



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

LA TERAPIA FAMILIAR: UN ESPACIO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MUNDOS POSIBLES

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

Yuliana León Méndez

DIRECTOR:

Mtro. Jorge Molina Avilés

COMITÉ TUTORIAL:

Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez

Mtra. Erika Trujillo Núñez

Dra. Dolores Mercado Corona

Dra. Noemí Díaz Marroquín

México D.F., Noviembre 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.



*“Tengo un sueño, un solo
sueño, seguir soñando.
Soñar con la libertad, soñar
con la justicia, soñar con la
igualdad y ¡¡ojalá!!... ya no
tuviera necesidad de soñarlas”*

Dr. Martin Luther King



Para ustedes:

Lance, Mamí, hermanos, hermana y sus familias.

*Por las cosas maravillosas del pasado y por las aventuras que
vendrán.*

AGRADECIMIENTOS

A ti, mi Dios porque De ti, Por ti y para ti han sido, son y serán todos mis logros. Gracias por tu constante mano que me guía por las realidades cambiantes y que me anima a no salvarme. Que mi vida sea un ejemplo de tu gracia.

Madre, ¡Gracias! ¡Lo logramos otra vez! Por tu amor, tu dedicación, tu entrega y tantas cosas más, serás siempre mi más grande ejemplo. Te amo mi chula.

Lance: You are God's way of showing me true love. This is OUR masters! THANK YOU, for your love & unconditional support. I really couldn't have done this without you. You are my inspiration, and I look forward to being for you what you have been for me. And of course, I look forward to walking life's path with my greatest friend of all: You.

Javier, Miguel, Marco, Ariel e Isa. ¿Qué sería de mí sin su gran amor y apoyo? Ustedes son como los gigantes que siempre han estado allí, detrás de mí, animándome a explorar nuevas tierras. Les amo inmensamente y les agradezco las risas, los llantos, y su apoyo incondicional. Son lo mejor.

A la incondicional Gaby, pase lo que pase, siempre has estado. Me perdonas, me animas, me mimas... ¡Gracias! A esa cosa bella que hay entre nosotras algunos le llaman amistad... yo he decidido llamarla hermandad.

Jose y Adam. Gracias por su gran apoyo, amor y por preocuparse por mí. No hay mejor regalo que el saber que ustedes siempre están allí.

Ivan y Hayley. Su amistad es algo maravilloso e incomparable. Thanks for keeping me real through fun, games and a lot of love.

A la comunidad de Tlalpan, los Brednichs, los Ortega, los Calderones, los Kitchin y todos los demás... Hicieron de este tiempo algo mucho más llevadero y me dieron ánimo cuando más lo necesitaba. Gracias por su gran amor.

A Linda y Pau, Amigas, consejeras y ¡hasta socias! Las quiero mucho, gracias por enseñarme tantas cosas en tan poco tiempo. Las llevo en mi corazón.

Misael, Vane, Homero, Chelo, Ili, Bren, Ana. Este viaje ha sido difícil, pero definitivamente enriquecido por su presencia. Los quiero mucho a todos. ¡Venga la vida y mucha Felicidad, Amor y Bendiciones para ustedes!

A mis maestros todos, y en especial a Jorge Molina y Gerardo Resendiz, quienes con gran amabilidad me apoyaron para que este trabajo pudiese estar listo prontamente.

A la Universidad. Mi primera y muy preferida casa de estudios. Gracias.

Y a mi México maravilloso y su gente. Se me hincha el corazón de orgullo al saber que en mis venas corre la sangre de un pueblo guerrero, y sueño y lucho por el día en que decidamos volver a mirar hacia arriba.

ÍNDICE



Introducción al Reporte.....I

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.....	1
1.1. Características del campo psicosocial.....	1
1.1.1 ¿Familia o Familias?.....	1
1.1.2 Las familias del Siglo XXI.....	3
1.2. Principales problemas que presentan las familias.....	5
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la Problemática señalada.....	8
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.....	10
2.1. Descripción de los escenarios.....	11
2.1.1 Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”.....	11
2.1.2 Centro Comunitario “San Lorenzo”.....	15
2.1.3 Centro Comunitario “Julián McGregor”.....	16
2.1.4 Centro Comunitario “Los Volcanes”.....	19
2.1.5 Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.....	22
2.2 Explicación del Trabajo y Secuencia de Participación en los escenarios de trabajo clínico.....	26

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.....	29
1. 1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	29
1.1.1 El Zeitgeist: la posguerra y su impacto en el campo de la Psicología.....	29
1.1.2 Cibernética de Primero y Segundo Orden.....	31
1.1.3 Teoría General de los Sistemas, Bateson y la Teoría del Doble Vínculo.....	33
1.1.4 La teoría de la Comunicación Humana y el establecimiento de la Terapia Familiar.....	37
1.1.5 Modernidad, Posmodernidad y la Multiplicidad de Realidades.....	41
2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	47
2.1 Modelos Estructural.....	47
2.2 Modelo Estratégico.....	57
2.3 Modelo de Terapias Breve orientada a Problemas (MRI).....	65
2.4 Modelo de Milán.....	70
2.5 Modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones.....	78
Modelos Posmodernos.....	85

2.6 Terapia Narrativa.....	86
2.7 Terapia Colaborativa.....	89
2.8 Equipo de Reflexión.....	93

CAPÍTULO 3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.....	99
1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia.....	99
1.1.1 Caso Clínico 1.....	100
1.1.2 Caso Clínico 2.....	112
1.2 Análisis y Discusión de un tema: Violencia de Género, producto de la socialización de hombres y mujeres.....	125
2. Habilidades de Investigación.....	132
2.1. Reportes de Investigación.....	132
2.1.1 Investigación Cuantitativa.....	132
2.1.2 Investigación Cualitativa.....	147
3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.....	160
3.1. Productos tecnológicos.....	160
3.1.1 Traducción de un video de Carlos Sluzki.....	160
3.1.2 Creación de un Manual de Prevención de la Violencia de Pareja.....	161
3.2. Desarrollo de un programa de intervención comunitaria.....	162
3.3. Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado en foros académicos. 172	
3.3.1 Reporte de Asistencia al Seminario-Taller “Humillación, Vergüenza y Perdón”.....	172
3.3.2 Reporte de Presentación de Trabajo en el II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología....	72
4. Habilidades de compromiso y ética profesional.....	174
4.1. Consideraciones éticas.....	174

CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	178
2. Incidencia en el campo psicosocial.....	181
3. Reflexión y análisis de la experiencia.....	183

REFERENCIAS.....	184
ANEXOS.....	193

INTRODUCCIÓN AL REPORTE



Este reporte es el resultado de dos años de trabajo como alumna de la Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Autónoma de México. A lo largo de él, relato mi viaje por el campo de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, la teoría, la práctica y técnica de los distintos modelos, mis actividades clínicas y académicas, las consideraciones éticas y mis reflexiones acerca del camino recorrido.

Durante esos dos años, ocurrieron cambios paradigmáticos en mi manera de mirar y conocer el mundo, siendo el más importante de estos la radical propuesta de que la realidad es construida. Es por lo anterior que he titulado este reporte “La Terapia Familiar: un espacio para la construcción de Mundos Posibles”, pues la idea de los “mundos posibles” (Bruner ,1996), representa para mí la oportunidad de mirar el mundo no cómo debe, sino como *podría* ser. Con esto, busco también compartir mi idea de que la Terapia es un espacio donde se construyen muchas nuevas posibilidades, donde a través de la exploración de las narrativas, los terapeutas somos privilegiados al acompañar al otro en la construcción de nuevos mundos, de nuevas maneras de mirar la realidad, o de crearla, y en eso, re-crear la nuestra.

CAPÍTULO UNO

INTRODUCCIÓN



*“Nadie se baña en el río dos veces,
porque todo cambia en el río
y en el que se baña”.*
Heráclito de Éfeso

1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR

El concepto de familia, como principal grupo de adscripción humana, se refiere a una institución social que cambia y que se transforma de acuerdo a los contextos sociales y temporales y toma diversas formas. Los cambios tecnológicos, económicos, sociales y culturales presentes en la sociedad del Siglo XXI, sitúan a los diferentes tipos de familias en un contexto nuevo y complejo al que enfrentarse y adaptarse.

Problemas como la violencia de género, el maltrato infantil, el uso y abuso del alcohol y sustancias estupefacientes, entre otros, son los retos a los que se enfrentan las distintas instituciones sociales. El análisis del campo psicosocial mexicano permitirá entender el papel que juegan los terapeutas familiares en este contexto, así como la importancia de un abordaje integrativo que toma en cuenta el contexto ecológico de las familias.

1.1 Características del campo psicosocial.

1.1.1 ¿Familia o Familias?

Al pensar en el concepto de familia, cada persona podrá imaginarse lo que el término significa. Para algunos, en el estilo más tradicional, la familia será una reunión de individuos que comparten lazos sanguíneos con una estructura bi-generacional, es decir, parejas heterosexuales,

unidas en matrimonio con hijos biológicos. Sin embargo, para muchos otros, la palabra familia tiene un significado y una estructura diferente.

Bajo el abrigo del paradigma moderno, se entiende que la familia es una institución natural (Goldenberg y Goldenberg, 1996), que permite la buena organización de las sociedades y que puede existir de la misma manera y forma en cualquier tipo de escenario, pero, si se decide mirar desde la posmodernidad, desde el construccionismo social en particular, se propone que los fenómenos sociales solamente puede ser contruidos por medio de interacciones a través del lenguaje. Lo anterior supone que, la familia no puede entonces entenderse como algo estático, como una forma natural de organización social, sino como una construcción. Bajo este precepto, puede entenderse que los tipos de familia son configurados de acuerdo al momento histórico, al contexto socio-político-cultural de las diferentes regiones del mundo, lo que quiere decir que las familias no pudieron haber sido configuradas de la misma manera en la edad media, que en la actualidad, además de que esta configuración sería también afectada si ocurriese en el Medio Oriente, o en México.

Fruggeri (1998) dice que hemos de considerar la idea de hablar no de familia, sino de familias, y lista los siguientes tipos:

- Familias conformadas por tres o cuatro generaciones
- Familias de afiliación
- Familias adoptivas, que pueden ser multirraciales o multiculturales
- Familias monoparentales, con conducción materna o paterna
- Parejas homosexuales, con o sin hijos.
- Familias compuestas por personas divorciadas o separadas, con los respectivos hijos.
- Personas que viven juntas, sin ningún vínculo de parentesco, pero conectadas por lazos emotivos y de empeño recíproco.

Puede hablarse entonces del tema de la complejidad, pues los diferentes tipos de familias, insertos en diferentes tipos de contextos (sociales, políticos, culturales y económicos) se encuentran siempre dentro de otro tipo de contextos más grandes. Al hablar de la familia mexicana, debe tenerse en mente que a pesar de las generalidades que comparten, existen muchos tipos de familias mexicanas, que viven cada una de ellas en contextos y formas

particulares.

Más aún, cada cambio en cada uno de los diferentes contextos, tendrá sin duda una influencia en los contextos que están insertados dentro de ellos. Los diferentes tipos de familias, en los diferentes tipos de contextos, serán afectados por lo que pasa en los contextos que los rodean y que los incluyen. En este sentido, las transformaciones políticas, económicas, tecnológicas y sociales, tienen un profundo impacto en las familias de México y el mundo.

Ahora hablaré brevemente de algunas de las particularidades que caracterizan a la sociedad del siglo XXI y sus efectos transformadores de la calidad de vida y organización de los grupos sociales de adscripción humana en México y el mundo.

1.1.2 Las familias del Siglo XXI

El mundo globalizado invita a una unión de culturas, un conjunto de significados y comunicaciones inmediatas. Existen muchas posibilidades para que los individuos den la vuelta al mundo con solo dar un click en la computadora. Las fronteras culturales de los países se desdibujan, permitiendo que se generen valores uniformes para los individuos y grupos en distintas regiones del mundo.

Es así como en las sociedades latinoamericanas, se observa un cambio en los principios que organizan las experiencias y las decisiones de los individuos. De acuerdo a Ruvalcaba y Waldman (2005), los principios latinos tienen que ver con la organización colectiva, además de que enfatizan el valor de la familia sobre el individuo o necesidades profesionales, el logro grupal sobre logro individual y roles de género tradicionales. Estos están siendo intercambiados por los principios llamados Eurocéntricos, que dan valor al individualismo, autonomía, autosuficiencia, competencia, posesión de bienes, gratificación inmediata, productividad y logro, que son grandemente valorados en el mundo capitalista.

Las familias del siglo XXI también son testigos sufrientes de la degradación de los recursos naturales, la creación de sistemas económicos globales, interdependientes, que al caer, generan crisis con alcances financieros, sociales de gran magnitud. Sluzki (2003) menciona cinco variables sociales que tienen un efecto directo en la calidad de vida de los habitantes del planeta, y que son generadas por la gran disparidad económica existente en el mundo globalizado:

- **La explosión poblacional y la disparidad con los recursos.** El aumento en el tamaño de la población ocurre de una manera irregular, siendo los países mas pobres los que cuentan con menos recursos para sostener a sus habitantes.
- **La reducción/expansión en el tamaño de la familia y la extinción de los recursos.** Los países de primer mundo reducen (por elección) el número de nacimientos, mientras que aquellos llamados del tercer mundo ven aumentar el número de sus habitantes.
- **La migración forzada y la dislocación social.** La migración a las grandes urbes, con la finalidad de alcanzar ingresos económicos mayores a los de los lugares de origen, repercute de manera importante en las economías de los campos, y qué decir de las repercusiones que tiene en las ciudades, donde los recursos se vuelven insuficientes para satisfacer las necesidades de todos los habitantes.
- **La migración debido a la necesidad económica y el riesgo de explotación.** La necesidad de dinero genera que los migrantes vivan en situaciones clandestinas, sin acceso a protección legal ni a recursos sociales.
- **Desplazamientos internos debido a la necesidad económica y al atrapamiento en la pobreza.** La gente migra de los campos a las ciudades debido a la falta de recursos, dejando atrás parte de sus historias y sus redes.

De acuerdo al autor, estos fenómenos tienen efectos negativos, dolorosos y de gran impacto en las familias de la tierra.

Otros de los cambios importantes dentro de las sociedades del mundo en las últimas décadas, han sido la inclusión de las mujeres al campo laboral y el cuestionamiento de los roles tradicionales de género.

En México, aproximadamente el 36% de las mujeres adultas trabajan (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2007) a pesar de que sus salarios son en promedio 30% menores a los de los hombres (ONU, 2007b). Este fenómeno ha sido un gran generador de cambios sociales y familiares, pues requiere que los grupos se organicen de maneras nuevas en cuanto a roles, funciones y horarios¹.

¹ Una de estas maneras de reorganización es la de los llamados "latchkey children" o "niños de la llave". Éste término se usa para referirse a los pequeños que llevan consigo la llave de su casa, pues al llegar de la escuela sus

Las mujeres mexicanas se casan en promedio a los 19 años, mientras que los varones lo hacen a los 21. El 76.9% de los hogares mexicanos tienen una jefatura masculina, mientras que el 23.1% es liderado por mujeres (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2005). El esquema tradicional (papá, mamá e hijos) ha ido en disminución en los últimos años, dando lugar al aumento de las nuevas estructuras, como los ya mencionados hogares monoparentales, o las familias extensas.

A pesar de que la época se ha caracterizado por cuestionar el rol tradicional de las mujeres como únicas responsables de las labores domésticas y de crianza, en la realidad, sigue siendo, en la gran mayoría de los casos, el rol esperado para las féminas.

En lo que se refiere a la cantidad de nacimientos, las familias del siglo XXI se caracterizan por una cantidad mucho menor de miembros. En México, en la década de los 70, las mujeres tenían un promedio de 6 hijos, fenómeno que ha disminuido notablemente, siendo la media 2.1 hijos por mujer. Al nacer, la esperanza de vida de estos niños es de 75.4 años para las mujeres y de 73 años para los varones (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2005), contrastante con la cifra de 1990, de 69.7 años en promedio para ambos sexos.

Todos los cambios antes mencionados han repercutido de manera directa en las familias mexicanas y en las dificultades a las que estas se enfrentan. A continuación hablaré acerca de algunas de las problemáticas más comunes en nuestro país.

1.2 Principales problemas que presentan las familias.

Entre los temas más importantes para las organizaciones dedicadas a la salud mental y física se encuentran la violencia y el abuso infantil.

La violencia es un fenómeno que está constantemente presente en nuestra sociedad. Desde los videojuegos repletos de matanzas, los programas de televisión, las interacciones entre familiares, las peleas entre bandas, o incluso las guerras hechas en nombre de la paz, la violencia permea muchos aspectos de la vida. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2002) violencia es definida como: *“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en*

padres se encuentran trabajando y no hay ningún adulto que pueda supervisarlos, por lo que pasan una considerable cantidad de horas solos (Mertens, Flowers y Mulhall, 2003).

grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones y muerte”. Tan solo en el año 2000, 1.6 millones de personas murieron en el mundo, víctimas de actos violentos.

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2004) reporta que en México, 34.5% de las mujeres han sufrido violencia de pareja en algún momento de sus vidas y que el 21.5% la experimentan con su pareja actual. Los datos que la encuesta arroja permiten ver que entre las mujeres de 15 a 19 años, 56 de cada 100 sufren violencia por parte de su pareja. La violencia es clasificada en emocional (o psicológica), económica, física y sexual. La Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (INEGI, 2003), reporta los tipos de violencia que sufren las mujeres de más de 15 años casadas o unidas y viviendo con su pareja. La violencia emocional es experimentada por 38 de cada 100 mujeres, 9 de cada 100 sufren violencia física, 8 de cada 100 son víctimas de violencia sexual, y la violencia económica se manifiesta en 29 de cada 100.

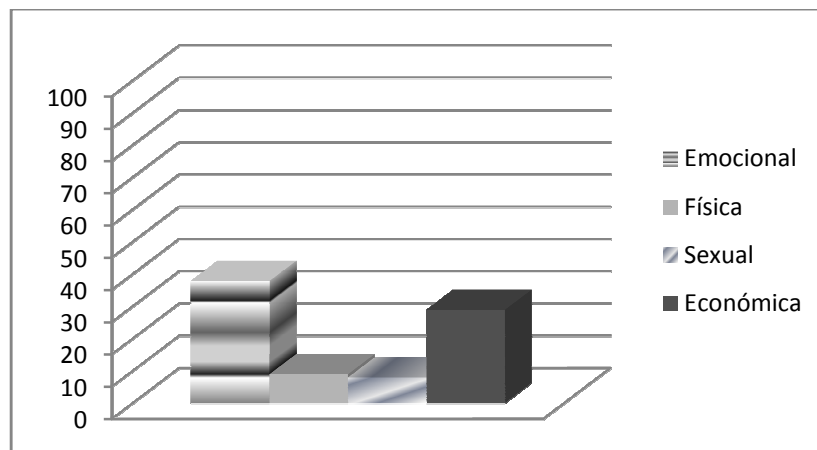


Figura 1. Tipos de violencia que sufren las mujeres por cada ciento.

Fuente: INEGI (2003). Encuesta de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares,

La Organización Mundial de la Salud (2002) reporta que los índices de violencia son mayores en los países que tienen ingresos económicos bajos o medios, mientras que en los países de mayor ingreso se reporta un índice doble que en los primeros.

Más aún, las mujeres violentadas son generadoras de violencia sobre sus hijos. Villatoro, J.; Quiroz, N.; Gutiérrez ML., Díaz, M. y Amador, N. (2006) reportan que el 70% de la violencia que sufren las niñas y adolescentes tiene lugar en el entorno familiar, mientras que la UNICEF calcula que 80 mil menores mueren cada año en el mundo víctimas de violencia intrafamiliar.

El maltrato infantil es definido como: *“Todo acto u omisión encaminado a hacer daño, aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”* (Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], 2005). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2002), existen cuatro tipos de maltrato infantil: la negligencia u omisión de cuidados, las agresiones físicas o emocionales, el abandono y el abuso o explotación sexual. El Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF, 2005), registró de 1995 al 2000, un promedio de 25,000 casos de maltrato a menores cada año.

Otro de los grandes problemas de salud en México y el mundo es el consumo de alcohol y sustancias estupefacientes. El Consejo Nacional para las Adicciones (2008) reporta que el consumo de alcohol se inicia entre los 12 y los 13 años en los jóvenes mexicanos y que el abuso de esta sustancia sigue siendo la principal causa de los accidentes automovilísticos en los que mueren miles de jóvenes por año en nuestro país. El *World Drug Report* (ONU, 2008) señala que cada año, 200 mil personas mueren debido al uso de drogas ilícitas.

Las familias también se enfrentan a problemáticas de pareja tales como la falta de acuerdos, mala comunicación y ruptura de los vínculos conyugales, situación que requiere de un nuevo acomodamiento de los miembros y de las relaciones. En México el número de divorcios ha ido en aumento. En 1970, había 3.2 divorcios por cada 100 matrimonios, mientras que para el 2007, el número de divorcios había aumentado a 13. Sin embargo, esta cifra solo lista las uniones legales, no tomando en cuenta las uniones conyugales de otro tipo.

Las situaciones de pobreza y de bajos recursos emocionales y de red, han permitido que la cantidad de niños que viven en situación de calle vaya en aumento. De acuerdo a los datos ofrecidos por INEGI (2002), en el Distrito Federal existían en ese año, alrededor de 13,373 niños, divididos en 31.5% de mujeres y 68.5% varones; El 77% de estos menores tenían menos de 16 años. Reportan también que las principales actividades económicas de los menores en la

calle son: el comercio, (53%), la mendicidad (10%) y limpia parabrisas (10%). Se sabe también que el 74% de los niños que trabajan en la calle son oriundos del Distrito Federal.

Sin duda, las presentadas aquí son solo algunas de las muchas problemáticas que afectan a las familias mexicanas. Surgen entonces las siguientes preguntas: ¿qué hacer ante estas situaciones? ¿Cómo ayudar de una manera integral y satisfactoria a las familias sufrientes? ¿Cuáles son las alternativas que proponen la Terapia Familiar Sistémica y los Modelos Posmodernos de terapia?

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

La Terapia Familiar Sistémica nació cerca de 1950 y dio inicio a una revolución ideológica en lo que se refiere a los enfoques de Psicoterapia. La idea de incluir y nombrar a la familia como “paciente” fue y sigue siendo algo novedoso. El día de hoy, los distintos modelos nacidos bajo el “árbol” que llamamos terapia familiar, han probado ser muy útiles en el tratamiento de problemas de pareja, desórdenes alimenticios, toxicodependencias, esquizofrenia, violencia, entre muchos otros. La terapia familiar se ha vuelto no solo un instrumento útil, sino también un instrumento necesario para contrarrestar las problemáticas sociales antes mencionadas.

La Terapia Familiar con enfoque sistémico, entiende a las familias como una colección de individuos que al interrelacionarse forman un sistema, una unidad por sí misma, que es poseedora de sus propias reglas, o pautas organizativas y se auto regula. Cada uno de los miembros afecta y es afectado por el contexto en el que se encuentra, lo que indica que al cambiar cualquier cosa dentro del sistema, el sistema mismo cambia.

La idea de ver a las familias desde esta óptica circular trae consigo ciertos efectos para la terapia:

- a) Los problemas no son intrapsíquicos, sino relacionales, interaccionales.
- b) El terapeuta, junto con aquellos que le consultan, forma un nuevo sistema, llamado “sistema terapéutico”.

- c) La institución y las personas derivantes también se vuelven parte del sistema significativo de las familias.
- d) La terapia es centrada en las interacciones presentes, no en el pasado.
- e) Todo lo que se dice o no se dice en las sesiones es una comunicación.
- f) Incluso los síntomas comunican algo acerca de la interacción familiar.

Bajo una óptica sistémica, la función del terapeuta tiene que ver con promover nuevas interacciones entre los miembros de la familia y nuevas interacciones con el problema que refieren, siempre tomándose en cuenta como parte de el nuevo sistema que se ha creado en el contexto donde se ofrece la terapia.

Los modelos posmodernos nacidos después del establecimiento de la Terapia Familiar Sistémica, tienen su base en el constructivismo y el construccionismo social, siendo uno de sus principales fundamentos, la idea de que las realidades se construyen. La implicación de esta idea para la terapia, es que no existe una sola realidad, y que cada conversación representa una posibilidad para poder cuestionar y elegir contar una nueva historia.

Algunas de las ideas más importantes de los modelos posmodernos son:

- a) Las personas sufren problemas, pero no son el problema.
- b) El terapeuta es experto en conversar, pero no experto en la persona con la que conversa.
La función del terapeuta es abrir nuevas posibilidades de elección.
- c) La “agenda” del terapeuta siempre debe ser transparentada, no tiene una agenda secreta.
- d) Las historias de los consultantes pueden ser *multinarradas*.
- e) Los problemas no son totalizadores, no pueden abarcarlo todo ni cambiarlo todo.

Además de lo anterior, los modelos posmodernos introducen la idea de tener una agenda política en la terapia, lo que significa entender los contextos sociales en los que se encuentra insertado el consultante y deconstruir los discursos dominantes que estos contextos imponen.

La Terapia Familiar Sistémica y los modelos posmodernos, valoran la importancia del uso de metáforas, del humor, de la curiosidad, de la creatividad del terapeuta, y su capacidad de

abrirle las puertas a la creación de un ambiente de profundo respeto en las sesiones.

Tanto los Modelos Sistémicos, como aquellos influenciados por la Posmodernidad, surgen en respuesta a la necesidad de un mundo constantemente cambiante, que está siempre en movimiento y que requiere que la atención psicológica ocurra de una manera integral, con servicios prácticos, útiles y de la más alta calidad.

2. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO

La Residencia en Terapia Familiar tiene una duración de cuatro semestres, siendo el segundo semestre en el que se comienzan a realizar prácticas clínicas en modo de supervisión. Dichas prácticas se llevan a cabo en diferentes escenarios que serán descritos a continuación.

En la figura 2 se muestra de manera general el Organigrama de algunas sedes en dónde realizamos prácticas los integrantes de la Residencia en Terapia Familiar.

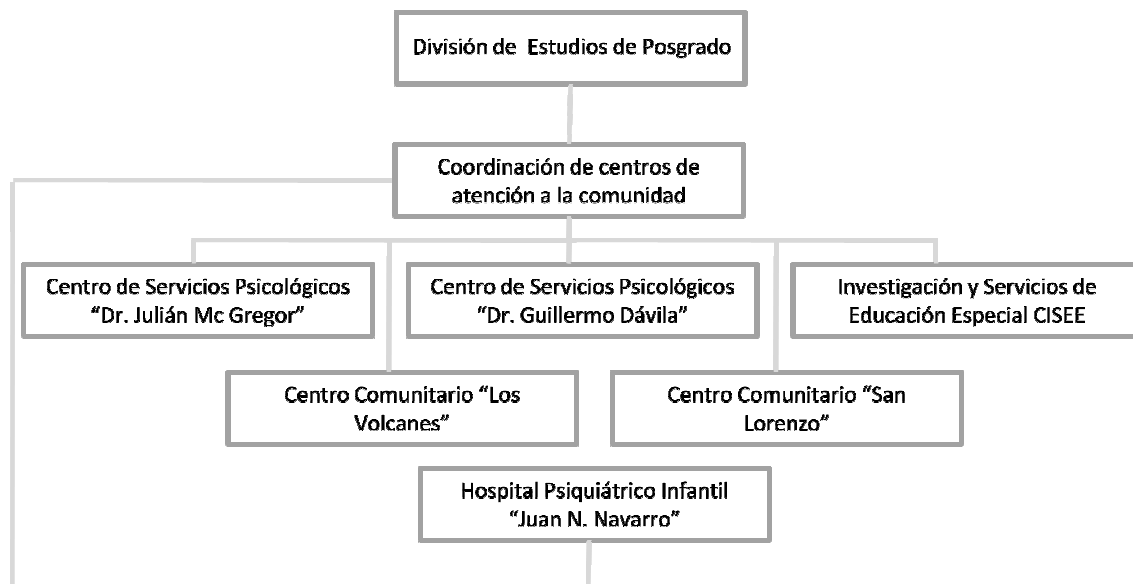


Figura 2. Organigrama General de los Centros de atención psicológica

2.1 Descripción y análisis de los escenarios

2.1.1. El Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”

El Centro fue inaugurado en 1982 por la Dra. Graciela Rodríguez, quién en ese entonces era directora de la Facultad de Psicología. En sus inicios estuvo adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado adquiriendo su autonomía en 1983. Dentro de sus *objetivos iniciales* se encontraban los siguientes:

- Desarrollo de programas de entrenamiento práctico y con supervisión a estudiantes de posgrado (maestría y doctorado) con la intención de ir poniendo en práctica la teoría revisada en los seminarios, así como de ir adquiriendo habilidades terapéuticas.
- Desarrollo de programas de investigación.
- Ofrecer servicios psicológicos a la comunidad que lo requiriera.

El Centro se encuentra ubicado en el sótano del Edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología (Edificio “D”), con dirección en Av. Universidad 3004 y cuenta con un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 19:00

Para brindar servicios psicológicos esta sede cuenta con 26 cubículos divididos en dos alas; en el ala izquierda se encuentran 12 cubículos, en dónde se realizan entrevistas individuales y de diagnóstico y en el ala derecha se encuentran 3 cámaras de Gesell (con espejo unidireccional, circuito de televisión cerrado, audio, sonido, sillones y sillas) un cubículo para terapeutas, un cubículo para estudiantes de la residencia de terapia conductual, una oficina de asuntos administrativos, recepción y sala de espera, cocina para el personal que presenta sus servicios en el centro y sanitarios. En el mezzanine de este mismo edificio (“D”) se encuentran ubicadas otras 2 cámaras de Gesell con las mismas características que las mencionadas anteriormente. Las dimensiones de las cámaras de Gesell varía y regularmente se encuentra el equipo de observadores y supervisor de un lado del espejo y del otro el terapeuta a cargo con la o las personas que solicitan el servicio.

Entre los servicios que ofrece esta sede se encuentran: preconsultas y canalización, aplicación de pruebas psicométricas, terapia individual, terapia infantil, terapia para

adolescentes, terapia cognitivo conductual, terapia familiar y de pareja, impartición de diversos talleres a la comunidad (manejo de estrés, taller para padres, autoestima, etc.), así como terapia on-line.

Los *objetivos actuales* del Centro de Servicios psicológicos son:

- Entrenamiento y supervisión a los estudiantes de posgrado.
- Trabajos de investigación en coordinación con el programa de Maestría y Doctorado de Psicología Clínica.
- Proporcionar espacios en dónde se los alumnos puedan tomar cursos y/o talleres para incrementar sus habilidades como terapeutas.
- Elaboración de talleres para las personas que asiste a solicitar los servicios del centro con la finalidad de tener una atención más completa.

La población atendida en esta sede son público en general, personal que labora en la UNAM, estudiantes de la misma, así como derivadas por diversas instituciones como: Hospitales psiquiátricos, Escuelas públicas o privadas, DIF, CENDIS.

El equipo que conforma este Centro de Servicios está integrado por personal de base del STUNAM que tiene a su cargo diversas funciones administrativas y de mantenimiento. El área académica está integrada por docentes de las diferentes residencias de maestría existentes en la UNAM, así como terapeutas que dan clases a nivel licenciatura. También se cuenta con alumnos de licenciatura que están realizando su servicio social o prácticas profesionales y con terapeutas en formación que se encuentran inscritos en alguna maestría.

Actualmente el Centro se encuentra a cargo de la Mtra. Rebeca Sánchez Monroy quién tiene bajo su cargo a un gran número de docentes y estudiantes de licenciatura, maestría y doctorado encargados de cumplir y desarrollar las diversas actividades y los diferentes servicios con los que cuenta el centro. Ella es la encargada de canalizar las solicitudes que llegan al centro a las residencias que realizan sus prácticas en dicha entidad.

A su vez la Directora del Centro tiene a su mando al personal administrativo, entre las que se encuentran las recepcionistas, quienes son las encargadas de orientar y atender a las personas que acuden a pedir informes y a solicitar apoyo psicológico. Este servicio lo

proporcionan tanto vía telefónica como de manera personal; también se encargan de distribuir y canalizar las solicitudes que llegan a preconsulta de igual forma que de elaborar documentos administrativos.

Finalmente los profesores y supervisores se encargan de observar los procesos terapéuticos y el desarrollo de los terapeutas en formación de los diversos programas de maestría existentes en la UNAM, campus CU. El organigrama del centro se puede observar en la figura 2.1.

El proceso por el que deben pasar las personas que acuden al Centro a solicitar algún tipo de ayuda psicológica tiene que pasar por el siguiente proceso antes de ser derivados a alguno de los servicios que ofrece el Centro, a continuación se describirá dicho proceso:

El procedimiento inicia con la entrega de solicitudes que se realiza de lunes a viernes de 8:30 a 11:00, en esta, se le piden al paciente datos generales así como el motivo de consulta, así como la influencia del problema en diferentes áreas de su vida. A continuación se realiza la preconsulta por alguno de los residentes de las diversas maestrías o por los alumnos que están realizando su servicio social o prácticas profesionales. En la preconsulta se indaga más profundamente sobre la información que la persona vierte en la solicitud, poniendo énfasis en el motivo de consulta, organización familiar e historia del problema.

Posteriormente se realiza una evaluación psicométrica a los usuarios y por último se hace la historia clínica de los mismos, en dónde se obtiene información más detallada de los mismos; de esta forma se va integrando el expediente de los pacientes y una vez que cumplen con estos pasos se canalizan a algún programa de maestría o a alguna otra institución si el caso no puede ser atendido en el Centro. Es importante señalar que en caso de que el servicio sea requerido para un menor de edad se solicita que acuda con el su padre o tutor para poderle brindar dicho servicio en caso contrario no se le proporcionara. Finalmente el tiempo de espera en atender una solicitud puede variar de semanas a meses y en algunas ocasiones la persona ya no acude a terapia debido a la tardanza en atender su requerimiento.

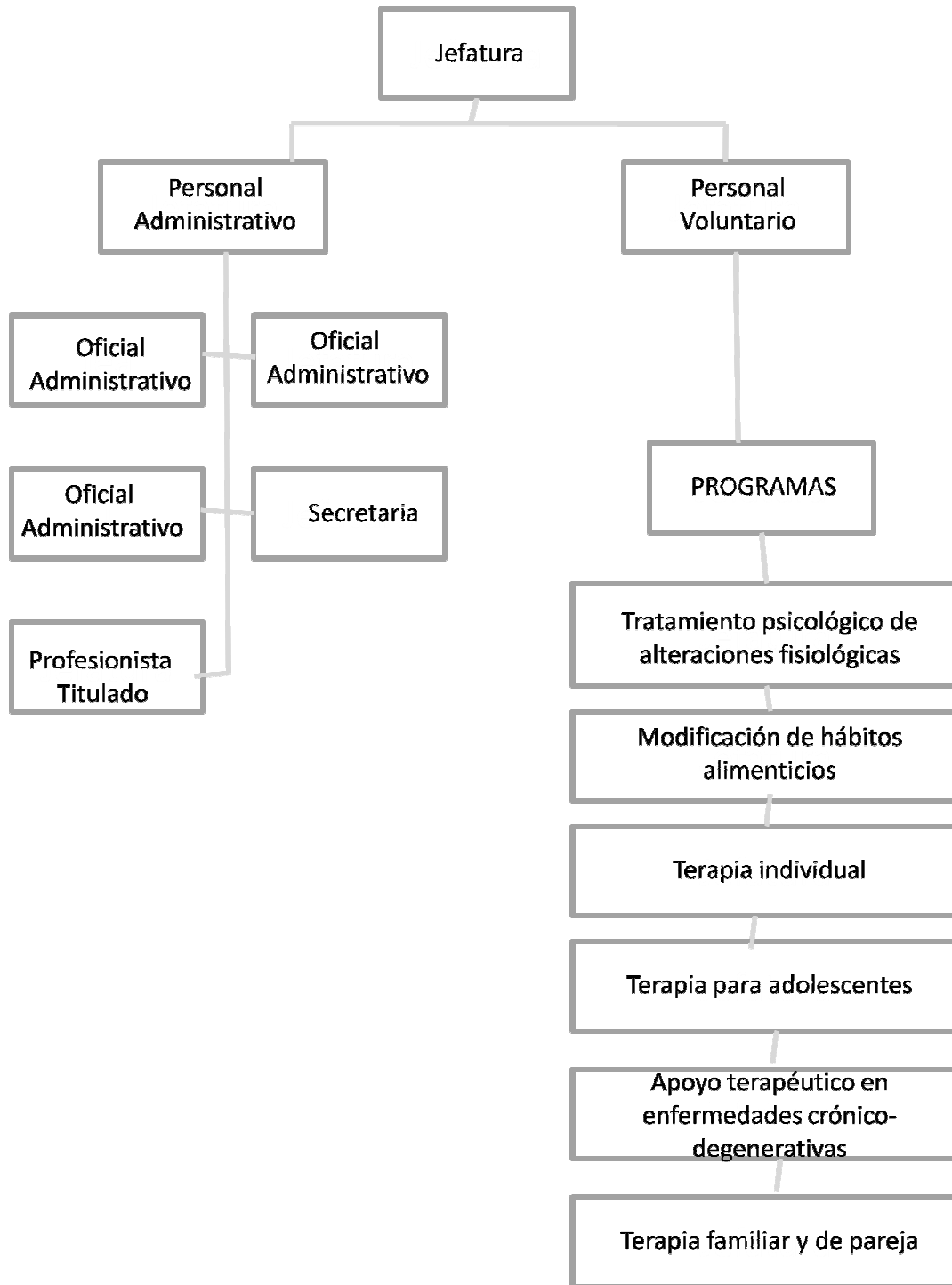


Figura 3. Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”

2.1.2. Centro Comunitario San Lorenzo perteneciente a la fundación Bringas-Haghenbeck.

El origen de la Fundación surge de la labor decidida de dos mujeres con gran trayectoria en las causas sociales: Luz Bringas Robles, quién crea en 1935, la Fundación Luz Bringas y Ma. De los Ángeles Haghenbeck de la Lama, quién en 1951 establece la fundación que llevó su nombre. El enfoque visionario de los Patronos de ambas instituciones propicio en 1992 la fusión y el surgimiento de la Fundación Bringas-Haghenbeck, I. A. P.

Dentro de su visión esta el ser una institución social libre, autosuficiente y en constante crecimiento, con estándares de crecimiento tanto a nivel nacional como internacional. Teniendo como objetivo sostener, promover y apoyar establecimiento en beneficio de niños, jóvenes y adultos con el fin de mejorar su calidad de vida.

Esta Institución es de asistencia privada y desde hace más de siete décadas, brinda atención a diversos sectores de la sociedad, como son: el educativo, la tercera edad y el desarrollo comunitario.

Como institución benéfica operan gracias al apoyo y colaboración de benefactores del sector privado, público y particulares, quienes aportan donativos en efectivo, especie o su tiempo.

El Centro Comunitario San Lorenzo conforma una de las áreas estratégicas de asistencia de la Fundación Bringas-Haghenbeck. IAP.

Este Centro se consolida gracias al esfuerzo conjunto de diversos donantes del sector privado, social y público, iniciando actividades en el año 2004.

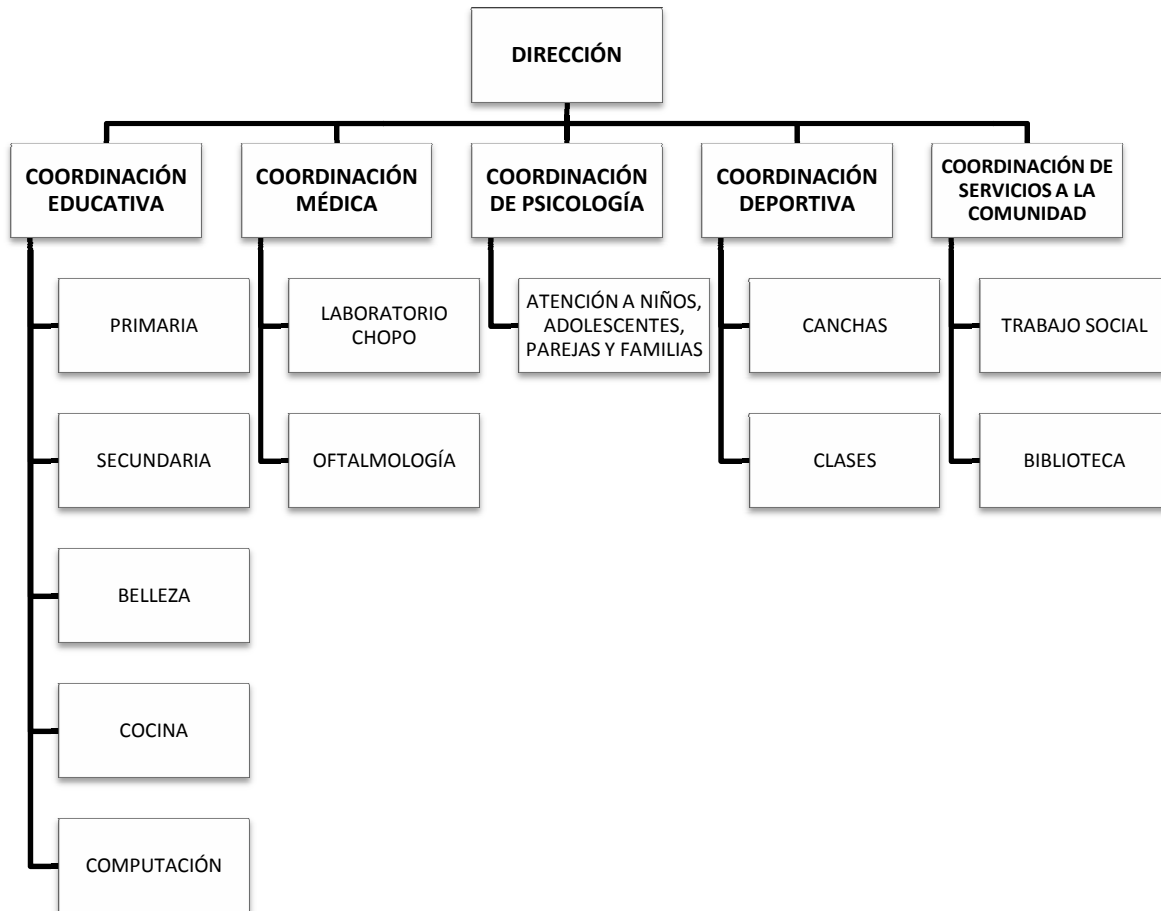


FIGURA 5. Organigrama del Centro Comunitario San Lorenzo

2.1.3 Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor Sánchez Navarro”.

Este Centro es fundado en mayo de 1981 con el nombre de “Dr. Oswaldo Robles”, pero debido a que el Dr. Julián Mc Gregor es el que promueve su fundación se le cambia el nombre por el de este último tras de su fallecimiento.

Esta sede depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la Facultad de Psicología de la UNAM y se encuentra ubicado en la calle Tecacalco, Mz. 21, Lt. 24 en la Colonia Ruíz Cortinez en la Delegación Coyoacán; cuenta con un horario de atención de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 hrs. Las personas que acuden a este Centro son en su mayoría de las colonias aledañas como, por ejemplo, la colonia

Díaz Ordaz, El Reloj, Ajusco, Candelaria, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo y entre las problemáticas más recurrentes en esta población encontramos diferencias familiares y de pareja, problemas de conducta de los hijos, problemas de aprendizaje, problemas escolares, adicciones, depresión, ansiedad, violencia, manejo de las emociones, etc.

El Centro Comunitario está distribuido de la siguiente forma, en el sótano se ubican 2 cámaras de Gesell, un salón de usos múltiples, sala de lectura y dos cubículos para uso de terapeutas. En la planta baja se encuentra la recepción, los sanitarios para los usuarios del Centro y uno de los accesos al patio. En el primer piso está la sala de cómputo, además de cinco cubículos, la sala de juntas (que cuenta con circuito cerrado dirigido hacia uno de los cubículos, audio y sonido) y la oficina de la persona encargada de Centro. En el tercer piso se encuentra la cocina y los sanitarios para el personal del Centro.

Dentro de los *objetivos* del Centro se encuentran:

- Brindar diversos servicios psicológicos a la comunidad, de tal manera que se creen programas preventivos y de intervención, considerando las principales problemáticas de la población.
- Incorporar a los estudiantes de la Facultad de Psicología de diferentes niveles en la práctica profesional del área, de tal forma que puedan desarrollar nuevas habilidades como terapéuticas así como fortalecer las ya establecidas; todo esto bajo la supervisión de docentes pertenecientes al área que le competen.

La Dra. Noemí Díaz Marroquín es la encargada de administrar, supervisar, coordinar y dirigir el Centro Comunitario; contando para ello con el apoyo de personal administrativo, de intendencia, de vigilancia, además de contar con personal y alumnado de cada uno de los programas de atención psicológica que se imparten en la UNAM.

Dentro del personal administrativo la secretaria es la encargada de realizar información general a las personas que acuden a pedir informes sobre los servicios que ofrece el Centro. De igual forma ella es la encargada de registrar en la lista de espera a las personas que acuden a solicitar terapia, al igual que a las personas que se inscriben en los cursos y/o talleres que el Centro ofrece. Esta lista de espera se encuentra a disposición de los terapeutas en formación que

acuden al Centro ya que ellos la revisan y seleccionan a los pacientes a los que les llaman para que acudan a terapia con ellos dependiendo del programa en el que se encuentren registrados. La secretaria también es la encargada de elaborar los reportes mensuales de ingresos que derivan de las cuotas de recuperación que se manejan en esta sede por los servicios que se prestan. En la figura 2.2. se muestra el organigrama del Centro Comunitario Julián MacGregor.

Finalmente es importante señalar que el Centro Comunitario “Dr. Julián Mc Gregor” otorga atención psicológica a través de diversos programas dirigidos a la niñez, adolescencia, adultez y tercera edad, en áreas como adicciones, violencia, atención educativa, salud sexual y reproductiva, relaciones familiares y trastornos de la alimentación, otras; todo esto, a nivel preventivo (talleres, conferencias, ciclos de cine debate, platicas informativas, etc.) y de intervención psicoterapéutica (servicios terapéuticos a nivel individual, familiar o grupal con diferentes enfoques psicológicos como el sistémico, el humanista, gestáltico, cognitivo conductual y psicodinámico) .

