”.

“Saber llevar mi forma de ser y mi carácter, mi autoestima”.

“Expresar mis necesidades y sentimientos”.

“Aprendí mucho, realmente voy a aplicar lo que hoy me enseñaron”

“Los expositores se expresaron con claridad y fueron muy amables”.

“Fueron cubiertas mis necesidades de entender a mi hijo adolescente”.

“Aprendí a corregir muchas cosas que están mal empleadas en nuestro lenguaje diario”.

“Para mí este taller fue muy importante y de mucha ayuda ya que el lenguaje que utilizo no es el correcto y sin darme cuenta herí a los demás”.

“Gracias a esto pude reflexionar mucho sobre como hablo con los hijos y otras personas”.

“Me deja pensando en la forma de conducirme en la vida y así poder mejorarla”

Las participantes reconocieron el aprendizaje que tuvieron sobre evitar las frases vagas abstractas o ambiguas y emplear en su lugar un lenguaje de acción positiva para hacer saber a los demás qué se quiere de ellos en lugar de centrarnos en lo que no queremos. Quedó muy claro en todas ellas que al hablar, entre más claro manifestemos qué queremos, más probable será que lo podamos conseguir

Se constató que la comunicación No Violenta puede potenciar la comunicación interior, ayudándonos a transformar los mensajes internos negativos en sentimientos y necesidades. También se observó que nuestra capacidad de distinguir nuestros sentimientos y necesidades y de mostrar una empatía con ellos puede salvarnos de la depresión, ya que se puede sustituir el “lenguaje que mata los sueños” por este nuevo estilo de comunicación y reconocer que tenemos posibilidad de elección en todas nuestras acciones.

Se observó que este modelo establece la base para reestructurar nuestra forma de expresarnos y escuchar a los demás, haciéndonos conscientes de lo que observamos, sentimos y necesitamos y lo que les pedimos a los demás para hacer más placentera y funcional nuestra vida y a la vez la de ellos también.

III.3 .3 Reporte de actividades de difusión

Participación en el II Congreso Multidisciplinario de Salud Integral

Sede: sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Estado de México

Nombre de la ponencia: Formación de Límites en niños y adolescentes

Fecha: 29 septiembre del 2005

Se presentaron las particularidades del Modelo Estructural desarrollado por Salvador Minuchin a través de la exposición de las siguientes temáticas

- Subsistemas en la familia:
- Límites
- Reglas

Conceptos tales como:

- Jerarquía
- Centralidad
- Periferia
- Alianzas
- Coaliciones
- Hijo (a) Parental
- Ciclo vital de la familia

El papel del terapeuta

- El terapeuta se une a la familia en una posición de liderazgo.
- El terapeuta evalúa la estructura familiar y la explora, además desarrolla objetivos.
- Crea las circunstancias que permitirán la transformación de esta estructura.

Y las tres principales estrategias que plantea Minuchin de las cuales dispone de un grupo de técnicas. Las tres estrategias son:

- Cuestionamiento del síntoma
- Cuestionamiento de la estructura familiar
- Cuestionamiento de la realidad familiar.

Participación como ponente en la Primera Jornada de Salud Mental para profesionales de la clínica

Sede: Sistema Municipal DIF, Tultepec Estado de México

Nombre de la ponencia: Contexto Psicosocial de la Problemática Prevaliente en la Familia Mexicana

Fecha: 30 junio del 2006

Se abordaron los orígenes de la familia y el estado con base en que la existencia de este último es el proveer de seguridad a la familia, de igual forma se revisaron las funciones de la familia en la sociedad y hacia los integrantes que la conforman y con base en la revisión de fuentes gubernamentales de estadística (INEGI) se presentaron datos de las particularidades de la familia comenzando con los tipos de familia prevalientes en México a partir de su constitución, su Mortalidad y la Fecundidad; los tipos de familia según el INEGI son Tradicionales, Modernas y Monoparentales.

También se habló de la problemática que se presenta en las familias mexicanas como son: la violencia intrafamiliar, deserción escolar, comunicación disfuncional, alcoholismo, consumo de drogas, maltrato infantil, abuso sexual, depresión, intentos de suicidio, delincuencia. Presentando las características de la Terapia Familiar Sistémica como una opción funcional en la intervención de dichas circunstancias

En la Tercera Jornada del Frente Mexiquense para la Prevención Victimal y Delictiva

Sede: Secretaria General de Gobierno Estado de México, en Toluca Estado de México.