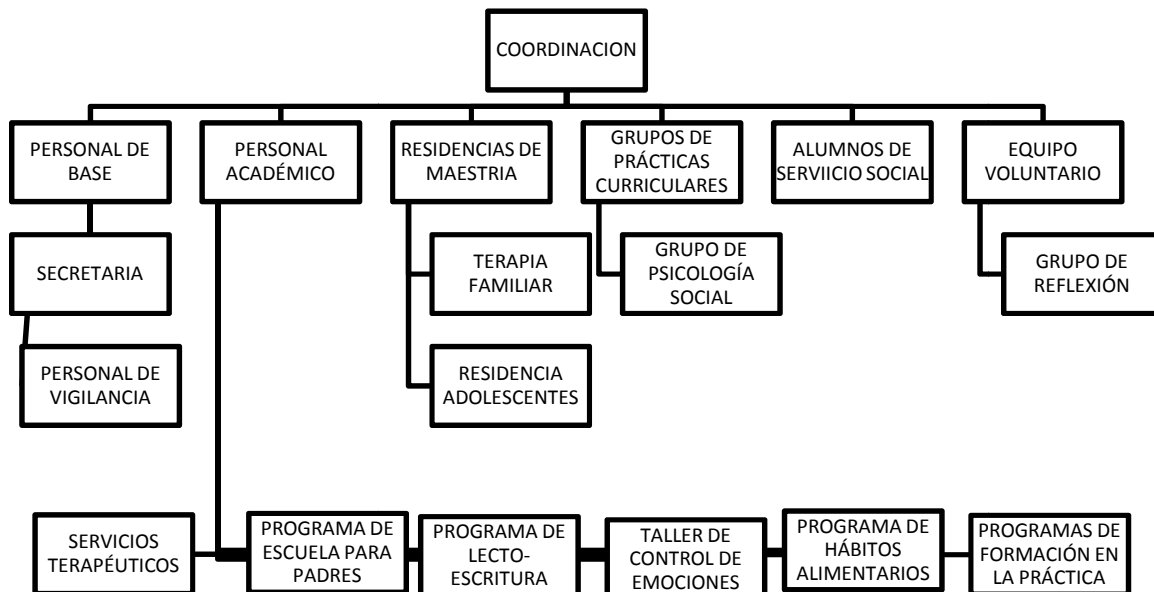


Figura 4. Organigrama del Centro Comunitario Julián McGregor

2.1.4 Centro Comunitario “Los Volcanes”.

El Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (CCAP), fue inaugurado el 26 de noviembre de 2004; como parte de un convenio establecido entre la Facultad de Psicología de la UNAM, y el movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A.C.

Al elaborar el plan de trabajo se tomaron en cuenta las funciones que se realizan en la UNAM, como son, la docencia, difusión de la cultura e investigación, así como la necesidad de cubrir los requerimientos de atención clínica psicológica en la población comunitaria que se ubica al Sur del D.F.

Entre el personal que trabaja en este centro se encuentran académicos de la Facultad de Psicología, estudiantes de servicio social, voluntarios e interesados en la práctica clínica comunitaria. Todos participan en la búsqueda de soluciones a diversos problemas de salud mental que afectan a los habitantes de la comunidad aledaña al Centro “Los Volcanes”, a través de programas de formación de recursos para el trabajo comunitario.

Con la creación de este centro se busca proporcionar atención psicológica con personal preparado para realizar una labor profesional de alto nivel, con la intención de elevar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad que les permita contar con más recursos para prevenir, enfrentar y solucionar necesidades en el campo de la salud mental comunitaria, en los niveles individual, familiar y social.

Dentro de la misión del centro está el ofrecer servicios psicológicos de calidad al alcance de la comunidad en los aspectos de evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con la atención y solución, la educación para la salud y la investigación clínica comunitaria.

El objetivo de esta sede es contribuir a la formación profesional de estudiantes de la carrera de Psicología, mediante su participación en actividades preventivas, de intervención psicoterapéutica y de investigación, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia.

El Centro Comunitarios los Volcanes ofrece atención clínica a niños, adolescentes, adultos y desde hace un poco más de seis meses el servicio también se presta a familias; este servicio abarca:

- Evaluación y diagnóstico
- Orientación individual y familiar
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de pareja
- Terapia de niños: juegos, psicoterapia y terapia de integración sensorial
- Psicoterapia Familiar
- Psicoterapia de grupo
- Intervención en crisis

Otros de los servicios que se ofrecen tienen como finalidad la prevención por lo que en el centro se ofrecen diversas conferencias, talleres y asesoría a instituciones.

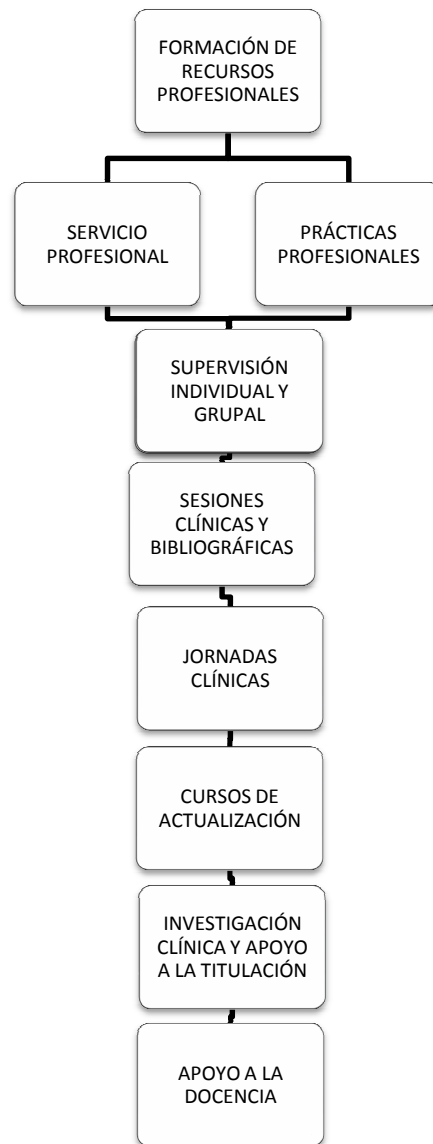


Figura 5. Estructura organizacional del Centro Comunitario “Los Volcanes”

2.1.5 Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

El Hospital surge de la necesidad de dar al niño con trastornos mentales una atención diferente a la del adulto; es entonces cuando un grupo de médicos encabezados por la Dra. Mathilde Rodríguez Cabo, da inicio a la lucha por la reforma integral del nosocomio, creando un pabellón exclusivamente para niños. Al cierre de "La Castañeda", se separan adultos y niños, construyéndose entonces el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Su primer director fue el doctor Jorge Velasco Alzaga, distinguido paidopsiquiatra con grandes conocimientos en salud pública. En su inicio tenía una capacidad de 220 camas.

El área de hospitalización contó en un inicio con cuatro pabellones:

- Pabellón A: Que atendía a mujeres con padecimientos mentales crónicos.
- Pabellón B: Que atendía a varones con padecimientos psiquiátricos crónicos.
- Pabellón C: Que atendía a varones con trastornos mentales agudos.
- Pabellón D: Que atendía a mujeres con trastornos mentales agudos.

El pabellón A cambió a Hospital de día y las pacientes con trastornos crónicos fueron trasladadas al pabellón D, junto con las pacientes con padecimientos agudos.

Los pacientes crónicos del pabellón B fueron trasladados en su mayoría a un hospital granja y a un orfanato.

En 1990 aproximadamente, separan a las adolescentes con trastornos mentales agudos, quedando en el pabellón D, conocido ahora como la unidad de adolescentes mujeres.

Reúnen a las pacientes mujeres y varones con padecimientos crónicos en lo que ahora se conoce como la unidad de cuidados prolongados.

El pabellón C continúa atendiendo a varones con trastornos mentales agudos y a partir de la creación de PAIDEIA, en el año de 1994, se amplió su planta física para operar un programa de atención médica integral para adolescentes con trastornos provocados por el uso de

substancias adictivas, el cual opera hasta la fecha; quedando la unidad de adolescentes varones y PAIDEIA separados físicamente en dos edificios distintos.

Funcionando la unidad de adolescentes varones como tal a partir de 1992, para la atención de pacientes de sexo masculino menores de 18 años.

El hospital fue diseñado con un área de consulta externa y un área de hospitalización.

En cuanto al área de consulta externa se inició con una consulta general, sin embargo al pasar el tiempo se vio la necesidad de integrar clínicas para trastornos específicos en base a la población que demandaba atención con un alto grado de subespecialización.

Consulta Externa

Consulta de Primera Vez (requisitos)

- Acudir con un adulto responsable del menor (preferentemente padres o representante legal)
- Presentar:
 - Documento de referencia de alguna institución
 - Copia del acta de nacimiento
 - Copia de la identificación oficial del familiar responsable o representante legal.
 - Comprobante de domicilio

Consulta Subsecuente

- Contar con un expediente abierto

La consulta externa está constituida por 7 clínicas:

Clínica del Desarrollo: Se atiende a población menor de 18 años con alteraciones del desarrollo (retraso mental y niños con alto riesgo)

Clínica de las emociones: Atiende a menores entre los 6 y 12 años, con trastornos del humor como: ansiedad, depresión, fobias o reacciones de adaptación.

Clínica de los Trastornos de la Conducta: Atiende a menores entre los 6 y 12 años, que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hipercinéticos, trastornos del comportamiento social y trastorno disocial.

Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual): Atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemas secundarios al abuso sexual.

Clínica de Adolescencia: Atiende a menores entre 12 y 17 años, que presentan padecimientos diagnosticados en la adolescencia o en etapas más tempranas como son: Trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria.

Psiquiatría legal: Atiende a menores de edad que son referidos de juzgados para realizar peritajes psicológicos o psiquiátricos.

Hospital de Día: Atiende a niños con trastornos generalizados del desarrollo, como el autismo.

Por otra parte los servicios de urgencias y hospitalización atiende los 365 días del año durante las 24 hrs. Y cuenta con dos unidades especializadas:

- Paidea: Atiende a personas de ambos sexos que presentan problemas de farmacodependencia, con actividades diversas como educación física, terapia ocupacional, además de las que cubre su tratamiento. Esta unidad atiende de las 8 a las 16 hrs. De lunes a viernes.
- Unidad de Adolescentes para varones y mujeres: Se atiende a adolescentes, hombres y mujeres por separado, con trastornos psiquiátricos graves (depresión, psicosis, intentos suicidas y trastornos severos de la conducta) que requieren hospitalización para su manejo.

La asistencia que ofrece el hospital esta orientada a tratar los problemas de salud mental que presentan niños y adolescentes, esto desde un modelo multidisciplinario que toma en cuenta la edad, sexo y el padecimiento del paciente, para este fin cuenta con cinco áreas que mencionaré a continuación:

- Hospitalización continua.
- Hospitalización parcial.
- Consulta externa.
- Psiquiatría comunitaria (ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital).
- Enseñanza (realiza actividades de investigación y apoya la formación profesional del personal perteneciente al área de la salud).

El hospital ofrece una atención en dos modalidades.

1. Consulta no urgente (abarca problemas de aprendizaje escolar, problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y otros, problemas del comportamiento o emocionales de larga duración).
2. Atención urgente (en este caso el servicio se da a personas que presenten conducta agresiva incontrolable, intento de suicidio reciente, crisis de angustia, intoxicación actual por drogas o medicamentos, inquietud y agresividad incontrolable, fallas graves de conducta que no puedan ser controladas por la familia).

El servicio que ofrece el Hospital es multidisciplinario ya que incluye diversos servicios como el de Paidopsiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Servicios Médicos, terapéuticos y de rehabilitación. Siendo el paidopsiquiatra el especialista que tiene el primer contacto con el paciente y/o sus familiares, el as u vez coordina el equipo y es el responsable de la atención integral del usuario. Estos equipos realizan las siguientes actividades:

- Psicología: Se encarga de realizar psicodiagnósticos, psicoterapia individual o grupal, proporciona pláticas de información y orientación a familiares de los consultantes.
- Enfermería: Cubrir las necesidades que se originan de la atención a los pacientes con problemas de salud mental que acuden al Hospital.
- Trabajo Social: Esta área se orienta a la prevención, al fomento de la salud y a la rehabilitación de los usuarios del Hospital.
- Rehabilitación Psicosocial: Su principal función consiste en lograr la reintegración a la vida cotidiana de los usuarios del servicio, así como obtener un ambiente de vida satisfactorio, esto se logra gracias al trabajo en equipo de especialistas en diferentes áreas como: Educación

especial, Análisis Conductual Aplicado, Psicomotricidad, Terapia Familiar, Terapia de Pareja, Psicomotricidad, Psicopedagogía, Terapia Ambiental.

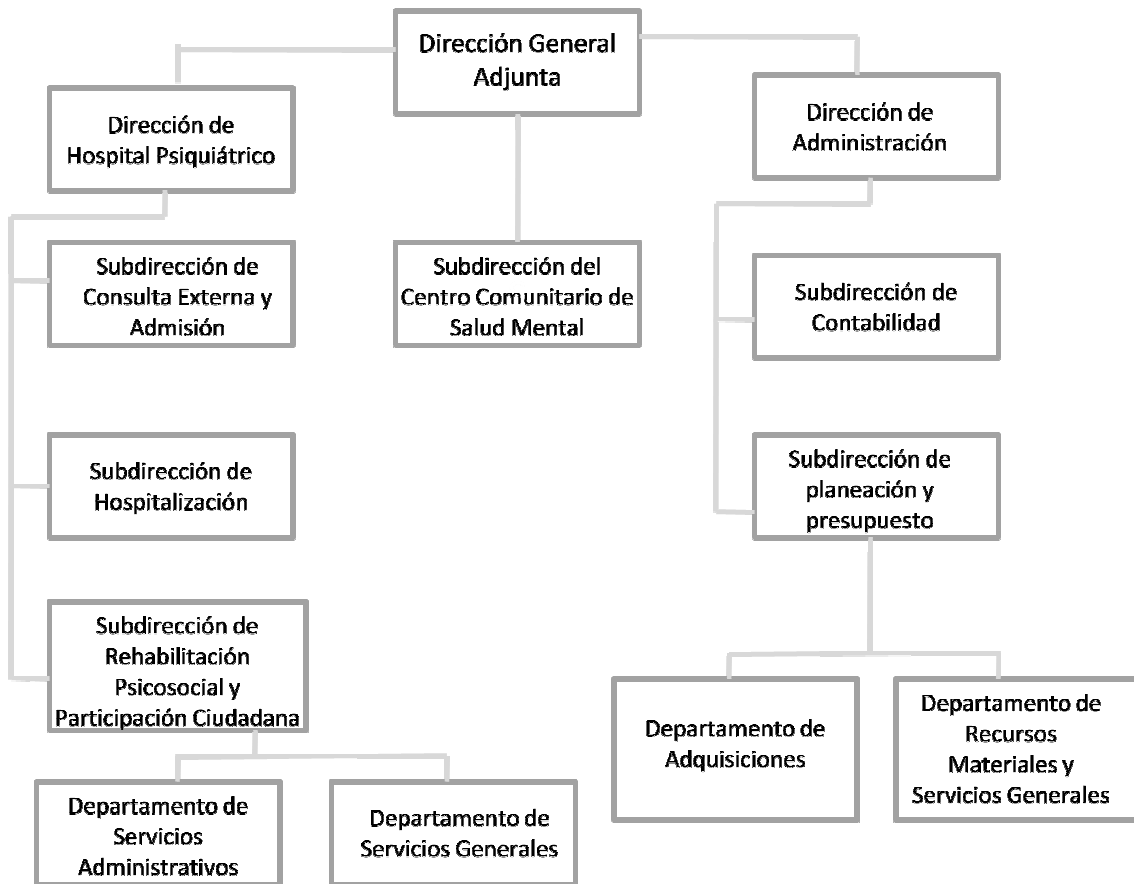


Figura 6. Organigrama Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro

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

El trabajo realizado en los diferentes centros incluyó diversas modalidades. En el Centro Comunitario “Guillermo Dávila” y en el “Julián Mac Gregor” se contaba con un equipo de atención de 10 psicólogos inscritos en la Maestría de Terapia Familiar y un supervisor. El papel que desempeñaban los miembros del equipo variaba, en algunas ocasiones se trabajó en co-

terapia, en otras con un solo terapeuta al frente y el resto del equipo y el supervisor del otro lado del equipo. De acuerdo al modelo que estuviésemos revisando y considerando las necesidades del sistema los miembros del equipo entraban a dar mensajes, a los consultantes durante la sesión y en las supervisiones con modelos posmodernos trabajábamos con equipo reflexivo.

La forma de trabajo durante las sesiones terapéuticas, en su mayoría, se dividían en diversas etapas que abarcaban la precesión, sesión, intercesión y postsesión. En la precesión se discutía y analizaba con el equipo terapéutico aspectos teóricos-metodológicos del caso, así como los objetivos del mismo y se planeaban intervenciones a realizar en esa sesión o en las siguientes. Respecto a las actividades que realizaban los supervisores se encontraban el estar enfocados en la atención de las familias en el centro y en la formación de cómo terapeutas de los alumnos a su cargo. Lo cual conseguían a través de la evaluación de las problemáticas, propiciar espacios de reflexión y aprendizaje para los alumnos, diseño de intervenciones en forma conjunta, entre otras.

Por otro lado en el Centro Comunitario “San Lorenzo” se trabajo de diferentes formas, una de ella fue dividir al equipo de diez en dos equipos con cinco miembros cada uno y se trabajo en la modalidad de co-terapia y los otros tres miembros del equipo permanecía en la misma aula, posteriormente se hacía una pausa para comentar el caso entre todos y al concluir la terapia se hacia la postsesión. Después esta modalidad cambio y algunos casos se trabajaron de manera individual y otros en equipo; haciendo las supervisiones narradas.

En el psiquiátrico se trabajo en dos áreas, consulta externa y Paidea algunos casos se trabajan en co-terapia y otros de manera individual, en estas sedes no hay supervisiones como tal, solo se comentan los casos con las supervisoras si se tienen dudas al respecto, pero la mayoría de los casos eran revisados por supervisores de la Facultad.

El Centro Comunitario “Los Volcanes” está conformado por una alianza entre un grupo llamado “Pueblos Unidos del Sur” y la Facultad de Psicología. Los servicios de psicología están a cargo de la Maestra en Psicología Asunción Valenzuela como directora y la Maestra en

Psicología Rosario Muñoz. Ambas con amplia experiencia en atención clínica. Se cuenta también con otras tres Maestras que supervisan el trabajo de los alumnos. La forma de atención es la siguiente: se llama para hacer cita o se acude al centro para sacar una cita (si es posible se atiende en ese momento). Se dan de una a tres entrevistas de evaluación. Después se decide si se dará un tratamiento, una orientación o se canalizará a otra institución especializada (por ejemplo psiquiatría). El caso después de la primera o segunda entrevista se presenta al grupo y a las maestras para ser discutido y evaluado. Este proceso es parte del formato enseñanza-aprendizaje que tiene el centro. Si el caso no es presentado en grupo, la asesoría del caso es por parte del supervisor asignado a cada alumno. La supervisión es narrada.

CAPÍTULO DOS

MARCO TEÓRICO



“La epistemología es siempre e inevitablemente personal y aquello a demostrar está siempre en el corazón del explorador: ¿cuál es mi respuesta a la pregunta de la naturaleza del conocimiento?”

Gregory Bateson

1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO:

Es difícil llegar a un acuerdo acerca de cuándo se inició el campo de la Terapia Familiar, ya que, como es costumbre en las ciencias sociales, no hay un solo evento que defina el inicio de una corriente, pero sí muchos momentos dentro de la historia, que son puntas de lanza para el desarrollo. Este es el caso de la Terapia Familiar, por lo cual, trataré de abordar los momentos más definitivos desde su inicio hasta su consolidación.

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

1.1.1 El Zeitgeist: La posguerra y su impacto en el campo de la psicología

La segunda guerra mundial terminó en 1945 con el triunfo de los aliados sobre el régimen Nazi. El regreso de los soldados americanos a sus lugares de origen marcó algunos cambios en las organizaciones familiares y sociales. La década que siguió al término de la guerra estuvo

llena de reintegraciones familiares, de problemas en aquellas parejas que habían estado separadas, de una economía en recuperación y de una explosión en la tasa de natalidad (el llamado “baby boom”). Las familias se enfrentaban a problemas nuevos, y la intervención psicológica se volvía cada día más común y menos estigmatizada (Goldenberg y Goldenberg, 1996). Los servicios de salud públicos se hacían accesibles a los veteranos de guerra y la demanda por los especialistas en salud mental aumentaba.

La ideología dominante en la psiquiatría Americana, era sin duda el tratamiento psicoanalítico individual, sin embargo, el nuevo momento social llamaba a la necesidad de considerar a los individuos en su contexto familiar.

En el campo de la psicología, fueron muchos los teóricos que comenzaron a ver la necesidad de tratar las psicopatologías dentro del marco de la estructura familiar. Nathan Ackerman, psicoanalista y psiquiatra infantil intentó definir el rol de la familia como una unidad dinámica psicosocial. Al trabajar con pacientes esquizofrénicos correlacionó las enfermedades psiquiátricas con el núcleo familiar. Harry Stack Sullivan, influenciado por la sociología y la psicología social, enfatizó el rol de las relaciones interpersonales en la formación de la personalidad. Por su parte, Luman Wynne asocio la colitis ulcerada con los problemas familiares. Don Jackson y Murray Bowen quienes serian de mayor importancia para el desarrollo del campo, fueron entrenados (y ampliamente influenciados) por Sullivan y su colega Frieda Fromm-Reichman. Jackson trabajó con pacientes con colitis y llegó a la misma conclusión que Wynne, mientras que Bowen desarrolló teorías en las que se establece que la patología surge de las fallas en las relaciones intergeneracionales (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Goldenberg y Goldenberg, 1996).

Fue en este contexto histórico en el que ocurrieron cambios que serían de gran importancia en el ambiente psicológico y psiquiátrico. La introducción del pensamiento cibernético, la Teoría General de los Sistemas y el trabajo de Gregory Bateson, serían acontecimientos que cambiarían para siempre la manera de mirar a los individuos, las familias y sus problemas.

1.1.2 Cibernética de primero y segundo orden

En 1942, en Nueva York, se llevo a cabo la primera de las conferencias auspiciadas por la Fundación Josiah Macy. Estas conferencias serian el punto de encuentro de algunos de los más grandes ingenieros, matemáticos y científicos sociales de la época. Las conferencias permitieron que existiera un vasto intercambio interdisciplinario entre los participantes y tratarían temas como la comunicación en referencia a la regulación y el control.

En el mismo año, Norbert Wiener acuño el termino Cibernética, y junto con John Von Neumann se convertirían en dos de los actores más importantes en el desarrollo de esta nueva epistemología, que de acuerdo a Keeney (1983) es una alternativa a nuestras formas habituales de conocer.

Por cibernética, los autores se referían al estudio de los sistemas autoregulados, es decir, los que a través de la retroalimentación (feedback) pueden autocorregirse. La retroalimentación comunica al sistema que se ha alejado de su equilibrio normal, y el sistema toma alguna acción que le permite regresar a la estabilidad, pues es un sistema homeostático. Un ejemplo clásico de esto, es la acción del termostato, que al ser informado a través de su interruptor de un cambio en la temperatura del ambiente, manda una señal para que su sistema regrese a la temperatura previamente fijada. Una de las características de estos sistemas autoregulados, sería que podían reducir al mínimo las perturbaciones del ambiente, al regresar a la estabilidad. De acuerdo a Boscolo y Bertrando (1996) en esta concepción cibernética (que tiempo después sería entendida como cibernética de primer orden), *“el cambio no era visto como un continuum, sino era como el paso de un fotograma a otro en una película cinematográfica”* (p.71).

Al traducir esta ideas a la psicoterapia, se explicó a la familia como un sistema que sometido que a perturbación modificaba sus condiciones para hacerlas semejantes a las de inicio. Un síntoma era entonces la manera en que el sistema familiar reducía y se estabilizaba frente al cambio (Bóscolo y Bertrando, 1996). Esta idea fue prevalente entre las diferentes escuelas de la Terapia Familiar, e informó muchas de las ideas y las técnicas que se desarrollaron en sus inicios.

Sin embargo, la idea cibernética de la homeostasis, se concentraba en el no-cambio, y no explicaba muchas de las variabilidades dentro de los sistemas familiares. Los teóricos comenzaban a darse cuenta que la familia y otros grupos sociales no podían ser descritos solo a través de las ideas de retroalimentación negativa y la homeostásis.

En 1968, Magoroh Maruyama propone que pueden existir dos tipos de retroalimentación: la ya conocida retroalimentación negativa (morfoestásis) que podía explicar la estabilidad, y la positiva (morfogénesis) que explicaba el cambio (Bóscolo y Bertrando, 1996). Lynn Hoffman escribe el artículo “*Deviation-Amplifying Processes in Natural Groups*” en 1971, introduciendo las ideas de Maruyama al campo de la Terapia Familiar (Anderson, 1997). Tomar en cuenta la retroalimentación positiva, permitió que los terapeutas se alejaran de la idea que el síntoma siempre representaba una función autocorrectiva.

Aunado a lo anterior, las ciencias pasaban por un cambio paradigmático en la manera de entender al observador y a lo que este observaba. Muchos teóricos establecieron la idea de que el observador siempre influencia lo que observa, pues no puede estar separado de su teoría, de sus prejuicios, ideas, preferencias etc. (Anderson, 1997). Todo lo anterior llevó a Heinz Von Foerster a acuñar un nuevo término “la cibernética de la cibernética”. Esta idea representa un salto en los niveles de abstracción, pues el primer momento de la cibernética consideraba a los sistemas observados, mientras que este segundo momento (esta meta-cibernética) considera a los sistemas observantes.

Para la cibernética de segundo orden, el observador deja de ser ajeno a lo que observa, y se entiende como parte del todo, afectando y siendo afectado por el sistema del que es parte. La introducción de esta idea, representó uno de los cambios más importantes y que significarían, entre otras cosas, la presencia de grandes diferencias epistemológicas entre los distintos modelos de trabajo en Terapia Familiar, además del cuestionamiento de una realidad objetiva. La terapeuta informada por la segunda cibernética no se entendería más a sí misma como una agente de cambio externo, sino que pasaba a formar parte del sistema de interacciones de la familia.

1.1.3 Teoría General de los Sistemas, Bateson y la Teoría del Doble Vínculo

Otra de las teorías que sería tanto contemporánea, como complementaria a la epistemología Cibernética, fue la Teoría General de los Sistemas (TGS).

Fue el biólogo Ludwing Von Bertalanffy, en la década de los 40, quien idea la TGS, buscando proponer una teoría general de la organización de los sistemas de todo tipo (Eguilúz, 2004). El autor define los sistemas como complejos de elementos en interacción y, menciona que los avances en el pensamiento matemático dieron paso a entender la preponderancia de explicar los organismos de manera sistemática, generalizando los conceptos científicos básicos. Además, el método empírico-intuitivo ofreció principios básicos que han sido utilizados de múltiples maneras, tales como los de totalidad, suma, centralización, diferenciación, sistemas cerrados y abiertos, finalidad, equifinalidad, etc. (Bertalanffy, 1976).

Otra de las ideas proveniente de la TGS es la idea de que todos los sistemas existen dentro de otros sistemas, es decir, todo es parte de todo. Un sistema es relacional porque existe en relación a los demás, y nunca fuera de ellos. Esta idea tendría gran importancia en el desarrollo de la Terapia Familiar.

La sobrevivencia de los sistemas vivos, depende de dos procesos: la morfostásis, que es la tendencia del sistema hacia la estabilidad, y la morfogénesis, que se refiere a aquellas conductas del sistema que permiten la creatividad, innovación y cambio (Becvar & Becvar, 2006). Estos cambios son dependientes de la retroalimentación que llega al sistema.

La Cibernética y la Teoría General de los Sistemas, constituyeron un nuevo paradigma para las ciencias. No solamente revolucionaron la física y las matemáticas, sino también las ciencias sociales, pues marcaron una ruptura de la ciencia antes y después de ellas. Representaron una nueva manera de mirar el mundo, retando la idea de que los sistemas pueden ser explicados de una manera lineal, como causa-efecto, e introduciendo la idea de que las partes que componen un sistema son menos importantes que las interrelaciones que ocurren entre las partes (Goldenberg y Goldenberg, 1996). El mismo Bertalanffy (1976) mencionó que la TGS,

ha contribuido a la expansión de la teoría científica, conduciendo a nuevas visiones y principios y ha abierto nuevos problemas “investigables”.

Fue en las conferencias Macy donde Gregory Bateson, antropólogo y etnólogo adquirió muchas herramientas conceptuales que le permitirían desarrollar teorías y conceptos que formarían las bases de lo que ahora conocemos como Terapia Familiar (Eguilúz, 2004).

Al inicio de los años 40, Bateson había tenido contacto con las ideas y el trabajo de Milton Erickson, un psicólogo experto en el campo de la hipnosis. El antropólogo se interesó en los procesos comunicacionales que ocurrían en las interacciones de Erickson y sus pacientes. En la conferencia Macy de 1942, Bateson conoció el trabajo de Norbert Wiener, y se relacionó con otros grandes teóricos.

Al reconocer que los conceptos de las ciencias “duras” podían ser aplicados a las ciencias sociales y del comportamiento, Bateson, sin saberlo, delineaba el inicio de un nuevo campo en la psicología: la Terapia Familiar. Fue él quien reconoció que los principios cibernéticos y de la TGS podían ser aplicados al campo de la comunicación humana, e incluso al campo de la psicopatología, y fue el primero en reconocer que la familia era similar a un sistema cibernético (Hoffman, 1981).

Además de sus contribuciones con la Teoría del Doble Vínculo (que será explicada más adelante), Bateson, llegó a la conclusión de que los sistemas familiares siempre van a tener una lista circular de soluciones alternativas manteniendo así cierta estabilidad aun con la presencia de sintomatología (Hoffman, 1981). También, influenciado por la Teoría General de los Sistemas, propuso la idea de la “pauta que conecta”, que dice que, en algún nivel estructural, existe congruencia entre las leyes que gobiernan diferentes tipos de eventos (Bateson, 1991). Él creía que los procesos y estructuras que se encuentran en los seres humanos, están también en la naturaleza, y que la forma de organizar las relaciones entre los dos era a través de historias (Becvar y Becvar, 2006). Su trabajo como antropólogo, le permitió traer al iniciante campo de la terapia familiar algunos conceptos que explicaban el funcionamiento de las familias en su contexto social. Uno de estos conceptos es la esquismogénesis, que identifica los procesos de

reacción mutua. A través de este término, Bateson introdujo la idea de dos tipos de reacción mutua, idea que más tarde sería desarrollada ampliamente por Jackson en el MRI. Estos tipos de reacción mutua eran la simetría y la complementariedad.

Bateson logró entender dos formas en que los procesos de desviación funcionaban: una secuencia estabilizadora (idea influenciada por su concepción cibernética) y una intensificación que producía la destrucción del sistema. Él entendió que, para que el sistema siguiera funcionando, se adaptaba logrando hacer pequeños cambios a demandas pequeñas del contexto, y grandes cambios a demandas mayores. A estas respuestas correctivas, les dio el nombre de cambios de primer y segundo orden.

Bateson había sido introducido a la Teoría de los Tipos Lógicos, que postulaba que hay una discontinuidad entre una clase y sus miembros, ya que la clase no puede ser miembro de sí misma, lo que la hace estar en un lugar de abstracción distinta, un distinto tipo lógico (Elkaim, 1997). Esto puede ser ejemplificado por la frase de Epimenides de Creta, quien dijo “Todas las personas de Creta son mentirosos”. El problema es que siendo miembro de la clase (todas las personas de Creta), Epimenides es un mentiroso, y no podemos creerle, y si estuviese diciendo la verdad, la frase es incorrecta, es paradójica. Si existiera una diferencia, dos tipos lógicos, entre la clase y los miembros no existiría la paradoja.

Para 1952, la Fundación Rockefeller patrocinó a Bateson para que dirigiera un proyecto en el rol de las paradojas en la comunicación. El proyecto tomó lugar en Palo Alto, California, en las instalaciones del Hospital de Veteranos y los miembros del equipo fueron Jay Haley, William Fry y John Weakland (Bateson, 1991), a los que pronto se unió Don D. Jackson (Becvar y Becvar, 2006).

Bateson y su grupo, en Palo Alto, estudiaban los diferentes estilos comunicacionales de los pacientes esquizofrénicos. Uno de sus mayores intereses de este grupo eran las pautas de la transacción esquizofrénica (Hoffman, 1981).

Después de sus observaciones, llegaron a la conclusión de que había patrones paradójicos de comunicación siempre presentes en el contexto de los pacientes con esquizofrenia. Con esta

idea, publicaron en 1956 “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, introduciendo el concepto del doble vínculo que se entiende como *“una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel, era solapadamente anulada o contradicha en otro nivel”* (Hoffman, 1981, p. 29).

En el artículo (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956), los autores listan los ingredientes necesarios para un doble vínculo:

1. Dos o mas personas, de las cuáles, uno es designado la víctima
2. Una experiencia repetitiva
3. Un mandato u oración negativa
4. Un mandato u oración que entra en conflicto con el anterior, en un nivel abstracto
5. Un tercer mandato u oración que prohíbe que la víctima escape de la situación
6. Finalmente, todos estos ingredientes dejan de ser necesarios cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo con patrones doble-vinculares.

En lo que se refiere a los efectos que tendrá el doble vínculo, los autores hipotetizaron que el individuo perderá la capacidad de distinguir entre los distintos tipos lógicos. Hablan también de los ingredientes que se requieren para que se dé esta situación (Bateson, 1991, Becvar y Becvar, 2006):

1. Cuando el individuo es parte de una relación intensa, en la que es vitalmente importante que discrimine el tipo de mensaje que se le está comunicando para que pueda responder correctamente.
2. Y el individuo se encuentra en una situación en que la otra persona expresa dos oraciones en las que una niega a la otra.
3. Y el individuo no puede hacer comentarios acerca de los mensajes que se le han transmitido, para así poder discriminar a cuál de ellos responder. No puede metacomunicarse.

La Teoría del Doble Vínculo, sin lugar a dudas, fue el parte aguas que permitió el inicio de la investigación en un contexto familiar. Bateson, Haley, Jackson y muchos otros, comenzaron a ver patrones interrelacionales en la familia que explicaban muchas de las respuestas que habían sido entendidas como respuestas típicas de esquizofrenia.

Después de haber escrito el artículo, Bateson se alejó de la investigación con el grupo de Palo Alto, para dedicarse a la investigación de la comunicación en los pulpos (Bateson, 1991). Sin embargo, su legado para el campo de la Terapia Familiar Sistémica, es invaluable, y sigue siendo considerado como la base epistemológica en la que los terapeutas familiares basamos mucho de nuestro trabajo.

Lo que seguiría a este primer momento de la investigación de los sistemas familiares, representaría el inicio y el fuerte establecimiento de la Terapia Familiar Sistémica como un nuevo paradigma en la atención psicológica.

1.1.4 La teoría de la comunicación humana, y el establecimiento de la terapia familiar

Después de el trabajo en la Teoría del Doble Vínculo, y como resultado de su éxito, en 1959 se inició una nueva institución en Palo Alto, California: el Mental Research Institute (MRI) con el fin de continuar la investigación en la Terapia Familiar (Sánchez y Gutiérrez, 2000). En el inicio, el MRI fue precedido por Don D. Jackson, quien invitó a Virginia Satir, Jules Riskin, Paul Watzlawick, y John Weakland, entre otros, a trabajar con él. A pesar de que continuaban su trabajo con esquizofrénicos y sus familias, el Instituto expandió sus horizontes a otro tipo de problemáticas como las escolares, la violencia juvenil, desordenes psicosomáticos, etc. (Becvar y Becvar, 2006).

Fue en el MRI que, como consecuencia a la investigación desarrollada con Bateson, Don D. Jackson, Janet Beavin y Paul Watzlawick comenzaron a trabajar en una Teoría de la Comunicación. Al trabajar con las familias analizaban el sistema, aplicaban conceptos de la cibernética e investigaban los procesos de comunicación (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Hoffman (1981) describe una de las técnicas que Jackson y el grupo de MRI realizaban para estudiar la comunicación humana: Uno de los investigadores ponía una grabación de la

entrevista a una familia y los demás del grupo trataban de adivinar qué tipo de patología existía de acuerdo a la interacción familiar. Estos procesos se analizaban a través de tres conceptos de la gramática: la sintaxis, la semántica y la pragmática. Esta investigación, fue la primera de los trabajos que constituirían al MRI en Palo Alto, California, como uno de los principales centros de investigación en el campo.

En 1967, Don Jackson, Janet Beavin y Paul Watzlawick publican “Teoría de la Comunicación Humana” y en la que especifican cinco axiomas de la comunicación:

1. **LA IMPOSIBILIDAD DE NO COMUNICAR:** Si aceptamos que toda conducta es una comunicación, ya no manejamos una unidad-mensaje, sino más bien un conjunto fluido y multifacético de muchos modos de conducta. No hay nada que sea lo contrario de conducta, por lo cual es imposible no comportarse. Por mucho que lo intentemos, es imposible no comunicar.

2. **TODA COMUNICACIÓN TIENE UN ASPECTO DE CONTENIDO Y UN ASPECTO RELACIONAL:** Toda comunicación implica un compromiso. Al comunicarse, no solo se transmite información, sino que también se imponen conductas. Estas dos operaciones se conocen como aspectos “referenciales y conativos”.

El aspecto *referencial* transmite información y es sinónimo de contenido. El aspecto *conativo* se refiere a que tipo de mensaje debe entenderse que es y, por ende, a la relación entre los comunicantes. El primero transmite los “datos” de la comunicación, y el segundo como debe entenderse dicha comunicación.

3. **LA PUNTUACION DE LA SECUENCIA DE HECHOS:** La puntuación organiza los hechos de la conducta y por ende, resulta vital para las interacciones en marcha.

4. **COMUNICACIÓN DIGITAL Y ANALÓGICA:** La comunicación analógica es todo lo que sea comunicación no verbal. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica, pero carece de semántica, mientras que el lenguaje analógico, posee la sintaxis pero no una semántica adecuada.

5. INTERACCIÓN SIMETRICA Y COMPLEMENTARIA. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o la diferencia.

Estos axiomas buscan explicar la importancia pragmática de estos conceptos. Todos se encuentran interconectados y sirven para explicarse entre sí mismos (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991). Con esto se muestra el cambio de paradigma de lo lineal a lo interrelacional

Para los miembros fundadores del MRI, lo más importante sobre la pragmática de la comunicación humana, era saber que “las familias debían trabajar en resolver sus problemas por medio de discusiones bien argumentadas en las que los miembros procurasen mantener un balance entre la autonomía y la dependencia hacia los demás” (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Con el trabajo hecho por el grupo en Palo Alto, fue posible aprender acerca de las consecuencias que la comunicación doble vincular generaba en los pacientes esquizofrénicos y con otras problemáticas. La paradoja o doble vínculo comenzó a figurar, no solo en el campo psicoterapéutico, sino también en campos como la matemática o la lógica.

Es necesario hacer una mención de lo que los cambios paradigmáticos ya mencionados, significaron en la práctica terapéutica.

Una vez que la Terapia Familiar había dado sus primeros pasos, los terapeutas se encontraban en una disyuntiva: reencuadrar sus conocimientos de acuerdo a una perspectiva que tomara en cuenta a la familia como un todo, o mantenerse en una posición clínica linear, en la que lo único que se buscaba era la solución a la patología, sin tomar en cuenta las interacciones. Esto no fue una tarea fácil, y solo pudo lograrse a través de un importante cambio en la mente del terapeuta: un cambio epistemológico (Keeney, 1983).

Hasta antes de la TGS y la cibernética, la psicoterapia consideraba al individuo y no al sistema. Al pasar de lo individual a lo colectivo, el interés se trasladó de la explicación del comportamiento individual, a la observación de las interacciones entre éste y su medio, su familia (Andolfi, 1991).

Según Andolfi (1991), hay tres aspectos de la Teoría de los Sistemas que son de suma importancia en las terapias relacionales:

1. La familia como sistema en constante transformación.
2. La familia como sistema activo que se auto gobierna.
3. La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas.

El cambio de ver al individuo como tal a verlo dentro de su contexto, significó no solo un rompimiento con normas establecidas, sino también una forma innovadora de entender la psicopatología.

En cuanto a las investigaciones respecto al Doble Vínculo, a la paradoja, los estudiosos de la conducta y de las interacciones humanas, explicaban que *“en la naturaleza de la paradoja, hay algo que encierra importancia pragmática inmediata... la paradoja no solo puede invadir la interacción y afectar nuestra conducta y nuestra salud mental, sino que también pone a prueba nuestra creencia en la congruencia”* (Watzlawick, Beavin y Jackson. 1991, pp. 173). La paradoja dejaba de ser solo un concepto, y se convertía en un elemento importante para la salud mental. Era pues necesario, para el universo de la terapia, comprenderla, e incluso, utilizarla.

A partir de estas nuevas maneras de mirar, se desarrollaron técnicas de intervención interrelacionales, que permitieran al terapeuta desarrollar su trabajo de una manera circular, relacional. Sin embargo, se gestaba también una nueva revolución de pensamiento, una evolución en las ideas cibernéticas, que otra vez vendría a cambiar la manera de explicar la realidad y la manera de hacer terapia.

A excepción de los modelos estructural y estratégico en la terapia familiar, las diferentes escuelas han asumido con el tiempo una postura que es congruente con la cibernética de segundo orden. Sin embargo, los cambios en el pensamiento de los teóricos y clínicos, fueron también influenciados por un paradigma emergente, que representaría un cambio fundamental en la manera de entender la realidad, y que marca el momento actual de la terapia familiar, esto es el paradigma posmoderno.

1.1.4 Modernidad, posmodernidad y la multiplicidad de realidades.

Resulta importante hablar de un cambio paradigmático en la historia de las sociedades del mundo, para poder así hablar de lo que ahora se conocen como modelos posmodernos de intervención terapéutica. Este cambio de paradigma es el paso de una epistemología moderna a una epistemología posmoderna.

Gergen (1992) ha categorizado los finales del siglo 18 el principio del siglo 19 como el periodo en el que floreció el romanticismo, una perspectiva que ponía énfasis en lo no visto, “las fuerzas sagradas que se movían dentro de las personas”. Estas fuerzas daban significado a la vida y a las relaciones interpersonales. Durante el siglo 19, la perspectiva romántica fue opacada por la perspectiva modernista. Ésta última, proveía con una visión muy práctica en la que la verdad tenía que ser buscada a través de observación sistemática y razonamientos rigurosos. René Descartes abogó por que el ser humano pensara de sí como la “primera verdad”.

Bajo un paradigma moderno, la historia de la humanidad consistía en el progreso continuo a través de los medios científicos. Es entonces cuando aparece la metáfora de la máquina, y se entiende el comportamiento humano cómo condicionado por el ambiente.

El ideal de madurez para los hombres era un individuo autónomo e independiente. Las personas modernas eran, entonces, más confiables, tenían más conocimiento y eran menos “quijotescas” que las personas románticas, pues no respondían a la inspiración o la pasión, sino mas bien a la razón, cuya voz era considerada como clara y honesta. También se presentó el pensamiento democrático, y se estableció que la respuesta a los problemas sociales se encuentra en la ciencia, que junto al conocimiento poseído por los “expertos” tomaron un lugar prioritario, pues proveían a la sociedad con un conocimiento objetivo acerca de una realidad que siempre está presente. Éste pensamiento permeó a la sociedad, llevándola a la idea de que la ciencia iba algún día a liberarla de la vulnerabilidad hacia la naturaleza y de las cadenas sociales que la ataban (Grenz, 1996).

La ciencia de la modernidad se concentraba en ser objetiva, ordenada, con causas lineales, basada en el método científico y en ser racional y/o empírica, y debido a que los motivos de la ciencia tenían que ver con la creación de teorías ahistóricas y asociales, es decir, universales y que pudieran generalizarse, la modernidad dio lugar a una psicología que buscaba entender verdades absolutas acerca de los hombres. Es así como nacieron la Psicología Estructuralista, funcionalista, el psicoanálisis y el conductismo, entre otros (Grenz, 1996). En la modernidad, el rol del terapeuta era el de un “ingeniero social” (Becvar y Becvar, 2006), un papel mucho más directivo y con metas en llevar al paciente hacia un mejor conocimiento de sí mismo, o hacia los objetivos de la escuela terapéutica con la cual estuviera asociado. En esta visión, el paciente acude al “experto” por ayuda para resolver sus dificultades, y espera recibir de él una solución que le permita convertirse en un ser productivo.

La patología es un concepto presente para la Psicoterapia moderna, y, debido a que hay un concepto general de “normalidad”, pueden hacerse inferencias y diagnósticos acerca de aquellos individuos que se alejan de la mayoría saludable.

La posmodernidad apareció a finales del siglo 19 y principios del 20, como una crítica al pensamiento moderno y como resultado del nuevo contexto tecnológico, pues la presencia invasiva de las tecnologías de saturación social habían modificado la idea de identidad de las personas, haciéndola más difusa y múltiple, alejándola de el centro fuerte y estructurado característico de la época moderna (Bertrando y Toffanetti, 2004). Todavía hasta 1960, la modernidad parecía ser la cosmovisión dominante en las sociedades occidentales (Grenz, 1996). No fue sino hasta después de 1960 que la postura posmoderna comenzó a saturar la vida en todos los niveles.

Francis Lyotard (en Bertrando y Tofannetti, 2004, p. 292), quien se cree acuñó el término, dice que la posmodernidad es “un profundo escepticismo sobre la validez universal de los componentes narrativos singulares, o de las versiones teóricas de cada situación humana”. El posmodernismo surge como una reacción a la creencia modernista en un conocimiento objetivo y a una verdad absoluta. Según Becvar y Becvar (2006) lo más significativo de este cambio, ha sido el salto de los hechos a las perspectivas tomando en cuenta la importancia del discurso y el lenguaje.

Este movimiento se aleja de la búsqueda de verdades fundamentales (recordemos que para el pensamiento moderno, el conocimiento era certero, objetivo y bueno), y presenta la visión de que nuestra realidad es sin duda subjetiva, y que habitamos un mundo en el que existen muchas versiones de la realidad, la cual es construida día a día (Limón, 2005). Los hechos son reemplazados con perspectivas y se desecha la visión de una realidad única, pues no hay un solo conocimiento, sino diferentes perspectivas, no solo una realidad, sino una multiplicidad de realidades a través de la construcción personal e intersubjetiva de estas.

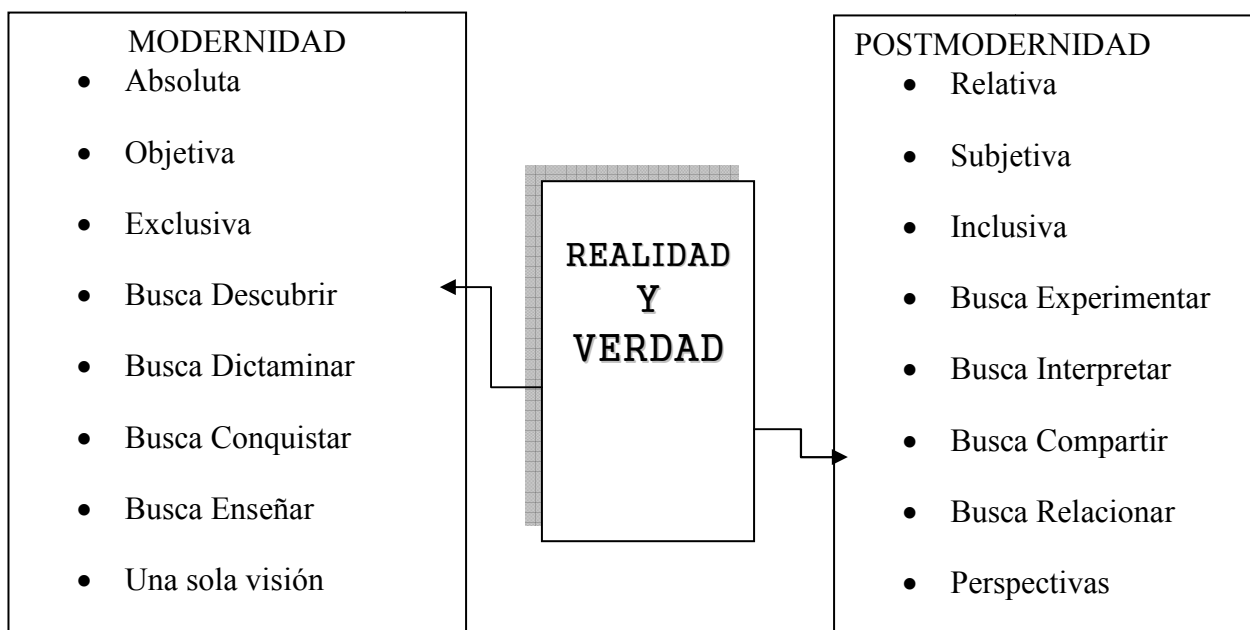


Figura 7. Realidad y verdad bajo las perspectivas moderna y posmoderna

Una influencia teórica importante, que tendría gran relevancia para el movimiento hacia una epistemología posmoderna en la Terapia Familiar fue el trabajo de los biólogos Francisco Maturana y Humberto Varela, quienes durante la década de los 70, estudiaron los sistemas autopoieticos y como estos se adaptan a su entorno. El concepto de Autopoiesis se refiere a la capacidad que tienen los organismos para auto-organizarse con respecto a su entorno, es decir a través de las interacciones entre los propios elementos del organismo (entendido desde el micronivel-célula-, hasta el macronivel –ser humano), éste, se auto-preserva y se modifica de acuerdo a su estructura. La estructura y la función del organismo van siempre de la mano, en un

proceso dialéctico. Cuando ocurre un cambio en el entorno, el organismo se adapta, pero la manera en que se adapta o acopla, dependerá de la afinidad o compatibilidad con el medio. Si no se da el acoplamiento, se entiende que no hubo afinidad con ese tipo de contexto, es decir, si dos sistemas no son afines, terminarán su relación (Andersen, 1994).

Pero, ¿cómo pudieron ser aplicados estos conceptos al área de la terapia familiar? Si entendemos que los seres humanos son organismos autopoieticos, entendemos entonces que conservan su estructura, su organización, pero que al interactuar con su medio, pueden organizarse de nuevas maneras, solo si el medio es compatible con la estructura inicial (Lipchik, 2005). Cada ser humano, como las células, posee muchas funciones que le permiten adaptarse a los distintos contextos.

El lenguaje es una de las estructuras biológicas de los seres humanos, y es a través de él que pueden darse interacciones con el medio (sistema-entorno), interacciones que, al ser adecuadas y afines, pueden generar un cambio, una nueva adaptación, una diferencia. De esto surge la idea de que no existe entonces una sola realidad, sino un sinnúmero de posibilidades que dependen de nuestras interacciones con el mundo que nos rodea, y de que nunca hay solo una solución a los problemas, sino muchas soluciones posibles (Elkaim, 1998).

El trabajo de Maturana y Varela, aunado al conocimiento de la teoría general de los sistemas, la cibernética y la teoría de la comunicación, sentó las bases para lo que hoy se conoce como terapias Constructivistas.

La perspectiva **constructivista** está basada en la idea de que “en el proceso de percibir y describir una experiencia, construimos no solo un aprendizaje personal acerca de la realidad, sino una realidad misma (Becvar y Becvar, 2006, p. 91)”. De acuerdo a Molina (2001) “*El constructivismo no niega la existencia de una realidad física ontológica, lo que cuestiona es la capacidad humana de representarse fielmente esa realidad*” (p.41). Una postura constructivista significa entender la realidad de cada persona como única, pues cada quien la construye de acuerdo a la estructura interna y al lenguaje. La realidad no desaparece, sino que es distinta de acuerdo al observador.

Durante el auge de la postura constructivista, también surgió otra postura posmoderna que explicaría la “realidad” a través de la lingüística y la hermenéutica: el **construccionismo social**.

La consideración del lenguaje y su contexto nos introduce al campo del **construccionismo social**, en el cual se entiende que el lenguaje es un marco de referencia y que, un cambio en el lenguaje, es un cambio en la experiencia de la realidad. Wittgenstein (1963) propuso que el lenguaje adquiere significado a través de la práctica social. Lo anterior deriva en la idea de que la creación de cualquier tipo de significado se logra a través de la intersubjetividad, ya que no hay una realidad fuera de la relación de los individuos. Esta es una de las más importantes diferencias con el constructivismo, pues la manera de puntuar el mundo, la realidad, no es entendida como resultado de la estructura biológica.

Para los socio-construccionistas, se entiende entonces que la creación de posibilidades ocurre en las interacciones con el medio, en las conversaciones. Para Andersen (1994), estas conversaciones debieran ser “adecuadamente inusuales”, permitiendo entonces cierta afinidad que permita la auto-preservación de las personas, pero generando cierto nivel de diferencia que permita un salto hacia una nueva adaptación al medio, como si diferentes maneras de adaptarse crearan también diferentes mundos posibles.

El foco en este tipo de terapia es el cambio de significados en las narrativas que los clientes hacen de sus vidas (Limón, 2005). Las terapias Postmodernas, dan preferencia al lenguaje, las metáforas y las historias que los clientes cuentan de sus vidas.

A pesar de las diferencias entre el constructivismo y el construccionismo social, ambos pueden ubicarse bajo el paraguas de la postura posmoderna al proponer que las realidades de los individuos se construyen.

Tabla 1. Similitudes y Diferencias entre el constructivismo y el construccionismo social

SIMILITUDES

- El saber es una construcción
- El conocimiento no es una representación fiel de una representación independiente de nosotros.
- Lo observado no es una entidad en sí misma y separada de quien observa (dualismo sujeto-objeto).

DIFERENCIAS

- Para el constructivismo, la mente y la realidad construida residen en el sujeto, mientras que para el construccionismo residen en las relaciones sociales y en la construcción de significado a través del lenguaje.
- Para el constructivismo, mente y realidad están ligadas a una –ontología- lingüística que denomina como entidad; para el construccionismo, participan de las diferentes formas de relaciones.

Fuente: Bertrando, P. y Toffaneti, D. (2004), p.295.

En el ámbito de la Terapia familiar, el posmodernismo ha influido en diferentes modelos y ha representado una nueva orientación sociocultural. Además de ver a las familias como sistemas abiertos que son influidos por muchos sistemas sociales, se da importancia al lenguaje en la terapia, busca incluir las acciones sociales, las críticas culturales y sociales como parte del proceso terapéutico (Limón, 2005). Además, la psicología posmoderna da cabida a la posibilidad de realidades diferentes, siendo la construcción de la realidad terapéutica un proceso llevado a cabo a través de la relación cliente-terapeuta. El cliente es visto como experto en sí mismo, y el terapeuta juega un papel de facilitador para el cambio en la narración que el primero hace de su vida. El terapeuta, (según Limón, 2005, p.6) *“intenta, de manera activa, aprender acerca de las perspectivas y comprensiones del cliente”*.

En una psicoterapia posmoderna, el terapeuta respetará las posturas de los clientes, recordando que no hay ninguna verdad absoluta, sino diferentes construcciones de la realidad, y que cada una de las perspectivas es válida (Becvar y Becvar, 2006).

Esta manera de entender a los seres humanos, en constante cambio, en constante construcción, permite entonces deslindarnos de la idea de que solo puede haber una manera de hacer las cosas en terapia, e introducir la idea de los **mundos posibles**, las nuevas oportunidades que se generarán en las conversaciones y que pueden ser de utilidad cuando los consultantes se encuentran estancados en alguna problemática.

A continuación analizaré los distintos modelos de trabajo en terapia familiar: sus bases teóricas, antecedentes, personajes importantes y distintas formas de trabajo.

2 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

2.1 Modelo Estructural

De acuerdo a una visión sistémica, el hombre no puede entenderse lejos de su contexto. El afecta al mundo en el que vive, mientras que también es afectado por este. No es un ente aislado, sino uno activo y reactivo dentro de diversos sistemas sociales. Por lo anterior, para el modelo Estructural de Terapia Familiar, el marco de referencia del terapeuta es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. El objetivo de la terapia es modificar la organización de la familia.

2.1.1 Antecedentes Y Exponentes Principales

Salvador Minuchin, nacido en Argentina en 1921, es considerado el arquitecto del enfoque estructural de la Terapia Familiar. Además de Minuchin, otros terapeutas que han

contribuido al desarrollo del modelo estructural son: Harry Aponte, Charles Fishman, Stephen Greenstein, Jay Haley, Braulio Montalvo, Bernice Rosman y Marianne Walters.

Minuchin desarrolló los principios de esta nueva manera de entender a las familias, en su mayoría, a través de su trabajo con sobrevivientes del holocausto y con familias de un nivel socioeconómico muy bajo. Trabajar con ese tipo de familias, permitió a Minuchin entender que las familias desarrollan una serie de estructuras que les permiten organizar sus interacciones (Becvar y Becvar, 2006). Con esta idea, el argentino habría de desarrollar una forma de terapia que buscara alterar las estructuras familiares, con la intención de provocar un cambio en los patrones disfuncionales de interacción.

Para Minuchin, el fundamento de la Terapia de Familia, es que el terapeuta se asocia con la familia con el objetivo de cambiar su organización, de modo que la experiencia de sus miembros, se modifique (Minuchin y Fishman, 1984). Lo importante para la Terapia Estructural es: “conceptualizar al hombre en sus circunstancias” (Minuchin, 1979). Esto se hace concentrándose en modificar el presente y no explorar el pasado.

De acuerdo a Minuchin (1979) las funciones de la familia sirven dos objetivos distintos, la protección psico-social de sus miembros (interno) y la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura (externo). Además de estas funciones, la familia provee al individuo con identidad y un sentido de separación. La primera se logra a través del sentido de pertenencia que cada miembro posee con respecto al grupo, mientras que la segunda se logra a través de la participación en diversos subsistemas familiares y extra familiares.

En nuestra cultura, es común asociar a la familia con aquella institución que no produce estrés. Estamos acostumbrados a ver en televisión grupos de personas que viven en total armonía y sin ningún tipo de dificultad, sin embargo la familia “normal” está estructurada como un sistema sociocultural abierto, que se transforma y se reestructura, lo cual permite que la armonía no sea una constante absoluta. A lo anterior, Minuchin dice:

Todo lo que sabemos con seguridad es que cada escenarios es un experimento en la forma de vivir, por lo cual, será llevado a cabo en un campo inestable, lleno de

trampas visibles y escondidas. La única seguridad es que habrá errores, y debido a ellos, también habrán conflictos, soluciones y crecimiento (Minuchin, 1984, p.45).

2.1.2 Principios Básicos

La Terapia Familiar Estructural considera como fundamentales tres conceptos: Estructura, Subsistemas y Límites.

- Estructura Familiar. La Terapia Familiar Estructural enfatiza los patrones de interacción dentro de la familia, y son estos patrones los que permiten conocer la estructura y la organización básicas del sistema (Becvar y Becvar, 2006). Para Minuchin, la estructura familiar se define como “*el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia*” (1974, p.86). Las transacciones repetidas establecen pautas de cómo ha de dirigirse la familia, y estas pautas regulan la conducta de los miembros de la familia.

Para que un sistema familiar asegure su existencia, debe tener suficientes pautas, disponibilidad de pautas alternativas y la flexibilidad para moverlas si es necesario (Minuchin, 1979).

- Subsistemas. Para el modelo estructural, el sistema familiar se organiza de la siguiente manera:

-El Subsistema Conyugal. Dos adultos se unen con la intención de construir una familia. Las cualidades más importantes son su complementariedad y la acomodación mutua.

-El Subsistema Parental. El subsistema conyugal se diferencia para desempeñar la tarea de socializar un hijo. Esto debe hacerse sin renunciar al mutuo apoyo y trazando límites de acceso y exclusión para el niño. El subsistema conyugal debe seguir existiendo a pesar de la formación del subsistema parental.

-El Subsistema Fraternal. El primer laboratorio social en que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales.

La regla entre los subsistemas para el funcionamiento familiar es la *jerarquía* (Becvar y Becvar, 2006).

- Límites. Los límites en las familias no son visibles, sin embargo, si tienen la capacidad de delinear el contacto entre los individuos y los subsistemas. Para Minuchin, la idea de límites implica reglas o preferencias en los tipos de relación entre los subsistemas. Cada subsistema, tiene su propia identidad, sus propias funciones y sus propias maneras de relacionarse (Becvar y Becvar, 2006). La teoría describe tres tipos de límites:

-Límites Claros. Son firmes y además flexibles. En las familias en las que existen este tipo de límites, los miembros son apoyados y nutridos y se les proporciona cierto grado de autonomía. Representan un balance ideal entre apoyo, sustento e inclusión y libertad para experimentar, individuarse y ser uno mismo.

-Límites Rígidos. Se refieren al desenganche o a la desvinculación dentro de los sistemas. Los miembros de la familia con este tipo de límites están aislados entre ellos y también de la comunidad. No existe lugar para la negociación y el acceso entre los subsistemas es limitado.

-Límites Difusos. Este tipo de límites es característico de las familias aglutinadas. Es el opuesto de los límites rígidos, pues hay demasiada accesibilidad y las distinciones necesarias entre los subsistemas no se han establecido. En familias con este tipo de límites, se pierde la independencia, la autonomía y la experimentación.

Las familias deben establecer límites que sean claros y útiles. El establecer límites muy rígidos o muy difusos, da origen a familias desligadas y aglutinadas, respectivamente, permitiendo que el campo sea fértil para la patología y la mala comunicación dentro del sistema.

Además de los principios anteriores, la Terapia Estructural considera que las familias pueden ser consideradas como funcionales o disfuncionales dependiendo de su estructura.

Una familia funcional está caracterizada porque sus interacciones sirven para cumplir con las necesidades de los individuos y del sistema. Están tan bien caracterizadas por estructuras que son adaptables y flexibles.

De acuerdo a Minuchin (1979), el esquema conceptual de una familia normal presenta tres etapas:

1. Una familia se transforma, adaptándose y reestructurándose para seguir funcionando.
2. La familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento.
3. Una familia se adapta al estrés de un modo tal que mantiene la continuidad y permite reestructuraciones.

Cuando un estresor sobrecarga los mecanismos de adaptación de la familia, puede originarse la disfunción. En estos casos, la Terapia Familiar postula que uno de los miembros de la familia será el portador del síntoma. A este miembro se le llama también “paciente identificado”. Hoffman (1981) dice que el síntoma es el producto de un sistema familiar disfuncional, y que si el sistema familiar se vuelve mas “normal” dentro de la terapia, el síntoma desaparecerá.

En lo que se refiere al proceso terapéutico, hay tres axiomas de la terapia estructural según Minuchin (1974):

- La vida psíquica del individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por este.
- Las modificaciones en una estructura familiar, contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos de cada uno de los miembros del sistema.
- Cuando un terapeuta trabaja con la familia, su conducta se incluye en el sistema. Debido a que la estructura familiar no es fácil de observar, es necesario que el terapeuta obtenga datos y el diagnóstico a través de su interacción con la familia.

Minuchin y Fishman (1984) dicen que las metas conjuntas entre el terapeuta y la familia son: librar de síntomas a quien es portador en la familia, reducir el conflicto y la tensión para la familia y aprender nuevos modos de superar dificultades.

Etapas del Tratamiento

Minuchin (1979) identificó tres fases en la terapia estructural:

- El terapeuta se une a la familia y asume una posición de liderazgo.
- El terapeuta realiza observaciones y plantea interrogantes, para así poder establecer un esquema organizativo de la estructura familiar.
- El terapeuta transforma la estructura familiar a través de las intervenciones terapéuticas que facilitarán el cambio y la modificación de la estructura familiar.

Para este modelo, la clave del éxito terapéutico consiste en que la familia sea capaz de hacer cambios en su estructura de acuerdo a las circunstancias y al desarrollo de sus miembros.

2.1.3 Técnicas

A continuación se presentan las técnicas de intervención estructural descritas por Minuchin y Fischman (1984):

- **Espontaneidad.** Un terapeuta espontáneo es capaz de emplear diferentes aspectos de sí mismo como respuesta a diversos contextos sociales.
- **Co-participación.** Significa unirse al sistema familiar para hacer que los miembros se sientan comprendidos. Es más de una actitud que permite el desarrollo de todas las intervenciones terapéuticas y que nunca debe separarse de la habilidad del terapeuta para cuestionar.
- **Planificación.** Planificar la intervención sirve en un primer momento para dar al terapeuta elementos básicos de la estructura de la familia. Permite hacer hipótesis, pero nunca debe sustituir a la coparticipación.

Para lograr el cambio en la terapia, los autores proponen que se cuestione la organización de la familia con el propósito de reorganizarla y de iniciar la búsqueda de nuevas pautas de interacción. Existen tres tipos de cuestionamiento, el cuestionamiento del síntoma, el de la estructura de la familia y el de la realidad familiar. Cada uno de ellos contiene técnicas particulares que a continuación explico:

Cuestionamiento del Síntoma

Busca modificar la concepción de la familia en cuanto al síntoma, debido a que el síntoma no se encuentra en el paciente identificado, sino en las pautas interaccionales familiares.

El cuestionamiento del síntoma se logra a través del reencuadramiento. El reencuadramiento se da cuando el terapeuta intenta convencer a la familia de que el mapa de la realidad trazado por ellos, puede ser modificado e incluso ampliado. Las técnicas del reencuadramiento son:

- *Escenificación.* El terapeuta busca que los miembros de la familia interactúen en presencia de él o de ella. Es entonces cuando el terapeuta interviene para generar cambios en las modelidades de interacción. Existen tres movimientos:

- Interacciones Espontaneas

- Provocar interacciones

- Interacciones alternativas

- *Intensidad.* La fuerza con la que el terapeuta transmite el mensaje, debe variar de acuerdo a lo que se busca cuestionar. Para provocar intensidad se utilizan las siguientes técnicas:

- Repetición del Mensaje

- Repetición de interacciones isomórficas

- Modificación del tiempo

-Cambio de la distancia

- *Enfoque*. El terapeuta selecciona una parte de la realidad familiar y la destaca, además de que selecciona un tema para trabajar sobre él.

Cuestionamiento de la estructura de la familia

Con esto se aumenta o se disminuye la proximidad entre los miembros de la familia, con la intención de dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar.

El cuestionamiento de la estructura de la familia se logra a través de la reestructuración. En ocasiones, el terapeuta tendrá que interponerse en las interacciones familiares con el objetivo de que se generen o se acomoden las estructuras. Lo anterior se hace a través de tres técnicas:

- *Fronteras*. Busca que los miembros de la familia participen en el subsistema correspondiente y no en otros. El delineamiento de fronteras se logra al limitar las interacciones y se basa en dos técnicas:

-Distancia psicológica: a través de maniobras espaciales o indicadores cognitivos.

-Duración de la interacción: busca que se ensayen las fronteras fuera del contexto terapéutico a través de tareas.

- *Desequilibramiento*. Busca cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. Es una técnica complicada, pues desafía el condicionamiento social del terapeuta, sin embargo, por su intensidad y fuerza, es generadora de cambios en las interacciones. Tiene tres formas:

-Alianza con miembros de la familia y alianzas alternantes.

-Ignorar a miembros de la familia.

-Coalición contra miembros de la familia.

- *Complementariedad*. Permite que los miembros vivencien su pertenencia a una entidad mayor a sí mismos. Esta técnica busca modificar las relaciones jerárquicas, cuestionándolas de tres maneras:

- Cuestionamiento del problema
- Cuestionamiento del control lineal
- Modo de puntuar los sucesos

Cuestionamiento de la Realidad Familiar

Intenta modificar la visión de la realidad de los miembros de la familia. Las familias llegan a terapia con un conjunto de esquemas que legitiman su organización, que explican su realidad. La intervención terapéutica busca ayudar a la familia a modificar su visión del mundo, les ofrece una realidad diferente, lo que a su vez, modificará su estructura. Se hace a través de tres técnicas:

- *Construcciones*. Busca cuestionar la realidad construida por la familia y ayudarles a construir una nueva. Transmite el mensaje de que existen otras alternativas a través de:

- Símbolos universales. El terapeuta apoya sus intervenciones en instituciones o acuerdos que rebasan el ámbito de la familia.
- Verdades familiares. El terapeuta utiliza la concepción del mundo que tiene la familia, para generar nuevas alternativas.
- Consejo especializado. El terapeuta basa sus explicaciones en su propia experiencia, conocimiento y sabiduría.

- *Paradojas*. Son una contradicción que resulta de premisas incongruentes. Se utilizan de acuerdo al grado de resistencia al cambio que presentan las familias.

- Lados Fuertes. Todas las familias contienen elementos positivos y es esencial que el terapeuta sea capaz de reconocerlos y ocuparlos en su tarea de construir una nueva realidad familiar.

2.1.4 Críticas Al Modelo Estructural

Una de las críticas que Becvar y Becvar (2006) hacen al enfoque estructural, es que define tipos ideales de estructuras y comportamientos en un contexto que enfatiza la relatividad. Sin embargo, los autores dicen que la anterior inconsistencia es balanceada por el enfoque en las dimensiones tales como jerarquía, límites, reglas y roles.

Hoffman (1981) dice que una de las fortalezas del modelo estructural de Minuchin, es que tiene un método claro y una teoría que es consistente con ese método y que es un modelo normativo y útil.

Becvar y Becvar (2006) dicen que el modelo provee una mezcla única entre la cibernética de primer y segundo orden, lo que permite utilizar un marco de referencia no lineal en un contexto lineal.

2.1.5 Conclusiones

El enfoque estructural de la terapia de familia ha sido, quizá, el modelo que más ha influido en el crecimiento de esta área y es útil para reconocer los patrones, procesos y transacciones de los sistemas familiares. La aplicación del sistema estructural es muy útil para el diagnóstico y la intervención con las familias, pues orienta el sentido de la terapia hacia una meta definida.

Sin duda, entender la estructura familiar nos permite ver que el trabajo del terapeuta no es simple, pues la terapia familiar estructural, implica entrar al mundo de las familias, entender su sistema y convertirse en parte de él, todo con la intención de modificar los patrones que no funcionan y ayudar a aquellos que nos buscan.

2.2 Modelo Estratégico

Haley (1986) dice que la terapia estratégica, no es un enfoque o teoría especial, sino solo una manera de nombrar los tipos de terapia en los cuales el terapeuta asume la responsabilidad de influenciar a los pacientes de una manera directa. Sin embargo, la terapia estratégica se ha consolidado como una fuerte escuela entre las terapias sistémicas y conviene pues, echar un vistazo a sus orígenes y a sus principios más importantes.

2.2.1 *Introducción y antecedentes del modelo*

Nardone y Watzlawick (1990), dicen que el modelo estratégico nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio de Gregory Bateson sobre la comunicación y el trabajo de Milton Erickson. Coincidentemente, el principal exponente del modelo estratégico, Jay Haley, tomó parte activa en estos tres momentos, dándole estas experiencias la oportunidad de proponer una nueva manera de hacer terapia.

- Gregory Bateson y la comunicación.

En 1952, Gregory Bateson inicia un proyecto en Palo Alto, California que, ha de cambiar, para muchos terapeutas, el foco de la terapia individual a una interaccional. Los miembros de este equipo son: Jay Haley, John Weakland, Don D. Jackson y William Fry. Para 1956 publican "Hacia una teoría sobre la Esquizofrenia", que marca la importancia de estudiar los procesos comunicacionales en las familias con pacientes psiquiátricos. El equipo de Bateson trabaja por diez años, dando lugar a una de las investigaciones más importantes para el campo de la Terapia Familiar Sistémica. En 1958 se crea el Mental Research Institute, lugar que alberga a los pioneros de este campo. Se habla pues de pautas de comunicación, de la imposibilidad de no comunicar, de la puntuación de las secuencias de los hechos...en fin, el individuo deja de ser la unidad más pequeña de estudio o de información, y se torna importante estudiar las interacciones.

- Integración de las teorías sistémicas

En 1967 Jay Haley deja Palo Alto y se dirige a Filadelfia, donde trabaja con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo. Puede observarse la influencia del enfoque estructural de

Minuchin en el trabajo de Haley, quien retoma la importancia de la estructura familiar, las jerarquías, el poder, las alianzas y coaliciones.

En 1976 Haley deja Filadelfia y funda, junto a Cloé Madanés, el Instituto de Terapia Familiar en Washington, DC. Allí, entrena terapeutas a trabajar con el enfoque estratégico para la terapia familiar, que pone énfasis en la directividad y planeación del terapeuta en el proceso terapéutico.

- El trabajo de Milton Erickson

Desde 1952, cuando inició su trabajo con Bateson, Jay Haley comenzó también una estrecha relación con Milton Erickson. Erickson es considerado un maestro en el enfoque estratégico de la terapia desarrollado a través de su extenso trabajo con las técnicas de hipnosis. Aún en los momentos en que no usaba hipnosis de una manera formal, su estilo de trabajo solo reflejaba su orientación hacia ese arte (Haley, 1986). Por lo anterior podemos deducir que su enfoque es una extensión lógica de las técnicas hipnóticas, y que Erickson logró transferirlas al área terapéutica. De la observación del trabajo de Erickson con la hipnosis, Haley retoma la importancia de que el hipnotista inicie lo que ha de pasar en la terapia, además de muchas de las técnicas de intervención paradójica, anecdóticas y la importancia del uso de metáforas.

2.2.2 Exponentes principales y sus aportaciones

- Jay Haley

Como se ha dicho antes, Jay Haley fue el primero en acuñar el término que describe al enfoque estratégico, diciendo que solo es una manera de nombrar la terapia en la que el terapeuta asume la responsabilidad de influenciar a los pacientes de una manera directa (Haley, 1986). A través de lo aprendido con Erickson, Haley también pudo incorporar a su modelo algunas de las ideas de su maestro: la idea de que la gente puede ser cambiada, la maleabilidad del espacio y el tiempo, además de ideas específicas acerca de cómo dirigir a otra persona a que se vuelva más autónoma.

De Erickson, Haley retoma los procedimientos hipnóticos que su maestro usaba: el hipnotista dirige a otra persona a que cambie su comportamiento de una manera espontánea, estableciendo así una paradoja, ya que una persona no puede responder de una manera espontánea. En lo anterior, se comunican dos niveles de mensajes al mismo tiempo (“Haz lo que yo digo” y “No hagas lo que yo digo”). Lo único que el sujeto puede hacer es adaptarse a la directiva cambiando su comportamiento. La terapia directiva coloca al paciente en situaciones paradójicas que no puede resolver si no se deshace de su síntoma y es cuando se ve forzado a generar cambios. La meta del terapeuta en este enfoque es siempre generar un cambio rápido que pueda llevar a otros cambios en la vida de los pacientes (Haley, 1990).

Este autor pone énfasis en que se intervenga en la estructura jerárquica escondida (pero que se refleja a través de los patrones de interacción), y así impedir que se mantengan las secuencias de comportamientos que sostienen el síntoma (Becvar y Becvar, 2006).

Haley también pone énfasis en entender el ciclo vital de la familia y en tener un buen enganche en la primera sesión. Lo anterior se logra, dice el autor, a través de lograr seguir las cuatro etapas de la entrevista inicial (Haley, 1976):

- ETAPA SOCIAL. La familia es recibida y se siente cómoda
- ETAPA DEL PROBLEMA. Se aborda el tema del problema mencionado.
- ETAPA DE INTERACCIÓN. Se pide a los miembros de la familia que se comuniquen entre ellos.
- ETAPA DE ESTABLECIMIENTO DE METAS.

El enfoque de Haley es explicado por Becvar y Becvar (2006) como orientado por el método y enfocado al problema.

- Cloé Madanés.

El trabajo de Cloé Madanés encaja perfectamente con los principios de Jay Haley, sin embargo, ella enfatiza la importancia de las jerarquías incongruentes, además de introducir un rango mayor de creatividad (Becvar y Becvar, 2006).

La autora también distingue (y retoma del trabajo de Haley) las etapas del ciclo vital de las familias (Madanés 1981):

- El periodo de enamoramiento
- La etapa temprana del matrimonio
- El nacimiento de los hijos
- La etapa media del matrimonio
- La separación de padres e hijos
- Jubilación y tercera edad

En cuanto al trabajo del terapeuta, Madanés (1981) dice que debe diseñarse una intervención que esté de acuerdo con la situación social y que, la primera tarea de este enfoque es definir el problema presentado de manera tal que se pueda resolver.

2.2.3 Principios Básicos

Características que Madanés (1981) dice acerca del enfoque estratégico:

- Es un enfoque pragmático en el que se espera que el terapeuta esté pendiente del proceso terapéuticos.
- Enfatiza lo analógico al conceptualizar un problema como un medio de comunicación de una persona con otra.
- Las metas de la terapia son: (1) prevenir la repetición de secuencias y (2) introducir mayor complejidad y nuevas alternativas
- Los pasos a seguir dentro del enfoque son:
 - El terapeuta decide quién está involucrado en el problema y de qué manera
 - Decide una intervención que cambie la organización familiar para que el problema deje de ser necesario.

- El enfoque asume que toda la terapia es directiva de una manera u otra, y que las directivas son la técnica terapéutica más importante. Mientras más claro sea el problema, mas fácil diseñar las directivas.

A continuación se describen a mayor profundidad algunos otros puntos que son pilares de la terapia estratégica.

- *Metáfora y síntoma.* Haley (1976) dice que debe recibirse el síntoma del paciente como una analogía, es decir algo que significa algo más. Para el terapeuta familiar, el síntoma siempre se relaciona con las interacciones familiares del paciente, por lo cual, buscará siempre datos que se relacionen con la ecología o red social de cada persona. En la mayoría de los enfoques terapéuticos, se busca (de una manera o de otra) cambiar la metáfora del paciente acerca de su síntoma.

- *La terapia familiar como un triángulo,* Haley (1976) dice que un matrimonio no se compone de solo una díada, sino de unidades de tres personas, siendo la tercera un observador, un terapeuta, un amigo, padre o hijo. El terapeuta es sin duda un ente activo en la relación de pareja mientras ésta se encuentra en terapia. Si el terapeuta es capaz de pensar en términos de tres, podrá facilitar el cambio, pues sabe que su presencia y las coaliciones que hace tienen una influencia en la pareja.

- *Jeraquía.* Madanés (1981) dice que algunas parejas escogen un síntoma como una manera de balancear el poder. Estas parejas experimentan una incongruencia en cuanto a la jerarquía. Normalmente, la persona con un síntoma se encuentra en una posición inferior a la otra que la ayuda. Sin embargo, la persona que ayuda se encuentra en una posición inferior al no poder ayudar a eliminar el síntoma. Becvar y Becvar (2006) dicen que para Haley, la organización familiar se encuentra en problemas cuando se presentan coaliciones en diferentes niveles de la jerarquía.

- *Cambio.* De acuerdo a Haley (1986), la meta general del terapeuta es cambiar los patrones de interacción de las personas sintomáticas, además de extender el rango de experiencias de esas personas (proveyéndoles de nuevas maneras de pensar, sentir y

comportarse). El terapeuta busca introducir posibilidades y extender el rango de habilidades en la vida del paciente.

2.2.4 Técnicas Directivas

Para que un proceso terapéutico sea exitoso, es importante que el terapeuta sea capaz de dar directivas de una manera eficaz y adecuada (Haley, 1976).

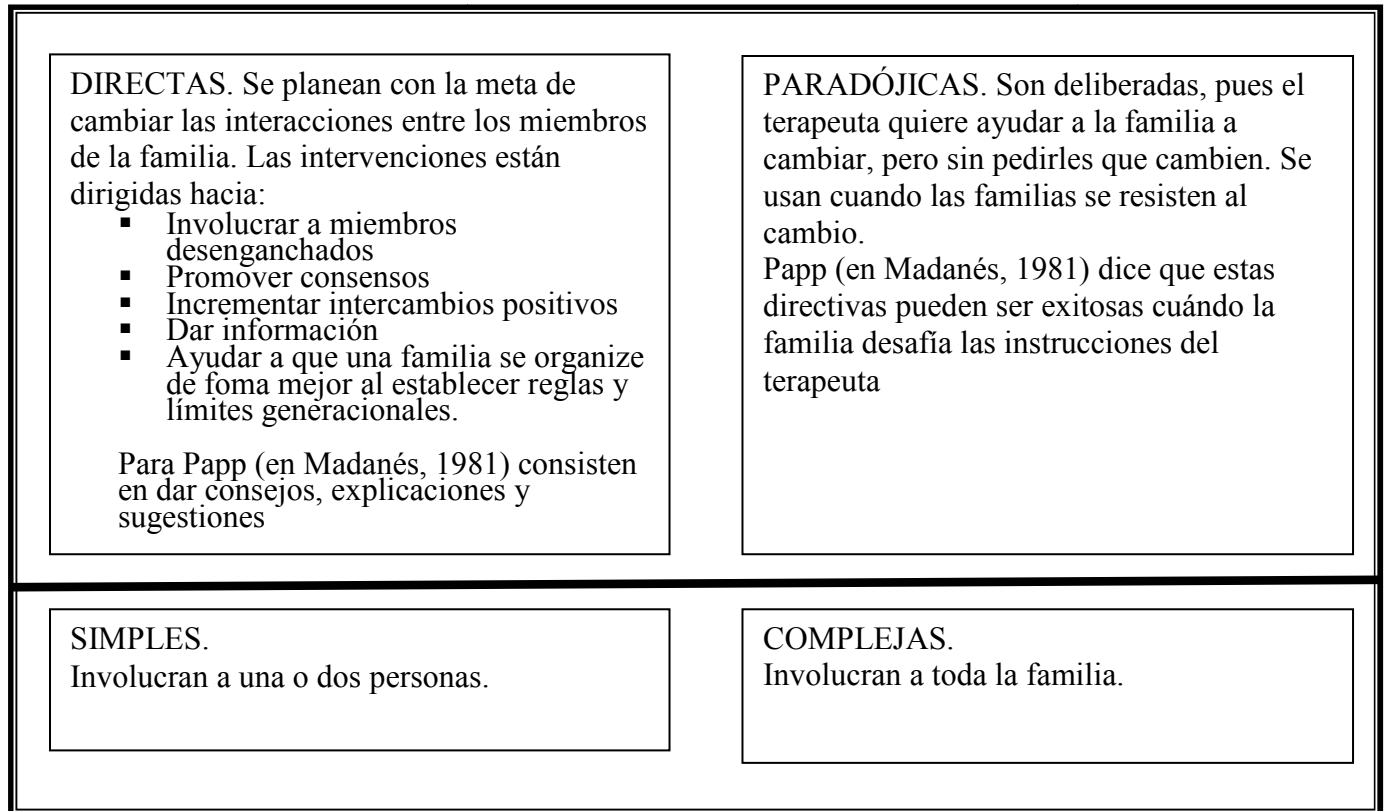


Figura 8. Las Tareas Directivas

Fuente: Madanés, 1981).

Las Etapas de la Intervención Paradójica descritas por Haley (1976) son:

1. Se establece una relación con la intención de generar un cambio.
2. Se define el problema claramente
3. Se definen metas claras
4. Se ofrece un plan que deja ver la directiva paradójica como algo razonable
5. Se descalifica respetuosamente la autoridad que se encuentra sobre el problema

6. El terapeuta es quien debe prescribir la directiva paradójica
7. El terapeuta observa la respuesta y continúa animando el comportamiento usual
8. El terapeuta no debe aceptar que se le dé el crédito por el cambio del paciente

Algunas de las técnicas que Haley (1986) sintetiza del trabajo de Erickson son las siguientes:

- Apoyar la Resistencia
- Proveer al sujeto con una alternativa peor
- Causar un cambio a través de la comunicación metafórica
- Apoyar una recaída
- Apoyar una respuesta a través de frustrarla
- El uso del espacio y las posiciones
- Enfatizar lo positivo
- Plantar ideas
- Amplificar una desviación
- Amnesia y el control de la información
- Despertar y desengancharse
- Evitar la autoexploración

Cuando se trabaja con familias en las que hay un niño o adolescente problema, el objetivo es lograr que éste deje su comportamiento sintomático (que sirve una función para sus padres) al mismo tiempo que logra que los padres renuncien a un sistema de interacciones que les ayuda pero que tiene una función desafortunada en la familia. Madanés (1981) presenta tres estrategias para lidiar con esta problemática:

1. *Cambiar la acción metafórica.* Se busca reemplazar un síntoma con otra acción que tenga una función positiva para la familia sin los efectos indeseables del comportamiento sintomático.

2. *Proveer a la familia con una metáfora para el éxito en vez de una para el fracaso.* Un hijo sintomático, de acuerdo a Madanés (1981), expresa a través de su comportamiento los

fracasos de los padres. El terapeuta puede poner a prueba nuevas maneras a través de las cuales el hijo problema sea útil para los padres, sin necesidad de su síntoma.

3. *Cambiar la Solución Metafórica*. El comportamiento del niño problema es una solución y una metáfora a los problemas de los padres. Si el terapeuta logra que el comportamiento sintomático deje de tener ese sentido metafórico, el comportamiento será desechado.

Si se trabajara con un adolescente con un problema severo, Madanés (1981) propone que se intensifique la jerarquía de los padres. Si la madre fuese soltera, se pide al familiar o tutor más significativo para el adolescente que asista a la terapia.

El foco debe estar en utilizar y respetar lo que la familia considera importante. Los pasos para diseñar una tarea son: pensar en el problema con base en la secuencia que se da en la familia para mantenerlo y encontrar una directiva que pueda cambiar las cosas.

2.2.5 *Consideraciones y reflexiones generales*

- Cuestiones éticas

Algunos de los principales problemas éticos en el campo de la psicoterapia, tales como el intercambio justo o el control de información, son comunes a muchas otras profesiones (Haley, 1976). Cuando el terapeuta ha sido entrenado para ser un experto, tiene que ser capaz de tomar responsabilidad de lo que pase en las sesiones, además de contar con una amplia gama de técnicas para las diferentes situaciones que puedan presentarse.

Haley (1976) dice que los terapeutas desarrollarán una postura ética con el tiempo y la experiencia. Creo sin duda que esta postura tiene que estar de acuerdo con la integridad personal siempre recordando la responsabilidad que tenemos hacia los pacientes.

- Conclusiones

La terapia estratégica es sin duda resultado de una evolución de las terapias sistémicas. Una de sus fortalezas es su brevedad y su especificidad respecto al problema, las interacciones que lo sostienen y la estructura jerárquica desequilibrada. Becvar y Becvar (2006) dicen que este

enfoque, además de ser de particular influencia para las terapias breves, es uno de los más consistentes con el énfasis cibernético de la terapia familiar.

Entre las críticas que se hacen a este modelo, se dice que promueve la manipulación de los clientes, que es un enfoque superficial y que no es investigable. A lo anterior, Haley (1986) presenta una defensa para su modelo.

- Reflexiones Personales

Al principio del curso me sentía un poco reacia hacia el enfoque estratégico debido a su directividad. Hoy lo considero útil y práctico para la resolución de problemas específicos y en el trabajo con adolescentes y sus padres.

He disfrutado en especial las técnicas utilizadas por Jay Haley y Cloé Madanés, pues requieren que el terapeuta sea flexible y capaz de adaptarse a lo que el paciente trae consigo al ámbito terapéutico

El enfoque surge, sin duda, bajo una cosmovisión puramente modernista, por lo que se cree que existe una única e irrevocable realidad. Lo anterior permite que puedan hacerse inferencias y generarse estrategias que lleven al paciente al "bienestar". Sin embargo, un enfoque posmoderno diría que este enfoque presenta una visión más del problema, y que no es la única de mirarlo.

A pesar de lo anterior, me gusta la noción de cambio que ofrece Haley (1986), que supone que, además de lograr diferencias en las interacciones, se provea al paciente con nuevas alternativas que puedan ser generalizadas a distintas áreas de su vida.

2.3 Modelo Del MRI

2.3.1 Antecedentes

Una vez que se había fortalecido la epistemología sistémica en el trabajo con las familias (debido en gran parte a la creación del Mental Research Institute, al trabajo de Gregory Bateson y su equipo en la teoría del Doble Vínculo, así como a la publicación de *Pragmatics of Human*

Communication) surgió en Palo Alto, en 1966, la inquietud de crear tratamientos más rápidos aunque igual de efectivos.

Influenciados por la terapia hipnótica breve de Milton Erickson, los análisis de Gregory Bateson y el pensamiento constructivista (Eguiluz, 2004), se creó el “Brief Therapy Center of the Mental Research Institute of Palo Alto” bajo la dirección de Richard Fisch con la colaboración de Paul Watzlawick, John Weakland, Art Bovin, y Lynn Segal, entre otros. A esta modalidad de terapia se le ha llamado del MRI o Terapia orientada a Problemas.

Los fundadores del centro de Terapia Breve escribieron dos libros de mayor importancia: *Change, Principles of Problem Formation and Problem Resolution* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974) y *Tactics of Change: Doing therapy Briefly* (Fisch, Weakland y Segal, 1994). Además de eso, los asociados a este modelo cuentan con más de diez publicaciones, conferencias en muchos lugares del mundo y el reconocimiento al modelo del MRI como pionero de la terapia breve.

2.3.2 Principios Básicos

Esta modalidad de terapia consiste en un máximo de diez sesiones, en las que el terapeuta se concentra en: 1) definir el problema en términos concretos, 2) entender lo que la familia y los individuos han hecho ante el problema, es decir, cuáles son las **soluciones intentadas**, 3) obtener una definición concreta del cambio a realizar, y 4) formular y poner en marcha un plan para producir el cambio (Watzlawick P., Weakland J. y Fisch R., 1979).

El objetivo general de la terapia consiste en eliminar o reducir satisfactoriamente la problemática del paciente, para eso, el terapeuta tendrá que establecer metas y objetivos a cubrir, para así poder tener una guía de acción con la cual dirigirse durante el proceso terapéutico.

Este enfoque da una especial importancia al cambio que sea más rápidamente obtenible. Se entienden entonces dos tipos de cambio, el de Tipo 1 que tiene lugar dentro de un sistema que permanece sin modificaciones, y el cambio de Tipo 2 es aquél que cambia al propio sistema.

El modelo no busca las causas históricas de los problemas que se presentan, y cree que los pequeños cambios producirán aún más cambios debido a que, todas las personas se encuentran insertas en ecosistemas que los afectan y por los que son afectados.

-¿Cómo se construyen los problemas?

La Terapia Breve del MRI (Watzlawick P., Weakland J. y Fisch R., 1979) marca una diferencia entre los conceptos de dificultad y problema. Una dificultad es una situación indeseable que puede resolverse a través de actos del sentido común, o que en su defecto, si no hubiese solución, tendrá que sobrellevarse. Problemas son aquellas situaciones o crisis que parecen irresolubles, y que se crean y se mantienen cuando se enfocan mal las dificultades. Existen tres maneras en que las dificultades pueden ser mal enfocadas:

- **Las terribles simplificaciones:** Se niega que un problema es un problema. A pesar de que la situación requiere de una acción que pudiese mejorarla, se responde negándola.
- **El síndrome de utopía.** Se emprende una acción cuando no es necesario (cuando la dificultad no existe o no se puede cambiar).
- **Las paradojas.** Se realiza un cambio de Tipo 1 cuando se requiere un cambio de Tipo 2 o viceversa. Lo anterior conlleva a “un juego sin fin” pues la acción se emprende a un nivel equivocado

El modelo entiende los problemas como originados en la interrelación de las diversas partes del sistema. Cuando una dificultad es mal enfocada, y no se soluciona, los miembros del sistema intentan resolverla a través de aplicar un efecto contrario al problema. Según Watzlawick, Weakland y Fisch (1974), esto es un error de tipo lógico, pues no siempre hacer lo contrario funciona. Las soluciones intentadas se vuelven entonces “más de lo mismo” *manteniendo el problema dentro del sistema.*

Bajo estas condiciones, el terapeuta breve tendrá que alejarse de las soluciones antes ofrecidas por la familia y tomar en cuenta dos elementos importantes (Fisch, Weakland y Seagal, 2004) su **capacidad de maniobra**, que es la libertad para actuar de la manera que le parezca más conveniente, manteniendo siempre el control sobre el tratamiento y emprendiendo acciones dotadas de propósito, y la **postura del paciente**, es decir, el respeto hacia sus valores, creencias y prioridades.