Nombre de la ponencia: Familia, Adolescencia y Delincuencia

Fecha: 18 septiembre del 2006

Se presento dicha ponencia con la finalidad de analizar el papel de la familia como fuente y generadora de la personalidad del individuo. Los factores familiares que influían en la generación de conductas antisociales lo cual representa la antesala de la delincuencia.

De tal forma el núcleo familiar se presenta como el eje rector más importante para la formación de la personalidad de todo individuo, dentro de ella se realizan actividades de tipo religioso, afectivo, de protección, entre otros; las cuales forman en menor o mayor grado la personalidad, que está constituida por una serie de características como son: la herencia, la constitución física y mental, el temperamento, el carácter, la conciencia, la inteligencia, la creatividad, la cultura, las costumbres, los hábitos, el trabajo, los vicios y todo lo que influye en la conducta del ser humano. A través de algunos factores que son lugar de la familia, estilo de crianza, formación de normas y reglas, tolerancia a la frustración, control de impulsos, influenciabilidad, resiliencia, conductas antisociales, trastorno negativista desafiante y el papel de la familia en la adolescencia como una fuente de prevención ante la delincuencia.

III. 4.- Habilidades de compromiso y ética profesional

III. 4.1. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional

Como apartado final del grupo de habilidades profesionales que se tienen contemplado dentro de la residencia en Terapia Familiar, se encuentran las que tienen que ver con un comportamiento y compromiso ético del alumno. Cabe destacar que este compromiso de ética profesional se veía reflejado en todas las actividades que se llevaban a cabo en la residencia.

En el ejercicio de la psicoterapia al trabajar con personas, el psicólogo necesariamente se enfrenta al cuestionamiento de si está realizando su trabajo de una manera en que no ponga en riesgo o transgreda sus valores o los valores de los clientes / consultantes. Este cuidado en mantener los valores lo obliga a estar al pendiente de la forma en cómo trabaja y a que adquiera el hábito e interés por trabajar bajo supervisión o contar con un equipo terapéutico o equipo de apoyo para las situaciones que considere difícil de abordar e incluso a canalizar aquellos casos en los que no se siente preparado o capacitado, entre muchas otras posibilidades de acción para mantener la observancia del comportamiento ético.

Con base en la revisión del Código ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología se encontraron algunas consideraciones éticas que emergen en el proceder clínico bajo las peculiaridades del trabajo sistémico en un sistema terapéutico total.

En el apartado de normas de conducta en el rubro de competencia y honestidad del psicólogo menciona lo siguiente:

Artículo 4. Menciona que el psicólogo se mantendrá razonablemente actualizado acerca de la información científica y profesional en su campo de actividad y realizará esfuerzos continuos para mantener su competencia y pericia en las habilidades que emplea. Recibirá la educación, formación supervisión y consulta adecuada.

En muchas ocasiones en las familias que se atienden nos encontramos con problemáticas muy particulares que nos exigían que constantemente revisáramos autores sugeridos por los supervisores en casos con temáticas como los son familias con integrantes especiales, violencia intrafamiliar, comunicación en pareja.

Artículo 10. El psicólogo se mantiene alerta ante signos de problemas personales en sus primeras etapas, y busca ayuda para prevenir un desempeño significativamente deteriorado.

Dentro de la residencia está siempre presente la recomendación a los terapeutas de que lleven un proceso terapéutico personal, aunque no es obligatorio pero si es sugerido por las autoridades.

En el rubro referente a la calidad de las intervenciones psicológicas menciona lo siguiente

Artículo 30. El psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación, o experiencia supervisada y la pericia necesarias.

Al respecto en el proceder terapéutico de la residencia la forma de trabajo es por completo sistémica pero se han podido incorporar algunas técnicas de otra corriente psicológica con la oportunidad de que el terapeuta la conozca y maneje, o alguno de los integrantes del equipo terapéutico como es el caso de una persona que presentaba una fobia y de forma paralela se le impartió una relajación de Jacobson.

En el apartado de los resultados del trabajo del psicólogo en el rubro de confidencialidad de los resultados menciona lo siguiente:

Artículo 61. El psicólogo mantiene la confidencialidad debida, al crear, almacenar, recuperar, transferir y eliminar los registros y expedientes bajo su control, sean estos escritos, automatizados, o en cualquier otra forma. Así mismo el psicólogo está obligado a tomar las medidas pertinentes para proteger sus registros electrónicos de cualquier forma de incursión por parte de extraños.