2.3.3 Técnicas

El modelo del MRI contempla dos tipos de intervenciones: las principales y las generales (Fisch, Weakland y Segal, 2004). Las primeras se refieren a aquellas intervenciones que se utilizan cuando se ha recabado la información suficiente, y cuando se insertan en un plan de trabajo con objetivos específicos, y dependen de la particularidad del caso. El segundo tipo de intervenciones se refiere a aquellas que pueden ser usadas durante todo el proceso terapéutico y en diversos tipos de casos. A continuación se listan:

Intervenciones Específicas

- Forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente. Busca invertir el intento del paciente de resolver su problema a través de suministrarle razones y directrices que lo lleven a fracasar.
- Dominar un acontecimiento temido aplazándolo. El terapeuta buscará exponer al paciente a la situación problema, al mismo tiempo que le exige la ausencia de dominio sobre este.
- Llegar a un acuerdo mediante una oposición. Se indica al paciente colocarse en una postura de debilidad ante sus problemas; es un intento de sabotaje benévolo.
- Conseguir sumisión a través de la libre aceptación. Se busca que las personas hagan sus solicitudes de manera directa a los otros (y no de manera paradójica). Para lo anterior, el terapeuta podrá redefinir la benevolencia de las solicitudes directas y entendiendo las solicitudes indirectas como algo inconscientemente destructivo.
- Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa. Esta técnica intenta crear una interferencia entre el acusador y el defensor al reducir el valor informativo de su comunicación interpersonal, es decir, los sujetos no sabrán si se están refiriendo a los hechos en cuestión.

Intervenciones Generales

- No apresurarse. A través de instrucciones muy generales, se le pide al paciente que tome las cosas con calma, pues cada cambio necesita un tiempo de adaptación.
- El peligro de una mejoría. Se hace ver al paciente cuales serían los peligros de dejar su síntoma no solo para él, sino también para aquellos alrededor.
- Cambio de dirección. Debido a que es importante que en la terapia breve se utilice lo que el cliente ofrece, el terapeuta podría cambiar de postura, dirección y/o estrategia. Es necesario que esto sea comunicado al paciente.
- Cómo empeorar el problema. Esta técnica subraya de una manera clara como es que el paciente toma parte en la presencia de su síntoma. Al mostrarle cuáles son las maneras en que podrían empeorar las cosas, ellos pueden ver los peligros de regresar a las antiguas soluciones.

Además de las anteriores, podríamos añadir la **redefinición o reformulación** y como una técnica interventiva que es de gran utilidad para poder construir nuevos significados que sean más útiles para el o los pacientes, y la **prescripción del síntoma**, como un método paradójico que ha probado ser de gran eficacia.

2.3.4 Consideraciones o reflexiones generales

Sin duda, la creación del modelo de terapias breves del MRI, ha representado un parte aguas en la historia de la terapia familiar sistémica. Este modelo ha sido base para la creación de otros modelos de terapia breve, además de contribuir al campo con técnicas claras y específicas para el trabajo con las familias y los individuos.

Una de las grandes virtudes de este modelo es que se aleja de las etiquetas, es decir, nombrar a los pacientes como sanos o enfermos, o a las familias como disfuncionales (Sánchez y G., 2000). Sin embargo, podría discutirse la superficialidad del tratamiento al no darle un lugar importante a los afectos, o a la profundización en diversos temas.

A pesar de lo anterior, el modelo del MRI sigue siendo aquel cuya creación marcó una nueva etapa en la forma de hacer terapia de una manera como nunca antes se había hecho.

2.4 La Escuela De Milán

En el campo de la Terapia Familiar, se le ha llamado Escuela de Milán al modelo de trabajo con familias que surgió en la ciudad de Milán, Italia en la década de los años 70. Este modelo ha evolucionado y pasado por diversas etapas, desde la incorporación de técnicas psicodinámicas, el purismo sistémico, la creación de modelos de intervención, y, el salto a los modelos posmodernos que han hecho algunos de sus fundadores. Sin duda, la historia de esta escuela es una de uniones, separaciones, generaciones y del legado vasto del modelo que nació por la influencia del modelo sistémico y que se convirtió en influyente del mismo.

2.4.1 Antecedentes exponentes y principios básicos

1950-1971

De acuerdo a Selvini, M. (1990), Mara Selvini Palazzoli comenzó su formación psicodinámica en los años 50, sobre bases ortodoxas. Para 1963, Mara Selvini había trabajado con pacientes anoréxicas, y fue en ese mismo año cuando escribió su primer artículo sobre el tema. Sin embargo, a través de los años ella comenzó a sentir insatisfacción ante la lentitud y los resultados de la terapia individual, cuestión que la llevó a abandonar su modelo de trabajo y comenzar a experimentar con la terapia familiar conjunta, basada en el estudio de la comunicación y de las relaciones humanas.

En 1967, Mara Selvini funda el “*Centro per lo studio di la famiglia*”, donde comienza su trabajo con familias y con un primer equipo. En el periodo de 1967 a 1971, siguen experimentando la terapia con familias desde una base psicoanalítica informada por las nuevas ideas sobre la comunicación humana.

1971

Las investigaciones del grupo de Gregory Bateson sobre la comunicación humana y el doble vínculo, además de la concepción de la familia como un sistema, caracterizado por su función homeostática, y su capacidad de transformación, llevan a algunos miembros del primer equipo a decidir orientarse hacia el modelo sistémico. Estalla en 1971, un conflicto en el *Centro per lo Studio di la Famiglia*, conflicto que lleva a una separación del primer equipo y a la

reorganización de uno nuevo. Mara Selvini, Giuliana Prata, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin, deciden entonces llevar el modelo sistémico a la práctica de la terapia familiar y hacerlo de la manera más estricta y pura posible, alejándose de las interpretaciones psicodinámicas.

1971-1978

El grupo de los ahora llamados “asociados de Milán” trabaja por ocho años, tres días a la semana, sin goce de sueldo, dedicándose a la investigación a través de la terapia. Retoman la idea del Doble Vínculo y comienzan entonces su trabajo basados en los conceptos de la paradoja patológica y la contraparadoja terapéutica, intentando así cambiar las reglas del juego familiar (Selvini, P., Bóscolo, Cecchin, y Prata, 1988).

Durante este periodo, los asociados de Milán desarrollaron un modelo de entrevista que les sería de gran utilidad para la formulación y posterior puesta a prueba de sus hipótesis.

-La entrevista de Milán

Una vez que las familias solicitaban atención en el centro, uno de los miembros del equipo dedicaba un tiempo para hacer una primera entrevista telefónica, teniendo como guía una ficha que contendría la información de la familia, además de las observaciones particulares del terapeuta entrevistador. Los equipos de trabajo están siempre conformados por un hombre y una mujer dentro de la sesión y un hombre y una mujer detrás del espejo. Según los asociados, esto les permitía alcanzar un mejor equilibrio en sus interacciones con la familia.

El equipo también sistematiza la entrevista y la divide en cinco momentos (Selvini, P., et. al., 1988):

- **PRESESIÓN.** Se da lectura a la ficha de información, o el acta de la sesión anterior según sea el caso. Se formulan hipótesis.
- **DESARROLLO DE LA SESIÓN.** Esta parte tiene una duración de aproximadamente una hora en la que se recaba información y se observan los patrones de interacción.
- **DISCUSIÓN DE LA SESIÓN.** Los terapeutas salen a discutir con el equipo que ha observado la sesión detrás del espejo, y juntos, crean un mensaje final que es en casi todas las veces, paradójico.

- **CONCLUSIÓN DE LA SESIÓN.** Se establece la próxima cita (que en la mayoría de las veces era establecida para un mes después), y se envía el mensaje “bomba”, sin posibilidad a discutirlo.
- **ACTA DE LA SESIÓN.** El equipo discute las reacciones observadas y formulan previsiones, además de reportar todo lo ocurrido en el acta.

El modelo de entrevista ha influenciado grandemente el campo de la Terapia Familiar, siendo común su uso para la formación de terapeutas.

El periodo de 1971 a 1978 es muy fructífero para el equipo. Con su idea de la contraparadoja, desarrollan técnicas de intervención como la connotación positiva y los rituales familiares, además de el sistemático modelo de entrevista. Desarrollan también los conceptos de hipótesis, neutralidad y circularidad (Selvini, P., Bóscolo, Cecchin, y Prata, 1980), que vendrían a ser una de sus más grandes aportaciones al campo epistemológico.

1978-1980

Después de un arduo trabajo, en 1978 el equipo escribe “Hypothesizing, circularity and neutrality: three guidelines for the conductor of the session” (Selvini, P. et.al., 1980). En el artículo, los autores identifican tres conceptos básicos para poder llevar a cabo una sesión familiar de una manera exitosa. Los tres principios se convirtieron en una de las aportaciones teóricas más importantes de este modelo. A continuación se explican:

- **HIPÓTESIS.** El terapeuta debe tener la capacidad de construir una hipótesis basada en la información que posee. Esto le permitirá tener un punto de partida para comenzar su investigación. Si la hipótesis resultase errónea, se tendrá que generar otra con base en la información que se recabó al tratar de verificar la primera hipótesis. La hipótesis no es verdadera o falsa, sino solamente útil para conocer más acerca del funcionamiento del síntoma en relación a las interacciones familiares.
- **CIRCULARIDAD.** Es la habilidad que tiene el terapeuta para dirigirse en la sesión, con base en la retroalimentación que obtiene de la familia acerca de las diferencias y el cambio. Para

que en la entrevista se desarrolle un *interrogatorio circular*, tendrá que tocarse a cada uno de los miembros en relación a los otros.

El **interrogatorio circular** es entonces “una técnica de entrevista eminentemente relacional” (Rodríguez, 2004, p. 167), que además provee a la familia la oportunidad de entenderse sistémicamente y no solo como individuos.

Un equipo de la universidad de Iowa (Fleuridas, Nelson, y Rosenthal, 1986) propone cuatro tipos de preguntas:

- De la definición del problema. Se utilizan para obtener información de cada miembro acerca de su perspectiva del problema.
- De la secuencia de interacciones. Se examinan las interacciones de la familia respecto al problema.
- De comparación y clasificación. Con estas preguntas se exploran las creencias, valores, mitos, pensamientos y sentimientos de cada uno de los miembros, y como estos son similares o difieren de los del resto de la familia.
- Preguntas interventivas. Estas preguntas sirven para retar, informar o intervenir a los miembros de la familia con la intención de que estos intenten nuevos comportamientos. Solo deben utilizarse después de que se haya obtenido suficiente información y se hayan probado las hipótesis.

Fleuridas, et.al. (1986) también proponen una dimensión temporal para cada tipo de preguntas (presente pasado y futuro hipotético). El entrevistador tiene la posibilidad de investigar, dentro de cada dimensión temporal, acerca de: a) diferencias, b) acuerdos y desacuerdos y c) explicaciones y significados.

Basada en la anterior clasificación, Rodríguez (2004), propone una matriz de preguntas organizadas en tres dimensiones: el tiempo, los tipos de preguntas y la temática prioritaria que aborda cada pregunta, arrojando un total de 45 preguntas posibles para el interrogatorio circular.

➤ **NEUTRALIDAD.** Según los autores, es “el efecto pragmático concreto que la totalidad de las conductas del terapeuta ejercen en la familia” (Selvini, P., et.al., 1980, p. 12). Es esa capacidad del terapeuta de mantenerse con todos los miembros de la familia, sin juzgar, criticar, ni aliarse con ninguno en particular (Rodríguez, 2004).

Para el modelo de Milán, el concepto en el que todos los otros conceptos convergen, es el del *juego familiar* (Selvini, P., et.al., 1980), que se entiende como el conjunto de todas las interacciones en la familia que mantienen su homeostasis y la indefinición de la relación.

El artículo antes mencionado, escrito en 1978 (Selvini, P., et.al., 1980) marca también la época de la separación teórica entre Mara Selvini y Giuliana Prata con Luigi Bóscolo y Gianfranco Cecchin, aunque esta separación no se hace oficial sino hasta 1980.

1980-actualidad

Cuando el equipo se desintegra, Mara Selvini y Giuliana Prata continúan la investigación sobre los juegos familiares, introduciendo la idea de la prescripción invariable y de la revelación del juego a la familia. Giuliana deja de trabajar con Mara Selvini, y esta última crea un nuevo equipo que, en 1988 publica “Los Juegos Psicóticos de la Familia” (Selvini, P., Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1990).

En este periodo se desarrollan dos conceptos importantes, que se unen a la idea del juego familiar antes formulada por el equipo original. Estos conceptos son: el *embrollo*, que se entiende como la práctica de uno de los padres al mostrar una relación privilegiada con uno de los hijos, pero que en realidad no lo es, y la *Instigación*, que se refiere a la utilización del sintomático por parte de uno de los padres contra el otro, lo que desarrolla y mantiene el síntoma.

En “Muchachas anoréxicas y Bulímicas” (Selvini, P., Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1999), el nuevo equipo compara los diferentes métodos de intervención utilizados a través de los años, además de presentar su actual modelo, en el que abogan por una postura mucho más cercana y empática, dejando atrás el lenguaje bélico. Proponen también el uso de sesiones individuales con la paciente y/o los padres y hermanos, además de modificar la forma de entrevistar, al sugerir coloquios preliminares que sustituyen a la entrevista telefónica.

Por otro lado, Luigi Bóscolo y Gianfranco Cecchin, se dedicaron a la formación de nuevos terapeutas alrededor del mundo, y se acercaron a los enfoques posmodernos colaborativos, introduciendo al campo de la terapia los conceptos de irreverencia, curiosidad y tiempo.

- **Tiempo:** Bóscolo y Bertrando (1996) introducen la idea de que los tiempos son subjetivos y diferentes, armónicos o disonantes tanto para la familia, la cultura, el individuo, y las instituciones. Esta subjetividad requiere que exista algún tipo de coordinación para la terapia y los diferentes tiempos.
- **Curiosidad:** Cecchin (1987) propone que lo que antes se había llamado neutralidad (aquel estado de no involucramiento con el paciente), se describa ahora como la creación de un estado de curiosidad que lleve al terapeuta a inventar o ver diferentes alternativas dentro de las sesiones y no “casarse” con solo una manera de entender la realidad.
- **Irreverencia:** La idea de Irreverencia (Cecchin, Lane y Ray, 2002) tiene que ver con una postura de duda y cuestionamiento por parte del terapeuta hacia una única manera de hacer las cosas, reflexionando siempre sobre la ética y sintiéndose liberado de la idea del control sobre la terapia.

Mara Selvini muere en 1999, seguida de Gianfranco Cecchin en 2004. En la actualidad, Luigi Bóscolo es el único de los cuatro fundadores del modelo, que se mantiene activo en el campo de la Terapia Familiar y los enfoques posmodernos.

2.4.2 Técnicas de intervención

Sin duda, uno de los grandes aportes del modelo al campo de la Terapia Familiar, han sido la diversidad de técnicas de intervención desarrolladas por los asociados de Milán en sus diferentes momentos históricos. A continuación, se presentan aquellas técnicas desarrolladas por el equipo original, y las desarrolladas por Mara Selvini y Giuliana Prata al romperse éste (Selvini, P., et.al. 1988, Rodríguez, 2004):

1971-1980: El método paradójico

- **Connotación Positiva.** El síntoma se redefine como presentado por razones bondadosas y altruistas por parte del paciente identificado y sus familiares. Se resalta el grado de cohesión en la familia. A través de esto, todos los miembros de la familia son colocados en un mismo plano.
- **Prescripción del Síntoma:** La prescripción del síntoma es una estrategia paradójica, y solo puede hacerse cuando éste se elogia. El equipo de Milán lo connota como un sacrificio hecho de buena voluntad, sin que nadie siquiera lo hubiese pedido. Se define entonces el contexto terapéutico y se permite la entrada a los terapeutas al sistema familiar.
- **Rituales Familiares:** Debido a que la familia sustenta muchos de sus interacciones en base a los mitos, y a que estos mitos nunca son cuestionados, una tarea ritualizada tiene la intención de cuestionar el mito familiar. Se recomienda que las instrucciones estén hechas por escrito y que se involucre a cada uno de los miembros.
- **De la rivalidad del hermano al sacrificio por ayudarlo:** Se traslada la etiqueta de enfermo al resto a uno o más hermanos del paciente sintomático, a quienes la familia considera como sanos. Se señala también que el paciente sintomático ha intuido que los hermanos se encuentran peor que él y que el síntoma es su forma de ayudar.
- **Los terapeutas se hacen cargo:** En familias de un hijo único, se desplaza el enojo de los hijos a los padres y se coloca en el terapeuta. Con esto, se evita la triangulación y se manda un mensaje a los hijos (sin decirlo) en el que se les invita a crecer.
- **Los terapeutas aceptan una mejoría sospechosa:** Ante una mejoría súbita e inaceptable, que no tiene el respaldo del cambio en las interacciones familiares, los terapeutas proponen la opción de seguir la terapia, si la familia lo quiere, poniéndolos una vez más en una situación paradójica, y evitando el sabotaje.

- **Recuperar a los ausentes:** Se cree que la ausencia de uno de los miembros tiene que ver con la resistencia de toda la familia, por lo que se cambia el formato de la sesión, para que esta termine en casa cuando todos los miembros estén reunidos. En muchas ocasiones se envía una carta sellada con el mensaje del equipo y se pide al miembro ausente leerla para todos.
- **Eludir la descalificación:** El terapeuta debe: saber el juego que juega la familia y entender que todo lo que esta presenta es una seducción, revisar sus sentimientos hacia a ella, además de aceptar la descalificación para luego eludirla. Así se entiende que la lucha es contra el juego y no contra quienes lo juegan.
- **Coaliciones negadas:** Se entienden como una jugada para mantener la homeostasis del sistema. El terapeuta connota la coalición positivamente en su intencionalidad y se envía un mensaje paradójico e intolerable.
- **Declaración de impotencia:** Cuando el proceso ha llegado a un momento de no cambio, pueden recurrir a hablarle a la familia de su incapacidad (de ellos, los expertos) para ayudarlos. Esto pondrá a la familia en una situación de ansiedad y para poder seguir jugando, tendrán que moverse.
- **Autoprescripción de paradoja extrema:** La paradoja extrema en las familias es “solo puedes ayudarme al no ser lo que eres”. Para contrarrestarla, se ideó una prescripción dirigida solamente al equipo acerca de acceder a ese pedido.

1980-1988: El juego y la prescripción invariable

- **Prescripción Invariable:** Se cita solamente a la pareja parental y se les pide que tengan salidas en secreto, dejando solo mensajes a los hijos acerca de generalidades sobre cuando regresarán. El secreto genera tensión pero tiene la capacidad de terminar con la triangulación. Esta prescripción se vuelve invariable al ser usada con múltiples familias.
- **Revelación del Juego:** Consiste en los señalamientos claros y directos por parte del terapeuta acerca del papel que cada uno de los miembros tiene en el juego familiar.

Las técnicas desarrolladas por el último equipo de Mara Selvini, están descritas en *Muchachas Anoréxicas y Bulímicas* (Selvini, P., et.al., 1999), y tienen que ver con facilitar a la familia, la oportunidad de acercarse al sufrimiento generado por la transferencia intergeneracional de carencias.

2.4.3 Consideraciones y Reflexiones finales

Han pasado ya más de treinta años desde la formación del primer equipo “puramente sistémico” en Milán. Sin duda, el campo de la Terapia Familiar ha caminado distancias que no pudieron ser previstas en un principio, y en un intento purista, podría decirse que la escuela de Milán perteneció a un sistema por el cual fue informado y al que informó, por el cual fue alimentado y al cual alimentó. Hoy, sus aportaciones y deficiencias pueden ser miradas a través de la ventaja que ofrece el tiempo. Entre las primeras, el uso del equipo, la sistematización de la entrevista, el fin del terapeuta como instructor y pedagogo (Selvini, M., 1990), convirtiéndose entonces en un catalizador de cambio, etc. Entre las segundas, el lenguaje bélico y el entendimiento de la terapia como un campo de batalla.

Con todo lo anterior, y en el tono de la irreverencia de Cecchin, et.al. (2002), pareciera que tanto el contenido teórico del Modelo de Milán, como el proceso de incertidumbre que los guió a desarrollar nuevos significados, alternativas y creencias, son elementos que pueden todavía ser utilizados de manera efectiva, y podrían incluso potenciar el trabajo con las familias e individuos que asisten a terapia.

2.5 Modelo De Terapia Breve Orientado A Soluciones

2.5.1 Antecedentes

En la década de los 80's, el modelo sistémico propuesto por Palo Alto, había ya sembrado muchas semillas, en muchos lugares. Estas semillas tenían que ver cómo debía trabajarse con las familias. En Milwaukee, Steve De Shazer, Inso Kim Berg y su grupo de colaboradores (Jim Derks, Elam Nunnally, Marilyn LaCourt & Eve Lipchik), discutían la posibilidad de acortar la terapia, enfocándose solo en cómo los clientes podían solucionar sus

problemas efectivamente. Por esos mismos días, Bill O'Hanlon se interesaba también en acortar la terapia utilizando los recursos que los clientes ya traían consigo. Así, con paciencia y pasos seguros, se formó la escuela de la terapia breve, y bajo su sombra dos corrientes; las dos hablaban de soluciones, aunque una se enfocaba a ellas, mientras que la otra se orientaba hacia las mismas.

Ambas corrientes fueron influenciados por tres fuerzas: el pensamiento constructivista, el trabajo de Milton Erickson y el trabajo de Gregory Bateson (Espinosa, 2004).

CONSTRUCTIVISMO. Establece que las familias y las personas forman su propia realidad a través de las estructuras biológicas presentes en ellos, y están en un proceso constante de comprenderse y a su experiencia; toda realidad es el resultado de ese proceso. Por lo anterior, la terapia solo se ocupa de la experiencia, las percepciones que se tienen de esta y no de la “verdad”.

MILTON ERICKSON. Pionero por sus aportaciones a la hipnosis, la terapia familiar y la terapia breve. Consideraba que los pacientes buscaban obtener soluciones y no patologías, pues en su propia estructura psicosocial tienen la capacidad de solución a sus problemas. Este autor rechazó el concepto de resistencia y creía en utilizar el síntoma como parte de la solución a éste mismo. Para él, la terapia debía ser ajustada para satisfacer los estilos y la cultura de cada cliente. Algunas de sus técnicas para el cambio fueron la hipnosis (que ponía al paciente en contacto con sus recursos), el humor, la sorpresa y el uso de cuentos y metáforas.

GREGORY BATESON. Además de sus ideas acerca del pensamiento cibernético y de la circularidad de los procesos interactivos, establece que hay una relación recursiva entre el significado y la acción, lo que indica que si se cambia la visión respecto al problema, se conducirá un cambio en la conducta del paciente.

2.5.2 Principios Básicos

La Terapia Breve es un estilo terapéutico basado en la Teoría de los Sistemas (Freidberg, 1989), que privilegia la interacción humana (Espinosa, 2000). Busca modificar una interacción problemática en la que el paciente y el terapeuta dirijan sus esfuerzos a una tarea definida por ambos. Espinosa (2004) dice que es una *conversación* entre dos personas sobre el modo de alcanzar las metas del cliente.

Si la terapia es entendida como una conversación para el cambio, entonces, el *lenguaje* juega un papel muy importante, siendo el lenguaje del cliente el que predomina en las sesiones (Espinosa, 2004). Y es a través del lenguaje que se cumplen las tres metas de la terapia (Becvar y Becvar, 2006):

- Cambiar la manera de actuar en la situación problemática
- Cambiar la manera en que el paciente percibe el “problema”
- Evocar recursos, soluciones y capacidades aplicables a la situación actual

Como puede entenderse, lo principal para la Terapia Breve es resolver los problemas que interfieren con las metas y los satisfactores para los involucrados (Freidberg, 1989).

Los problemas son entendidos como fallas en los patrones de habla, pensamiento y acción, que son procesos constantemente cambiantes. Se entiende a la familia como atrapada en una visión corta y pesimista de sus problemas, lo que provoca una serie de secuencias rígidas (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Para este enfoque, no hay un modelo de familia “normal”, y los clientes son todas aquellas personas que están motivados para ir a terapia y cambiar.

Hacer terapia breve no requiere mucho conocimiento del problema para que este pueda solucionarse, y el modelo se vale de los recursos de los clientes para el cambio, que es constante e inevitable. Cualquier cambio, por pequeño que sea, generará cambios al sistema (De Shazer, 1985).

De acuerdo a Freidberg (1989), los puntos fundamentales de la Terapia Breve (enfocada u orientada a la solución de problemas) son:

- Las percepciones determinan la interacción de las personas con el medio ambiente (El mapa no es el territorio). Esto permite que se entiendan los fenómenos desde un punto de vista más amplio.
- Diferenciación entre hechos y significado. Los hechos son trozos de conducta corroborados por cualquier observador, mientras que el significado es la interpretación que se hace de los hechos. La terapia es el proceso que ayuda al cliente a resignificar los contenidos de sus experiencias. A este modelo terapéutico le interesa más la versión de los acontecimientos que los acontecimientos mismos (Espinosa, 2004).

- Las personas utilizan la mejor opción de entre todas aquellas que se encuentran dentro de su realidad. Por lo anterior, la terapia busca utilizar los recursos del paciente.
- Ciertos mapas y modelos limitan las opciones de las personas y dejan de ser funcionales.
- La epistemología sistémica es funcional, pues enfatiza las interacciones y las relaciones que permiten a las personas una mayor cantidad de desarrollo, además de que en ella se entienden las estructuras que mantienen el problema.
- El contexto y el medio ambiente mantienen e influyen la conducta de las personas
- Los principios sistémicos que sostienen a la Terapia Breve son:
 - -Circularidad vs. Linealidad
 - -Retroalimentación (positiva y negativa)
 - -Entropía vs. Negentropía (energía)
 - -Equifinalidad
 - -Organización
- La Terapia Breve se basa en los axiomas comunicacionales propuestos por Watzlawick, Beavin y Jackson (1991).
- La Terapia Breve toma en cuenta el ciclo vital de las familias.
- Busca también definir metas concretas que sirvan como indicadores del éxito de la terapia.
- Intenta explorar las soluciones intentadas por el cliente que acude a terapia.
- Busca los elementos que hacen una diferencia (cuándo y cuándo no se presenta la conducta sintomática).
- Tiene un modelo de áreas conflictivas y alternativas de solución.
- Cada intervención debe producir un efecto.
- El tiempo de la terapia es, por lo regular, de aproximadamente 10 sesiones.

Por su parte, Lipchik (2005) menciona 10 supuestos centrados en la solución, que guían la práctica de la terapia breve. Cabe mencionar, que el trabajo de Lipchik surge más de dos décadas después de la creación de la Terapia Breve Enfocada a las soluciones, y en él incorpora la importancia de las emociones, situación que no tenía preponderancia en el primer momento del modelo.

1. Cada cliente es único.
2. Los clientes poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos.
3. Nada es totalmente negativo.
4. La resistencia no existe
5. Usted no puede cambiar a los clientes, solo ellos pueden cambiarse a sí mismos.
6. La TCS avanza a paso lento.
7. No hay causa y efecto.
8. Las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema.
9. Las emociones son parte de todo problema y de toda solución.
10. El cambio es constante e inevitable: un pequeño cambio puede llevar a cambios mas grandes.

2.5.3 Técnicas

Como se ha dicho, este enfoque se centra en los recursos y posibilidades más que en la patología y los problemas. Para tener un mapa de cómo comenzar el proceso terapéutico, y como dirigirse durante el, De Shazer propone que se establezcan metas desde la primera sesión. Los criterios para las metas que se establecen en el contexto terapéutico son (De Shazer en Becvar y Becvar, 2006):

- Que sean pequeñas
- Que sean significativas para los clientes
- Que estén descritas en términos concretos y conductuales
- Que sean alcanzables de acuerdo al contexto de la vida de los clientes
- Que los clientes perciban que requieren de “trabajo arduo”
- Que sean descritas como el “principio de algo” en vez de “el fin de algo”
- Que describan conductas nuevas en vez de la ausencia de conductas existentes

Una vez que se han establecido las metas terapéuticas, se utilizan preguntas que generen información acerca de los lados fuertes, capacidades y recursos, además de técnicas de

redefinición, tareas, uso de cuentos y metáforas y principios del lenguaje hipnótico ericksoniano. Estas intervenciones son siempre diseñadas tomando en cuenta el lenguaje, la motivación y la visión del mundo que tienen los clientes (Espinosa, 2004).

Tabla 2. Técnicas de intervención de las dos escuelas de la Terapia de Soluciones

Terapia Breve Orientada a Soluciones	Terapia Breve Enfocada en Soluciones
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hablar el lenguaje del cliente. 2. Usar preguntas que presuponen el cambio. 3. Usar preguntas de opción múltiple con respuestas que se dirijan hacia las metas establecidas. 4. Usar la “interrupción terapéutica”, para redirigir la conversación hacia la solución más constructiva, orientada hacia las metas. 5. “Normalizar el problema”, lo que lo define como un fenómeno natural y no como una patología. 6. Hacer un resumen con un “twist”, que resume una conversación pero la orienta hacia una solución. 7. “Utilización”, técnica que permite aceptar la perspectiva del cliente en vez de rechazarla, de no estar de acuerdo con ella, o de resistirla y de esa manera, utilizar esa perspectiva como un puente hacia la meta. 8. Proveer al cliente con “soluciones obvias”, o sugerencias de sentido común, como alternativas para nuevas conductas. 9. Introducir dudas. Estas intervenciones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No reparar lo que ya funciona. Si algo está dando buenos resultados, no necesita reparación. 2. Búsqueda de las excepciones y agrándalas. ¿Cuáles son los momentos o situaciones en los que el problema no está? 3. Hacer algo diferente. Al seguir intentado siempre la misma solución, se obtendrá siempre el mismo resultado. 4. La prescripción de no cambiar. Si los clientes desean una solución inmediata a una situación crítica, se les pide que no cambien para que el terapeuta tenga tiempo de entender la situación. 5. La prescripción de ir despacio. Sugerir que un cambio positivo requiere tiempo para

<p>cuestionan las creencias del cliente que están relacionadas con el problema.</p> <p>10. Enfoque en el futuro. Una manera de trabajar hacia metas concretas. Pueden anticiparse situaciones que puedan obstruir el éxito del cliente en mejorar su situación.</p>	<p>afianzarse.</p> <p>6. Hacer lo contrario. Si se utilizado un comportamiento una y otra vez, con la intención de que otra persona cambie, se sugiere hacer lo contrario a ese comportamiento.</p> <p>7. Pregunta de la escala. La persona se ubica en una escala, y menciona cómo llegó, dónde está y que le falta, proveyendo así información sobre los avances, las necesidades del proceso, etc.</p> <p>8. Pregunta del milagro. Se pregunta al cliente si por un milagro, el problema hubiese desaparecido, ¿qué pasaría?, ¿qué cosas serían diferentes?</p> <p>9. Anécdotas, historias y cuentos. Se utilizan medios literarios como herramientas para explorar y alimentar nuevas soluciones.</p> <p>10. Busca la solución más simple. Se utilizan los medios más económicos para llegar al fin deseado</p>
---	---

Fuentes: Becvar y Becvar, (2006), De Shazer (1985, 1994), y Lipchik (2005).

Tareas del Terapeuta (Espinosa, 2004):

-Utilizar el lenguaje del cliente, identificar y ampliar el cambio. Creerlos expertos en sus propias vidas. También deberá creer en sus capacidades, buscar sus posibilidades y no sus limitaciones (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

-Centrarse en lo que los pacientes hacen y les da buenos resultados (excepciones).

-Interesarse en lo que es posible y no preocuparse por mantener el control.

-Animar al cliente a través de los cambios pequeños y orientarse hacia el futuro (Becvar y Becvar, 2006).

El final del proceso en la terapia de soluciones llega cuando se han cumplido las metas terapéuticas establecidas al principio del proceso, o cuando el cliente dice que su problema ha sido resuelto.

2.5.4 Consideraciones o reflexiones generales

Sin duda, el nacimiento de los enfoques de la terapia breve se entiende dentro de su *zeitgeist* (el espíritu de los tiempos). La transición de los enfoques modernos a los posmodernos, lleva a cuestionar la rigidez de los tiempos, los procesos largos y a introducir nuevas ideas, como aquella de la terapia-conversación. La terapia breve, a mi parecer, ha fungido como un puente entre esos dos mundos, creada bajo la modernidad, caminando hacia la posmodernidad.

Podría decirse del modelo, que puede llegar a ser reduccionista y frío, sin embargo, sus aportes al campo son grandes, y de gran utilidad. El efecto bola de nieve, la pregunta del milagro, las excepciones, son excelentes herramientas terapéuticas, y el modelo en sí es un mapa práctico cuando se identifica claramente el problema.

MODELOS POSMODERNOS

En contraste con los enfoques modernos, y de tradición estructural, los enfoques posmodernos a la Terapia Familiar se caracterizan por su explicación de la terapia como un proceso colaborativo entre el terapeuta y el cliente, siendo el primero el ayudante del segundo en la tarea de construir una nueva historia que resuelva o disuelva los problemas presentados por la historia familiar actual (Becvar y Becvar, 2006).

2.6. Modelo Terapia Narrativa

Este, es un enfoque innovador en psicoterapia que entiende a las personas y los problemas bajo la lente posmoderna, y bajo una nueva metáfora: la metáfora narrativa. De acuerdo a White (2004, p.31) “la metáfora narrativa propone que las personas viven sus vidas de conformidad con las historias, que esas historias son modeladoras de la vida y que tienen efectos reales, no imaginarios, de modo que dichas historias procuran la estructura de la vida”. Es por lo anterior que la terapia narrativa, busca conocer las historias de los consultantes y abrir nuevos caminos, caminos alternativos que permitan a esas personas historiar sus vidas de maneras distintas.

Michael White y David Epston son considerados como los exponentes principales de esta corriente. A pesar de que su trabajo ha sido desarrollado en lugares diferentes (Australia y Nueva Zelanda, respectivamente), los dos trabajaron juntos e informaron sus propuestas con las ideas del otro, siempre colaborando e intercambiando conocimientos.

2.6.1 Antecedentes del Modelo

A principios de la década de los 80, los discursos de la crítica feminista, la inconformidad con el tratamiento de problemáticas como la violencia y el abuso bajo la perspectiva sistémica, la apertura multicultural, entre otros, permitieron que surgieran críticas a los modelos de Terapia Familiar. El ambiente de la época era uno de apertura a nuevas ideas. Aquellas informadas por los críticos post-estructuralistas (como la idea de que el significado que se le da al texto depende del lector y no el autor), aquellas acerca de la realidad y de cómo puede ser conocida, entre otras, establecerían las bases ideológicas para la construcción de la terapia narrativa.

Además de la influencia de Gregory Bateson y de las ideas posmodernas acerca de la construcción social, una de las ideas que informó la visión narrativa, es la consideración del poder, que Michael White retoma de Michael Foucault (White y Epston, 1990). De acuerdo a Foucault (1980), en la historia de la humanidad, el poder no solo ha existido de manera negativa

en cuanto a su fuerza y sus efectos, sino que también existe y es experimentado a través de “verdades normalizadoras”. Este tipo de verdades son constitutivas de la forma en que las personas vivimos y nos relacionamos con los otros y son establecidas por aquellos que han sido coronados como expertos. A través de los años, y sobre todo gracias a las tecnologías del poder modernas, las personas han dejado de necesitar las estructuras de poder externas, y más bien se auto regulan debido a las normas institucionales, y a todos esos estándares y expectativas generadas por el cuerpo de conocimientos expertos. Es por esto que Foucault dice que en las sociedades modernas el conocimiento o la expertez en estas verdades absolutas, universales y unitarias, genera poder y que el conocimiento y el poder son inseparables (White y Epston, 1990). Cuando la gente acepta los discursos de verdad, se somete también a la mirada normativa de estas verdades, lo que los hace parte activa de su propio sometimiento.

En este establecimiento de “verdades”, siempre quedan de lado otro tipo de conocimientos, a los que llama conocimientos subyugados. Este tipo de conocimientos van siempre en contra de aquellos considerados como “verdad”. Al proveer un espacio en el que estos conocimientos, estas otras verdades, puedan ser desarrollados, puede desarrollarse también la crítica hacia las verdades dominantes.

Michael White, conectó las ideas de Foucault con la terapia, y retomando también el concepto de Deconstrucción de Derrida, invita a que en la terapia se cuestionen las ideas dominantes que rodean todos los aspectos de la vida del terapeuta y de aquellos que le consultan.

2.6.2 Principios Básicos

De Bruner (White, 2004), Michael White retoma la idea que las historias están conformadas por el Panorama de la acción y el Panorama de la conciencia. El primero se refiere a la secuencia de eventos en el tiempo, mientras que el segundo se refiere a las reflexiones que se hacen acerca de los significados de esos eventos (Becvar y Becvar, 2006). Con esto, White propone que lo importante acerca de los problemas, no son los problemas, sino la significación que las personas les dan. Es por esto que al externalizar los problemas, se busca crear una diferencia lingüística entre las personas y aquello que los aflige. Esta diferencia lingüística, se convierte en una diferencia práctica, pues permite que las personas se conviertan en agentes de cambio en sus propias vidas y puedan elegir la manera en que desean historiarlas.

La terapia narrativa entiende que aquellos que consultan viven vidas que están saturadas de problemas y que debido a los discursos dominantes que permean la sociedad y la cultura, no han historiado las excepciones, los recursos y las ideas diferentes. Al incluir estas “historias disidentes” en sus narraciones, las personas pueden ver más posibilidades y elegir historiar sus vidas de la manera que ellos desean (Boston, 2005).

Este modelo, no considera que haya maneras únicas o correctas para ayudar a las personas a historiar sus vidas de manera distinta, sin embargo, si propone algunos mapas o guías que pudieran ser útiles para que la conversación pueda abrir las puertas a historias alternativas en la vida de los consultantes.

2.6.3 Técnicas (o las prácticas del terapeuta narrativo)

Para la terapia narrativa, los significados pueden ser transformados a través de la conversación. White propone que una manera de atender a la idea de separar a las personas de su problema, es a través de las **conversaciones externalizantes**. Estas conversaciones, comienzan cuando el terapeuta atiende al contenido de la conversación, y escucha aquellas descripciones que hablan del problema como parte integral de la persona. A través de preguntas, (preguntas de influencia relativa, descritas a continuación) el consultante podrá distinguir aquellas situaciones en las que el problema ha estado presente, ausente o con menos inferencia en su vida.

Las **preguntas de influencia relativa**, son utilizadas para explorar la influencia que el problema ha tenido en los diferentes aspectos de la vida de cada persona, y así poder ayudar a la externalización de este. Además de trazar la historia del problema, invitan a las personas a reflexionar acerca de la influencia que ellos han ejercido sobre él. Esto puede considerarse como un rastreo de **acontecimientos extraordinarios**, de aquellos momentos en que el consultante es agente de su propia vida. La agencia personal, abre la puerta a que el consultante explore sus recursos, capacidades y logros.

Las conversaciones externalizantes sirven entonces para separar a la persona de su problema, dando lugar a la radical idea de que el problema no es parte de su identidad.

Durante la conversación, el terapeuta habrá identificado cuáles son los problemas que han atrapado a las personas, y a través de las preguntas, podrá invitarlos a **generar nuevos**

significados para este problema. Puede decirse que la invitación es para que los consultantes y todos quienes a su alrededor sostienen el problema, puedan construir una relación distinta con él.

Las *conversaciones de Re-autoría*, permiten intentar crear un andamiaje que lleve a las personas a considerar el significado de los eventos extraordinarios, y ubicarlos en la trama de su historias. Lo anterior puede hacerse a través de hacer preguntas respecto a los panoramas de la acción y de la conciencia.

Se propone también que a través de *Ceremonias de Definición*, los consultantes pueden enriquecer los textos de sus vidas, engrosar sus propias historias a través de las conversaciones con testigos. Las ceremonias de definición son similares a la idea del equipo reflexivo de Tom Andersen (1994), pero incluyen una “conversación acerca de la conversación” (White, 2002), que permite deconstruir las ideas mencionadas en las distintas reflexiones.

White y Epston (1990) proponen el uso de materiales tales como cartas, certificados u otro tipo de documentos, como una manera de engrosar las historias alternativas de aquellos que consultan.

2.6.4 Consideraciones o Reflexiones generales

La terapia narrativa representa una oportunidad para mirar a los problemas desde lugares distintos. Se ofrece al consultante la oportunidad de entenderse como separado de sus problemas, como agente de su vida. Me parece también que es un enfoque muy humano, supra poniendo la relación con el otro, el respeto a la diferencia y la transparencia.

Para mí, esta es una propuesta radical, que me ha invitado a mirar con otros lentes el mundo en el que vivo. Me anima a cuestionar el *statu quo*, y las verdades culturales que han sido establecidas como únicas, y esto, me emociona, pues creo que abre las puertas a pensar que tanto mi historia, como la de quienes consultan, puede siempre ser historizada de maneras nuevas y nunca estáticas.

2.7 Modelo Terapia Colaborativa

Informado e informante de los modelos posmodernos en psicoterapia, el enfoque colaborativo considera que los significados son construidos a través del lenguaje en la

interacción de las personas. La conversación se vuelve el punto central del quehacer terapéutico, mientras se pone al centro la experiencia del que consulta y la mutua construcción de alternativas a las problemáticas que les aflijan.

2.7.1 Antecedentes del modelo y exponentes principales

En la década de los 70's, Harry Goolishian y Harlene Anderson comenzaban su trabajo juntos en Galveston, TX. En 1977, fundan el *Galveston Family Institute*, que tiempo después sería *nombrado Houston Family Institute*. La terapia familiar sistémica había sido parte de su práctica terapéutica, aunque al acercarse a las ideas de Humberto Maturana, al construccionismo social y la hermenéutica, comienzan a ser críticos acerca del modelo.

La migración hacia este modelo, significó concebir la realidad de una manera diferente e innovadora. El lenguaje y su uso se convirtieron en parte integral de la nueva manera de hacer terapia. No existen ya fórmulas ni maneras correctas, o estrategias, sino que la conversación y la co-creación de significados se vuelve el motor de su práctica terapéutica.

2.7.2 Principios Básicos

Para los terapeutas colaborativos, la terapia es concebida como “*un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en un relación y una conversación colaborativas, una búsqueda conjunta de posibilidades*” (Anderson, 1997, p.28). Informados por el construccionismo social, ellos consideran que la existencia de una realidad objetiva que puede ser cognoscible, es imposible, por lo que la meta terapéutica no es conocer el problema y descubrir su solución, sino construir con el otro, significados alternativos.

Algunos de los principios que fundamentan las ideas acerca de la colaboración terapéutica son (Anderson, 1997 y Anderson & Goolishian, 1996):

- Es a través de las realidades construídas socialmente, que las personas organizan y significan sus vidas.
- Los sistemas humanos son generadores de lenguaje y de significados.

- Los significados y la comprensión de éstos son construcciones sociales.
- El ser es un compuesto relacional, social.
- Los problemas existen en el lenguaje y son propios del contexto lingüístico en el que se crearon.
- Los sistemas se forman dialógicamente alrededor de los problemas (sea en el contexto terapéutico o fuera de él).
- El terapeuta es un artista de la conversación, un participante colaborativo que la facilita.
- El cambio en la terapia es resultado de la construcción de nuevos significados, de las re-narraciones y nuevas construcciones.

Para Anderson (1997), distintos aspectos de sentir, actuar y conocer son parte de todas las relaciones humanas. Para el modelo colaborativo, el sentir, actuar y conocer interno (el que pertenece a cada individuo) y el externo (el que pertenece a la relación), son los procesos paralelos que facilitan las *conversaciones curativas*.

Es así como el modelo Colaborativo propone la construcción social de significados, y el espacio terapéutico como el lugar donde puedan disolverse los problemas y dialogarse nuevas maneras de significar la vida.

2.7.3 La postura terapéutica

Para la terapia colaborativa, no hay técnicas delineadas que guíen la conversación. Cada conversación está inserta en un momento y un contexto específico, y es única, por lo cual no pueden establecerse parámetros de intervención (cosa que contradiría el espíritu socio-construccionista del modelo).

Sin embargo, Anderson (1997) si habla de la *postura filosófica* del terapeuta, que tiene que ver con la manera en que éste se posiciona ante aquel que consulta. El terapeuta no es considerado como un experto en el otro, sino como un ser privilegiado que es parte de una

conversación que genere posibilidades nuevas para aquel que consulta, y deberá centrarse en aprender del otro, de sus significados, de sus experiencias, etc. Esta postura, que puede llamarse de curiosidad genuina (Zavala, 2007), permitirá que las ideas acerca de la expertez del terapeuta se diluyan, y se de lugar a la expertez del consultante en su propia vida.

Una práctica importante para dar lugar a la experiencia y expertez del consultante, es la postura de *no saber*. Esta postura requiere que el terapeuta considere que hay muchas cosas que no sabe del otro, como si tuviera la *volundad de dudar* acerca de los conocimientos “expertos” que las construcciones sociales dicen que los terapeutas tienen. La postura de “no saber”, de curiosidad, se acompaña de un genuino respeto por el otro, de humildad y de la voluntad del propio terapeuta para *arriesgarse* a cambiar el mismo durante la conversación (Anderson y Goolishian, 1996)

Algunas de las propuestas que Anderson (1997) hace para que la postura de no saber sea útil en la conversación son:

- **Confiar y creer** en la versión de vida que los consultantes ofrecen.
- **Escuchar y responder** dentro de la conversación, invitando a los otros a compartir mas sobre sí mismos, mostrando un inmenso respeto a través de la respuesta activa.
- **Honrar la historia del consultante**, entendiendo el privilegio que significa ser testigo de ella.
- **Hacer preguntas** que permitan conocer más acerca del consultante y su experiencia. Estas preguntas deben fluir en la conversación, con la coherencia que esta les da, y sin seguir formatos ya establecidos.
- **Mantener sincronía con el consultante**, es decir, ajustarse a los tiempos, a la dinámica de la conversación (Barrios, 2008).

La importancia del no-saber en las conversaciones, es que puede generarse un diálogo, contrario a modelos estratégicos en los que la terapeuta habla a los otros, en la terapia colaborativa se busca que todos hablen (Goolishian y Anderson, 1996). Además, se elimina la

“agenda secreta” de los terapeutas, a través de hacer públicas las reflexiones, ideas, sentimientos y prejuicios que vienen a la mente con la conversación.

2.7.4 Consideraciones o Reflexiones Generales

La terapia colaborativa representa no solo una migración de paradigma (moderno-posmoderno), sino también una manera humilde de acercarse al otro que consulta. Harlene Anderson (1997) dice que tiene la intención de ser “*abierta, genuina, apreciativa, respetuosa, invitante y curiosa*” (p. 152). Considero que es no solo útil, sino necesario reflexionar acerca del privilegio que representa conversar con los otros acerca de sus vidas, y también considerar la invitación para una postura crítica ante la imagen del “experto” en psicoterapia.

2.8. Equipo de Reflexión

2.8.1 Antecedentes del modelo

En 1974, Tom Andersen y su equipo comienzan a reunirse para discutir las ideas que nacen de sus lecturas de las ideas sistémicas que en ese momento están siendo desarrolladas. Comienzan entonces a aplicar sus conocimientos al contexto terapéutico, sin tener mucho éxito, aunque mucho interés en seguirlo intentando.

En 1978, Andersen obtiene un nuevo puesto en la Universidad de Tromsø, y con él, la oportunidad de crear un equipo formal que atendía familias en las oficinas de los profesionales que las referían. Una de las reflexiones a las que llegaron, fue entenderse como parte del sistema al que intentaban investigar, teniendo la oportunidad de influenciar lo observado. En este tiempo se acercan también al trabajo del grupo de Milán, del que valoran la importancia que tiene la entrevista. Al intentar seguir el modelo de Milán, llegan a la conclusión de que el mensaje del equipo no podía ser transmitido con la claridad e intención que se esperaba.

En 1985, por primera vez, el equipo que trabajaba con Andersen tuvo una idea innovadora. Mientras observaban una familia en sesión, el equipo trató de enviar mensajes a través del terapeuta a cargo, sin embargo, los mensajes parecían no tener efecto en la familia. En un momento, decidieron invitar a la familia y al terapeuta a escucharlos (y verlos) del otro lado del espejo. La familia accedió, dando este evento lugar a la primera intervención del equipo

reflexivo, un método de trabajo que llegaría a ser de gran utilidad para las conversaciones terapéuticas.

2.8.2 Principios Básicos

En su libro *El equipo reflexivo* (Andersen, 1994), el autor lista las bases teóricas de la idea del equipo reflexivo, que son:

- Gregory Bateson y la diferencia que hace la diferencia. Andersen retoma la idea de la diferencia de Bateson como la única manera para poder llegar a conocer, además de la idea de que el mapa no es el territorio, permitiendo la libertad de pensar en diferentes tipos de mapas y no en uno solo. Las preguntas buscan entonces aquellas que buscan las diferencias que causan diferencias.
- La fisioterapia de Bülow Hansen. Aadel Bülow Hansen desarrolló un método de relajación muscular que tenía que ver con ofrecer a sus clientes la cantidad necesaria de presión, pues más presión de la necesaria traería tensión, mientras que menos presión de la necesaria no crearía ninguna diferencia. De su trabajo, Tom Andersen retoma la idea de ofrecer a los clientes una diferencia lo suficientemente inusual para llevar a otra diferencia (cambio).
- Las ideas de Humberto Maturana y Francisco Varela. Derivado de las ideas de estos biólogos, Andersen dice que la gente solo puede reaccionar a una situación determinada, de acuerdo a las formas para reaccionar que tiene en su repertorio. A pesar de eso, el repertorio es maleable, teniendo entonces la oportunidad de aprender y deshacerse de ciertas formas de reacción. También de ellos retoma la idea de sentir, conocer y actuar. Andersen formula la idea de las conversaciones internas y externas, y como el espacio terapéutico es lugar para conversaciones curativas.

Algunas de las recomendaciones que el autor hace acerca de las nuevas conversaciones son:

- El cambio puede ser una limitación y puede ser también una evolución. El cambio puede limitar o expandir las capacidades humanas de enfrentar distintas situaciones, por lo que

el espacio terapéutico debiera ser sensible a los momentos de las personas, haciendo preguntas que hagan una diferencia.

- Es importante que aquellos que vienen a conversar con el equipo tengan la oportunidad de decir sí o no a la forma, el contenido o el contexto del que serán parte, por lo que debe haber ciertas preguntas que les permitan tocar estos temas y expresar su opinión al respecto.
- Tanto el entrevistador como el entrevistado, necesitan tomar pausas para poder preguntarse acerca del contenido de la conversación, es decir, no solo lo que escuchan, sino lo que piensan y sienten.
- La importancia de las preguntas “apropiadamente poco usuales” es que sean preguntas que, las personas que vienen a conversar no se hagan con regularidad.
- Es muy importante mantener una postura multiversa, es decir, la idea de que un problema puede entenderse y describirse de diferentes maneras.
- La única manera de contribuir para ayudar, es a través de sentir curiosidad.

2.8.3 Técnicas (o de cómo funciona el equipo reflexivo).

Según Andersen, es mucho más fácil entender cómo funciona el equipo reflexivo, no a través de las reglas de lo que debe pasar, sino a través de las reglas de lo que no debe pasar. Una de las cosas que no deben pasar, es que el entrevistador o los miembros del equipo tomen una postura instructiva, o incluso de connotación negativa. La idea del equipo reflexivo es que la persona que consulta, se encuentre a sí misma en una postura de escucha activa y de reflexión acerca de las reflexiones que escucha.

La postura de los profesionales es siempre de escucha, permitiéndose reflexionar acerca de la pregunta ¿qué otras maneras de ver el problema podrían existir? Detrás del espejo no se da lugar a la conversación, a menos que sea a manera de aclarar algo. No se discuten las ideas previo al encuentro con los consultantes, y se pide que se mantenga el contacto visual solo con aquellos que participan en el equipo reflexivo.

El encuentro entre los consultantes y el equipo puede darse de muchas maneras, como en un mismo cuarto, en cuartos separados con un equipo de sonido para cada uno, con un solo miembro además del entrevistador, o con más de un miembro. Además, es el entrevistador que decide el momento en el que se da la conversación del equipo reflexivo.

Algunas consideraciones acerca de las preguntas (que buscan ser la diferencia que hace la diferencia) y de las diferentes formas de preguntarlas son:

- *¿a quienes hacerle preguntas, sobre qué y quien va a escuchar?* Se da la oportunidad a todos de expresar quién deseaba asistir, quien no, como quieren que sea la conversación y lo que desean discutir.
- *Temas de discusión.* Los que consultan son animados a decir cuáles son los temas de los que desean conversar y la forma en la que desean hacerlo .
- *Preguntas que crean nuevas aperturas.* Al hacer preguntas apropiadamente inusuales se abren nuevos caminos, nuevas guías para seguir la conversación y seguir con las preguntas. El que entrevista debe estar atento a las respuestas verbales y fisiológicas de las personas, dándonos cuenta de que nuestras preguntas no son demasiado inusuales, y por lo tanto, no útiles.
- *Preguntas poco usuales.* Al hacerlas, influenciamos la dirección de la conversación. Tienen la intención de crear una diferencia suficientemente importante para crear un cambio.
- *Preguntas sobre descripciones.* Estas preguntas tienen la intención de traer información doble, al comparar o diferenciar, es decir, explorar las variaciones y la manera en que las personas las significan.
- *Preguntas que sonsacan explicaciones.* La intención de estas preguntas es crear curiosidad y fomentar la búsqueda de respuestas.
- *Preguntas sobre distintas conversaciones.* Las conversaciones pasadas, presentes y futuras pueden ser útiles para conocer los intercambios de ideas que se tienen a través de las distintas descripciones.

El proceso conversacional termina cuando los consultantes deciden que han obtenido lo que han querido de esta conversación.

Una de reflexión hecha por Tom Andersen habla de la oportunidad de dejar que las cosas pasen, sin tratar de controlarlas, como si el contexto conversacional debiera responder a la relación con el consultante, y no a un plan establecido de lo que debiera de pasar.

2.8.4 Consideraciones o reflexiones generales (o mi reflexión acerca de las reflexiones).

Pensar en la idea del equipo reflexivo como un lugar, un encuentro en el que podrían ocurrir conversaciones sanadoras, es para mí algo muy bello. Poder hablar frente a los consultantes acerca de lo que escuchamos, de una manera tan respetuosa y con tanto interés por la historia que escuchamos, me parece un esfuerzo muy noble y muy humano, y una nueva manera de ubicarnos en la relación.

Creo que el uso del equipo reflexivo representa un movimiento epistemológico importante, dando paso a la idea socio-construccionista de las conversaciones como la génesis de realidades. Al cambiar el discurso, las palabras, cambia también la manera de vivir, de experimentarse en el mundo, de sentir y de actuar. Esta es una idea revolucionaria, pues nos coloca en una posición de escucha atenta, no de las ideas preconcebidas de los sistemas antes propuestos por la psicología ortodoxa, sino una escucha atenta de las palabras, de las cosas que los que nos consultan si dicen, y no de las que creemos que dicen o que deberían de decir.

Ser parte del equipo reflexivo me ha cambiado. Después de esas primeras interacciones con el paciente, me vivo diferente, mi compromiso hacia ellos crece, mi entendimiento de lo que les causa pena y dolor es más profundo. Es extraño, como si al cruzar la barrera del espejo que nos separaba, se creara una nueva posibilidad para conversar, llena de amor, llena de esperanza, de respeto, que no podía sentirse antes, cuando todo se quedaba en un intercambio unidireccional e instructivo, en el que el equipo descubría la verdad de la problemática y hace la intervención adecuada. Mi responsabilidad disminuye y crece al mismo tiempo, disminuye al saber que no tengo que saber “lo que le pasa a la familia” y crece al saber que sus palabras están cargadas de significado y merecen mi atención y respeto. Mi participación en el equipo reflexivo ¡me

encanta!, me toca, me cambia, y me ha puesto en otro camino, no muy claro para mí ahora, que partió de la terapia, y cada vez más se acerca a las conversaciones.

CAPÍTULO TRES

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES



*“Ayudar al que lo necesita
no sólo es parte del deber,
sino de la felicidad”.*
José Martí

1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS.

1.1 Integración de los expedientes de trabajo clínico

Una de las habilidades desarrolladas durante la formación en la Residencia, es por supuesto el trabajo clínico con familias e individuos. A continuación presento dos casos en los que participé. En el primero fungí como terapeuta principal, mientras que en el segundo fungí como coterapeuta.

La elección de estos dos casos para presentarlos en el reporte, tuvo que ver con que los dos pueden ser unidos a un tema teórico que desarrollé respecto a la violencia de género. Además, los dos casos se asemejan en cuanto fueron atendidos en alguno de los Centros Comunitarios.

Los datos y los nombres de los pacientes fueron cambiados para mantener la confidencialidad de estos.



1.1.1 Primer Caso Clínico

DATOS GENERALES:

NOMBRE DE LA PACIENTE: Esperanza Ramos
INTEGRANTES DE LA FAMILIA: Esperanza, Carlos y José
TERAPEUTA: Yuliana León Méndez
EQUIPO TERAPÉUTICO: Linda Martin, Paulina Carrillo, Anahí García
SUPERVISORA: Mtra. Erika Trujillo
No. DE SESIONES: 17

RESUMEN

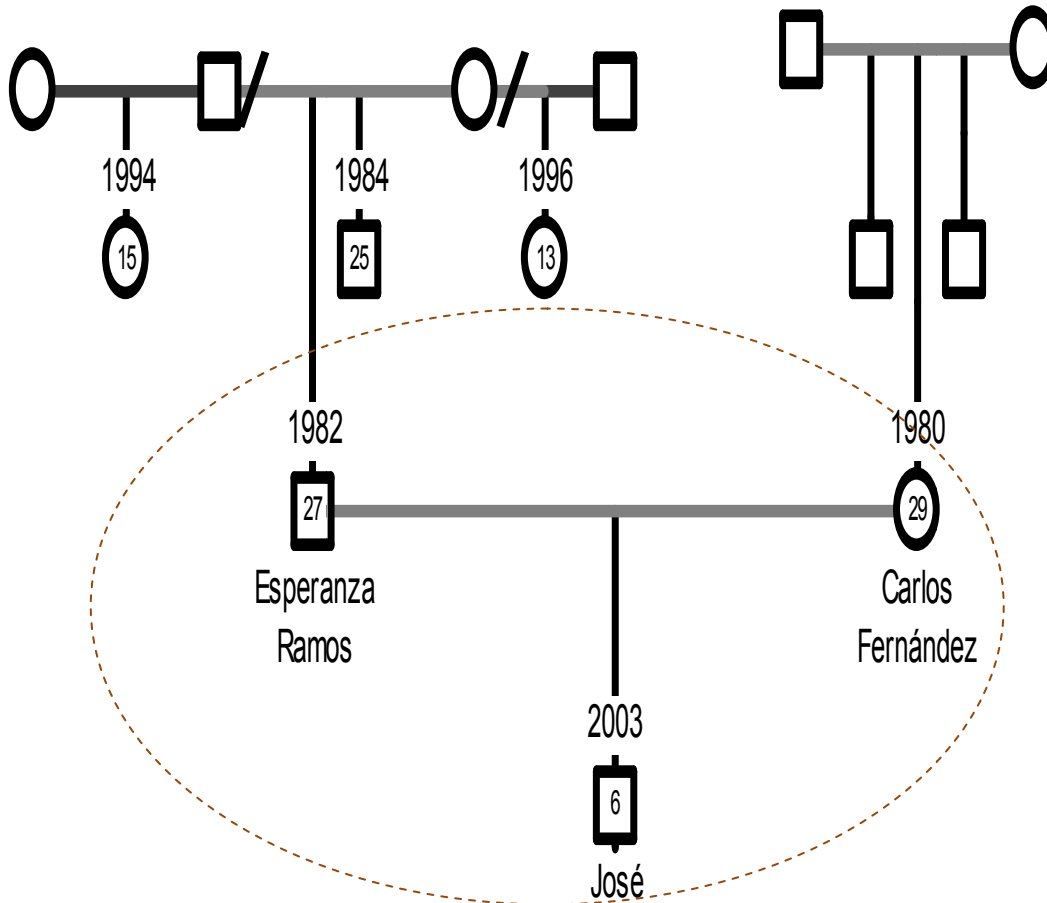
Esperanza, una mujer de 27 años, solicitó el servicio de atención psicológica en un Centro Comunitario de la Ciudad de México. Ella sentía no poder confiar en sus propios juicios, y no se sentía segura en la relación con su esposo, quien estaba involucrado en situaciones muy violentas en su colonia y de quien ella creía le había sido infiel en distintas ocasiones. Esperanza se sentía muy responsable por su mamá, su hermano y su marido, y sentía mucha culpa acerca de no atender a su hijo como ella creía que era necesario hacerlo.

Durante el tratamiento, que consistió de 17 sesiones, Esperanza comenzó a establecer límites acerca de lo que le parecía permisible hacia su esposo, además de tomar responsabilidad de la relación y cuidado de su hijo, mientras renunciaba a tomar responsabilidad por las acciones de su esposo, su madre y su hermano. A través de distintas técnicas de trabajo terapéutico y sobre todo de la exploración de posibilidades a través de la conversaciones, Esperanza pudo sentir que podía confiar en sus juicios, sentirse más segura respecto a su manera de relacionarse con los otros, restablecer sus redes sociales y asumió la responsabilidad de protegerse ella y a su hijo.

MOTIVO DE CONSULTA

Esperanza se presentó a la Coordinación de Psicología y solicitó el servicio de Terapia Familiar. Dijo asistir ya que en los días anteriores a solicitar el servicio, ella y su esposo habían tenido muchos problemas. El se había comportado de manera extraña y ella sospechaba que había matado a una persona. Esperanza mencionó necesitar terapia porque no se sentía capaz de confiar en sus propios juicios, ya que sus emociones dependían de las emociones de él.

FAMILIOGRAMA



CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN

La intervención fue llevada a cabo en uno de los centros comunitarios descritos en el Capítulo 1 de este reporte. Debido a que este centro no contaba con instalaciones con Cámara de Gessell, la paciente y yo como terapeuta principal, conversábamos en el mismo salón pero a cierta distancia de donde se encontraban las otras miembros del equipo. Después de cierto tiempo, hacíamos una pausa en la que el equipo y yo conversábamos y la paciente esperaba en la recepción. Seguido a esto, la llamábamos al salón y compartíamos con ella las ideas que habían surgido en la pausa.

ANTECEDENTES

En la época de la preparatoria, Esperanza sufrió una violación por parte de un amigo y se sentía muy desolada. Cuando conoció a Carlos, él le presentó para ella una manera de empezar de nuevo y de tener una familia unida como la que ella no había tenido. Dos años después de su matrimonio, tuvieron al pequeño José.

Esperanza y Carlos han estado casados por 8 años. En el momento en que comienza la terapia, Esperanza había tenido que lidiar con algunos problemas de salud y con un fuerte accidente que sufrió su hermano. Cuando ocurrió dicho accidente, Esperanza se había separado ya de Carlos, pero volvió con él después de que le prestó ayuda económica para su hermano. Sin embargo, la paciente dijo darse cuenta que Carlos no había estado presente en los momentos en que ella lo necesitaba. Además de lo anterior, Esperanza había notado comportamientos extraños en Carlos, y al cuestionarlo, él le relató una historia acerca de una novia del pasado, Rosa, con la que había tenido una hija, acerca de la cual él no sabía. Carlos comenzó a visitar a su hija y darle dinero sin que Esperanza se enterara, y en una de esas visitas, el novio actual de Rosa, quien creía ser el papá de la niña y enojado por verla en brazos de Carlos, mató a Rosa frente a todos sus familiares y Carlos. La familia de Rosa le pidió a Carlos que vengara la muerte de su hija, y él prometió matar al novio de ella. Esperanza nunca confirmó si Carlos había matado a ese hombre, pero recuerda que una noche él llegó a casa y le dijo que todo se había acabado y que ellos iban a estar muy bien. Esperanza sospechaba que su marido había matado a ese hombre, pero nunca lo confirmó.

Esperanza piensa que Carlos ha mantenido relaciones con otras parejas y dice que fue siempre muy noviero, y ella sospechó muchas veces que él la engañaba. Había una ex novia en particular con la que Carlos tenía mucho contacto, Esperanza descubrió mensajes, correos electrónicos y fotos de esa mujer desnuda, pero él le decía que no tenía nada que ver con esa mujer y que la amaba a ella y que sin ella no podría vivir, y que esas fotos eran solo para una pintura que le habían encargado.

Esperanza parecía no saber que pensar al respecto, tener las evidencias que incriminaban a Carlos la hacía sentir mal, pero no lo podía creer por completo, pues él le decía que no era cierto. Ella se sentía cada vez más insegura acerca de sus propios pensamientos, y su relación con Carlos

era ambigua, a veces muy armoniosa y a veces con mucho rechazo de parte de Esperanza. José, su hijo comenzó a tener problemas escolares.

Esperanza dijo acudir a terapia porque se sentía nerviosa y porque no se sentía capaz de confiar en sus propios juicios. Dijo que todas sus emociones dependían de las emociones de Carlos, y que ella quería sentir que sus emociones eran independientes de él para volver a empezar, con él o sin él y hacer lo mejor para su hijo.

OBJETIVOS

Cuando comenzaron las sesiones, los objetivos de la paciente eran:

- Encontrar y confiar en sus juicios
- Que sus emociones fueran independientes de las emociones de Carlos

Durante el proceso, surgió un objetivo más:

- Adquirir responsabilidad respecto a lo que le toca a ella, y dejar que los otros sean responsables de lo que les toca a ellos.

RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

El proceso terapéutico con Esperanza puede ser dividido en cuatro etapas de acuerdo a los temas que se trabajaron en cada uno de los periodos. El primero ocupó las primeras seis sesiones, y lo he titulado “Mirar sin mirar”; el Segundo, “Mamá, necesito ser mirado” de las sesiones 7 a 12; el tercero, “volviendo a mirar” que tomó lugar en las sesiones 13 a 16 y el cierre que se llevó a cabo en las sesiones 17 y 18. A continuación relataré el desarrollo de cada una de estas etapas.

“Mirar sin mirar”

La paciente relató su motivo de consulta y sus objetivos. Se tomaron sus datos generales y desde el principio, Esperanza se mostró como una paciente muy interesada en el cambio, y también muy cooperadora. Una de las preocupaciones, tanto mía como del equipo, es que debido a tantos eventos difíciles en ese momento de su vida, sus decisiones eran muy apresuradas y cambiaban constantemente. Al ver que su vida no corría peligro y que tenía una red en que



apoyarse, le pedimos que no tomara ninguna decisión respecto a quedarse o dejar a Carlos, hasta que ella no se sintiera segura de que esa era la decisión que quería tomar. Esto pareció calmarla mucho y dijo que le parecía buena idea, porque esta vez quería hacer las cosas bien hechas. Ella mencionó que sabía que muchas de las cosas que estaban pasando, tenían que ver con cómo había comenzado su relación con Carlos y con ideas que ella tenía desde hace mucho tiempo. Esperanza hizo un relato de su vida en su familia de origen, pues de acuerdo a ella, esto era algo que la había llevado a aceptar estar con Carlos.

Esperanza tuvo una larga historia de falta de límites en su familia de origen, ya que desde pequeña estuvo expuesta a muchos pleitos entre sus padres, quienes solían tener relaciones sexuales en la misma cama en la que ella dormía (dormían los tres juntos), pues creían que no se daría cuenta. Relató que su papá siempre la cuidó mucho y que su mamá, aunque la quería, no le ponía tanta atención. Ella y su hermano sufrían mucho y él comenzó a experimentar con drogas. Sus papás se separaron y él se fue a vivir con una mujer con quien ya tenía una hija y con quien todavía vive. Su madre se unió a un hombre 13 años menor que ella y vivieron todos en la casa de ese hombre por 4 años. Esperanza dice que su mamá se portaba como una adolescente, y que en una ocasión hasta mantuvo una relación con un amigo de Esperanza, en quien esta última tenía un interés romántico. Dijo también que hasta la fecha se sentía responsable por ella y por su hermano.

En la época de la preparatoria, Esperanza sufrió una violación por parte de un amigo y se sentía muy desolada. Cuando conoció a Carlos, él representó para ella una manera de empezar de nuevo y de tener una familia unida como la que ella no había tenido. Dos años después de su matrimonio, tuvieron al pequeño José.

Durante los 8 años de su matrimonio, la pareja ha vivido en un cuarto independiente, pero en el mismo terreno que los papás de Carlos. Esperanza siempre ha mantenido una relación armoniosa con la familia de él. Carlos, al igual que su papá, manejó un taxi por mucho tiempo, aunque siempre mantiene su interés por pintar. Esperanza ha trabajado en varias ocasiones, y relata que siempre le ha ido bien y se lleva bien con la gente. Sin embargo, han tenido problemas económicos pues en el momento de la terapia ninguno de los dos tenía trabajo, y vivían de algunas “chambitas” que tenía Carlos y del dinero que ganan con trabajos temporales que les da el papá de Esperanza.

Dijo querer mucho a Carlos, y que a pesar de que no es completamente feliz, ella no quería que su familia se separara, y perder su casa y regresar a vivir con su mamá. En alguna ocasión se separó de Carlos, pero dejó con él a su hijo, pues pensaba que de alguna manera el niño estaría mejor ahí. Esperanza dice que algo muy importante para ella es tener su espacio, donde nadie le diga que hacer.

Esperanza relató que la presencia de la otra mujer en la vida de Carlos le ocasionaba muchas preocupaciones, y en muchas ocasiones se había acercado a esa muchacha para pedirle que dejara a su esposo en paz. Ella se sentía muy insegura y amenazada por ella, pero no podía hacer nada al respecto. Fue en este momento que notamos algo especial acerca de Esperanza, en muchas circunstancias ella *podía ver cuando algo parecía no estar bien, pero de alguna manera decidía dejar de verlo*. La presencia de la otra mujer era muy evidente, y Esperanza lo reconocía, pero al mismo tiempo, lo ignoraba.

Los efectos de esta “relación” en Esperanza eran fuertes, pues la hacían dudar acerca de su capacidad de hacer feliz a Carlos, de ser mujer, de ser buena madre. Además, no sabía si lo que pensaba estaba bien, si era lo correcto. Se sentía sin ninguna dirección.

Le preguntamos a Esperanza cuáles eran algunas de las cosas que quería para el futuro. Ella dijo que no estaba segura de lo que quería, pero que si sabía lo que no quería: que no la engañaran, que su hijo sufriera e irse sin él.

Debido a al ambiente violento de la colonia donde vivían, además de las distintas situaciones violentas en que Carlos se involucraba, nos preocupaba que Esperanza no tuviese un plan de emergencia, pues a pesar de que la violencia física no se había dado en su caso, sabíamos que tenía que protegerse de alguna manera. Le propusimos la idea de hacer un ahorro y de reactivar su red de amigos y familiares, para que ella pudiera sentirse confiada si en algún momento tuviera que salir de casa. Esperanza accedió a esta idea, pues dijo que le sería útil, aunque dijo que no se sentía en peligro.

“Mamá, necesito que me mires”

En el equipo habíamos notado la presencia de una amplia red social en la vida de Esperanza, aunque ella parecía no haberla notado hasta este momento. En este periodo, ella



comenzó a sentirse mejor respecto a sí misma pues al reactivar esta red, se dio cuenta de que la gente la quería mucho y de que no estaba tan sola como creía. Además comenzó a trabajar, a ahorrar y a guardar una parte de dinero para su fondo de emergencia. Esto la hizo sentir más tranquila y hasta poderosa. Carlos comenzó a darse cuenta de sus cambios y comenzó a buscarla más. Ella se sentía más alejada de él, y decía sentirse más “cerca de ella misma”.

En este tiempo, Esperanza encontró algunas fotos de Martha, desnuda, y se dio cuenta que Carlos estaba haciendo una pintura en base a esas fotos. El pequeño José le dijo a su mamá que él ya había visto la pintura, lo que hizo que Esperanza se molestara mucho con Carlos, diciéndole a la mamá de él, quien dijo a Esperanza que así eran los hombres y que no le pusiera atención. Esperanza comenzó a marcar límites con Carlos acerca de las cosas que podían y no podían pasar en la casa, y traer fotos y hacer pinturas de otra mujer no era aceptable. Carlos pidió perdón y prometió que esa otra relación no iba a ser motivo de problemas otra vez. El ambiente en casa era muy tenso, pues también tenían fuertes problemas económicos y la relación de Carlos y Esperanza era ambigua, pues estaba ese problema de fondo, pero al mismo tiempo, Esperanza se sentía feliz de que estuvieran juntos tanto tiempo.

En esta etapa, José comenzó a llevarse juguetes de la escuela a su casa y a robar juguetes en casa de sus primos, y también robó mil pesos de un dinero que su abuelo estaba guardando, además de haber robado dinero de Esperanza. Al relatar esto, a Esperanza y José (quien asistió a la sesión) parecía divertirles. Después de llevar a cabo la entrevista con ambos, una de las terapeutas del equipo salió con José, y el resto nos quedamos con Esperanza. Abordamos el tema del significado que ella le daba a la acción de José. Preguntamos si esta podría ser una manera de llamar la atención de sus padres ante la problemática que ocurría en casa. A través de una escultura familiar, Esperanza dijo que ella podía ver que su hijo, de quien antes había dicho que no se daba cuenta de los problemas entre ella y Carlos, se daba cuenta e incluso intentaba hacer algo para resolver el problema económico de sus padres. Esperanza dijo también que no había estado tomando la responsabilidad como mamá de José y que no quería hacerlo sentir responsable de ella y Carlos, pues eso era lo que ella misma había pasado con sus padres y no lo quería más.

En otra sesión, Esperanza relató sentirse muy culpable pues cuando nació su hijo, ella no lo quería ni ver. Años después ella se sentía mucho más cercana a José, pero no podía olvidar el hecho de que al principio lo rechazaba. Dijo que ella no quería ser como su madre, quien nunca

había mirado a sus hijos, que ella quería mirar a su hijo y estar con él y dejarlo que él fuera hijo y ella madre, y no al revés.

La colonia en la que Esperanza y su familia vivían, era un área donde existía mucha violencia y los problemas sociales que se generan en colonias de muy bajos recursos. Las balaceras y los pleitos entre bandas eran comunes y Carlos en muchas ocasiones se involucró en este tipo de situaciones, teniendo problemas graves que casi lo llevan a la cárcel. Esto llevó a una intervención del equipo dirigida a nombrar la violencia como algo negativo, a pesar de que era tan normal, y a hacer hincapié en que Esperanza se protegiera y protegiera a su hijo.

Esperanza comenzó a acercarse más a José y a hacerlo su prioridad, ella sabía que necesitaba un trabajo, pero dijo que nunca más aceptaría un trabajo que le impidiera tener tiempo con su hijo y protegerlo.

Al hacer otra escultura acerca de su relación respecto a Carlos, Esperanza lo colocó lejos y mirando hacia otro lado, y ella siempre detrás de él, esperando que la mirara. Este fue un ejercicio muy fuerte, pues Esperanza no se sentía cómoda donde estaba, y sabía que Carlos no la miraba a ella, pero no sabía cómo colocarse. En este momento dijo (y se mostró) sentirse desolada y no querer estar así más.

“Volviendo a Mirar”

En este periodo de sesiones, Esperanza se mostró dudosa respecto a su relación con Carlos. Ella quería estar con él, pero al mismo tiempo sabía que no podía estar con él de la misma manera. Por otro lado, estaba buscando trabajo y otra vez sintiéndose más capaz.

Algo particular acerca de Esperanza, era una diferencia entre la comunicación verbal y analógica. Al hablar de su familia de origen y de Carlos, en lo verbal decía que aunque las cosas no estaban bien del todo, ella estaba en paz. Su lenguaje no verbal mostraba mucho enojo. Cuando cuestioné a Esperanza respecto a si estaba enojada o no, ella dijo que tal vez un poco. Junto con el equipo, preguntamos a Esperanza si este era un tema que a ella le gustaría trabajar y dijo que sí. Al explorar acerca de este enojo, tanto Esperanza, yo como terapeuta a cargo y el equipo, nos sorprendimos al darnos cuenta de la magnitud del enojo de ella. Dijo estar enojada con su familia

de origen, especialmente con su mamá por no cuidarla, y con Carlos, por haberla engañado y con ella misma por haber elegido no mirar. Esta sesión fue sin duda una de las más importantes del proceso, muy fuerte en su contenido, pero creo que también muy útil.

En la semana que siguió a esa sesión, Esperanza dijo haber elegido nunca más guardar un enojo tan grande dentro de ella, nunca más permitirse ver y no ver al mismo tiempo. Dijo querer vivir la vida con los ojos abiertos, haciéndose responsable de las cosas que le tocaban a ella y dejando de cargar la responsabilidad de los demás.

En ese tiempo Carlos consiguió un trabajo y lograron comprar un carro para ellos. Esperanza se sentía mejor, pues dijo que estaba segura de que Carlos ya no estaba viendo a Martha, quien ya se había casado con otro hombre. Dijo también sentirse mucho mejor y confiar en ella misma y en sus juicios.

El cierre. “Esperanza: una mujer que mira y quiere ser mirada”

Habíamos llegado a un momento en el que el semestre estaba a punto de terminar, y sabíamos que la dinámica del sistema terapéutico cambiaría, pues tendríamos que terminar el trabajo como equipo. Yo me sentía contrariada respecto a los tiempos, pues iba a ser un viaje y sabía que las sesiones tendrían que ponerse en pausa. Sin embargo, tenía un sentimiento de profundo compromiso hacia el trabajo con Esperanza y hacia los tiempos de ella.

Al preguntarle a ella acerca de cómo se sentía respecto a los objetivos que había planteado al inicio del proceso terapéutico, dijo que comenzaba a sentirse muy bien, más segura, menos enojada, mas responsable de lo que le tocaba a ella y menos responsable de lo que era de los demás. Le comentamos lo que estaba pasando respecto a los tiempos del equipo, y le planteamos un periodo de “vacaciones” o el término de las sesiones, según ella prefiriera. Ella dijo que le parecía un buen momento para acabar el proceso. Dijo también que a pesar de que le causaba tristeza terminar con las sesiones, se sentía muy segura de poder seguir adelante sin ellas. Acordamos entonces una última sesión para despedirnos y hablar de los aprendizajes que había adquirido.

En esa última sesión, Esperanza dijo que se sentía como una mujer diferente a la que llegó a las sesiones. Había aprendido a escuchar su voz de nuevo y a dejar de tomar la responsabilidad de los demás. Dijo que algo muy importante para ella había sido la capacidad de saber que ella podía elegir dónde, porqué y con quien estaba, y de poderse alejar de situaciones dañinas cuando ella considerara necesario. Dijo que la relación con la terapeuta y el equipo había sido muy significativa para ella y que se sentía apoyada.

Tanto el equipo como yo, compartimos con Esperanza las cosas que habíamos aprendido de este proceso, los recursos que habíamos visto en ella y le agradecemos por su compromiso hacia la terapia. Nos despedimos todas en una nota alegre, muy confiadas de que Esperanza era una mujer fuerte, capaz y de que nuestro proceso con ella era solo una parte del camino que ella era responsable de recorrer.

Poco más de cuatro meses después de haber concluido las sesiones con Esperanza, le hice una llamada por teléfono para saber cómo estaba y qué cambios había habido en su vida. Dijo que estaba muy feliz, que se sentía muy bien, sentía que no había perdido el control y se dijo muy tranquila. Había conseguido un trabajo los fines de semana, pues no quería trabajar en la semana para poder estar con su hijo, a quien recientemente habían cambiado de escuela, y con quien sentía una cercanía que no había sentido antes. Con Carlos las cosas iban mejor, pues tienen una relación más armónica. Le pregunté también respecto a sus reflexiones sobre la terapia, y dijo que esas sesiones le cambiaron la vida, que aprendió muchísimo y que se sentía totalmente renovada. Esperanza y yo intercambiamos teléfonos, correos y muy buenos deseos. Las dos nos sentíamos muy satisfechas respecto a los resultados de nuestras conversaciones.

1.1.1.2 Evaluación Del Proceso Y Del Sistema Terapéutico

El trabajo con Esperanza fue fructífero en muchos sentidos. Primero, los objetivos que ella tenía para la terapia se cumplieron. Su relación con Carlos no terminó, pero Esperanza logró ser más clara con los límites que ella establecía hacia él. Logró también asumir que ella podía aceptar o no aceptar la infidelidad de su pareja, aunque renunció a hacerse responsable de él.



Por otro lado, la relación con el pequeño José mejoró en gran manera. Cuando inició la terapia, Esperanza se sentía y se mostraba más alejada emocionalmente. Una vez que comenzamos a trabajar en las distintas responsabilidades que ella tenía y en la historia de su familia de origen (que ella no quería repetir), Esperanza comenzó a acercarse a su hijo José. Pasaban más tiempo juntos, ella hacía la tarea con él y comenzó a establecer reglas y límites claros. Aunque ella consideraba el hecho de buscar un trabajo, había decidido que no aceptaría ninguno que le quitara el tiempo de atender a su hijo.

Además de lo anterior, Esperanza dijo saber que “podía confiar en sus juicios”. Para nosotros en el equipo terapéutico, esto tenía que ver con que su experiencia había sido validada por otros. La voz de Carlos había sido la única que ella había escuchado para darle sentido a las experiencias de su vida, y al escuchar su propia voz, al respetar sus percepciones, ella logró “confiar” en la manera en que ella se explicaba el mundo.

Considero que uno de los puntos más importantes para el avance de este proceso fue que el equipo y yo como terapeuta, rechazamos la idea de que Esperanza no sabía qué hacer, no sabía qué decir y por esto, necesitaba ser guiada en todo. A pesar de que esta parecía la manera más “natural” de tratarla, a través de la supervisión y de nuestras discusiones sobre el caso, nos dimos cuenta que tratarla de esa manera significaba hacer “más de lo mismo”, pues esta era la respuesta que ella recibía de la mayoría de la gente a su alrededor. Con esto, Esperanza pareció sentirse respetada y mencionando que una de las cosas que atesoraba de la terapia era que no le habíamos dicho que decir, sino que a través de nuestras pláticas, ella podía reflexionar.

En lo que yo considero como la primera y segunda etapas del tratamiento, el trabajo con Esperanza tuvo un tinte estructural y estratégico en cuanto a que utilizamos diversas técnicas dirigidas hacia la demarcación de límites, el cambio en la estructura familiar y la prevención de la violencia. Para la tercera y cuarta etapa, la conversación y la generación de posibilidades a través de esta, tomó precedencia a las técnicas (como la escultura familiar), que aunque presentes, no eran ya tan planeadas, sino que surgían de la reflexión y del consenso con Esperanza.



COMENTARIOS Y REFLEXIONES

Este caso para mí significó una de las más bellas experiencias de mi formación como Terapeuta Familiar. Primero, la oportunidad de trabajar con un equipo ameno, amable y amoroso, me permitió sentir mucha seguridad y me permitió atreverme a tratar de abrir nuevos caminos junto con Esperanza. El equipo fue una parte muy importante de las sesiones, y se generaba un ambiente de gran respeto y de un trabajo uniforme y creativo. De esto aprendí mucho, pues me enseñó que las riquezas del equipo son grandísimas, y que, a pesar de que requiere mucho trabajo, es muy hermoso poder lograr ese tipo de interacción.

Mi experiencia con la Maestra Erika Trujillo como supervisora también fue muy útil y amena. Ella siempre se mostró muy generosa con sus conocimientos, totalmente humana y con gran empatía hacia mí como terapeuta, hacia el equipo y hacia la paciente. Sus preguntas al supervisar siempre eran muy atinadas, llevándome a pensar mucho más allá de lo que yo había podido ver en las sesiones, y siempre cuidando que yo estuviera centrada en hacer lo mejor para el paciente.

En cuanto a Esperanza, puedo decir que logramos hacer una conexión muy bella. Yo sentí mucho respeto por ella, además que siempre se mostró agradable y muy comprometida con el tratamiento. Creo que fue a través de esa relación entre nosotros y de ella con cada una de los miembros del equipo, que ella pudo mirarse a sí misma de una manera distinta, como la gran y fuerte mujer que era. Una de las cosas difíciles para mí fue darme cuenta que Esperanza siempre esperaba que le dijeran que hacer, y como terapeuta, siempre estaba tentada a hacerlo. Gracias al equipo y a la supervisora, pude trabajar en no tener una actitud maternal hacia ella, sino ayudarla en su camino hacia hacerse responsable de sus actos y decisiones. Al terminar la terapia, sentí que una parte de mí se quedó con ella, al igual que una parte de ella se queda conmigo. Aprendí de ella y de mí en estas sesiones, y me siento muy honrada de haber caminado junto a ella una parte del camino de su vida.



1.1.2 Segundo Caso Clínico

DATOS GENERALES:

NOMBRES DE LOS PACIENTES: Rosa Pérez (madre),
Carla Gabriela Rojas Pérez(hija)

TERAPEUTAS: Yuliana León, Vanessa Guzmán,
Misael Montes de Oca.

EQUIPO TERAPÉUTICO (1era etapa): Linda Martín,
Homero Orozco, Paulina Carrillo.

SUPERVISORA: Mtra. Noemí Díaz,
Mtro. Flavio Sifuentes (videgrabada)

No. DE SESIONES: 19

RESUMEN

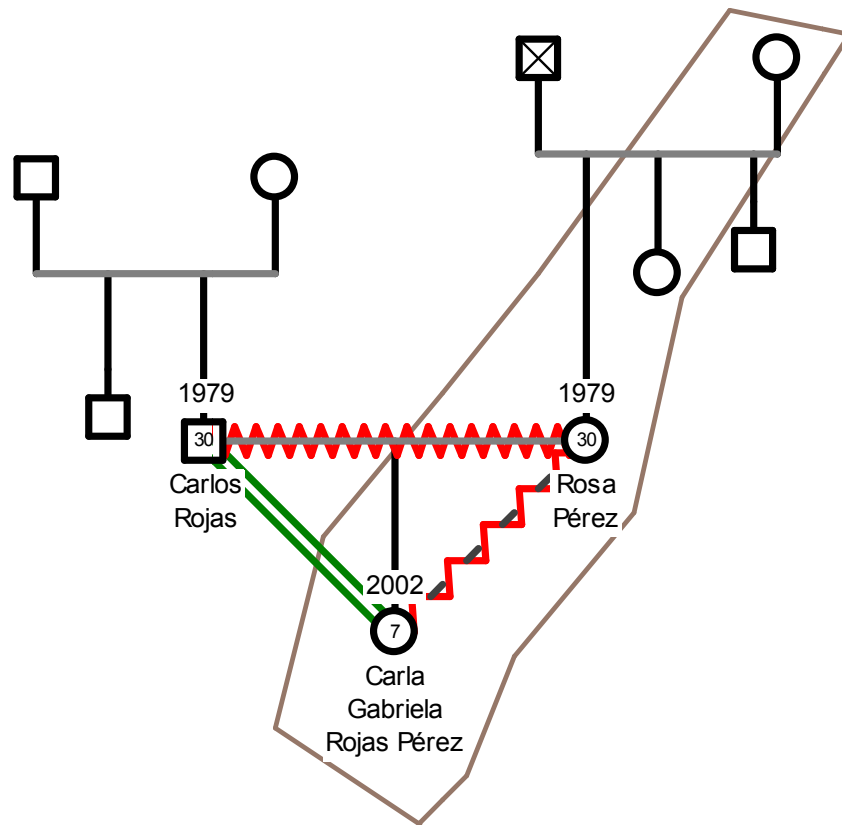
Rosa de 30 años y su hija Carla Gabriela de 7 se presentaron en un Centro Comunitario de la Ciudad de México para recibir atención psicológica debido a la reciente separación de Rosa y Carlos y lo que llamaron “inseguridad” en ambas. Rosa había vivido una situación de violencia de parte de Carlos, y a pesar de que se había separado, tenía dificultad para marcar límites con él. Carla Gabriela estaba siempre presente en las peleas de la pareja, y había asumido una posición de responsabilidad, al siempre desviar la atención del problema de sus padres hacia ella. Además de lo anterior, Rosa intentaba construir un modelo para el maternaje de su hija y de establecer nuevas avenidas de comunicación con Carlos en su trabajo como padres.

El proceso terapéutico tuvo una duración de 19 sesiones, en las que se trabajó con ellas la problemática de la separación y se nombró la violencia. Rosa logró establecer límites claros con su ex pareja, quien a su vez recibió ayuda psicológica en otra institución. Lograron también establecer ciertos acuerdos en cuanto a su rol como padres. Carla Gabriela se mostró más cooperadora, menos retraída y con una mejor relación con su madre, además de mucho más tranquila con la idea de tener dos casas. La relación de madre e hija se volvió más cercana y se establecieron límites hacia la familia externa.

MOTIVO DE CONSULTA

Rosa solicitó el servicio de atención Psicológica en uno de los Centros Comunitarios. En su motivo de consulta al hacer la solicitud, refirió tener problemas familiares ya que se había separado de su esposo, además de problemas con su hija.

FAMILIOGRAMA



ANTECEDENTES

Rosa es una mujer de 30 años que conoció a Gabriel haciendo deporte en la colonia donde vivían. Ellos se hicieron novios, comenzaron a vivir juntos y poco tiempo después de eso, esperaban el nacimiento de Carla Gabriela. Durante seis años la pareja se mantuvo junta, siempre con muchas peleas, ya que de acuerdo a lo que relata Rosa, Gabriel siempre fue un hombre muy violento, manipulador y controlador hacia ella. A pesar de que la pareja se ha separado por periodos pequeños de tiempo, cuando Rosa solicita el servicio de Terapia, ella está decidida a no volver más a vivir con Gabriel y a slo mantener una relación de padres. Rosa, junto con Carla Gabriela, se van a vivir a la casa de la madre de Rosa. Gabriel y ellas siguen teniendo contacto, aunque Rosa decide que no habrá reconciliación, lo que genera actos de violencia y control de parte de Gabriel.

OBJETIVOS

- Que Carla Gabriela se sintiera más segura respecto a la separación de sus padres.
- Que la relación entre madre e hija mejorara, se abrieran nuevos canales de comunicación.
- Que Rosa se sintiera apoyada y acompañada en su proceso de separación.
- Nombrar y eliminar la violencia.

RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Una de las particularidades en el tratamiento de este caso, fue el equipo de tres terapeutas que rotaríamos la participación de las sesiones, aunque presenciáramos cada una de ellas en otra habitación a través de circuito cerrado. A pesar de nuestras ideas acerca de esto, el formato de trabajo fue útil y no interfirió con la formación de una buena relación terapéutica entre cada uno de nosotros y las consultantes.

El proceso terapéutico de Rosa y Carla Gabriela, puede dividirse en dos grandes periodos, que representan la duración y la pausa entre dos semestres académicos. A continuación relataré el proceso que se llevó a cabo en cada una de estas etapas. La primera etapa, consistió de seis sesiones, y la denominé “Nombrando la violencia”, mientras que la segunda etapa, que ocurrió en un periodo de 13 sesiones, la he llamado “La reconstrucción”.

“Nombrando la Violencia”

Rosa se presentó a sesión junto a su hija Carla Gabriela. La madre dijo que la razón para estar allí era porque se preocupaba pues ella era muy insegura y sentía que su hija también. Al preguntarle acerca de los problemas familiares que había manifestado en su solicitud, ella dijo que Gabriel y ella se habían separado y tenía muchos problemas tanto con él, como con su hija, pues Gabriel se enojaba, las buscaba en todas partes, y la pequeña Gabriela se enojaba con Rosa siempre que Gabriel estaba enojado con ella también.

Relató la manera en que había conocido a Gabriel (descrito ya en los antecedentes) y dijo que desde hacía mucho tiempo su relación no iba tan bien. Dijo que Gabriel siempre había sido muy celoso hacia a ella, le gritaba y la humillaba mucho y que desde el momento en que se habían separado, él había asumido una actitud persecuidora hacia ella, como “obsesionado”, ya que la buscaba en todas partes, acudía a la escuela de Gabriela, las esperaba afuera de la casa, o en cualquier lugar donde pudiera encontrarlas.

Rosa también habló acerca de la preocupación que sentía por su hermano, quien había estado en drogas y a quien ella había ayudado a recuperarse (a pesar de los celos y reclamos de Gabriel). Se sentía responsable por su madre, hermana y por Gabriel, con quien ella sentía mucha culpa, pues él no había terminado la Universidad, y ella pensaba que era porque se habían casado.

La familia de Gabriel no la apoyaba tanto como Rosa hubiese querido, pues su suegro le dijo que ella tenía la culpa de todo lo que estaba pasando, y su cuñado, que era abogado, y a quien ella había pedido ayuda con el divorcio le dijo que prefería no hacerlo y que ellos resolvieran las cosas. A pesar de todas estas cosas, Carla Gabriela seguía frecuentando la casa de sus abuelos paternos, donde tenía muchas primas y primos y se mantenía en comunicación constante con su padre.

Los terapeutas hicimos una intervención a manera de escenificación, en la que pedimos a Rosa que cargara a Carla Gabriela, y después cargara una serie de cosas que se encontraban en la habitación. Rosa se llenó de cosas, y al preguntarle qué pensaba acerca de cargar tantas cosas y a su hija, ella dijo que era muy difícil cuidar de su hija teniendo todas esas cosas encima. Esas cosas para Rosa representaron todas las responsabilidades que ella sentía tener, y dijo que ella quería estar completa para su hija, para poder cuidarla y protegerla, y que reflexionaba que tenía que dejar de cargar con todas las preocupaciones de los demás.