En todas las sedes de esta residencia se utilizan medios electrónicos para registrar como son grabadoras de audio, de video, videocaseteras que son observadas por los clientes a quienes se les garantiza dicha confidencialidad al respecto de los registros, los expedientes, y la información que se maneja en el proceso terapéutico, solicitándoles su autorización para su uso de forma escrita donde se les explica la función de los instrumentos y la forma de trabajo.

En este mismo tenor en el rubro de consentimiento informado dice lo siguiente:

Artículo 118. El psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación u otros procedimientos utilizando el lenguaje entendible para los participantes. El contenido del consentimiento informado variara dependiendo de muchas circunstancias, sin embargo, generalmente supone que la persona:

Posee la capacidad para consentir

Se le ha proporcionado la información significativa concerniente al procedimiento

Ha expresado libremente y sin influencias indebidas su consentimiento y

El consentimiento se ha documentado en forma apropiada.

Artículo 121. El psicólogo obtiene permiso de los pacientes clientes, sujetos de investigación, estudiantes y supervisados para el registro o grabación electrónica de sesiones o entrevistas.

De esta manera, en la terapia se tendría que considerar a lo ético como una construcción relativa a un contexto temporal y cultural particular y a que los significados éticos también se deben construir dentro de la relación terapéutica, con la salvedad de la obligatoriedad jurídica que nos imponen nuestras normas judiciales, previamente señaladas.

El anterior enunciado no contradice la postura construccionista pero sí la limita, pues pese a que tratemos de ser respetuosos de los valores particulares de los consultantes, como individuos pertenecientes a una sociedad que rige y modula su comportamiento, nos vemos obligados a mantener nuestro comportamiento bajo reglas jurídicas. Por lo que, el reto principal del trabajo clínico consiste en mantener siempre en vista todas las aristas del comportamiento ético que se han mencionado en este apartado, cosa a todas luces, bastante difícil y compleja.

Con respecto a mi formación dentro de la residencia en Terapia Familiar, a continuación expresaré las habilidades de compromiso y ética social que desarrollé en mi formación y que eran objetivo a cumplir dentro de las habilidades generales previstas por la residencia, dando ejemplos de dónde se aprecia este comportamiento y su vínculo con las normas del Código ético del psicólogo.

Actualizar e innovar las capacidades profesionales de manera constante. El mismo hecho de formar parte de la Residencia en Terapia Familiar arguye un sentido de actualización e innovación de mis capacidades como psicoterapeuta y que de manera particular se

evidenciaba al revisar los diferentes modelos de terapia familiar, a revisar literatura de problemáticas específicas y abordajes de tratamiento y a asistir a cursos y talleres de manera constante. Esta actualización es una práctica común en mi desarrollo profesional, pues pese a que ya no estoy dentro de la maestría, continúo leyendo y asistiendo a cursos y talleres especializados. Este aspecto está directamente relacionado con lo que busca el artículo 4 del Código Ético del Psicólogo, que dice “el psicólogo se mantendrá razonablemente actualizado acerca de la información científica y profesional en su campo de actividad, y realizará esfuerzos continuos para mantener su competencia y pericia en las habilidades que emplea. Recibirá la educación, formación, supervisión y consulta adecuadas” (p. 48).

Analizar con honestidad el trabajo terapéutico, apegado a las normas de la ética profesional.

En la práctica dentro de la sede de la residencia, y con apoyo en todo momento del equipo terapéutico y del supervisor en turno, manteníamos presente la confidencialidad de la información que nos proporcionaba la familia, el mantenimiento constantemente actualizado del expediente, la preparación constante de cada caso, el análisis teórico y revisión bibliográfica para ofrecer un mejor servicio, así como el contacto emocional con mi persona, para tratar de que este contacto ayudara al proceso, o por lo menos, que no interviniera de manera negativa en los clientes / consultantes. Todo el Código ético en su conjunto tiene el objetivo de marcar normas de comportamiento ético básicos a los profesionales de la Psicología.

Asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo si el tutor o el mismo terapeuta lo considera necesario.

En todo momento se les hacía saber que sus datos eran confidenciales, que serían video filmados y que sus videocintas sólo las manejaría el psicoterapeuta de una manera responsable. Asimismo, como terapeuta, me comprometía a mantener actualizado el expediente de mis clientes /consultantes y a estar comprometido con la revisión del caso y la búsqueda de apoyos bibliográficos o con mis colegas sobre cómo ofrecer un mejor servicio. También se les informaba a los clientes que se trabajaba con un equipo terapéutico quienes también eran psicoterapeutas profesionales que respetarían los criterios de confidencialidad. La confidencialidad, respeto y compromiso que expresa el Código ético se puede revisar en sus artículos 132 al 139.

Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social.

Muchos han sido los valores que se vieron señalados dentro de la residencia para con los alumnos, los cuales reflejaban un compromiso personal y social, de los cuales mencionaré: el valor de la eficiencia en el servicio que se presta apoyado en los conocimientos derivados del modelo sistémico, preocupación por el bienestar de las personas, demostración de honestidad, apertura, respeto y sinceridad con los clientes / consultantes, supervisión constante tanto de los casos atendidos como del estado emocional propio.

Consideraciones finales

Mi experiencia al haber formado parte de la quinta generación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar con sede en la FES Iztacala fue una experiencia enriquecedora que marcó totalmente mi vida, no sólo como psicólogo o psicoterapeuta familiar sino como humano. En mi paso por esta maestría logré, inicialmente, satisfacer mi interés de seguir mi formación profesional y sobre todo, de obtener habilidades que me permiten sentirme con más confianza y seguridad en ofrecer un servicio de psicoterapia de calidad y difusión de conocimiento con una base de conocimiento más compleja. He desarrollado habilidades y competencias clínicas de detección, diagnóstico y tratamiento; de prevención, enseñanza y difusión del conocimiento; y de ética y compromiso social que me permitirán luchar por ello.

De las habilidades clínicas, tanto la revisión teórica como la práctica clínica basada en el marco teórico me permitieron establecer un contacto terapéutico con quienes demandaban el servicio, entrevistar y generar una relación de colaboración, para lo cual aplicaba técnicas de enganche y de alianza terapéutica. También desarrollé habilidades de observación del proceso terapéutico y de definición de: motivos de consulta, tipo de problema, opciones de solución, objetivos terapéuticos (creados de manera colaborativa con los usuarios) y la aplicación de la metodología derivada de los diferentes modelos vistos durante los dos años de la residencia, para evaluar y tratar las demandas de los usuarios. Además, el trabajo con equipo permitió que se analizara con honestidad mi trabajo terapéutico y apegándome a normas de ética profesional, mostrando una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los consultantes.

Dentro de las habilidades que se contemplaban dentro de la residencia, también se tenían como importante aquellas que permitieran que los alumnos elaboraran productos terminados para la prevención y difusión del conocimiento obtenido durante la maestría. Sobre las habilidades de prevención, enseñanza y difusión del conocimiento, fomenté la difusión de conocimientos relacionados al ámbito de la terapia familiar, como en la asistencia a dos congresos del DIF y uno del gobierno del Estado de México. Por otro lado, durante mi estancia en la maestría asistí a un taller con Salvador Minuchin un personaje reconocido mundialmente dentro del campo de la terapia familiar sistémica, que me permitió entrar en contacto con los conocimientos de actualidad.

Por último, la maestría y la residencia estaban interesados en que los egresados también tuvieran formación en cuanto a los aspectos de compromiso y ética profesional en todos sus ámbitos de trabajo: en la sede clínica, en las investigaciones, en las clases teóricas, en los talleres comunitarios impartidos, etc. El comportamiento ético matiza la forma de trabajar y comportarse de las personas, dando un estilo particular de desempeño. Durante la residencia, dentro de las acciones de ética que se fomentaron y adquirí estuvieron: la actualización e innovación de mis capacidades profesionales de manera constante; el análisis de manera honesta de mi trabajo terapéutico, con apego a las normas de la ética profesional y con respeto a las opiniones de mi equipo terapéutico y de las personas que solicitaban mi servicio; mostrar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios; respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales; y asumiendo la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo cuando resulte necesario.

Quiero concluir describiendo que al terminar, esta etapa de mi vida me siento comprometido a brindar a los solicitantes de mi trabajo una atención profesional y digna de un egresado de mi querida Alma Mater la Universidad Nacional Autónoma de México.