Desde que sus padres se separaron, Carla Gabriela había mostrado mucha molestia hacia su mamá, con quien peleaba constantemente y a quien le pegaba cuando no podía ver a su papá.



En las primeras sesiones, Gabriela se mostró muy renuente a hablar con los terapeutas, a pesar de que jugaba con los distintos juguetes que se encontraban en el lugar de consulta, ella siempre se mostraba atenta a los temas tratados en las sesiones, y si Rosa se quejaba acerca de Gabriel, la niña lo defendía rápidamente. Para la tercera sesión, Gabriela se mostraba mas cómoda, hablaba mas y relataba historias acerca de sus primos y primas, sus mascotas e incluso en ocasiones, hablaba de su papá, de que se llevaban bien y de que él le compraba cosas y la llevaba al parque. También los tres terapeutas nos sentíamos mas libres de jugar y cuestionar a Gabriela, cosa que había sido difícil para nosotros en la primera sesión.

Rosa mencionó que Gabriela siempre estaba presente en las peleas que ella tenía con Gabriel, y que en esas peleas siempre había jalones y empujones entre ellos. Después de observar esto, Gabriela siempre se molestaba con ella, y quería ver a su papá, quien no solo quería ver a la niña, sino que quería ver a Rosa constantemente. Rosa decía sentirse acosada, molesta y perseguida, pero no quería dejar de ver a Gabriel, pues ella quería que él y su hija siguieran teniendo una relación cercana.

En la fecha en la que estaba agendada la cuarta sesión se sucedió un problema fuera de las instalaciones del centro comunitario. Gabriel, quien siempre acompañaba a Rosa y a Carla Gabriela a las sesiones, aunque no quería ser participe de ellas, las había esperado afuera de las instalaciones y al acercarse a ellas, le dijo a Rosa que quería hablar con ella. Rosa se negó y el le dijo que quería estar con su hija. La pareja comenzó a forcejear y a jalar a la pequeña. Después de eso, Gabriel le dijo a Rosa que quería levantar una demanda contra ella por abandono de hogar, a lo que ella respondió y le dijo que en ese momento fueran al Ministerio Público. Al llegar a las instalaciones del MP, Carla Gabriela les dijo a sus papás que ella no quería entrar a la cárcel, e insistió mucho en que quería un café. Los padres la llevaron a tomar un café y después de eso Gabriel las acompañó a su casa.

Una vez que Rosa relató el incidente a los terapeutas, surgió la idea de que Carla Gabriela, al estar presente en casi todos los problemas, había tomado la responsabilidad de hacer que sus padres estuvieran mejor y dejaran de pelear. Hablamos del peso de la responsabilidad

que cargaba Carla Gabriela, y Rosa mencionó que no se había dado cuenta del daño que le hacía a su hija al permitir que estuviera presente en todas las discusiones.

Rosa menciona que ella quiere divorciarse legalmente de Gabriel, pero que no puede hacerlo porque no tiene dinero y porque además tiene miedo de lo que él es capaz de hacer, ya que cada vez que ella decide alejarse de él, él piensa que ella está saliendo con alguien más, y que tiene celos hasta del propio hermano de ella.

Se mencionó también la posible peligrosidad de la situación y la necesidad de crear un plan de emergencia, una manera de Rosa de protegerse en caso de que la problemática con Gabriel se volviera severa.

Se volvió evidente para el equipo y para la supervisora que este era un caso de violencia en la familia, y nombrar la violencia se convirtió en uno de los objetivos, ya que el comportamiento de Gabriel había sido normalizado por Rosa, además de que veíamos el peligro en el que se encontraba Carla Gabriela a ser triangulada en la problemática de control y poder entre los padres.

Se preguntó a Rosa si ella consideraba que vivía una situación de violencia, y ella dijo que sí. La Mtra. Noemí Díaz, experta en el tema, entró a sesión y conversó con la paciente acerca de sus ideas acerca de esta problemática, mientras que Carla Gabriela pasó a otro consultorio con una de los miembros del equipo. Rosa dijo que ella quería divorciarse de Gabriel, pero su temor más grande era perder a su hija, pues tenía mucho miedo de que él se la quitara. Dijo también que en muchas ocasiones había deseado la muerte de él, e incluso llegó a desear morir ella, aunque nunca tuvo un plan al respecto. La supervisora menciona que la ley mexicana protege a las mujeres, sobre todo cuando hay una situación de violencia, y que Rosa no debe temer que él le quite a su hija. Se recomendó a la paciente que asistiera a alguna institución de atención a la violencia familiar (CAVI, UAVI, etc.) y que se informara de su situación legal. Ella dice sentirse muy escuchada, apoyada por los terapeutas y el equipo, y dice también sentirse más fuerte. Se le pide que no comente sus planes de separación legal con Gabriel.

En este momento de las sesiones se hace una pausa debido a las vacaciones institucionales. Podía verse ya una diferencia en la interacción con Rosa y Carla Gabriela, pues la primera parecía menos sobrecargada que cuando llegó, con mas seguridad acerca de lo que deseaba (terminar la violencia) y con una mejor relación con su hija. Por su parte, Carla Gabriela se mostraba mucho mas cooperadora y receptiva en las sesiones, se había desarrollado una relación muy fluída entre nosotros los tres terapeutas y ella, e incluso (según comentó Rosa) ella deseaba volver a las sesiones al terminar las vacaciones. Carla Gabriela había también hecho una amiga en la escuela, cosa que no había pasado antes, y Rosa mencionaba que no se enojaban tanto y se llevaban mejor.

“La reconstrucción”

La que yo considero como la segunda parte del proceso comenzó al regresar de vacaciones. Había pasado casi un mes desde nuestro último encuentro, y uno de los objetivos era rastrear los cambios ocurridos en este tiempo, además de saber cómo se encontraba la situación legal de Rosa y Gabriel.

Rosa relató que durante las vacaciones, las cosas habían estado mejor con Gabriel, pues él había comenzado a asistir a un grupo de Neuróticos Anónimos y que su actitud hacia ellas comenzaba a cambiar. Ella sentía que le era más fácil poner límites con él y que el los respetaba más.

Dijo que en su visita al Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) se había informado de los trámites que tenía que hacer para el divorcio, pero que no lo había llevado a cabo porque el hermano de Gabriel ofreció hacerlo. Dijo también que cuando en el CAVI le preguntaron si tenía alguna persona en la quien confiar y que la apoyaría, ella inmediatamente dijo “mis psicólogos”, pues sentía (al igual que nosotros), que la relación terapéutica era fuerte y de mucha empatía.

Debido a que Gabriel había comenzado un proceso de ayuda por su parte, Rosa se sentía con menos miedo y mas lista para reconstruir su vida. A pesar de que el tema de la violencia siempre estuvo en nuestras mentes y en las conversaciones, Rosa comentó que le gustaría hablar



de cómo mejorar su relación con Carla Gabriela. Uno de los temas importantes para ella era el que Gabriela no le obedecía y constantemente la amenazaba con acusarla con su mamá (la abuela materna de Carla). Esto era muy molesto para Rosa, pues decía que su mamá y su hermana se metían mucho en su vida, y que Gabriela era mas obediente con ellas que con Rosa.

Este tema nos llevó a conversar acerca de los límites. Rosa dijo que para ella establecer límites con su familia de origen y con Gabriel era muy difícil, pero que a través de nuestras conversaciones se daba cuenta que eran necesarios.

Se rastreó la idea de Rosa acerca del tipo de madre que quería ser para Carla Gabriela, y de qué cosas de su madre no incluiría ella. Rosa dijo querer ser mas cercana a su hija, no regañarla ni exigirle tanto, además de siempre defenderla. Contó la historia de que cuando su padre murió, cuando ella tuvo dos años, su mamá los llevó a vivir con los abuelos paternos. Como su mamá trabajaba todo el día, Rosa y sus hermanos fueron maltratados y humillados de muchas maneras. Esta historia era muy dolorosa para ella, pero significaba lo que no quería ser con su hija.

Mientras transcurrían las conversaciones, Gabriela estaba muy interesada en saber del pasado de su mamá, de cómo la había tratado su abuela, de cómo había muerto su abuelo. Los terapeutas animamos a Gabriela a hacerle preguntas a su mamá, preguntas que Rosa contestaba con buen ánimo. Esto generó un nuevo canal de comunicación entre madre e hija.

Gabriela estaba cada vez mas presente y mas abierta en las sesiones. En muchas ocasiones platicaba de las cosas que hacía en el tiempo entre nuestras sesiones, de sus mascotas, etc. Sin embargo, no le gustaba mucho hablar del tema de la separación entre sus papás. A través de un consejo en la supervisión videograbada, nos dimos cuenta de introducir la idea de las dos casa que ahora tendría Carla Gabriela, y de preguntarle cómo es que vivía ella esta situación.

Gabriela dijo que en la casa de su papá se divertía más porque allí estaban sus primos y primas, y además tenía juguetes. En la casa de su mamá estaba su abuela y sus mascotas, y mas juguetes. Pareció entonces que esta intervención había sido útil para marcar la diferencia entre los dos hogares y para que Rosa escuchara la manera de pensar y sentir de Gabriela a este respecto.



A pesar de que la relación entre madre e hija mejoraba y que la violencia física había parado por completo, Rosa decía todavía sentirse muy frustrada con su hija, pues le era difícil animarla a que cooperara en las mañanas para ir a la escuela, o para dejarse peinar. Para Rosa, una de las grandes dificultades era que ella y Gabriel no se ponían de acuerdo en cómo educar a Carla Gabriela, y que la niña podía manejarlos diciéndoles mentiras, o convenciendo a uno o a otro de hacer lo que ella deseaba que hicieran. Cuando se suscitó este tema, preguntamos a Rosa si le gustaría invitar a Gabriel a una sesión, y ella dijo que sería algo muy bueno. Establecimos entonces una cita y aclaramos con ambos que Gabriel era un invitado en la sesión de Rosa para hablar de los acuerdos parentales, y que si deseaban discutir problemas acerca de su relación de pareja, tendrían que solicitar ese servicio aparte. Con ambos de acuerdo, dimos inicio a la sesión.

Gabriel mencionó que él se sentía muy bien al asistir a sus reuniones en Neuróticos Anónimos, ya que había aprendido mucho y se sentía más tranquilo. Dijo también que él y Rosa no se ponían de acuerdo muy bien con las cosas de su hija, porque ella siempre se quejaba de que él solo pasaba los momentos divertidos de la hija y no las dificultades. Rosa dijo que eso era cierto, que él no se daba cuenta de todas las cosas difíciles que ellas pasaban, y que solo estaba en las cosas buenas. Hablamos un poco de los roles que estaban jugando y de cómo es que podrían balancear más las responsabilidades para que Rosa no estuviera siempre enojada y de mal humor (como lo mencionó Gabriel). Él dijo que reconocía que no se había hecho cargo de esas cosas difíciles y que era algo en lo que se tenía que involucrar.

Les preguntamos también cómo eran sus estrategias para comunicarse, a lo que Gabriel respondió que cuando Rosa se molestaba por el tema que estaban discutiendo, decía que ya no quería hablar de eso y se iba, a lo que él respondía con coraje, pues sentía que no lo dejaba expresar lo que sentía. Hablamos entonces de una estrategia en la que la persona que termina la conversación, tiene que ser responsable de establecer una fecha para reiniciarla, y que es preferible que esa fecha no pase de 24 horas. También mencionamos que la otra persona, debe respetar el acuerdo y esperar a la hora acordada. Los dos dijeron que esta estrategia era buena para ellos, pues a veces se exaltaban y nunca terminaban de hablar de los problemas.

El último tema tratado en esta sesión fue la diferencia que tenían en la manera de pensar respecto a pegarle a Carla como manera de castigo. Para Gabriel esto no debía de ser, y menos por otras personas que no eran sus padres. Para Rosa el castigo a través de una nalgada no era

malo, y hasta se lo permitía a su mamá y hermana. Ellos mencionaron que este era un tema en el que les costaba trabajo ponerse de acuerdo. A través de la conversación, Gabriel accedió a que Rosa usara este tipo de castigo, pero le pidió que limitara el que su familia lo hiciera a menos de que fuera muy necesario.

En la sesión que siguió a la sesión con ambos, Rosa dijo que le había gustado conversar así con Gabriel y que creía que pudieron ponerse de acuerdo en algunas cosas. Le preguntamos lo que había pasado concerniente al divorcio y dijo que el hermano de Gabriel le había dicho mentiras, pues no había tramitado nada. Los terapeutas confrontamos este tema, hablándole de la convicción que había tenido al decidir divorciarse, pero de lo difícil que parecía el que ella tomara la decisión. Ella dijo que muchas veces ha querido proteger a Gabriel de situaciones difíciles, y hablamos un poco de los dobles mensajes que el recibe, acerca de querer y no querer estar juntos. En la próxima sesión, Rosa dijo que se daba cuenta de la responsabilidad que le tocaba a ella en lograr su objetivo del divorcio.

El trabajo con Carla Gabriela fue siempre muy rico. Aunque no estuvo presente en la sesión con sus dos padres (esto fue una manera de establecer un límite generacional, ya que ella siempre estaba presente en las discusiones), ella llegaba a todas las sesiones en las que le tocaba estar. Su relación con su mamá estaba mejorando, tenía también más amigas y hasta hizo una buena amiga con una compañera de trabajo de su mamá. En las últimas sesiones, Carla Gabriela tomó un especial interés por los cuentos de princesas, ya que al aburrirse de los mismos juguetes del consultorio, comenzó a traer sus juguetes, entre ellos, un cuento de princesas. Utilizamos estos cuentos para seguir hablando de las dos casas, de las ventajas y las desventajas. Este fue un tema rico, aunque complicado en ocasiones cuando Carla se distraía o no quería hablar al respecto. Sin embargo, creemos que los mensajes directos e indirectos eran algo a lo que ella estaba atenta y le eran útiles.

En el equipo discutimos la posibilidad de terminar con las sesiones, ya que los objetivos de mejorar la relación entre madre e hija, de que la hija pudiese desenvolverse más, y de nombrar la violencia y que Rosa y Carla estuvieran seguras, se habían cumplido. Al comentarlo con Rosa, ella dijo que le parecía bien, que se sentía mucho mejor de cuando llegó y que creía que era un

buen momento para terminar. Carla Gabriela dijo que no nos extrañaría mucho, aunque después dijo que si, que tal vez un poco. Todos nos reímos, y resaltamos el gran cambio que veíamos en esta pequeña, quien se mostraba mas libre, con menos responsabilidad de unir a sus padres y con muchas ganas de jugar.

Les pedimos que asistieran a una sesión de cierre, en la que leímos un cuento preparado por los terapeutas y dedicado a ellas. Esa sesión fue emocional para todos, nos despedimos agradeciendo los aprendizajes mutuos y con grandes esperanzas para estas dos grandes mujeres.

1.1.2.1 Evaluación Del Proceso Y Del Sistema Terapéutico

El proceso terapéutico llevado a cabo con Rosa y Carla Gabriela, fue positivo y muy rico, no solo porque se cumplieron los objetivos planteados al principio, sino también porque hubo una intervención clara sobre el tema de la violencia que vivía esta familia.

Cuando inició la Terapia, Rosa estaba confundida acerca de la separación de Carlos y de la actitud de su hija. Pronto pudimos darnos cuenta que Rosa no tenía una red de apoyo fuerte, y que se sentía sola ante esta situación. Los terapeutas nos convertimos en una fuente de apoyo y confianza para ella, pues la violencia que vivía nunca había sido vista como algo incorrecto, y era normalizada en el contexto en el que vivían.

Una de las primeras intervenciones que hizo una gran diferencia, fue la escenificación de una Rosa cargada de responsabilidades. Esto generó una larga reflexión en ella acerca de cómo en el momento presente, su responsabilidad más grande era su hija, y la decisión de no hacerse cargo de Gabriel. Además de lo anterior, nombrar la situación que vivía como Violencia, y darse cuenta que había alguien que la escuchaba y entendía (en este caso la Supervisora), permitió que Rosa se sintiera mas libre y con menos culpa de haberse separado.

Respecto a su relación con su hija, el trabajo que se hizo fue largo y difícil para nosotros los terapeutas. Carla Gabriela sufría los efectos de la separación de sus padres y la dificultad de lidiar con dos hogares, dos diferentes tipos de reglas (que no siempre eran consistentes la una con la otra), mensajes opuestos, miedos en la escuela, etc. Todos estos temas eran difíciles de



conversar para ella, y mucho mas difíciles de compartir con su mamá. A pesar de lo anterior, los tres terapeutas logramos establecer una relación cercana y amigable con ella (a veces parecía que tomabamos turnos, pues era muy cercana a una de nosotros en una sesión, y a otro en la siguiente), a través de juegos y cuentos, logramos platicar acerca de estos temas, y ella se mostraba atenta y en la mayoría de las ocasiones, cooperadora.

Una de las grandes diferencias que ocurrieron en el proceso, fue la oportunidad de madre e hija de escucharse. Rosa se sorprendía al saber algunas de las cosas que Carla Gabriela sentía, mientras que la niña sentía mucha curiosidad por saber historias de la vida de su madre. Todo esto resultó en una mejor interacción entre ellas, y en la disminución de eso que Rosa llamaba “inseguridad”.

La primera parte del proceso fue trabajada de una manera estratégica, ya que planeábamos con cuidado las intervenciones y los mensajes del equipo. Esto fue útil sobretodo en el tema de Violencia, pues creíamos que era importante hablar de ciertos temas como la protección de ambas y los recursos legales a los que podían acceder.

En la segunda parte, el proceso fue menos planeado, los temas surgían en la conversación y nuestra intención era abrir posibilidades que le fueran útiles a estas pacientes.

El proceso terminó de una manera natural. Rosa se sentía mas fuerte y mas cercana a su hija, además de sentir que había sido acompañada de una manera amable, lo que para nosotros fue una retroalimentación muy importante.

COMENTARIOS Y REFLEXIONES

Este caso fue importante para mí, pues a pesar de que tratamos muchos casos en los que se vivía Violencia en la Familia, la Supervisión de la Maestra Noemí Díaz hizo una diferencia en la manera en que experimentábamos la situación. Me parece muy importante destacar que uno de mis mayores aprendizajes en este respecto, es que como parte de una institución podemos, y debemos responder de una manera enérgica para parar la violencia si esta ocurre en nuestra presencia. No ser parte de un sistema que normaliza la violencia, es una manera de intervenir y una parte de nuestra responsabilidad como terapeutas.



En lo que se refiere al equipo terapéutico, me parece que la rotación entre los tres terapeutas, y el trabajo hecho por los tres fue eficaz. Mis expectativas acerca del tipo de enganche que podríamos realizar fueron superadas, ya que los tres mostramos gran compromiso hacia este caso. Rosa y Carla Gabriela se mostraban cómodas con todos, y nuestras conversaciones se enriquecían con la visión de todos los involucrados.

Respecto a las pacientes, creo que no solo se lograron los objetivos establecidos, sino también la oportunidad de hacer un acompañamiento humano, respetuoso y ético con ellas. Hubieron situaciones frustrantes para mí, como el hecho de que los papeles de divorcio fueran puestos en manos del hermano de Gabriel, pues creía que esta solo era una manera de engañar a Rosa. Sin embargo, esto puso a prueba mi capacidad de acompañar sin imponer y de escuchar, además de entender que el proceso para terminar las interacciones violentas es largo, y que nuestra intervención era solo una parte de este proceso para Rosa.

Al final de todo, lo más alentador era saber que durante nuestras conversaciones se había generado una diferencia en la relación madre e hija, lo que a mi criterio, era un recurso más que se añadía a la lista de tantos que poseían estas dos mujeres.

1.2 Análisis de un tema pertinente a los casos de las familias consultantes elegidas para el análisis teórico.

LA VIOLENCIA DE GÉNERO: Producto de la socialización de hombres y mujeres

“La violencia es aprendida socialmente [...] es una forma de ejercer poder mediante el empleo de la fuerza física, psíquica, económica o política. Necesariamente implica que existan dos pueblos o dos personas. Una se encuentra en posición superior a la otra”.
(Andrés, 2004, p.32).

Mucho se habla de violencia en nuestros días, y sin embargo, todavía queda mucho que decir, pues la violencia es uno de las problemáticas mas prevalentes en las sesiones de terapia. Debido al estigma cultural que se asocia con este tema, en muchas ocasiones las interacciones violentas en la familia se silencian, se cubren, se excusan, y es necesario que se abran espacios que permitan la reflexión acerca del tema. Con esta breve reseña del tema, busco contribuir a la extensa y rica discusión acerca de la violencia contra las mujeres, y así formar parte del grupo de personas que la rechazan, y que buscan crear oportunidades para que esta problemática no sea normalizada y no prospere en nuestras sociedades.

Cuando escuchamos la palabra Violencia, seguramente muchas imágenes vienen a nuestra mente: los videojuegos sangrientos, la inseguridad que se vive en las calles de las grandes urbes, las noticias de nota roja que escuchamos constantemente en los medios de comunicación, la violencia institucional de la que somos víctimas en el diario vivir, las guerras, las matanzas, los bombardeos. No cabe duda que vivimos en sociedades permeadas por la violencia. La escuchamos, la vemos y en muchas ocasiones hasta participamos de ella.

No es entonces totalmente sorprendente adentrarnos al tema de la violencia en la familia, ya que la violencia es una invitada en los hogares de muchas y muchos mexicanos.

La Organización Mundial de la Salud, ha definido la violencia como *“el uso intencional de la fuerza o el poder físico de hecho o como amenaza contra uno mismo, otra persona, un*

grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones físicas, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones” (2002, p5). Para Jorge Corsi (1994), el término “violencia familiar”, se refiere a “las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico al vínculo intrafamiliar” (p.31).

Dentro de la familia, pueden ocurrir situaciones graves de maltrato y abuso, muchas de ellas poniendo en peligro la vida y la integridad de aquellos quienes son violentados. Para Linares (2006), el maltrato físico familiar es “Un conjunto de pautas relacionales que de forma inmediata y directa, ponen en peligro la integridad física de las personas que están sometidas a ellas, cuyos responsables son miembros significativos de sus propias familias” (p. 19).

Además del físico, existen otros tipos de violencia y maltratos, como aquellos que son económicos, institucionales, sexuales y psicológicos. Estos últimos, los maltratos psicológicos, pueden llegar a ser aún más peligrosos que los maltratos físicos, ya que se mantienen ocultos y pasan desapercibidos, lo que hace que los receptores del maltrato tengan más dificultad para defenderse o ponerse a salvo.

El mismo Linares (2006), define el Maltrato Psicológico en la familia como: “*un conjunto de pautas relacionales cuya consecuencia no es un riesgo directo para la integridad física, sino una amenaza para la madurez psicológica y la salud mental de las personas sometidas a él*” (p.21).

Desgraciadamente, las receptoras de la violencia dentro del hogar, son en su mayoría mujeres. Pero, ¿por qué las mujeres? ¿hay algo de natural en nuestra condición que nos hace propensas a las interacciones violentas? ¿somos merecedoras de maltrato por ser el llamado “sexo débil”? ¿será que sufrir violencia debiera ser algo normal para nosotras?

Para responder a las anteriores preguntas, considero importante hablar acerca del sexo, el género y las construcciones alrededor del género que dan paso a la violencia contra las mujeres.

El Sexo, el Género y la Violencia contra las mujeres

Es claro que entre las personas del sexo masculino y las del sexo femenino hay una distinción biológica clara: los genitales. Además, hay otras distinciones, que no son biológicas y que son producto de los constructos sociales. El **sexo** entonces, es un término que se refiere a las estructuras biológicas que tienen que ver con la reproducción, mientras que el **género** se refiere a todas las categorías socioculturales que caracterizan las conductas que son femeninas, o las conductas que son masculinas (Andrés, 2004). El género entonces es un constructo socio-histórico, mientras que el sexo es una condición biológica.

Alrededor del género se han creado muchas ideas acerca de lo que es correcto y lo que no es correcto. Estas ideas comienzan desde una edad muy temprana: *los niños se visten de azul, las niñas de rosa, los niños juegan con carritos, las niñas con muñecas*. Al crecer, estas ideas van cambiando y tomando otras formas: *los buenos hombres son valientes, son aventados, las buenas mujeres son suaves, son más pasivas*. A estas ideas respecto al deber ser de los hombres y mujeres, podemos llamarles estereotipos de género.

Los estereotipos de género son presentados como algo natural, ideal y normal. Es decir, se cree que los hombres son valientes, caballerosos, formales, rápidos, activos, agresivos, objetivos, etc., por naturaleza, mientras que las mujeres son más débiles, sensibles, calmadas, románticas, subjetivas, etc. Aquellas personas, sean hombres o mujeres, que no se comporten o rijan su vida de acuerdo a estos estereotipos, serán etiquetadas en función a esto: joto, marimacha, etc.

Dentro de estos estereotipos, es claro que los valores dominantes son aquellos asociados con el hombre. El dominio, poder, rapidez, valentía y agresividad, son valores normalmente asociados con ellos. Debido a que la estructura de las sociedades occidentales es jerárquica y patriarcal (Andrés, 2004), se entiende que el varón, por su condición de varón, tiene el derecho y la capacidad para decidir sobre la vida y el cuerpo de la mujer, ya que ésta, es subordinada a él, y mantiene su condición de “buena mujer” solo a través de su asociación con él (es decir, es considerada mujer en tanto es esposa, hija, o madre de un hombre).

Por otro lado, el peso social sobre el varón para ejercer este rol es muy fuerte, pues al ser asociado con atributos que son considerados “femeninos” se pone en duda su sexualidad, y se le



ridiculiza frente al grupo de pares llamándoles nombres como: *vieja, mandilón, mantenido*, y diciéndoles frases como: *te pegan, ya veo quien lleva los pantalones en tu casa, eres un regañado*, etc.

Para evitar esta ridiculización social, y para cumplir con su rol social, *el verdadero hombre*, debe mantener a su mujer bajo su mando y poder. El ejercicio de este poder por parte del hombre es llevado a cabo en muchas ocasiones a través de la violencia, los malos tratos y la intimidación. Dice Andrés (2004), que bajo este contexto, los hombres han sido socializados para pensar que *“para conseguir la sumisión absoluta de la mujer, todo es válido”* (p. 29).

Es pues la violencia de género, aquella que es ejercida por razón de pertenencia al sexo femenino. La ONU (1993) dice que *“la violencia de género deteriora o anula el desarrollo de las libertades y pone en peligro los derechos fundamentales de las mujeres, la libertad individual y la integridad física de las mujeres”*.

Sin embargo, la violencia de género ha sido naturalizada en nuestras sociedades. En muchas ocasiones, creemos que si la mujer es golpeada, o si vive maltrato psicológico, seguramente hizo algo para merecerlo. O creemos que si no vemos moretones, rasguños, sangre, realmente no sufre mucho. Sin embargo, a pesar de que la violencia física es la que más se mide, conceptualiza y demanda, el maltrato psíquico y la degradación son en ocasiones mas intolerables que la violencia física (OMS, 2002)

La mujer y la violencia de Género

La violencia y los malos tratos han formado parte de la vida cotidiana de las mujeres a lo largo de la historia. Pero esta violencia estaba normalizada y naturalizada, lo que hacía que no fuera reconocida, fuera por miedo, por culpa o por vergüenza (Nogueiras, 2004).

La educación dada a las mujeres en un sistema patriarcal, estaba dirigida a hacer el amor el valor más importante. Este tipo de amor tan valorado es aún el amor romántico, que requiere la entrega absoluta, la renuncia personal, el sacrificio eterno y la no reciprocidad. Lo anterior quiere decir que las mujeres hemos sido socializadas para darnos al varón, pero también para entender que no es parte de su rol, entregarse completamente. Bajo este contexto, en el que se

degrada a la mujer, sus capacidades, su valía y su autoestima, las relaciones con el varón siguen siendo importantes, y en muchas ocasiones, las relaciones más significativas que existen para ellas. Aún en el caso de que existiera violencia, esta tiene una “razón de ser” y es justificada.

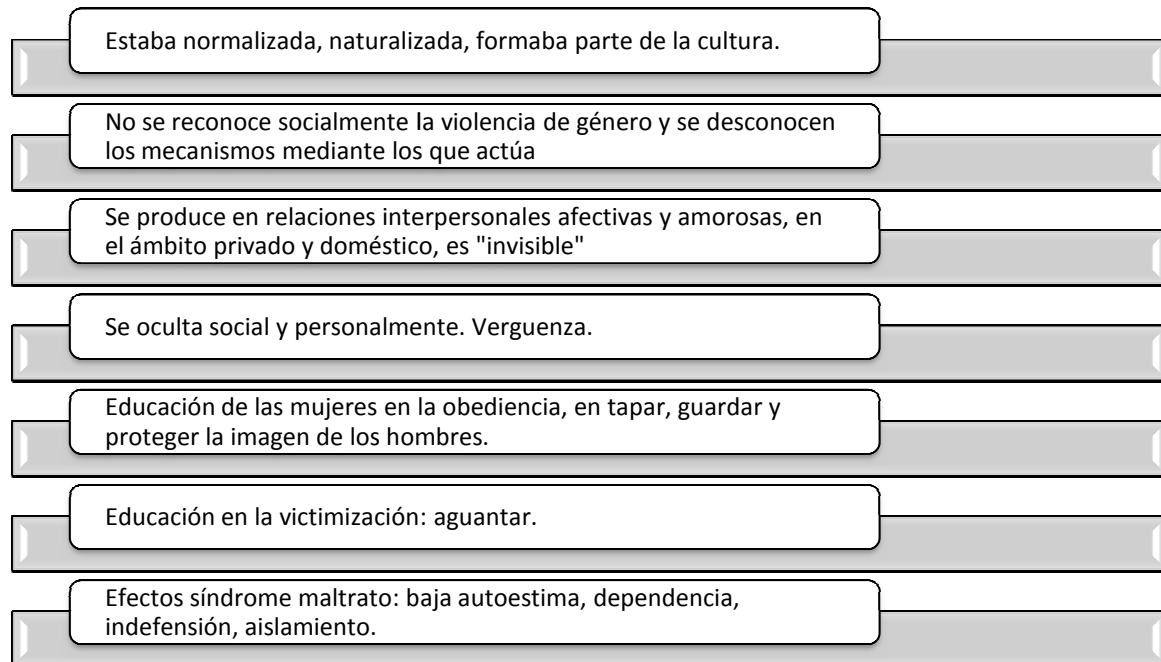


Figura 10. ¿Por qué la violencia contra las mujeres ha sido invisible?

De: Nogueira (2004). “La violencia en la pareja” p. 44.

Crecer o vivir en el ambiente en donde ésta violencia se naturaliza, en donde el lugar del respeto y de la protección fue invertido por las fuerzas agresivas y la violentación del desarrollo supone un registro sumamente doloroso que estructuran o desestructuran la subjetividad a lo largo de toda la vida (Crabay, 2006)

Sin embargo, gracias al trabajo que han hecho muchos grupos, como las feministas, los hombres comprometidos a crear nuevas maneras de relación, y muchos otros individuos e instituciones, el velo que cubría a la violencia contra las mujeres ha ido cayendo. El día de hoy, la violencia por razón de género puede ser discutida, analizada y rechazada por una gran parte de la población.



No es mi intención eximir a las mujeres de la responsabilidad que cada una de nosotras tenemos en las interacciones violentas de que podemos llegar a ser parte, sea con la pareja, los hijos u otros. Además, necesario también decir que la violencia no es algo natural del ser varón y que existen también grupos de hombres y mujeres interesados en la construcción de nuevos modelos de masculinidad que se alejen de la concepción del poder y sometimiento como método de control del otro.

Sin embargo, es claro que la violencia ejercida contra las mujeres por su condición de mujeres es un problema real, y preocupante, resultado de la socialización bajo un sistema de relaciones de género desiguales, en el que se alimenta la creencia de que el hombre es superior a la mujer (Nogueiras, 2004, Andrés, 2004).

A pesar de todo el trabajo que se ha hecho respecto a desnaturalizar la violencia y eliminarla, esta problemática prevalece en muchas culturas y en muchos ámbitos de las sociedades en que vivimos. Conocer cómo y por qué tiene lugar la violencia de género, nos invita a reflexionar acerca de la idea de que aquellas construcciones culturales que han sido adquiridas por los procesos de socialización, pueden ser cambiadas.

Ravazzola (2005) propone que una de las maneras para reflexionar acerca de la violencia de género en el ámbito terapéutico para no ser partícipes de ella, puede ser a través de plantearnos preguntas como estas:

“¿cómo vivimos?, ¿cómo resolvemos las distribuciones y negociaciones en nuestra vida cotidiana? ¿en qué medida reproducimos el orden autoritario sexista de nuestras puertas adentro? ¿cómo introducir lecturas alternativas respecto de las que nos dictan las construcciones más convencionales a las que estamos sobretodo habituados?” (p.51).

Además de lo anterior, la misma autora propone que se promueva en los terapeutas, una reflexión sobre la propia responsabilidad en la co-construcción y el mantenimiento de las interacciones abusivas, para así, no replicarlas en el consultorio, y que logremos que una real empatía reemplace al juicio automático hacia aquellos que son víctimas de violencia.



Sin duda, los terapeutas tenemos la responsabilidad ética de establecer relaciones libres de violencia con quienes nos consultan, además de reflexionar acerca del privilegio que significa acompañar a muchas mujeres en su proceso hacia nombrar y rechazar la violencia de género.

2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

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

2.1.1 Reporte de investigación Cuantitativa

FAMILIA Y OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Paulina Carrillo, Anahí García, Yuliana León, Linda Martín, Dolores Mercado.

Resumen:

El objetivo del trabajo fue determinar la validez y confiabilidad de la escala "Familia y obesidad en la adolescencia: hábitos alimenticios, actividad física y cuidado de la salud", sin embargo los factores agruparon 35 reactivos que no satisfacían las exigencias metodológicas para considerar que se dispone de una escala con cualidades paramétricas aceptables. Participaron 431 adolescentes de entre 12 y 17 años de edad. Se realizó una fase de construcción de la prueba, posteriormente la validez y finalmente la confiabilidad de la prueba. Los resultados muestran una estructura con 10 factores: Actividad física individual, Alimentación balanceada, Actividad física de los padres, Cuidado de la salud-atención médica, Comida rápida, Buenos hábitos alimenticios familiares, Malos hábitos alimenticios, Malos hábitos alimenticios-uso del tiempo. Puesto que el análisis arrojó una estructura factorial con correspondencia a la teoría de la que se partió, se poseen datos útiles en la descripción y explicación del fenómeno "obesidad en la adolescencia".

Palabras clave: obesidad, adolescentes, familia, roles parentales.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad, lo que representa alrededor de 5,757,400 adolescentes con este problema en el país. La adolescencia es una etapa de grandes cambios físicos, sociales y psicológicos. En la que padecer obesidad puede ser especialmente problemático debido a la importancia que se da a la apariencia física en el proceso de socialización, formación de identidad y en la autoestima. Según Crossman (2006), la obesidad está fuertemente relacionada con hábitos alimenticios inadecuados, sedentarismo y bajo interés en el cuidado de la propia salud. En gran medida estos aspectos son aprendidos en el ámbito familiar, por lo que el presente trabajo buscó construir un instrumento que midiera la relación entre las conductas y hábitos de los adolescentes de manera individual y los que reporta acerca de

su familia. Se desarrollo de un instrumento para medir la clasificación individual y de familia, en tres dimensiones: Actividad física, hábitos alimenticios y cuidado de la salud. Comenzaremos hablando acerca de la obesidad, su impacto en la adolescencia y la relación que guarda con los hábitos familiares.

Obesidad

La obesidad es un aumento excesivo en el peso y la grasa corporal, para el valor esperado de acuerdo con el sexo, talla y edad (Azcona, Montero, Bastero & Santamaría, 2005). Es un padecimiento multifactorial, los elementos de riesgo que determinan la obesidad pueden ser una combinación de factores genéticos, socioeconómicos, metabólicos y estilo de vida entre otros. Algunos trastornos endocrinos, enfermedades y medicamentos también pueden ejercer una influencia considerable en el peso de una persona. Algunos de los factores que influyen en la incidencia de la obesidad son:

Factores Genéticos: estudios han demostrado que se puede heredar la predisposición a la obesidad. Gordon-Larsen, et.al (2004), informó que el 48 % de los niños que tenían padres con exceso de peso adquirirían el mismo problema. El lugar donde se acumula el peso –las caderas o en la zona media del cuerpo– también depende en gran parte de factores hereditarios. Pavón, Alameda, Olivar, y Monereo (2005) reportan que se han asociado mutaciones y polimorfismos de distintos genes que intervienen en la regulación de apetito y el peso. Algunos autores consideran a los factores genéticos como predisponentes y no como causa en sí mismos.

Factores metabólicos: el cuerpo de cada persona usa energía de un modo único e individual. Tanto los factores metabólicos como los hormonales no son iguales para todas las personas, éstos juegan un papel en el aumento de peso. Los niveles de grelina, una hormona péptida que regula el apetito, y otros péptidos del estómago, participan tanto a la hora de producir sensaciones de hambre así como de saciedad.

Estilo de vida o factores ambientales: el sedentarismo y los hábitos alimenticios inadecuados son los principales factores que impactan sobre el peso en las personas y contribuyen al desarrollo de la obesidad Pavón, et al (2005). Estos autores comentan que se ha relacionado el tiempo de ver televisión con una mayor ingesta de alimentos altamente calóricos. Asimismo



comentan que el actual ritmo de vida afecta negativamente los hábitos alimenticios de los adolescentes quienes consumen una menor cantidad de frutas, legumbres y verduras y una mayor cantidad de alimentos ricos en grasas y carbohidratos. Crossman (2006), afirma que el sedentarismo es un fuerte predictor de sobrepeso. Por otra parte el estilo de vida, el conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que pueden ser saludables o nocivos para la salud (Lalonde, 1974) y la organización del cuidado de la salud que una persona realiza, repercuten en acciones que van a favor o en contra del bienestar físico y psicológico de las personas.

Adolescencia y obesidad

Pavón, et al (2005) plantean que la adolescencia y la infancia precoz, son períodos críticos para el desarrollo de la obesidad. De acuerdo con éstos autores las consecuencias fundamentales de la obesidad en esta etapa son las repercusiones a nivel psicosocial y el riesgo de convertirse en un adulto obeso, además de la afectación de la salud física que esto conlleva. Debido al desarrollo, las necesidades nutricionales y energéticas de los adolescentes son mayores durante este periodo a diferencia de cualquier otro, y varían de acuerdo con la rapidez de su crecimiento, el sexo, la composición y la actividad física. El problema de obesidad se torna más evidente en esta etapa del crecimiento, y en la mayoría de los casos continúa hasta la adultez. Sin la debida intervención, los adolescentes obesos se enfrentarán a numerosas consecuencias en el aspecto físico, psicológico y social, pues las actitudes sociales hacia la gente obesa son en su mayoría negativas (Whitney y Rolfes, 2005). Otros autores comentan que existe una dimensión emocional en los patrones de alimentación, como una manera de afrontamiento del estrés, afectación negativa en su autoconcepto y autoestima (Schacht, Ritcher-Appelt, Shulte-Markwort, Hebebrand, y Schimmelmann, 2006).

Los adolescentes obesos generalmente experimentan una significativa presión social, estrés y dificultades para cumplir las tareas de desarrollo. Las perturbaciones psicológicas también son muy comunes. Los síntomas de la obesidad pueden parecerse a otros trastornos o problemas médicos. De acuerdo con el Manual Merck (Beers, Porter, Jones, Kaplan y Berkwits, 2006), la obesidad es dos veces más común en adolescentes que en adultos, aunque la mayoría de las complicaciones se dan en la edad adulta. Por problemas de obesidad, durante la pubertad los

adolescentes son más proclives al suicidio, a las adicciones (alcohol, tabaco y otras drogas) y a desarrollar alteraciones de la alimentación como anorexia y bulimia (Álvarez, Monereo, & Moreno, 2005).

Obesidad y familia

Un estudio en la Universidad del Estado de Arizona (Crossman, 2006), encontró que los padres tienen una fuerte influencia en que los niños o adolescentes tengan problemas de sobrepeso u obesidad, más allá de factores genéticos. Comenta que cuando los niños crecen en familias con malos hábitos alimenticios y con un estilo de vida sedentario, tienen 33.3% de probabilidad de ser adolescentes con sobrepeso u obesidad. El autor sugiere que la influencia de los padres se debe a la cercanía con sus hijos, quienes internalizan los hábitos, valores y normas que sus padres modelan. Por último el autor señala, que la prevención del sobrepeso tienen que darse en el hogar y la en realizar campañas de salud, que señalen la importancia del ambiente familiar para promover estilos de vida saludables, controlando la dieta, realizando desayunos saludables y limitando el tiempo que los niños o jóvenes pasan en actividades sedentarias.

Haire-Joshu investigadora y Directora del Centro de Prevención de Obesidad de la Universidad de San Luis, comenta que la obesidad es una enfermedad familiar, los niños en su mayoría no nacen obesos, se hacen obesos en un ambiente en que aprenden los hábitos de sus padres, éstos sirven de modelo para sus hijos (Haire-Joshu, 2001). Por otra parte, la Academia Mexicana de Pediatría (Calzada, 2003), encontró que, los factores donde se debe poner especial atención, respecto a la familia son: padres mayores de 30 años, existencia de sobrepeso en ambos progenitores, antecedentes de obesidad en familiares de primer grado, hijos únicos o familias con tres o menos hijos, nivel social, económico y cultural bajo, familias en las que ambos padres trabajan, aislamiento social, o problemas afectivos en la familia o ambos, niños que evitan el desayuno, pero consumen una colación en la escuela, consumo de frituras, ingestión de alimentos con alto contenido de grasas y calorías y bebidas azucaradas, más de tres horas al día en el tiempo dedicado a la realización de actividades sedentarias y la falta de ejercicio con gasto energético alto, entre otros.

Justificación

Se consideró que es importante trabajar con la población adolescente, debido a que en México representa la tercera parte de la población, según datos arrojados por el INEGI (2005). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, uno de cada tres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad, dicha estadística es alarmante, debido a que la obesidad es uno de los antecedentes de diversos padecimientos que actualmente están cobrando más vidas en el mundo, por ejemplo: diabetes, enfermedades coronarias (infartos, hipertensión), diversos tipos de cáncer, entre otros. Lo que hace urgente trabajar de manera multidisciplinaria para revertir esta tendencia. La importancia de estos problemas no sólo se mide en términos del número de afectados, sino también en que sus consecuencias afectan a una población con una larga expectativa de vida productiva. Debido a que en esta etapa de la vida están en la formación de la propia identidad y de su proyecto de vida, se considera que es un buen momento para informar y responsabilizarles sobre su salud, promoviendo así, prácticas saludables y por tanto un incremento en su autoestima.

Esta investigación tiene la finalidad de crear un instrumento que permita obtener información sobre la actitud de los adolescentes, hacia los hábitos alimenticios, la actividad física, y el cuidado de la salud. Incluye a la familia como una dimensión, debido a que éste es el espacio donde se forman los hábitos y las actitudes en general, y en particular hacia el cuidado de la salud. Es en el hogar donde se puede trabajar en la prevención y el control del sobrepeso, es este ámbito donde se pueden promover estilos de vida saludables, vigilando una dieta balanceada y regulando el tiempo que los niños o jóvenes pasan en actividades sedentarias.

MÉTODO

Como se ha mencionado, al desarrollar del presente instrumento, se pretendió medir las conductas y actitudes que los adolescentes presentan hacia la actividad física, los hábitos alimenticios y el cuidado de la salud y su percepción acerca de las mismas dimensiones en su familia. En un inicio, se elaboró un instrumento con 120 reactivos divididos en 3 dimensiones: Hábitos Alimenticios, Actividad Física y Cuidado de la Salud, 40 reactivos por dimensión

subdividos en individuales adecuados, individuales inadecuados, familiares adecuados y familiares inadecuados.

A partir de esto, se consideraron 3 dimensiones a medir:

- *Hábitos Alimenticios*, definidos como costumbres o prácticas de alimentación (tipo de alimentos que se consumen, la calidad de estos, la frecuencia y el modo en que se come).
- *Ejercicio Físico*, que se considera actividad física sistemática que requiere de un esfuerzo corporal más intenso de lo habitual, encaminado a fortalecer el cuerpo.
- *Cuidado de la Salud*, se define como, aquellos pensamientos, actitudes o conductas encaminadas a mantener la salud y el estado de bienestar.

El proceso de validación del instrumento se llevo a cabo en cuatro fases:

1. Claridad

a) Depuración y corrección de reactivos

El instrumento fue administrado a seis personas con un rango de edad de 16 a 30 años, 3 mujeres y 3 hombres. Incluyó los 120 reactivos que formaban las tres dimensiones. Todos los reactivos fueron distribuidos de manera aleatoria. La mitad de los participantes respondieron mediante entrevista y los otros tres de forma auto-aplicada, todos de manera individual. Se les solicitó que respondieran los reactivos y que comentarían sus observaciones, con base en los cuales se redujo y modificó el instrumento.

Como resultado de lo anterior, se detectaron reactivos redactados como negaciones por ejemplo “A mis papás no les interesa cuidar su cuerpo”, mismos que se corrigieron. Reactivos en los cuales se preguntaba por la conducta de ambos padres, ya que es difícil de generalizar, por lo que se cambió la redacción para preguntar por cada uno de los padres. Se recibieron recomendaciones sobre la presentación de los reactivos, como por ejemplo: aumentar el tamaño de letra. Algunas preguntas resultaron redundantes por lo que se decidió reducir el número de reactivos por dimensión a 28, para quedar con sólo 84 reactivos para la siguiente etapa de elaboración de la prueba, divididos equitativamente en conductas individuales y familiares.

b) Aplicación de la prueba a adolescentes.

Esta fase contó con la colaboración de 11 adolescentes, de entre 12 y 19 años, que cursan secundaria o preparatoria (6 de sexo femenino y 5 del sexo masculino). De los 84 reactivos en el instrumento (Anexo A), 28 correspondían a cada dimensión (hábitos alimenticios, ejercicio físico y cuidado de la salud), subdivididas todas en 14 reactivos para medir hábitos individuales y 14 reactivos para medir hábitos familiares, que se distribuyeron de manera aleatoria. Se administró el instrumento a los participantes, de los cuales 5 lo respondieron mediante entrevistas y 6 lo resolvieron de manera auto-aplicada, todos de manera individual. Con base a sus respuestas se detectaron reactivos que requerían reelaborarse para contar con mayor claridad y facilitar su comprensión en nuestra población.

Entre las observaciones que hicieron los participantes, las más relevantes son citadas a continuación:

- Poner diferentes opciones en grado escolar.
- Cómo responder si sus padres no viven, o no han vivido con ellos.
- Necesitaron aclaración sobre qué es actividad física.
- Algunas preguntas las consideraron repetitivas.
- En personas de escasos recursos, las preguntas que implican tecnología (computadoras, videojuegos) no sabían qué responder.
- Es necesario ser más específicos en las preguntas sobre cuidado de la salud.

Posteriormente se realizaron los cambios pertinentes.

2. Validez teórica o de facie

Para medir este tipo de validez, se contactaron 10 jueces, todos ellos profesionales dentro del área de cuidado de la salud (médicos generales, nutriólogos, profesionales de terapia alternativa y psicólogos), que conocen y manejan los conceptos teóricos de la escala. Se utilizaron de tarjetas, que contenían, cada una, un reactivo del cuestionario. Las tarjetas fueron



marcadas con un código que permitiría la evaluación de los resultados. Tres tarjetas de tamaño mayor fueron utilizadas para la descripción de cada una de las dimensiones. Las definiciones presentadas son las siguientes:

Hábitos Alimenticios: Costumbres o prácticas de alimentación (tipo de alimentos que se consumen, la calidad de éstos, la frecuencia y el modo en que se come).

Ejercicio Físico: Actividad física sistemática que requiere de un esfuerzo corporal más intenso de lo habitual, encaminado a fortalecer el cuerpo.

Cuidado de la Salud: Pensamientos, actitudes o conductas encaminadas a mantener la salud y el estado de bienestar.

Se aplicó entonces, la técnica Q o Q-sort, que consistió en presentar a los jueces expertos en el tema a evaluar, los reactivos de la prueba en tarjetas, mismas que se les solicitó clasificaran en pilas que se referían a la descripción de las dimensiones del instrumento, que en eran hábitos alimenticios, ejercicio físico y cuidado de la salud. Para lo anterior se les presentaron nuestras definiciones de cada dimensión. Las tres tarjetas que contenían las definiciones fueron colocadas en una mesa. Se entregó la pila con las tarjetas que contenían los 84 ítems a cada uno de los participantes y se les pidió que clasificaran cada una en la definición que mejor representara a ese ítem. Una vez que los participantes concluían, se recogían las tarjetas de cada dimensión y los resultados se vaciaron a una base de datos para su posterior análisis.

Para poder evaluar los resultados del se estableció el criterio de que, para considerar clasificado de manera adecuada un reactivo, tendría que haber un consenso de entre el 80 y el 100% entre los jueces. Los ítems que presentaran un porcentaje menor de 80% serían eliminados. De acuerdo con los datos obtenidos a través del jueceo, se eliminaron 36 reactivos y se conformó un cuestionario de 48 ítems en total, conformándose cada dimensión con 16.

3. Validez Empírica

a) Aplicación de la prueba

En esta fase se sometió a contrastación la validez de la prueba, para conocer su estructura factorial y si ésta mide lo que pretende medir. Para lo anterior, se aplicó la prueba de 48 reactivos a un total de 431 adolescentes (hombres y mujeres) de primer, segundo y tercer grado de secundaria, 58 participantes de una secundaria privada, de la Zona Oriente de la ciudad de México, y 373 de una secundaria pública del Estado de México. El rango de edad de los participantes fue de 12 a 17 años.

Las variables a medir fueron:

- Dependientes: peso, talla y respuestas al instrumento.
- Clasificadoras: sexo (masculino, femenino).

El mismo procedimiento se siguió para la secundaria pública y la secundaria privada. Sin embargo, en ésta última se pidió a los estudiantes que identificaran su prueba con su nombre o un pseudónimo, debido a que 10 semanas después se aplicaría la prueba nuevamente. Algunos de los estudiantes de la secundaria pública pusieron un símbolo o dibujo para identificar sus pruebas.

Una vez concluidas las aplicaciones, se calificaron las pruebas, dando puntajes del 1 al 4 de acuerdo con el siguiente criterio: se le asignó la calificación más alta (4) a los hábitos saludables y la calificación más baja (1) a los hábitos no saludables. Se elaboró, la plantilla de calificación, que indica cómo calificar la prueba. Donde mayor puntaje, significa mejores hábitos saludables. Finalmente, ya calificadas las pruebas, las respuestas de los adolescentes fueron capturadas en una base de datos del programa estadístico SPSS para su posterior análisis. En el proceso de aplicación de la prueba, no se presentó alguna eventualidad con los participantes. Se invalidaron 2 pruebas, debido a que contestaron solamente los 22 reactivos que se encontraban en la cara de enfrente de la hoja del instrumento, dejando sin respuestas los 26 restantes.

b) Comparación de grupos extremos.

Para observar la calidad discriminativa de los reactivos, se calculó la calificación total de cada sujeto, sumando el puntaje de todos los reactivos. Tomando como base esta calificación

total, se determinaron los grupos extremos (los sujetos cuya calificación total cayó en los extremos). Para formarlos se establecieron puntos de corte en el percentil 27 (que corresponde a los puntajes 97 al 136, el primer grupo) y en percentil 73 (que corresponde los puntajes 151 a 173, segundo grupo). Se compararon reactivo por reactivo las medias de estos 2 grupos.

Para comprobar la hipótesis nula se realizó una Prueba t para muestras independientes, en la que se compararon las medias de los grupos extremos.

Los resultados de la comparación de medias muestran que la mayoría de los reactivos discriminan a los sujetos situados en los grupos extremos. El único reactivo en el que la hipótesis nula fue aceptada, es el 22 *Como lentamente*, por lo que éste se eliminó de la prueba, quedando entonces 47 de los 48 reactivos.

c) Análisis Factorial

Los resultados de los 47 reactivos que discriminan y de los 429 participantes que respondieron a la prueba se sometieron a un análisis factorial con rotación Varimax, con un Eigenvalue de 1. El análisis se detuvo en las 16 iteraciones.

Los resultados de la prueba de KMO y Bartlett's fueron .727, (KMO = .00) con lo cual se comprobó que podría realizarse un análisis factorial con los datos.

El análisis factorial agrupó 36 reactivos en 10 factores que explican el 40.48% de la varianza. Se consideró un factor, aquel que estuvo formado cuando menos por 3 reactivos, con punto de corte de carga factorial de .35.

De acuerdo con los resultados arrojados por el análisis factorial, se pueden agrupar las siguientes dimensiones:

- Hábitos alimenticios:
 - Alimentación balanceada
 - Frecuencia en la alimentación

- Comida rápida
- Buenos hábitos alimenticios familia
- Malos hábitos alimenticios

- Actividad física:
 - Actividad física individual
 - Actividad física papás
 - Actividad física caminar, y
 - Actividad física y salud.

- Cuidado de la salud:
 - Cuidado de la salud atención médica, y
 - Malos hábitos y uso del tiempo.

La última dimensión (cuidado de la salud), presentó problemas en un inicio, debido a que es un concepto muy amplio que abarca tanto hábitos alimenticios como actividad física.

4. Confiabilidad

a) Alfa de Cronbach

La confiabilidad de los reactivos se midió a través de la prueba estadística de Alfa de Cronbach. Se aplicó el alfa de Cronbach en los 35 reactivos que formaron la estructura factorial (12 de los 47 reactivos fueron eliminados por no cargar en ningún factor). El resultado indica un $\alpha = .785$ que muestra una consistencia interna de la prueba muy aceptable.

b) Test-retest

Para conocer la estabilidad temporal de la prueba en un intervalo de 10 semanas, se realizó una prueba de correlación con el coeficiente de Spearman.

En la primera aplicación con el grupo con el que se aplicaría el retest, se contó con 58 individuos. Uno de los sujetos, no acudió a la segunda aplicación, por lo que no fue tomado en

cuenta para los análisis estadísticos. Se realizó una segunda aplicación del instrumento, con un intervalo de 10 semanas entre aplicaciones a una muestra de 57 adolescentes. El pretest y el posttest se realizaron en las mismas condiciones.

En el análisis estadístico para el retest, sólo se incluyeron los 35 ítems sobre los que se realizó la prueba de alfa de Cronbach, pues esos habían sido los ítems que habían cargado en uno de los factores del análisis factorial.

Todos los reactivos correlacionaron positivamente con el coeficiente de Spearman, en un rango de .112 a .789. Las correlaciones se presentaron para 32 de los 35 ítems sometidos a la prueba estadística son significativos, lo que indica que dichos reactivos muestran la estabilidad en la prueba a través del tiempo.

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo arrojaron una estructura factorial útil en la descripción y explicación del fenómeno de la obesidad en la adolescencia y con correspondencia con la teoría de la que se partió, por lo que se considera que esta estructura factorial es un dato interesante del cual se puede partir para trabajos posteriores. Es importante enfatizar la necesidad de realizar más investigación sobre el tema de la obesidad en la adolescencia, pues los datos obtenidos indican que el enfoque de los programas preventivos podría reorientarse de únicamente hacia la información, a los hábitos orientados hacia la salud.

La inviabilidad del Cuidado de la Salud como una dimensión en este trabajo, puede atribuirse a que este concepto incluye a las dimensiones Actividad Física y Hábitos Alimenticios, además de otras conductas y actitudes, tales como, dormir el tiempo suficiente, no beber en exceso y no fumar. Se propone que sea el Cuidado de la Salud el metaconcepto que organice a las otras dimensiones.

La relación de los hábitos de la familia y el adolescente mexicano resulta relevante, pues se encontró que estos hábitos son modelos que se comparten entre padres e hijos. De acuerdo con los resultados obtenidos, el estilo de vida de la familia es importante ya que se encontraron 5 factores que correlacionan hábitos individuales y familiares: alimentación balanceada, cuidado



de la salud-atención médica, comida rápida, malos hábitos alimenticios, actividad física-caminar. Estos resultados coinciden con lo dicho por otros autores, los hábitos se internalizan en la familia, si los padres tienen hábitos sanos los transmitirán a sus hijos (salir a caminar, tener una alimentación balanceada, cuidar la salud del cuerpo, etc.), de la misma manera los hábitos negativos (mala alimentación que incluya comida rápida, antojitos frecuentes, bebidas azucaradas o la falta de horarios para realizar las comidas). Esto puede deberse a situaciones como, que es en casa donde se preparan los alimentos que ha de consumir la familia y de este modo se determinan la cantidad, calidad y horarios de comida, desde la infancia.

Sin embargo, en esta etapa de diferenciación, los adolescentes comienzan a presentar conductas diferentes a las de su familia. Se observó que la actividad física se muestra independiente en los resultados y puede deberse a varios factores como, los horarios laborales de los padres, la preocupación por la apariencia que surge en esta etapa y las actividades físicas extraescolares que realizan. Así como a la búsqueda natural en la adolescencia, de grupos de pertenencia y referencia fuera de la familia, que conformarán la identidad del adulto en ciernes.

Algunas observaciones que hicieron los adolescentes, que contestaron la prueba en la 1ª Fase de Claridad de los reactivos, fueron en torno a los ítems que se referían al tiempo que dedicaban a los videojuegos y la computadora, ya que a los adolescentes con escasos recursos les fue difícil responder e incluso se notó incomodidad. Sin embargo es un factor que se considera relevante en torno al sedentarismo, por lo que se sugiere que en trabajos subsecuentes, se considere incluirlos, sobre todo si en la muestra poblacional se considera a jóvenes de otros estratos sociales. Las dudas frecuentes, que surgieron en la aplicación, relacionadas con la prueba fueron: ¿Qué pasa si no tengo hermanos? ¿Qué debo contestar si no vivo con mis padres? ¿Si mi padre, y/o madre ya falleció? ¿Cómo respondo si mi hermanito(a) acaba de nacer?. Por lo que se sugiere que para el próximo trabajo, se incluya en las instrucciones aclaraciones pertinentes a estas dudas.

Es posible que, debido a la influencia de estereotipos culturales de belleza durante la adolescencia, algunos reactivos fueran contestados en función a parámetros actuales de estética, más que en la importancia de la salud. Por ejemplo, al encontrarse una mayor prevalencia de

adolescentes bajos de peso, se infiere que detrás de la moda se encuentran las costumbres de los adolescentes y/o la situación económica de la familia. Sin embargo, queda como interrogante, para elaborar nuevos proyectos de investigación, con el objetivo de seguir trabajando sobre estas temáticas con adolescentes.

En el factor 8 aparecen en el mismo relacionados los ítems “*en mi familia nos desvelamos*” y “*duermo el tiempo suficiente*”, se cree que el tiempo suficiente para dormir es el tiempo que necesitan para sentirse bien, más que el tiempo adecuado para dormir. Aunque parezca contradictorio, a pesar de que la familia y el adolescente se desvelan, ellos consideran que duermen el tiempo suficiente. Además desvelarse es un hábito de adultos, y en la adolescencia, se busca hacer cosas de grandes, por lo que no es incompatible con tiempo suficiente.

En México, las actitudes hacia la salud se enfocan más a la curación o reparación que a la prevención. Los resultados muestran que descuidar la salud del cuerpo y estar atentos a la misma, se encuentran agrupados en el mismo factor. Estar atentos a la salud no siempre implica estar saludables, se está atento a la salud cuando aparece una enfermedad.

Se propone también que se investigue la manera actual de organización de las familias en torno a los tiempos de comida, así como al cuidado que se pone en la preparación de los alimentos, y quienes de los adultos que rodean a los adolescentes se hace cargo de eso. Lo anterior surge de los cambios en los horarios laborales, el tiempo de transporte y la inserción de las mujeres a la vida económicamente remunerada.

En cuanto al desarrollo de la prueba, se considera necesario continuar el trabajo para desarrollarla, elaborando más reactivos en la dirección de los que mostraron ya, tener poder discriminativo, agruparse en una estructura factorial y ser confiables.

Por todo lo anterior, se propone entonces que se considere que en la familia está la génesis de las actitudes y conductas de prevención en los adolescentes contra la obesidad. Con las oportunidades y responsabilidades que ello implica, en primer lugar por que se considera que las campañas de prevención y educación sobre salud, se deben dirigir a los padres, los cuales son

los formadores de hábitos iniciales de cuidado de la salud. También por que son ellos los que pueden trabajar en la solución, cuando la obesidad ya es un problema.

REFERENCIAS

- Álvarez, J., Monereo, S. & Moreno, B., (2005). *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Azcona, S., Romero, A., Bastero, P. & Santamaría, E., (2005). Obesidad Infantil. *Revista Especializada en Obesidad*, 3 (1), 26-39. Citado en Islas, L. y Peguero, M. (2006) *Obesidad infantil. Boletín de práctica Médica Efectiva*. Distrito Federal: Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud.
- Beers, M., Porter, R., Jones T., Kaplan J., & Berkwits, M., (Eds.), (2006). *The Merck Manual*, 18 (ed.). Chicago: Merck & Co.
- Calzada, L., (2003). *Obesidad en niños y adolescentes*. Distrito Federal: Editores de Textos Mexicanos.
- Crossman, A., (2006). Parent Child Relationships and Adolescent Obesity: Data from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. Recuperado el día 5, Octubre, 2007, http://www.allacademic.com/meta/p108493_index.html.
- Gordon-Larsen, P., Adair, L.S., Nelson, M.C. & Popkin, B.M., (2004). Five-year obesity incidence in the transition period between adolescence and adulthood: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 80, No.3, 569-575.
- Haire-Joshu, D., Brownson, R., Nanney, M., Houston, C., Steger-May, K., Schechtman, K. & Auslander, W., (2001). Improving dietary behavior in African Americans: the Parents As Teachers High 5, Low Fat Program. *American Journal of Health Behavior*. Vol: 25 No.2, 140-146.
- Lalonde, M., (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Minister of National Health and welfare. Recuperado el 19 de noviembre del 2007, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Domamarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. & Sepulveda-Amor, J., (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Distrito Federal: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Pavón, I., Alameda, C., Olivar, J. & Monereo, S., (2005). La obesidad en diferentes épocas de la vida. En Álvarez, J., Monereo, S. & Moreno, B. (Eds.) *La obesidad en el tercer milenio*. (pp.129-139) Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Schacht, M., Ritcher-Appelt, H., Shulte-Markwort, M., Hebebrand, J., & Schimmelmann, B., (2006). Eating pattern inventory for children: A new self-rating questionnaire for preadolescents. *Journal of clinical psychology*, Vol. 62 (10), 1259-1273.
- Whitney, E. & Rolfes, S., (2005). *Understanding Nutrition*. Belmont: Thompson-Wadsworth.

2.1.2 Reporte de Investigación Cualitativa

PAREJAS INTERCULTURALES

Lic. Paulina Carrillo, Lic. Yuliana León, Dr. Ignacio Ramos.

Resumen:

En últimos años, la unión de parejas de distintas culturas ha aumentado, y debido a los procesos migratorios que genera un mundo globalizado como el de hoy, es probable que éste fenómeno continúe ocurriendo. Los terapeutas familiares no cuentan con un modelo de trabajo que se adecúe y tome en cuenta las necesidades de la población mexicana en relación a otras culturas. A través de ideas derivadas del trabajo clínico, entrevistas y de una aproximación teórica posmoderna, los autores revisan el papel del Lenguaje, la Migración, las Familias de Origen, la Concepción de la familia, la Solución de Problemas, la Parentalidad, y la Conyugalidad y proponen un método de trabajo basado en la empatía cultural y la creación de narrativas funcionales para las parejas interculturales.

Palabras clave: *Parejas interculturales, terapia intercultural, narrativas, conyugalidad, parentalidad, migración, familia de origen.*

El mundo globalizado permite un sin fin de movimientos migratorios que antes eran difícilmente imaginables. Hoy, la gente viaja de un país a otro (sea por cuestiones personales, académicas, laborales), con el fin de hacer su residencia en ese otro lugar, o simplemente para visitarlo. Los procesos migratorios tienen la capacidad de generar interconexiones familiares que van más allá de las fronteras geopolíticas. En estos procesos, se ven involucrados aquellos que se van, los que se quedan y las generaciones que seguirán (Falicov, 2007). Se crean entonces nuevas realidades para aquellos que migran, realidades que serán matizadas por la cultura de origen y la cultura a la que se insertan, además de los cambios que se originen en el nuevo lugar de residencia.

Ante este incremento de flujos migratorios que, según el Informe del Estado de la Población Mundial, Unfpa (2006), representa el 49.6% de la población mundial con alrededor de 1931 millones de personas que viven fuera de su país de origen, se agrega un proceso de universalización y homogeneización cultural a través de los medios y redes de comunicación, fenómeno global que llega directamente a la cultura. Particularmente en México, el Instituto Nacional de Migración (2008) declara haber otorgado la calidad de inmigrantes a 22, 670 individuos de diferentes países (ver Tabla 1). Lo cual habla de un vasto número de extranjeros residiendo en México; además, el 18 % de los trámites migratorios que se hacen en México, son

para extranjeros radicados en la capital del país. Estos datos incluirían los intercambios académicos para las distintas instituciones del país.

Tabla 3. Declaratorias de inmigrado otorgadas por el Instituto Nacional de Migración, según nacionalidad.

NACIONALIDAD	TOTAL	PART. %
Estados Unidos	4,236	18.7
España	2,375	10.5
Alemania	1,241	5.5
Argentina	1,202	5.3
Colombia	791	3.5
Chile	667	2.9
Cuba	521	2.3
Otras	11,637	51.3

Fuente: INEGI

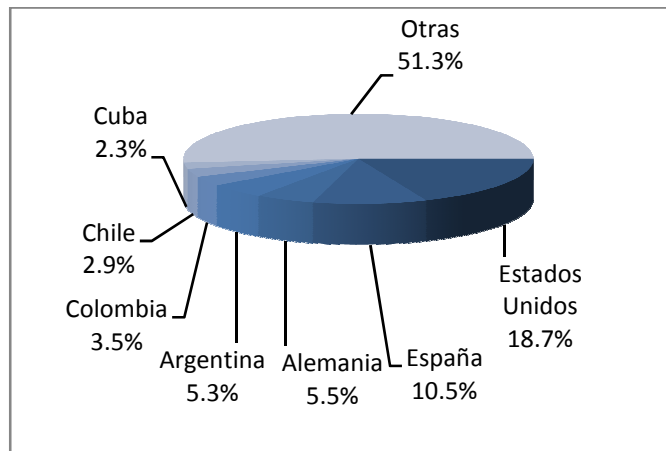


Figura 9. Declaratorias de inmigrado otorgadas por el Instituto Nacional de Migración, según nacionalidad.



La migración del país de origen puede darse por trabajo, estudios, búsqueda de mejoramiento económico, entre otros. Siendo la expectativa por mejorar la calidad de vida un motor que impulsa a las personas la búsqueda de oportunidades en otros países. Sin embargo, lo anterior generará también encuentros con nuevas maneras de explicar y de experimentar el mundo alrededor, además de nuevos contextos de interacción, sea con los miembros de la cultura de origen o con los miembros de la cultura a la que el migrante se inserta.

Los migrantes se encuentran en transición a una nueva cultura y compartiendo la propia. Celia Falicov (1998) define la cultura como “un conjunto de cosmovisiones, significados y comportamientos adaptativos que se derivan de una membresía y participación simultánea en una variedad de contextos como: lenguaje, asentamientos, raza, etnicidad y estado socioeconómico, edad, género, religión, nacionalidad, empleo, educación, ocupación, ideología política etc”. Los procesos adaptativos a una nueva cultura pueden ser largos e incómodos, pues se experimentan altos niveles de estrés en los que se pone a prueba la capacidad adaptativa del individuo, la fuerza de las redes que posea e incluso la parte del ciclo vital en la que se encuentre.

Sussman (2000) dice que la cultura forma un campo de referencia mental, a través del cual los individuos definen su ontología, seleccionan sus comportamientos y juzgan y evalúan las acciones de los otros. Por otra parte Ruvalcaba & Waldman (2005), hablan del concepto de “Principios Organizadores”, que se refiere a los marcos de referencia a través de los que los individuos acomodan y construyen su experiencia. De acuerdo a los autores, estos principios son inherentes a la cultura en la que las personas se han desarrollado y mencionan los siguientes:

- Principios Organizadores Eurocéntricos: Preponderan conceptos, tales como individualismo, autonomía, autosuficiencia, competencia, posesividad, gratificación inmediata, productividad y logro.
- Principios Organizadores Latinos. Dan lugar a la organización colectiva y enfatiza el valor de la familia sobre el individuo o las necesidades profesionales. Logro grupal sobre logro individual y roles de género tradicionales.

En las relaciones interculturales, las redes sociales y las relaciones interpersonales también se modifican debido al acceso a nuevas oportunidades e intercambios culturales.

Además, si las personas que cambian de país se encuentran en una etapa del ciclo vital de la formación de la pareja (Haley, 1986), hay posibilidad de la formación de ésta en el nuevo contexto. Es bajo éste que puede darse el encuentro de parejas no solo con historias de vida diferentes, sino con modelos culturales diferentes a través de los cuales se construyeron esas historias. La vida de estas parejas pudiera complicarse si los principios organizadores de cada una de las personas chocan y no se puede llegar a acuerdos, trayendo entonces un nuevo elemento a la terapia, la cultura como génesis de problemas de pareja.

Las diferencias culturales pueden afectar de muchas maneras a las parejas. Biever (1998) menciona problemáticas, tales como:

- Reacciones negativas por parte de la comunidad. La desaprobación de las familias de origen y las amistades.
- Estrés provocado por las expectativas en cuanto a los roles, las tradiciones y las estrategias de solución de problemas.
- Incapacidad para llegar a acuerdos. Se culpa al otro y no se toman en cuenta las diferencias culturales o el bagaje de tradiciones de cada uno de los miembros de la pareja.
- Formas distintas de relación respecto a la familia de origen.

La terapia con parejas interculturales puede representar un reto para los terapeutas familiares, quienes deben tomar en cuenta las complejas interacciones entre los participantes, además de su contexto actual y sus contextos de origen, sin dejar de lado la propia identidad cultural del terapeuta. Es por esto y por diversas razones, que se considera importante estudiar este fenómeno en diversos ejes que permitan entender el fenómeno de manera global y particularizar en el tratamiento de las mismas, haciendo énfasis en el modo de intervenir en terapia.

A partir de lo anterior, se planteó el siguiente modelo de intervención, que representa un primer momento de la investigación y no ha sido puesto en práctica.

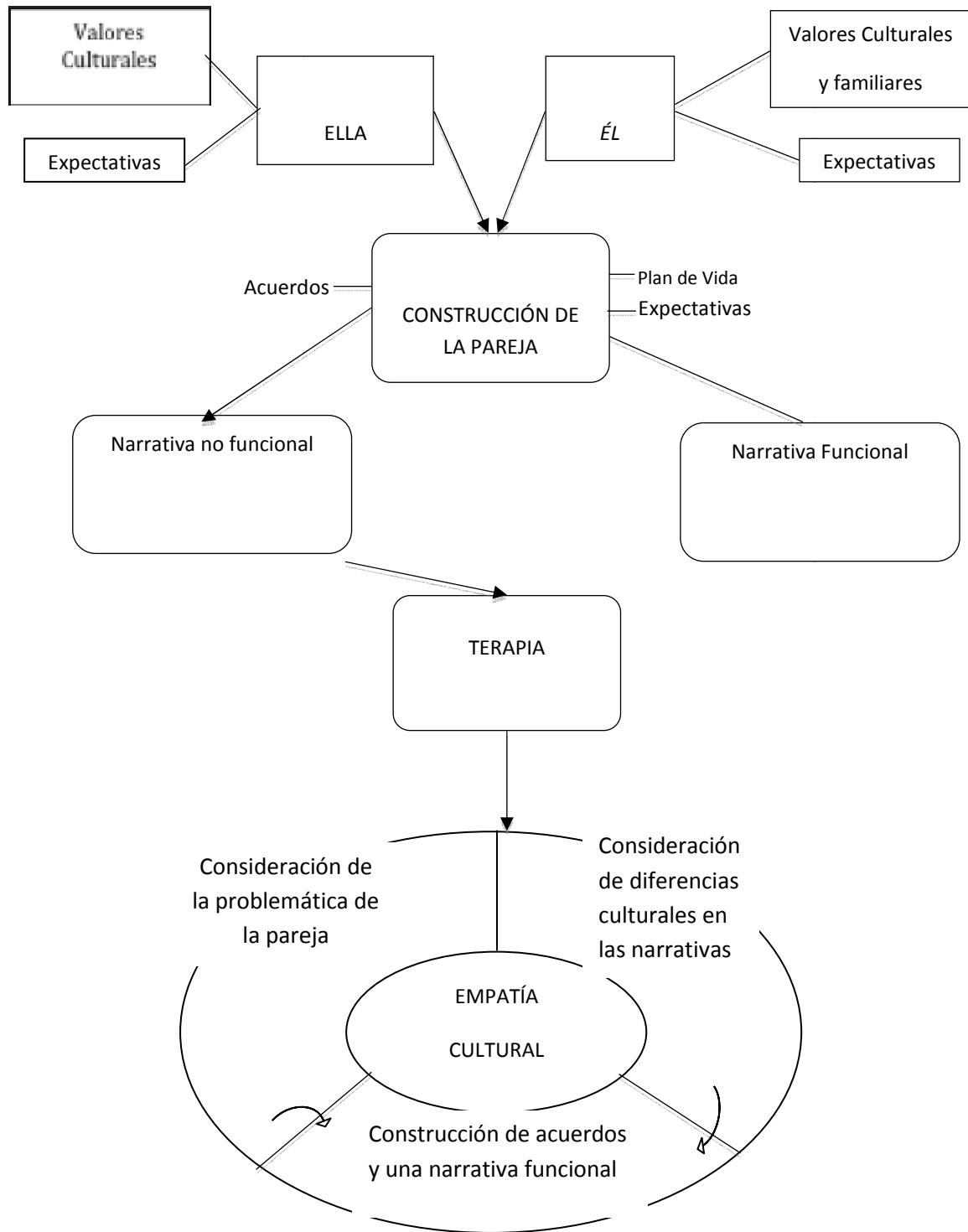


Figura 10. Modelo de Intervención con Parejas Interculturales

Justificación

La migración e intercambios culturales en diferentes países generan diferentes interacciones y nuevos tipos de relación entre los individuos. Se dice que hay un incremento en las parejas interculturales, es decir en parejas en donde cada individuo pertenece a otra nacionalidad. Según Ruvalcaba y Waldman (2006), las uniones interculturales siempre traerán diferencias culturales a las confrontaciones entre parejas. Los mismos autores han desarrollado un modelo psicodinámico de intervención con este tipo de parejas. Si se entiende que la construcción cultural de cada persona genera diferentes expectativas y proyectos de vida, también se entiende que al encontrarse estas dos visiones pueden generarse nuevos problemas que, creemos, serán distintos (o más complicados) a los de las parejas que comparten una misma nacionalidad.

La idea de realizar esta investigación surge debido a que, se han encontrado pocos modelos de intervención dirigidos al trabajo con parejas interculturales en el ámbito de la Terapia Familiar Sistémica. Entendemos que un protocolo de intervención sería de gran importancia para el campo y de gran utilidad para los profesionales que trabajen con una población de parejas interculturales.

La Universidad Nacional Autónoma de México cuenta con diversos programas de movilidad estudiantil y académica, lo que hace que su población sea rica y diversa en cuanto a intercambios culturales. Dentro de la Facultad de Psicología, hay un Centro de Servicios que ofrecen diversos tipos de atención psicológica entre los que se encuentra la atención en el modelo de Terapia Familiar Sistémica. En diversas ocasiones el centro reporta la solicitud de atención por parte de parejas en las que uno de los miembros es extranjero. El centro y en específico el programa de terapia familiar sistémica, no cuentan con un protocolo de intervención que permita atender esta problemática de manera integral.

Este proyecto tuvo la finalidad de estudiar las principales problemáticas que sufren las parejas interculturales para, de esta manera, integrar un protocolo para la intervención en terapia con estas parejas. Lo anterior se debe a que, en experiencia en la atención a través de la terapia sistémica, se ha podido ver que el trabajo con parejas interculturales requiere de diferentes modelos de intervención a los que por el momento se usan, para poder así ofrecer un servicio que

integre las particularidades de este tipo de demandantes. La creación de dicho modelo puede incrementar la capacidad de acción y planeación de los profesionales de la salud mental, además de proveer a la población de parejas interculturales un recurso de atención que sea útil a problemáticas particulares.

MÉTODO

Para los fines de la investigación se utilizaron métodos cualitativos de investigación, ya que la psicología, al ser una ciencia social, se caracteriza por la diversidad de enfoques, paradigmas, teorías y prácticas, e incluso por la falta de consenso en cuanto a su objeto de estudio.

Al igual que en otras disciplinas como la antropología y/o sociología, la psicología reintroduce al sujeto investigador en el campo de estudio y privilegia la mirada en los procesos, antes que en las conductas terminales, o sea, pone de relieve lo cualitativo. Los métodos cualitativos “...implican interés por el sentido que los sujetos atribuyen a su experiencia...suponen una intención de realizar una lectura interpretativa de la trama de significaciones construidas socialmente” (Baz, 2001, p. 8).

Esto se vuelve importante debido a que en la actualidad hay una crisis de fundamentos y un desafío de la complejidad de lo real, por ello todo conocimiento necesita reflexionarse, reconocerse, situarse y problematizarse, o sea, se debe asumir una actitud crítica y una posición reflexiva, la cual abre nuevos caminos en la búsqueda de nuevas problemáticas (Morin, 1983).

Dentro de esta metodología se atiende primordialmente las cualidades del fenómeno a estudiar, antes que las cantidades, se privilegia el uso del lenguaje y las descripciones del fenómeno. Al comprender de manera holística los fenómenos, se plantea una visión global de los mismos incluso, se pretende que se encuentre por encima de los detalles y fragmentos ya que, de acuerdo a la teoría de los sistemas cada parte forma parte de un todo mayor.

La intersubjetividad toma un papel importante en esta metodología, ya que retoma la posibilidad de objetivar el mundo subjetivo de las personas, o sea, interpretar los significados

que dan a los acontecimientos. Los significados no son absolutos, sino negociados, puestos en común y discutidos con los actores de los eventos.

Población.

Dos parejas, en las cuales un miembro era mexicano y otro de nacionalidad distinta a éste (Rumano y Estadounidense), con al menos un año de relación. Una pareja tenía hijos y otra pareja no.

Tabla 4. Objetivos del Proyecto de Investigación Cualitativa

Generales	Particulares
Indagar los términos con que se denomina a parejas que comparten diferente nacionalidad.	<ul style="list-style-type: none">▪ Reconocer qué autores las han denominado parejas transculturales, cross-culturales y/o interculturales.▪ Indagar en qué contextos han sido utilizados.▪ Indagar en si en México se han utilizado estos términos.▪ Detectar en qué tipo de investigaciones se comenzaron a reconocer los términos parejas transculturales, cross-culturales y/o interculturales.
Indagar acerca de los modelos de intervención que se han planteado para el trabajo con parejas en que los miembros no comparten la misma nacionalidad.	<ul style="list-style-type: none">▪ Obtener los diversos modelos de intervención con diferentes perspectivas teóricas.▪ Conocer si estos modelos planteados han logrado romper barreras en la intervención con parejas transculturales.▪ Indagar la estructura teórica de estos modelos.▪ Estudiar los temas en los que enfatizan estos modelos.▪ Indagar los modelos que se han propuesto en América Latina?
Conocer las investigaciones que se han llevado a cabo a lo largo de la historia de	<ul style="list-style-type: none">▪ Conocer el trabajo de los terapeutas que estudian el fenómeno, mundialmente.▪ Indagar la existencia de estudios en

terapia con parejas.	diferentes zonas geográficas y si existen diferencias entre ellos. <ul style="list-style-type: none">▪ Conocer lo que rodea el fenómeno, sobre todo lo que sucede en la actualidad que el tema adquiere relevancia para ser estudiado.▪ Indagar si existen estudios que hayan llegado a plantear modelos de intervención con parejas transculturales.
Analizar en fenómeno que atañe al estudio y tratamiento de parejas.	<ul style="list-style-type: none">▪ Indagar el concepto de conyugalidad y los elementos que la componen en las parejas transculturales.▪ Analizar las problemáticas que se plantean en las parejas transculturales.▪ Conocer si tienen importancia delimitar por nacionalidad.▪ Lograr delimitar una nacionalidad como muestra para enfocar la investigación.▪ Conocer si las problemáticas son similares entre las diferentes nacionalidades.▪ Analizar si la diferencia de idioma (si es que lo hay) impide una adecuada comunicación entre los miembros de estas parejas.▪ Considerar si la concepción de la familia es un eje fundamental a estudiar dentro de estas parejas.▪ Estudiar las repercusiones de la interculturalidad en la parentalidad (si existen hijos).
Estudiar el fenómeno migratorio actual.	<ul style="list-style-type: none">▪ Conocer la influencia del fenómeno migratorio actual en cuando a la formación de parejas de diferente nacionalidad.▪ Indagar las cifras actuales de migrantes en México y en el mundo.▪ Conocer los aspectos psicológicos se dan durante un proceso de migración.▪ Indagar acerca de las investigaciones acerca de los cambios psicológicos que se viven durante un proceso de migración.

- Conocer el contexto económico, político y social que rodea este fenómeno.

Técnicas.

Al trabajar con métodos cualitativos, se realizó en un primer momento una aproximación teórica, a través de la recopilación de información, posteriormente se indagaron a través de la entrevista en profundidad, los procesos simbólicos individuales y sociales referentes a lo que las parejas transculturales expresaron.

Las técnicas principales para la obtención de información, utilizadas para los fines de la presente investigación, fueron:

- **Entrevistas:** La cual es definida como conversación entre un entrevistador y un entrevistado. El tipo de entrevista fue semiestructurada, ya que había una guía de entrevista, pero con la libertad de introducir nuevas preguntas para precisar conceptos y obtener mayor información de los temas deseados (Sampieri, 2003).
- **Historias de Vida.** De manera individual con cada uno de los miembros de la pareja, La historia de vida es una narración que permitió recuperar relatos personales acerca de las experiencias que permitieron a cada uno de los miembros de la pareja entrar a una relación transcultural, además de conocer la historia de la formación, transformación e interacciones de la pareja. La narrativa da espacio a la construcción de una realidad que toma en cuenta las diferentes realidades de los participantes.

Asimismo, para el análisis de la información se utilizó la técnica de Análisis Especulativo, la cual, consiste en que el entrevistador genere opiniones a partir de lo dicho (y no dicho) por el entrevistado.

RESULTADOS

Las categorías creadas para el tema de Relación Actual, que se refiere a cómo se construyó la pareja y cómo han llegado hasta el día de hoy, revelaron que ambas parejas se conocieron en un lugar que, por su ambiente intercultural, parecía propicio para la generación de este tipo de relación. Distintos factores como amistades, o un ambiente de trabajo común pudieran ser parte de la creación de estas uniones.

Respecto a los ritos que permitieron la unión de estas parejas, se entiende que fueron regidos por ciertos mandatos culturales específicos. El discurso de las parejas muestra que, había ciertas normas sobre a quién se debía invitar, cómo sería el rito religioso e incluso cuál sería el formato de la celebración.

En cuanto al lenguaje, las parejas concuerdan que el mayor problema experimentado son los errores en la transmisión de ideas debido a la diferencia de idiomas. Ambas parejas relatan experiencias de malos entendidos respecto a la información que deseaban transmitir, resultando esto en peleas o malos sentimientos respecto a la situación.

Respecto al idioma, la información obtenida permite ver puede presentarse como una barrera en las relaciones inmediatas (familia, amistades, etc.). Las parejas definieron esto como uno de los elementos principales en la comunicación.

Respecto a las historias de migración presentadas en estas parejas, se hace notar la residencia total de uno de los miembros en el país del otro, aunque las razones para esta elección son diferentes para ambos casos, resultado de la individualidad de cada pareja y de sus diferentes proyectos de vida. Además de lo anterior, se muestra de gran importancia la creación de redes que han permitido el establecimiento de la pareja inter-cultural (amistades, mentores). Al encontrarse en países distintos a sus países de origen, los distintos miembros de la pareja valoran en gran manera la interacción con estas redes, relacionándolas con su sentimiento de bienestar respecto al lugar donde se encuentran.



La previa experiencia con relaciones interculturales por parte de las familias de origen, permite que existe una fácil aceptación de la pareja dentro del núcleo. En círculos en donde la unión de parejas interculturales es algo común, la pareja intercultural es bien recibida y apoyada.

Como en parejas de la misma cultura, una buena relación con las familias de origen es vista como algo positivo para la pareja. Las parejas relatan, que muchas de las problemáticas que existen o han existido entre ellos, tienen que ver con cómo se da la interacción de las familias de origen, siendo las más problemáticas aquellas a quienes se está más cerca geográficamente.

En cuanto a la concepción de la pareja, se observó que las condiciones que permitieron que se formara la pareja, tienen que ver con la familia de origen, el país de origen, e incluso el país en el que se vive actualmente. Además, se considera importante, en ambas parejas, el aprendizaje del idioma de la pareja.

La solución de problemas es interesante, ya que hay temas que no se deben de tocar, como hablar mal del país del otro y/o de la familia, se observa que hay preferencia por evitar discusiones, respetando estos acuerdos. Además, una de las parejas ha tenido una mayor fuente de estrés, con lo cual, se culpó al miembro extranjero de esa situación.

La educación hacia los hijos (parentalidad) es un tema importante para estas parejas, ya que es en los hijos donde se deben conciliar aspectos culturales, transmitidos por la familia de origen. Al parecer, más que culturalmente, tiene que ver con estilos particulares de crianza, una de las parejas, discute sobre cuál es la mejor manera de educar a sus hijos, a pesar de tomar en cuenta las características de los propios hijos, es un tema delicado que implica problemas y falta de acuerdos al interior de la familia.

En cuanto a la conyugalidad, otra de las categorías de análisis, ambas parejas fueron influenciadas por la familia de origen y su propia concepción de la familia, incluso por la historia de migración y las expectativas de la pareja. Las expectativas satisfechas, son lo que los mantiene unidos y las no satisfechas son las que causan estrés en la pareja y conflicto (si es que no se logran acuerdos). Ambas parejas mencionan que fue cuando se conoció el país de origen del otro, que se comenzó a dimensionar el factor, e incluso, conviviendo con la familia de origen.

REFERENCIAS

- Baz, M. (2001). Génesis social y teórica en la intervención social en México. México: Mimeo.
- Biever, J.L., Bobele, M. & North, M.W. (1998) Therapy with intercultural couples: a postmodern approach. *Counselling Psychology Quarterly*, Vol 11(2), 181-188 United Kingdom: Taylor & Francis.
- Falicov, C.J. (1998). Latino families in therapy: A guide to multicultural practice. New York: Guilford Press.
- Falicov, C. (2007) Working With Transnational Immigrants: Expanding Meanings of Family, Community, and Culture. *Family Process*, Vol.46, No. 2, 2007
- Haley, J. (1986). *Uncommon Therapy. The Psychiatric Techniques of Milton Ericson*. New York: Norton Publishers.
- Hernández, S. (2003). Metodología de la investigación. México: Mc. Graw Hill
- Ruvalcaba, Waldman (2005). Psychotherapy with Intercultural Couples: A Contemporary Psychodynamic Approach. *American Journal of Psychotherapy*, Vol.59, No. 3
- Sussman, N. M. (2000) The Dynamic Nature of Cultural Identity Throughout Cultural Transitions: Why Home Is Not So Sweet. *Personality and Social Psychology Review*. Vol. 4, No. 4, 355-373
- Morin, E. (1983). El método II. La vida de la vida. Madrid: Cátedra.

3. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO; ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

3. 1 Productos Tecnológicos

3.1.1 Traducción de Video “El Acertijo Familiar”.

Descripción de la Actividad: Este video presenta el caso de una familia que es atendida por Carlos Sluzki. La terapeuta responsable del caso le había pedido que actuara como consultor, y el accede, explicando a la familia que su presencia es como la de alguien que llega en un paracaídas y luego se va.

La familia tiene cinco miembros: la madre, el padre, un hijo de 19, un hijo de 18 y una hija de 8. Han tenido problemas para delinear los límites entre ellos, ya que la madre es la persona que normalmente maneja la vida de todos. Ella y el padre tienen problemas en su relación, mientras los hijos están pasando por un momento de transición, pues el mayor pronto se irá a la universidad.

Carlos Sluzki trabaja con la familia los temas de los límites, la independencia de los hijos y la relación entre los padres. Su intervención parece ser muy acertada, pues se muestra cercano y respetuoso para con la familia.

La familia, que comenzaba a dudar acerca de continuar las sesiones con su terapeuta regular, decide mantener el tratamiento ya que se han delineado nuevos objetivos y todos se han sentido escuchados.

El lenguaje original es Inglés y la traducción se encuentra por escrito en la Coordinación de la Residencia y en la Biblioteca de la Facultad de Psicología.

Justificación: Debido a que muchos de los exponentes de la Terapia Familiar son de distintas nacionalidades, los estudiantes de Terapia Familiar no siempre tenemos la posibilidad de poder acceder a los distintos materiales que están a nuestro alcance, pues no todos estos

materiales están traducidos a una lengua que podamos comprender. Con esta idea en mente, y al saber que la Biblioteca de la Facultad de Psicología de la UNAM cuenta con un acervo de videos sobre Terapia Familiar, me dí a la tarea de traducir este video como una manera de contribuir a las generaciones venideras.

Creo que este video será de gran ayuda, pues pueden reconocerse los primeros años del trabajo con familias, así como la evolución histórica del trabajo de terapeutas como Carlos Sluzki.

3.1.2 Elaboración de un Manual de Prevención de la Violencia en las relaciones de Pareja

Descripción de la Actividad: Junto a mi compañera Linda Martin, realicé un manual de prevención de la violencia (Anexo B) en las relaciones de pareja. Este manual está dirigido a todo público y define la violencia en todos sus tipos, además de ejemplificar y listar distintas maneras en que se presenta la violencia de pareja. El manual también aborda la diferencia entre el sexo y el género y cómo es que la inequidad puede ser generadora de violencia. De una manera simple, con lenguaje no rebuscado, se habla también acerca de la socialización de hombres y mujeres y de las expectativas que se tienen para cada uno de los sexos.

También se hace una revisión acerca de las ideas acerca del amor romántico y cómo es que las relaciones no son de esa manera todo el tiempo.

Además de lo anterior, el manual establece medidas de prevención en el noviazgo, en la pareja y en la pareja con hijos.

Justificación: Debido a que la violencia en la familia se reconoce como un problema de salud social, se ha creado la necesidad de informar a la población en general acerca de este tema y de su prevención. En nuestra cultura, y en las familias que viven violencia, es común naturalizarla, hacerla ver como algo normal, que pasa “hasta en las mejores familias”. La violencia es un fenómeno que ocurre en muchos estratos de nuestra sociedad y de la que todos somos parte.

Creemos que este documento contribuye a la lucha por desnaturalizar la violencia, por nombrarla y rechazarla y además, intenta proveer al público con información verídica acerca de lo que es,

de lo que se experimenta al vivirla y con recursos que sean útiles para su no expansión ni propagación.

3.2. Desarrollo y presentación de un programa de intervención comunitaria

TALLER MUJERES EN CONSTRUCCIÓN:

Paulina Carrillo Avalos, Yuliana León Méndez.

Resumen: *Se desarrolló un taller que surge de la materia de Intervención Comunitaria cuyo objetivo fué llevar la práctica terapeutica de la formación, a la comunidad, la cual es entendida como un sistema o grupo social de raíz local, que se diferencia en el seno de la propia sociedad a la que pertenece. Se aplicó el taller a 12 mujeres de zona media baja en la zona de Iztapalapa, tuvo una duración de 9 horas.*

Palabras clave: *Narrativa, Intervención comunitaria, mujeres.*

INTRODUCCIÓN

El presente taller surge de la materia de Intervención Comunitaria, que forma parte del diseño curricular del Posgrado en Psicología, con residencia en Terapia Familiar, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El objetivo de la materia es desarrollar un taller que lleve la práctica terapeutica de la formación, a la comunidad, la cual es entendida como un sistema o grupo social de raíz local, que se diferencia en el seno de la propia sociedad a la que pertenece; esta diferenciación está hecha a base de características, localización geográfica e incluso intereses compartidos por sus miembros. En cuanto a la formación como terapeutas, se promueve que el psicólogo también pueda ser un colaborador de la comunidad que promueva que ésta se organice para la solución de sus problemas. La idea principal es que se gesten cambios sociales, fuera del consultorio, en esa medida el psicólogo se convierte en un agente activo y participativo que participa a un nivel de prevención y de intervención.