Referencias

- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (mayo, 2003). Possibilities of a postmodern collaborative approach to therapy and consultation. Documento presentado en el Taller “Pasado, presente y futuro de la terapia familiar: Conversaciones íntimas”, México, D.F.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz, L. L. (Comp.). Terapia Familiar, su uso hoy en día (pp. 197-224). México, D. F.: Pax.
- Bateson, (1993). Espíritu y naturaleza. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bertalanffy, L. (1976). Teoría general de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica-
- Desatnik O., franklin A., Rublo D., (2002) Visiones, Re Visiones y Súper- Visión del Proceso de Supervisión, Psicoterapia y Familia Vol. 15 No. 1, 47- 56
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz, L. L. (Comp.). Terapia Familiar, su uso hoy en día (pp. 49-79). México, D. F.: Pax.
- Eguiluz, R, L. (2001). La teoría sistémica: Alternativas para investigar el sistema familia. México: UAT y UNAM.
- ENDIREH (2003) Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares INEGI
- Estrada I. (1997), El ciclo vital de la familia, México: Posada.
- Espinosa M.R. (1992) El Ciclo Vital en Familias Mexicanas, características culturales y estructura familiar, Tesis Maestría, UDLA.
- Espinosa, M. R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En Eguiluz, L. L. (Comp.). Terapia Familiar, su uso hoy en día (pp. 116-138). México, D. F.: Pax.

- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio. Barcelona: Herder.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovitz, D. (2001). Terapia narrativa para niños. Barcelona: Paidós.
- Friedman, S. (2005) Terapia Familiar con equipo de reflexión Buenos aires: Amorrortu.
- Garret W. (1982) Seasons of marriage and family life, New York: Rinehart Winston
- Galicia, I. X. (2004). Terapia estratégica. En Eguiluz, L. L. (Comp.). Terapia Familiar, su uso hoy en día, (pp. 81-115). México, D. F.: Pax.
- Gergen, K. (1990) El yo saturado, Barcelona: Paidos
- Gergen, K. (1996) Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social, Barcelona: Paidos
- Goldenberg, I. y Goldenberg, H. (2000). Family therapy, an overview. California: Brooks / Cole.
- Grandesso M. (2002) Terapias posmodernas: un panorama, *Sistemas familiares*, 18(3)
- Haley, J. (1986) Terapia no convencional, Las técnicas psiquiátricas de Milton H Erickson, Argentina: Amorrortu
- Haley, J. (1997). Terapia de Ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1993). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1992) Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para la comprensión de los sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- INEGI. (2001). XII Censo General de Población y Vivienda. Base de datos. Aguascalientes, México.
- INEGI. (2002). Estadísticas de nupcialidad. Aguascalientes, México.
- INEGI. (2003). Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Aguascalientes, México.
- INEGI-STPS. (2004). Encuesta Nacional de Empleo.

INEGI (2007). XII Censo General de Población y Vivienda. Base de datos de la muestra. México.

INEGI. (1999), Encuesta sobre violencia intrafamiliar, México

Keeney, B. P. (1991). Estética del cambio. Barcelona: Paidós.

Madanes, C. (1990). Estrategias y Metáforas de la terapia breve. En Zeig, J. K. y Guillian, S. G. (Comps.). Terapia breve, mitos, métodos y metáforas. Nueva York: Brunner Mazel.

McGoldrick (1980) The family life cycle a frameworkfor family therapy, New York: Garder Press

McGoldrick (1988). A family systems perspective on Loss, Recovery and Resilience. En Sutcliffe, P., Tufnell, G. y Cornish, U. Working with the dying and bereaved. Hong Kong: Aardvork.

Minuchin, S (1992). Técnicas de Terapia Familiar. Barcelona: Paidos.

Minuchin, S (1995). Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Paidos.

O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1990). En busca de soluciones. Barcelona: Paidós.

Reséndiz, G. (2004). Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría en Psicología. México, D.F.: Facultad de Psicología, UNAM.

Parry (2001). Sin red preparativos para la vida posmoderna; en Steven Friedman, el nuevo lenguaje del cambio Barcelona, España: Gedisa.

Poch E. (1998) Enciclopedia de la psicología vol. II, Barcelona Crédito Reymo

Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En Eguiluz, L. L. (Comp.). Terapia Familiar, su uso hoy en día (pp. 161-195). México, D. F.: Pax.

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). Paradoja y Contraparadoja. Barcelona: Paidós.

Simon, F. (1988) Vocabulario de Terapia Familiar, Argentina: Gedisa.

SSA, DGE (2003). Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2002. Procesó: Centro Nacional de Prevención y Control del VIH / SIDA (CENSIDA).

SSA. (2002) Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I. Núm. 22. México, D.F.

Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of marital and family therapy*. 10: 2: 113-126.

Watzlawick, P., Beavin, J. B. y Jackson, D. D. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. España: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1982). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (1996). El lenguaje es poderoso y puede ser peligroso. *Psicoterapia y Familia*. 9 (1). 14-20.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.