El tema del taller surge de las materias de modelos posmodernos, especialmente la terapia narrativa que como cuerpo de prácticas e ideas propuestas por Michael White y David Epston, retoma la importancia del lenguaje para analizar estructuras institucionales en términos de la relación entre significado y poder y en este sentido identifica y cuestiona jerarquías implícitas en la sociedad. Además de la propuesta de que el poder está determinado por un juego de saberes que respaldan la dominación de unos individuos sobre otros. Los seres humanos experimentamos los efectos del poder ya que estamos sujetos a él a través de verdades normalizadoras que configuran nuestras vidas y relaciones. En este sentido, es importante señalar el papel actual de la mujer, a la cual los discursos de lo que es “ser mujer” en la actualidad pueden llegar a pesar y generar problemáticas reales.

La propuesta del taller fue generar un espacio para que las mujeres tuvieran un encuentro con ellas mismas y a base de dinámicas, pudieran comenzar a cuestionar todas las características que definen a las mujeres en la actualidad. En un inicio se pretendió trabajar con mujeres de todas las edades, pero finalmente se desarrollo con mujeres adolescentes.

Justificación

El Consejo Nacional de Población (2000), menciona que las mujeres mexicanas suman, en la actualidad, 50.2 millones y representan poco más de 50 por ciento de los 99.6 millones de habitantes del país. En los últimos 25 años, como consecuencia del rápido descenso de la fecundidad y la transformación de los patrones reproductivos, se han producido cambios notables en la estructura por edades, lo que ha dado lugar a un proceso gradual de envejecimiento de la población, expresado en el continuo aumento de la proporción de adultos y ancianos en la población total. En números absolutos, las mujeres menores de 15 años suman alrededor de 16.3 millones en el año 2000, la población femenina en edades productivas (de 15 a 64 años) asciende a 31.3 millones, y las mujeres de la tercera edad constituyen alrededor de 2.6 millones.

También, los hogares dirigidos por mujeres se han incrementado en los últimos años. En 1997, 19 por ciento de los hogares mexicanos eran jefaturados por una mujer, pero a pesar de los

cambios ocurridos en las relaciones de pareja en el ámbito del hogar, aún persisten pautas tradicionales que hacen recaer sobre las mujeres la mayor parte del peso de las tareas domésticas, al tiempo que asignan mayor autoridad al hombre en las decisiones familiares importantes. Si bien estas pautas tradicionales siguen muy arraigadas en la mayor parte de las familias mexicanas el comportamiento de las nuevas generaciones está cambiando.

Según la Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar realizada por el CONAPO en 1996, al cuestionar sobre las percepciones de los roles de género al interior de la unidad doméstica, las siguientes proporciones respondieron que las tareas de la casa, la toma de decisiones sobre los gastos fuertes a realizar y la crianza de los hijos(as) deben ser compartidas por ambos miembros de la pareja: 40.9 por ciento de las mujeres y 36.2 de los hombres.

La mujer tiene un papel activo en la sociedad y cada vez se abre más espacio en diferentes ámbitos, lo que implica que deba ocuparse de más cosas a la vez. Por ello creemos importante que se abran espacios para que puedan generarse encuentros intra e interpersonales entre mujeres.

Objetivos

General:

Generar un encuentro de las mujeres con ellas mismas y con otras mujeres (intra e inter personal) en un espacio de reflexión grupal.

Específicos:

- Brindar un espacio para que las mujeres indaguen sobre su familia de origen
- Promover un cuestionamiento de los estándares sociales de lo que es ser mujer.
- Desmontar etiquetas que se vienen cargando, desde familia de origen e incluso el contexto social.
- Que las participantes deconstruyan y reconstruyan su propia historia hacia la mujer que quieren ser.

Lugar de aplicación

El taller se aplicó en el Centro Comunitario San Lorenzo, de la Fundación Bringas Hagenbeck, el cual tiene convenio con la Facultad para la atención a pacientes de la comunidad, y donde se cubren horas de supervisión que son parte de la formación. Esta Institución de Asistencia Privada, se encuentra localizada en la delegación Iztapalapa (cuya población es de 1.820.888 habitantes, que la convierten en la demarcación más poblada de la capital mexicana, y una de las más pobladas de todo el país).

En el centro de ofrecen diferentes servicios en las áreas de: educación (jardín de niños, primaria, secundario, cursos de secretariado, belleza, cocina y computación), salud (medicina general, oftalmología), psicología (niños, adolescentes, adultos, familias y parejas), servicio a la comunidad (trabajo social, biblioteca) y deporte/recreación (escuela de futbol, clases de baile, actividades artísticas). Se encuentra ubicado en la calle Estrella y Nautla, en la colonia San Lorenzo, muy cercano a la zona de Cerro de la Estrella. La delegación Iztapalapa en una de las más grandes del Distrito Federal, De acuerdo con los resultados del II Censo Nacional de Población y Vivienda generado por el INEGI contaba al año 2005 con 1,820,888 habitantes en su territorio de los cuales, el 48.6% (885,049 habitantes) estaba constituido por hombres y el restante 51.4% (935,839 habitantes) por mujeres.

Tabla 5. Indicadores Sociales de la Delegación

<p>Índice de desarrollo Humano (Cocoficiente en el que se considera el acceso a la educación, la salud y el ingreso)</p>	<p>Índice de 0.8359, que coloca a la delegación en el sitio 13 de 16 en el Distrito Federal, el más alto de México. La mayor parte de la población es de clase media baja y baja con pequeños sectores de clase media y media alta ubicados en las colonias Sinatel y otros menores</p>
<p>Marginación</p>	<p>La zona más marginada de la delegación Iztapalapa se encuentra en las faldas de la Sierra de Santa Catarina, y San</p>

	Lorenzo Tezonco.
Alfabetismo	De la población mayor de 15 años que habita en Iztapalapa (poco más de 1 millón 200 mil personas), el 96.3% sabe leer y escribir. El promedio de grado escolar en Iztapalapa es de 9 años de instrucción.
Hablantes de lenguas indígenas	32141 personas(náhuatl, con 4 mil 451 hablantes; la mixteca, con 4 mil 390; la lengua otomí, con 2 mil 564; y el idioma zapoteco, con 2 mil 569)
Religión	Catolicismo religión predominante (92.1%). En un lapso de diez años, el catolicismo perdió presencia frente a otras denominaciones religiosas, en especial, las evangélicas; pasó de 92.1% a 80.18%
	Fuente INEGI

Metodología

El taller se realizó en tres sesiones de 3 horas cada una, sumando un total de 9 horas. Los días 14, 21 y 28 de mayo de 16:00 a 19:00 horas. en las instalaciones del centro (antes descrito). Las sesiones estuvieron estructuradas de la siguiente manera:

- Sesión 1: Registro, presentación y se trabajó familia de origen de las participantes.
- Sesión 2: Etiquetas, mujeres y hombres “dos sexos, dos géneros”.
- Sesión 3: Reconstruyéndonos, estereotipos femeninos, cierre del taller.

En un inicio se planteó el proyecto para público en general, pero el Coordinador del Área de Psicología sugirió darlo a las jóvenes de los talleres de secretariado y belleza, con las cuales él trabaja dando talleres y actividades de desarrollo humano. Las jóvenes del grupo en un inicio fueron invitadas de manera voluntaria, pero posteriormente se le dio el carácter de obligatorio. El

grupo quedó conformado de la siguiente manera: 12 participantes en total (7 de secretariado y 5 de belleza). A la primer sesión asistieron 7 participantes (5 secretariado, 2 de belleza); a la segunda sesión asistieron 9 (4 secretariado, 5 Belleza); a la tercera sesión 12 (7 secretariado, 5 Belleza).

Las encargadas de impartir el taller fuimos las autoras del presente trabajo, Lic. Paulina Carrillo Avalos y Lic. Yuliana León Méndez, las cuales son estudiantes del último semestre del Posgrado en Psicología (nivel Maestría) en la Residencia en Terapia Familiar. Ambas tuvieron las mismas funciones, de facilitadoras en diferentes actividades del taller.

Recursos necesarios y presupuesto.

Los recursos materiales fueron: salón amplio con sillas y pizarrón, iluminado y con ventilación suficiente. Se pidió una lista de materiales a las participantes, la cual se muestra a continuación:

- Hojas blancas y de colores
- Pizarrón y gises o plumón para pizarrón
- Plumones de colores
- Marcadores de aceite
- Plumas
- Lápices
- Colores
- 2 cajas de zapato, forradas
- 2 lazos de tendedero
- Pinzas para colgar ropa
- 5 cartulinas blancas y 5 de colores
- Grabadora
- Música de diferentes géneros
- Post-it de colores, de 10 x 10 cm
- 2 pelotas medianas (una azul y una rosa)
- 3 espejos de cuerpo completo
- Para caracterización: artículos personales, bufandas, gorras, sombreros, máscaras, vestidos, sacos, sueter's, maquillaje, pulseras de fantasía, aretes, etc.
- Cojines
- Rollo de papel Kraft

Los recursos humanos fueron: participantes y facilitadoras. Para la reproducción del taller, las participantes pueden ser mujeres de cualquier edad, con hijos o sin hijos, sin importar escolaridad y/o nivel socioeconómico. Las (os) facilitadoras (es) deben tener una formación en psicoterapia familiar, con conocimientos de terapias posmodernas, especialmente modelo narrativo.

Es un taller relativamente económico, pidiendo material a las participantes y al centro se gastó en fotocopias y papelería solamente, este gasto fue de \$300.00 M/N . Si esto no fuera así, el costo quedaría distribuido de la siguiente forma:

Papelería:	\$600
Especios:	\$1000
Material para dinámicas:	\$1000
Grabadora:	\$300
Música:	\$300
Costo total:	<u>\$3200.00 M/N</u>

Así, el costo del taller (para 12 mujeres) sería de \$500 por participante, contando los honorarios de las facilitadoras.

Resultados

La aplicación del taller tuvo como objetivo generar un espacio de encuentro de las mujeres con ellas mismas, hacia lo que desean ser. Por esta razón, el propósito es sembrar una semilla que permita a las mujeres cosechar una manera diferente de verse a ellas mismas.

Una parte importante del taller fue la idea de discutir acerca de los discursos dominantes que dicen ¿qué es ser mujer? y ¿qué es ser hombre?, pensando en perspectiva de género. Es trabajar

de un nivel micro que pueda ampliarse a un contexto más amplio (familia, amigos, comunidad) y que les permita cuestionar los estándares sociales y lo que los medios de comunicación transmiten a las mujeres.

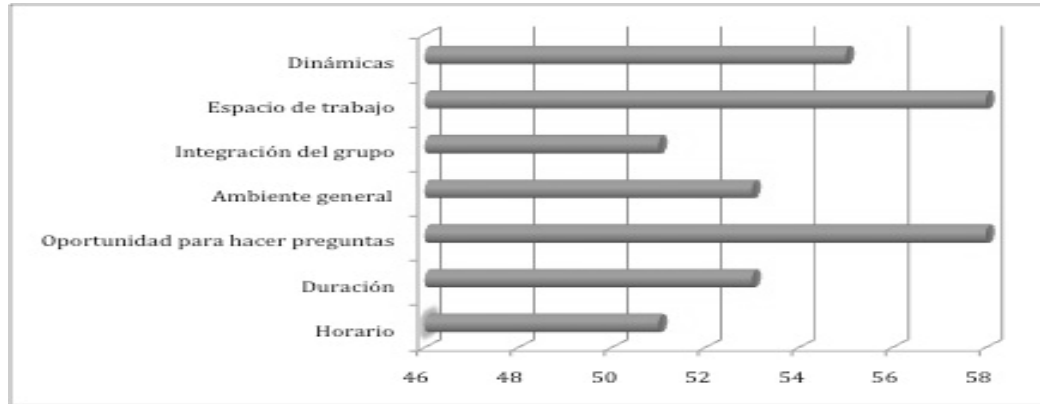


Figura 11. Evaluación del taller

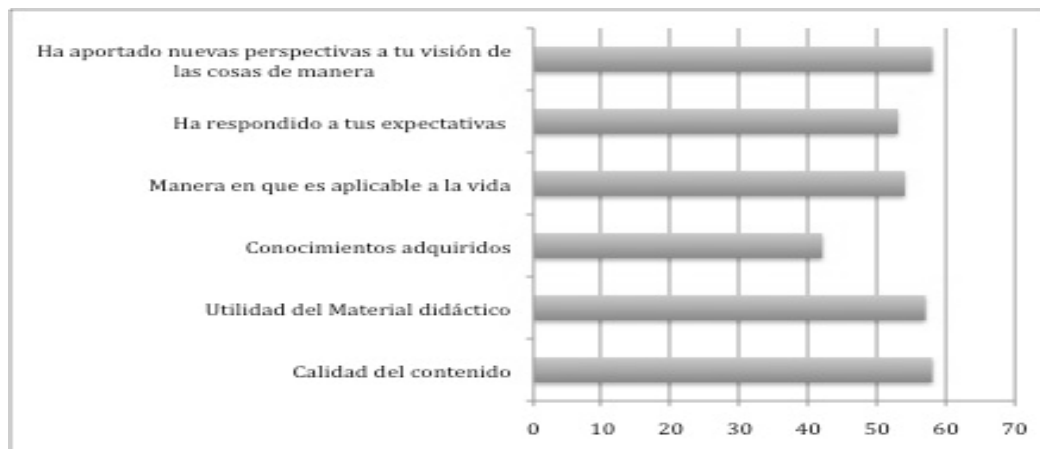


Figura 11. Evaluación del Ambiente

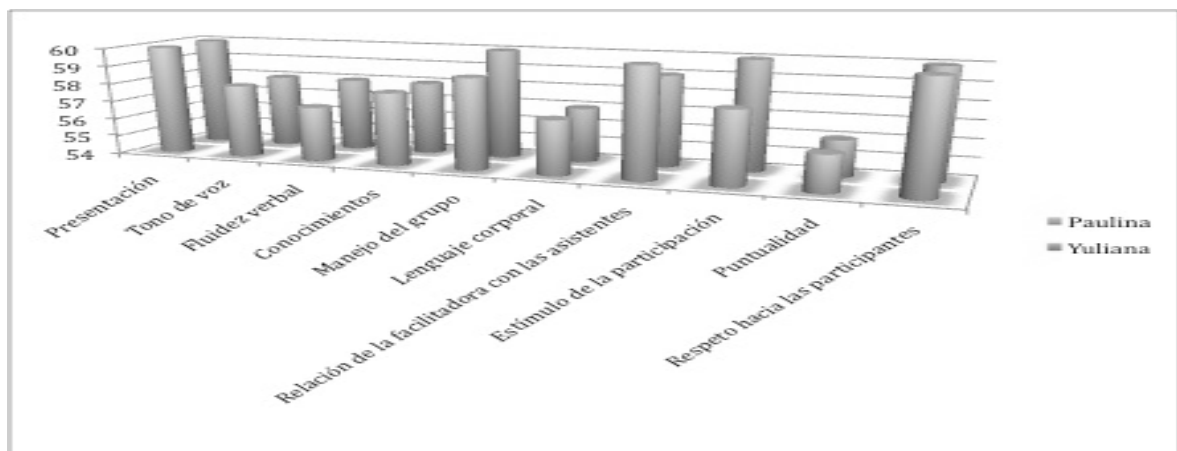


Figura 12. Evaluación de las facilitadoras.

En general hubo muy buenas opiniones del taller. Hay cosas por modificar que serán señaladas en el siguiente apartado.

CONSIDERACIONES FINALES

Este taller “Mujeres en Construcción”, impartido en la sede de la Fundación Bringas Hagenbeck fue exitoso en cuanto a que cumplió con los objetivos que nos habíamos planteado desde el principio de su elaboración. Creemos que el contenido del taller es de gran importancia para las mujeres, sobre todo, aquellas en situaciones económicas limitadas y aquellas que viven en sistemas sociales de marginación, rodeadas de imposiciones tradicionales respecto al género. La intención de este taller no fué imponer una mirada en específico hacia las construcciones que se han hecho alrededor de la mujer, sino más bien, poder abrir un abanico de posibilidades que les permita saberse agentes de su destino y a través del cual puedan elegir la manera de ser mujer que mejor les sienta.

La evaluación del taller por las participantes fue satisfactoria para éste, aunque tomaremos en cuenta los siguientes temas para poder mejorarlo:

- Actividades más dinámicas
- Discusión acerca de otros temas (Sexualidad, Noviazgo, relaciones familiares, etc.).
- Distinto horario

Algunas de las consideraciones que surgen en nosotras después de haber impartido el taller y que podrían ser elementos para mejorarlo son:

- Requerir asistencia total y no permitir que más participantes se integren al taller después de la primera sesión. Creemos que la primera sesión es básica para la integración del grupo y que es necesario que se respete el primer encuadre.
- No a la presencia de tecnología personal durante las horas del taller. Los celulares y reproductores de música generan una distracción no solo para el que las usa, sino también para los demás participantes.

- Extender el taller a cuatro sesiones, para que pueda incluirse un espacio en el que se abra la reflexión a temas libres propuestos por las participantes.

Nos sentimos satisfechas con la elaboración y la puesta en práctica de este taller. Entendemos que es un privilegio poder compartir con las participantes momentos de reflexión acerca de sus vidas y estamos agradecidas por esta oportunidad.

REFERENCIAS

- Consejo Nacional de Población (2000). Situación Actual de la Mujer. Diagnóstico Sociodemográfico. México. Obtenido de www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Situacion_actual_de_la_mujer_en_Mexico. Mayo, 2009.
- García Ramos, Magali. (1987). *Tres estereotipos de la mujer en la T.V.* La mujer en P.R. Ediciones Huracán. Pág. p. 231-238
- Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En Mc. Namee, S. Gergen, K. (1996). *La Terapia como Construcción Social*. Barcelona: Paidós.
- Limón, G. (2005). *Terapias Postmodernas, aplicaciones construccionistas*. México: Pax.
- Lozano, M. *Cómo elaborar un programa de intervención comunitaria*. Plan Comunitario de Carabanchel Alto, Madrid, recuperado de www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/noticias_recursos_como_elaborar.pdf
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En Eguiluz, L. *Terapia Familiar su uso hoy en día*. México: Pax.
- White, M. Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapeuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida, entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- Censos INEGI, obtenidos de www.inegi.org.mx:
- I Censo Nacional de Población y Vivienda 1995.
 - II Censo Nacional de Población y Vivienda 2005.
 - XI Censo General de Población y Vivienda 1990.
 - XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

3.3. REPORTE DE LA ASISTENCIA A FOROS ACADÉMICOS Y DE LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO

3.3.1 Reporte de la Asistencia al Seminario “Humillación. Vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar”.

Los días 27 y 28 de Octubre de 2007, se llevó a cabo el taller teórico práctico del Dr. Carlos Sluzki titulado: “ Humillación, Vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar ” en las instalaciones de Hotel Royal de Pedregal.

Durante el taller, el Doctor Sluzki abordó los temas del perdón, la humillación y la vergüenza como promotores del cambio y del saneamiento de las relaciones familiares. Además de abordar este tema desde la perspectiva de la familia, el Doctor Sluzki lo asoció con los conflictos sociopolíticos en diversos lugares de mundo, y cómo es que es necesaria la presencia de estas emociones para que puedan existir relaciones mucho mas completas y pueda llegarse a la reparación de los problemas.

Además de la parte teórica, el autor argentino supervisó un caso de una pareja en problemas a causa de una infidelidad. Aunque fue interesante el manejo, parecía que el caso estuvo un poco forzado al tema del seminario.

Este seminario fue interesante y de gran ayuda, pues representó para mi la primera oportunidad de ver a uno de los grandes de la Terapia Familiar, además de que el tema me pareció adecuado y útil. Este taller tuvo una validez de 12 horas de entrenamiento.

3.3.2 Reporte de la presentación de Trabajo en el II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología.

El II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología, se llevó a cabo los días 18 y 19 de agosto de 2008 en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Junto con mis compañeras Paulina Carrillo, Anahí García y Linda Martín, presentamos el trabajo “Familia y obesidad en la adolescencia: hábitos alimenticios, actividad física y cuidado de la salud”. A continuación presento el resumen del trabajo presentado:



El objetivo inicial del trabajo fue determinar la validez y confiabilidad de la escala “Familia y obesidad en la adolescencia: hábitos alimenticios, actividad física y cuidado de la salud”, sin embargo la existencia de 10 factores que agrupan 35 reactivos (con 3, 4 o 5 ítems cada uno), no satisface las exigencias metodológicas para considerar que se dispone de una escala con cualidades paramétricas aceptables. Participaron 431 adolescentes de entre 12 y 17 años de edad. Se realizó una fase de construcción de la prueba, validando la claridad de los reactivos a través de una fase de jueceo (n=10) y se evaluó la calidad discriminativa de la prueba a través de una prueba t de muestras independientes. Para conocer la estructura factorial de la prueba se compararon grupos extremos y se realizó el análisis factorial. Se midió la confiabilidad con el Alfa de Cronbach (.735) y con Test-retest, con un intervalo de 10 semanas (n= 57) con coeficiente de Spearman. Los resultados muestran una estructura factorial con 10 factores: Actividad física individual, Alimentación balanceada, Actividad física de los padres, Cuidado de la salud-atención médica, Comida rápida, Buenos hábitos alimenticios familiares, Malos hábitos alimenticios, Malos hábitos alimenticios-uso del tiempo. Puesto que el análisis arrojó una estructura factorial con correspondencia a la teoría de la que se partió, arrojando datos útiles en la descripción y explicación del fenómeno “obesidad en la adolescencia”, se consideró a la misma un dato interesante del cual se puede partir para trabajos posteriores.

La presentación en el Congreso tuvo una duración de aproximadamente 25 minutos, que incluyeron una sesión de preguntas y respuestas. Esta fue una experiencia muy útil en la formación, pues además de presentar nuestro trabajo, nos permitió ponernos en contacto con distintos colegas cuyos trabajos nos parecían interesantes.

4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

4.1. Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.

El Código de Ética Profesional del Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia A.C., menciona que el deber ético del psicoterapeuta consiste en mostrar gran respeto por los valores, creencias, cultura, ideas, predilecciones políticas, etc. de aquellos con quienes se establece una relación terapéutica. Por esto, es importante considerar que en el ejercicio de la Terapia Familiar, se ha de tomar en cuenta el compromiso profesional del terapeuta, de los supervisores y del equipo, para respetar las diferencias, las capacidades y la individualidad de cada uno de los sujetos que nos consulta, siempre manteniendo una actitud de tolerancia, además de la necesaria auto reflexión acerca del impacto del proceso en el terapeuta y en las familias.

Al igual que la Asociación Americana de Terapia Familiar y Matrimonial (AAMFT), la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) considera ocho diferentes puntos en su Código Ético (AMFT, 2006):

1. **RESPONSABILIDAD CON LOS PACIENTES.** La terapeuta procurará siempre el bienestar de las familias y los individuos, siempre estando consciente de la influencia que puede tener sobre las vidas de los otros y comprometiéndose a no abusar de la confianza de quien le consulta, tanto respetando los derechos de decisión del otro, como no utilizando la relación terapéutica para su propio beneficio.
2. **CONFIDENCIALIDAD.** El terapeuta deberá mantener la confidencialidad de cada uno de los involucrados en el proceso, a menos de que la ley le obligue a romperla, o que se ponga en peligro la integridad de otros.
3. **CAPACIDAD E INTEGRIDAD PROFESIONAL.** Los terapeutas buscaran llevar vidas honorables, sin ningún reproche de la ley, además de mantenerse actualizados en su

campo y ser responsables de la solución a los conflictos personales que pudieran incidir sobre su trabajo.

4. **RESPONSABILIDAD CON ESTUDIANTES, SUPERVISADOS Y OTROS SUBORDINADOS.** Los terapeutas deberán tomar conciencia de la posición de influencia que ejercen sobre los estudiantes y supervisados para evitar el abuso de confianza y dependencia de tales personas.
5. **RESPONSABILIDAD CON LOS PARTICIPANTES DE INVESTIGACIONES.** Los investigadores deben respetar la dignidad, así como proteger el bienestar de los participantes, adecuándose siempre a los reglamentos y leyes. Deberán también informar a los participantes de todos los aspectos de la investigación que puedan influir en su disposición para participar en ella.
6. **RESPONSABILIDAD A LA PROFESIÓN.** Los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidades de sus colegas, así como participar en actividades que contribuyan a mejorar su profesión.
7. **ARREGLOS FINANCIEROS.** Cada terapeuta es responsable de hacer los arreglos financieros necesarios con las personas que los consultan, considerando que el pago de honorarios sea adecuado, informando al cliente de esto y de la información necesaria desde el principio del proceso.
8. **PUBLICIDAD.** Los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas.

Pero. ¿cómo es que todo lo anterior toma forma/lugar dentro del entrenamiento en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, en dónde existen tantas maneras de hacer y de pensar?



Es importante considerar que los problemas éticos surgen en cualquier contacto de terapia, sea cual sea el modelo de elección para el trabajo. Cada uno de esos modelos tendrá sus ideas acerca de lo bueno y lo malo, de lo correcto o lo incorrecto, de lo útil o lo no útil. Además de lo anterior, vivimos en un mundo que tiende a aceptar y etiquetar lo aceptable o no aceptable en la manera de ser y vivir de las personas. De acuerdo a Becvar y Becvar (2006), los retos éticos del terapeuta sistémico son evitar patologizar y evitar dar la impresión de que tenemos acceso a la única Verdad.

Los síntomas que se nos presentan en el consultorio, no pueden ser considerados como separados del contexto ecológico en el que ocurren y tampoco podemos proponer intervenciones que no consideren los efectos en los individuos y los distintos sistemas de los que son parte. Esto es también una consideración ética, y tal vez diría Keeney (1983) hasta estética, ya que una parte del trabajo del terapeuta sistémico es entender que cada sistema se organiza de la mejor manera que pueda, incluso aunque sea a través de un síntoma. Conocer el sistema y respetarlo es más estético que imponer los mapas del terapeuta ante una situación dada.

Creo que en la formación surgieron distintas situaciones que nos llevaron a considerar nuestra postura ética, como las ocasiones en que tuvimos que ser muy cuidadosos en no imponer nuestro mapa del mundo a las vidas de los pacientes. Es fácil caer en la trampa de pensar que nuestra condición de terapeutas nos da también una condición de sabios en lo bueno y lo malo de las relaciones humanas, además que el papel de expertos que nos otorga la sociedad, solo apoya esta idea. Es necesario entonces mantenernos en relación con otros que nos permitan ver desde un punto de vista distinto. Es en este punto donde entra el trabajo del supervisor o supervisora, quien en el caso ideal, puede mantenerse lo suficientemente alejado para dejar que el terapeuta en formación actúe y ponga en práctica sus nuevos conocimientos, mientras que se encuentra lo suficiente cercano para proteger la integridad de los consultantes, de sus historias y de la persona o personas a quienes supervisa.

Además de la supervisión y del compromiso personal a no imponer “la verdad”, hay una parte de la ética que se construye en la relación con el otro que nos consulta. Dice Harlene Anderson (1997) que un terapeuta siempre influye a su cliente, y el cliente siempre influye al terapeuta. En esta relación dialógica, surge también una responsabilidad relacional, ya que es durante la conversación que se establecen acuerdos y se abren nuevas posibilidades de



significado. El invitar al paciente/cliente a colaborar y ser parte activa del proceso genera entonces que como terapeutas mantengamos una relación de integridad y de sensibilidad hacia el otro, al mismo tiempo que permitimos que el otro pueda generar sus propias ideas acerca de lo que es bueno y útil para él o ella.

CAPÍTULO CUATRO

CONSIDERACIONES FINALES



*“Llegará un día que nuestros recuerdos
serán nuestra riqueza”.*
Paul Géraldy

1. RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS

La residencia en Terapia Familiar, tiene como objetivo la formación de terapeutas que posean un amplio rango de habilidades para la docencia, la investigación y la práctica clínica. En mi caso, puedo decir que he adquirido estas habilidades, y que gracias a la formación, me considero una terapeuta más completa, con bases sólidas respecto a mi práctica profesional, y con un gran deseo de servicio.

A continuación listo los rubros en los que considero se agrupan las habilidades adquiridas durante este proceso:

- Teórico-Conceptuales

Mi encuentro con la epistemología circular en la que se basa la terapia familiar, fué como áquel que se da entre totales desconocidos. Al reflexionarlo, pienso que yo ya sabía que no puede entenderse al individuo fuera de su entorno y de las interacciones, sin embargo, lo sabía de manera empírica, tal vez sin siquiera reflexionarlo. Conocer de Bateson, de la idea del doble vínculo, de la recursividad, requirió de mucha paciencia y de muchas noches sin dormir. Me parece ahora una de las actividades teóricas más importantes de mi vida, pues al adquirir estos conocimientos, pude también caminar el camino hacia el cuestionamiento de la realidad, y llegar hasta donde hoy me encuentro, que es el mundo de las construcciones.

Me siento capaz de manejar y entender la terminología sistémica y posmoderna. A pesar



de que considero que pudo existir mayor énfasis en la claridad de la enseñanza de la epistemología, me siento con las suficientes bases teóricas para defender mi postura terapéutica, para entender hacia dónde y porqué caminan los procesos con aquellos que nos consultan, y para entenderme como una parte integral de los sistemas que observo.

- Clínicas.

La tarea de la intervención terapéutica, significó para mi un aspecto maravilloso de la formación. Pude re-conocerme como capaz de establecer relaciones empáticas y de respeto con los consultantes, además de entender que las conversaciones terapéuticas son útiles y transformadoras para los otros y para mí.

La tarea de compartir con otros sus historias, sus problemáticas y de aprender en el proceso, fue ardua, pero considero que fue formativa en todos sus aspectos: cuando las cosas iban bien, cuando no iban bien, cuando los supervisores y el equipo proponían mas intervenciones, cuando usaba la técnica y cuando usaba la intuición, todas y cada una de esas experiencias se iban uniendo para formarme como una mejor terapeuta.

Mis capacidades para la entrevista, la conversación, el tratamiento y la evaluación se vieron afectadas de una manera positiva, y fueron pulidas por la ayuda de los supervisores, por las voces del equipo y por la interacción con los consultantes.

- Investigación y Enseñanza.

El llevar a cabo los diferentes tipos de investigación me permitió poner en práctica mis conocimientos y recordar que avanzar el campo de trabajo de cada quien, requiere de habilidad y compromiso. Me siento agradecida por la oportunidad de desarrollar trabajos de investigación junto a profesores de gran calidad académica y humana como la Dra. Dolores Mercado, quien tuvo la finura de llevarme a cuestionar cada una de las pequeñas cosas que podrían hacer una diferencia en la investigación, además de ofrecer el acompañamiento que requiere un alumno en formación. La investigación y publicación en nuestro campo es necesaria y me da gusto saber que después de esta formación, soy capaz de llevar a cabo ambas.

Respecto a la docencia, considero que la formación me permitió ejercitar mis capacidades



para enseñar y para compartir con otros el conocimiento que yo he adquirido. La utilización de diversos medios y herramientas, además de los ejemplos de algunos de mis profesores, me hacen saber que puedo y quiero compartir lo que sé, de una manera colaborativa y que se construya en la conversación con los otros.

- Ética y Compromiso Social.

Considero que una de las tareas más nobles para realizar es ayudar al otro que nos necesita. Ser parte del trabajo que se lleva a cabo en los centros comunitarios como el Centro Guillermo Dávila, el Centro Julián McGregor, o la Fundación Bringas Haghenbeck, me permitió darme cuenta que uno de los privilegios más grandes para mí es poder acercarme a la gente de bajos recursos y ofrecerles un servicio de calidad y que les sea útil. Respetarlos, acompañarlos y facilitar los diálogos entre las familias y los individuos, es una manera estética de ser agentes de cambio.

Pienso que en un mundo entendido desde una visión sistémica, no podemos dejar de ver que las necesidades de uno son influidas e influyen en el todo de los otros. Ayudar a quien necesita ayuda, dar a quien no tiene, ofrecer a quien pide, todas estas cosas son una responsabilidad de aquellos que hemos podido acceder a una educación superior y son también una oportunidad para rechazar la desigualdad a través de compartirnos con los otros.

- De trabajo en equipo

Nunca me imaginé la fuerza y el poder que puede generar un equipo terapéutico. El equipo, sea detrás del espejo, dentro del mismo espacio, o incluso en la ausencia, es un fuerte motor y una fuente de apoyo para el terapeuta, aunque en ocasiones también puede ser generador de diferencias y de álgidas discusiones.

Del equipo aprendí a escuchar mejor, a aceptar las diferentes voces y perspectivas, aunque también aprendí a defender mi perspectiva y no callar cuando creo que tengo algo importante que decir. Creo que la dinámica y las interacciones que ocurren con el equipo, son útiles tanto para los terapeutas como las familias, y pueden desarrollarse habilidades de escucha, de comunicación asertiva y de liderazgo.



Todas las anteriores, representan diferentes aspectos de la formación, y todas se involucran en hacer de esta una experiencia nutricia y de crecimiento para mi tarea como terapeuta.

2. INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL

Como lo he dicho antes, la oportunidad de ejercer el trabajo terapéutico en los distintos centros comunitarios, me proveyó con grandes experiencias y con muchas herramientas para el trabajo futuro.

En el capítulo dos expliqué ya las particularidades de cada uno de los centros, pero cabe destacar que en la mayoría de los casos, las familias atendidas son familias que pudieran denominarse “multiproblemáticas”, pues debido a que provienen de contextos socioeconómicos que no son privilegiados y a zonas geográficas que presentan altos índices de problemas sociales, los motivos de consulta nunca pueden verse aislados de estas situaciones. Es decir, un problema de adicciones no puede ser entendido sin considerar las variables económicas, sociales y culturales, además que tiene que ser visto a la luz de todas aquellas otras problemáticas en las que se encuentra envuelta la familia a atender.

Todo lo anterior me lleva a decir que el trabajo en estos centros requiere de un alto nivel de sensibilidad a las distintas problemáticas, y de la capacidad de no reducir los problemas a una o dos causas, o a un simplista modelo de interacciones.

La atención a familias en estos contextos, requirió de un alto grado de compromiso, y también de cierto grado de tolerancia a la frustración, pues las condiciones no siempre son óptimas. Sin embargo, también creo que detrás del reto, fueron grandes las satisfacciones y los distintos aprendizajes.

La oportunidad de poder llevar a cabo el taller de intervención comunitaria, fue también enriquecedora, pues al ser llevado a cabo en el mismo centro comunitario, permitió que nuestra labor fuera más allá de las paredes del consultorio, y resultara en la prevención y la enseñanza de temas tan importantes como la violencia de género y la construcción de posibilidades alternativas



de ser mujer (no necesariamente de acuerdo a los roles establecidos socialmente). Pudimos incidir en una población que parece ser olvidada en muchas ocasiones, y que agradeció de gran manera que alguien tomara en cuenta su voz y su manera de mirar el mundo.

Creo que una de las cosas más importantes acerca de esta formación, es la unión inseparable que marca con las instituciones de apoyo social, pues al terminar la residencia, los futuros terapeutas familiares sentimos un hondo compromiso hacia las comunidades a nuestro alrededor y mas allá.

3. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

La residencia en Terapia Familiar ha significado para mí algo mucho mas importante que obtener un grado de Maestra, ya que este camino me permitió acercarme a mí y a mi manera de observar la realidad de una manera nueva y que al principio, era incluso inimaginable para mí.

Al comenzar esta aventura, yo tenía muy claro lo que era LA VERDAD, y mis ideas acerca de la psicoterapia estaban relacionadas con palabras como Normalidad, Anormalidad, Psicopatología, Resistencia, etc. Mi concepción de cambio tenía que ver con estrategias, planes, fórmulas. En lo que se refiere a trabajo de equipo creía ser muy buena, nada competitiva y pensaba no ser capaz de involucrarme en situaciones negativas o descalificadoras. ¡Uff! Se dibuja una sonrisa en mi rostro y pienso: ¡cuántas cosas han pasado desde ese entonces!

Es interesante encontrarme escribiendo este reporte, tratando de hacer un cierre personal, emocional y académico de esta experiencia. Sin duda, fueron dos años intensos, llenos de alegrías, felicidades, enojos, frustraciones, libros, horas frente a la computadora, y muchas cosas mas. Pero hacerle justicia a mi experiencia requiere hablar de lo que considero son tres puntos que resumen los aspectos más importantes de ésta. A continuación los describo:

- Un mundo de interdependencias.

Uno de los aprendizajes más importantes para mí, y que tal vez ya tenía sentido incluso antes de estudiarlo, es la idea de los Sistemas que existen dentro de otros sistemas. Pensar en un mundo de interdependencias me ubica en un paradigma diferente. La gente deja de ser culpable, los individuos son necesariamente producto de su contexto. Decía algún



pensador que ningún hombre es una isla, y considero que después de esta maestría, me doy cuenta de la responsabilidad que representa el ser contexto de los otros, del compromiso ético y social que esto significa para mí, y de la diferencia que hace esta idea dentro del consultorio y fuera de él.

- La realidad que no es ni REAL, ni única.

La idea más radical que obtuve en este contexto, y que alegremente hago mía, es la idea de que la realidad se construye. Es maravilloso para mí entender el poder que tiene el lenguaje, las relaciones entre los individuos y la gama de oportunidades que obtengo a través de elegir mirar el mundo de esta manera. Me es también importante reconocer que deseo construir realidades que sean sensibles a las necesidades de los otros, y a la diferencia. ¡Me encanta pensar en un mundo en el que coexisten muchos mundos!

- Los Mundos Posibles.

Si la realidad es construída y no es única, se abre la puerta a una gran cantidad de posibilidades, una gran cantidad de otros mundos. Esta idea no es solo liberadora para mí, sino también informa el trabajo que hago dentro del consultorio. Junto a las personas que me consultan, podemos explorar un sinfín de alternativas, narraciones distintas de sus historias, maneras nuevas de mirar y de colocarnos en el mundo.

Hoy me siento más completa, con muchas más capacidades, con una visión del mundo diferente, con ideas más claras acerca de lo que quiero y lo que no quiero. Dice Harlene Anderson (1997) que es imposible salir ilesa de las sesiones de terapia. Creo que yo ampliaría esta idea y diría que es imposible salir ilesa de la formación como Terapeuta Familiar, pues es una experiencia transformadora.

REFERENCIAS



- Asociación Mexicana de Terapia Familiar [AMFT] (2006). Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. Recuperado el 1 de Octubre de 2009, de http://amtf.com.mx/index.php?page=C_digo_tico
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp. 45-60). Barcelona:Paidós.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia Familiar: Un enfoque interaccional*. Buenos Aires: Paidós.
- Andrés, D. P. (2004). Violencia contra las mujeres, violencia de género. En *Prevención y detección. Como Promover desde los Servicios Sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp. 17-37). Madrid: Díaz de Santos.
- Barrios, E. (2008). *La violencia y la terapia familiar*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Bateson, G. (1990). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Planeta.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Hayley, J. & Weakland, J. (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*. 1, 251-264.

- Becvar, D.S. & Becvar, R. J. (2006). *Family Therapy: a systemic integration*. Boston: Pearson Education.
- Bertalanffy, L. (1976): *Teoría General de los Sistemas*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las Ideas*. Paidós: Barcelona.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo, una perspectiva para la consulta y terapia sistémicas*. Barcelona: Paidós.
- Boston, P. (2005). Doing Deconstruction. *Journal of Family Therapy*, 27, 272–275.
- Bruner, J. (1996). *Realidad Mental y Mundos Posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 405-413.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2005). Boletín de Prensa N° 57/2005. Recuperado el 8 de mayo de 2009, de <http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=bol 5705>
- Consejo Nacional de Población (2005). *Carpeta Informativa. Principales Indicadores Demográficos*. Recuperado el 9 de mayo de 2009, de http://www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Carpeta_informativa_2005_CONAPO_
- Consejo Nacional para las Adicciones (2008). Recuperado el 8 de mayo de 2009, de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf

- Corsi, J. (1994). *Violencia Intrafamiliar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Crabay, M. (2006). ¿Adolescentes violentos o adolescencias violentadas?. En M. Barrón (comp.), *Violencia. Serie: Adolescencia, Educación y Salud* (pp. 11-29) Buenos Aires: Brujas. P.13-14
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in Brief Therapy*. New York: Norton & Co.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton & Co.
- DIF (2007). Informe de actividades. Recuperado el 8 de mayo de 2009, de <http://www.dif.gob.mx/diftransparencia/media/InformeActividadesEne-ic06DefinitPortal.pdf>
- Eguiluz, L.L. (2004). *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: Pax.
- Elkaim, M. (1997). *If You Love Me, Don't Love Me. Undoing Reciprocal Double Binds and other methods of change in Couple and Family Therapy*. New Jersey: Aronson.
- Elkaim, M. (1998). *La Terapia Familiar en Transformación*. Barcelona: Paidós.
- Espinosa, M. (2004). El modelo de Terapia Breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En Eguiluz (comp.) *Terapia Familiar: su uso hoy en día* (pp. 115-136). México: Pax.
- Fisch, R. Weakland, J.H. & Segal, L. (2004). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fleuridas, C., Nelson, S.T. & Rosenthal, M.D. (1986). The evolution of circular questions: training family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 113-127.

- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings*. New York: Pantheon Books.
- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve: Premisas terapéuticas, pensamiento sistémico, marco de referencia subyacente a la terapia breve. *Psicoterapia y Familia* (2):1. Pag.30-39.
- Fried, D. (1994). *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Barcelona: Paidós.
- Fruggeri, L. (1998). *Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali [Dinámicas Interpersonales y Procesos Psicosociales]*. Roma: Carucci.
- Gergen, K. (1992). *El Yo Saturado: Dilemas de Identidad en el Mundo Contemporaneo*. Barcelona: Paidós.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (1996). *Family Therapy: an Overview*. California: Brooks/Cole.
- Goolishian, H.A. & Anderson, H. (1992). Strategy and Intervention versus non-intervention: A matter of theory? *Journal of Marital and Family Therapy*, 18(1), 5-15.
- Grenz, S. (1996). *A primer on Postmodernism*. Michigan: Eerdmans.
- Haley, J. (1976). *Problem Solving Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley, J. (1986). *Uncommon Therapy. The Psychiatric Techniques of Milton Erickson*. New York: Norton.
- Haley, J. (1990). *Strategies of Psychotherapy*. Connecticut: Crown House Publishing.
- Hoffman, L., (1981). *Foundations of Family Therapy*. New York: BasicBooks.
- Instituto Nacional De Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2002). Estadísticas a propósito del día del niño. Recuperado el 17 de mayo de 2009, de

- <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2002/ni-no02.pdf>
- Instituto Nacional De Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2005). Hogares y su distribución porcentual según sexo del jefe para cada entidad federativa. Recuperado el 8 de mayo de 2009, de <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/477.pdf>
- Instituto Nacional De Estadística, Geografía e Informática. (2007). Relación divorcios-matrimonios, 1970 a 2007. Recuperado el 9 de mayo de 2009, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob82&s=est&c=3259>
- Instituto Nacional De Estadística, Geografía e Informática, & Instituto de las Mujeres (2003). Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Recuperado el 9 de mayo de 2009, de http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/ENDIREH06_marco_concep.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (2003). Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM). Recuperado el 8 de mayo de 2009, de <http://www.insp.mx/bidimasp/documentos/encuestas/Encuesta%20Nacional%20violencia%20contra%20mujeres%202003.pdf>
- Keeney, B. (1983). *Estética del Cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Limón, G. (2005) *Terapias Posmodernas*. Pax: México.
- Linares, J.L. (2006). *Las formas del abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. México, Ciudad: Paidós.

- Lipchik, E. (2005). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Madanes, C. (1981). *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mertens, S.B., Flowers, N., & Mulhall, P. F. (2003). Should middle grades students be left alone after school? *Middle School Journal*, 34(5), 57–61.
- Minuchin, S., & Fischman, H. Ch. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México, Ciudad: Paidós.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. México, Ciudad: Gedisa.
- Minuchin, S. (1984). *Family Kaleidoscope*. Cambridge: Harvard University Press.
- Molina, J. (2001). *Bases Teóricas y Epistemológicas de la Terapia Familiar*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Nogueiras, G.B. (2004). La violencia en la pareja. En C.R.J. Quemada & P.B. Prieto (eds.), *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Como Promover desde los Servicios Sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp. 39-55). Madrid: Dias de Santos.
- Organización de Naciones Unidas (2007). *Statistics and indicators on women and men*. Recuperado el 9 de mayo de 2009, de <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/tab5a.htm>
- Organización de Naciones Unidas (2007b). *Statistics and indicators on women and men*. Women's wages relative to men's. <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/ww2005/tab5g.htm>

- Organización de Naciones Unidas (2008). World Drug Report. Recuperado el 8 de mayo de 2009, de http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2007/WDR%2007_Spanish_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Recuperado el 8 de mayo de 2009, de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
- Ravazzola, M.C. (2005). *Historias Infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez, C., (2004) La Escuela de Milán. En: Eguilúz. L. (comp). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, México: Pax. P. 161-195.
- Ruvalcaba & Waldman (2005). Psychotherapy with Intercultural Couples: A Contemporary Psychodynamic Approach. *American Journal of Psychotherapy*. 59(3), 227-245.
- Sánchez & G. D. (2000). *Terapia Familiar (Modelos y Técnicas)*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M. (comp.) (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona:Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process* 19 (1), 3-12.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona:Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.

- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1999). *Muchachas Anoréxicas y Bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Sluzki, C. (1999). Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Una Perspectiva Construccionalista. *Redes. Revista de Psicoterapia relacional e intervenciones sociales*. Paidós, 5, 73-84.
- Sluzki, C. (2003). Families Imploding: The loosening of the Social Fabric and the Decline of Social Responsibility at the Dawn of the 21st Century. *Journal of Family Psychotherapy*. 14(1), 1-8.
- Villatoro, J., Quiroz, N., Gutiérrez ML., Díaz, M. & Amador, N. (2006). ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006. Recuperado el 9 de mayo de 2009, de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100769.pdf
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1991). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., & Fisch, R. (1974). *Change, Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: Norton & Co.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Wittgenstein, L.V. (1963). *Investigaciones Filosóficas*. Barcelona: Crítica.



Zavala, M. (2007). La terapia familiar: construcciones, quehaceres y posibilidades. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

ANEXOS



Anexo A. Cuestionario aplicado a adolescentes para conocer la claridad del instrumento.

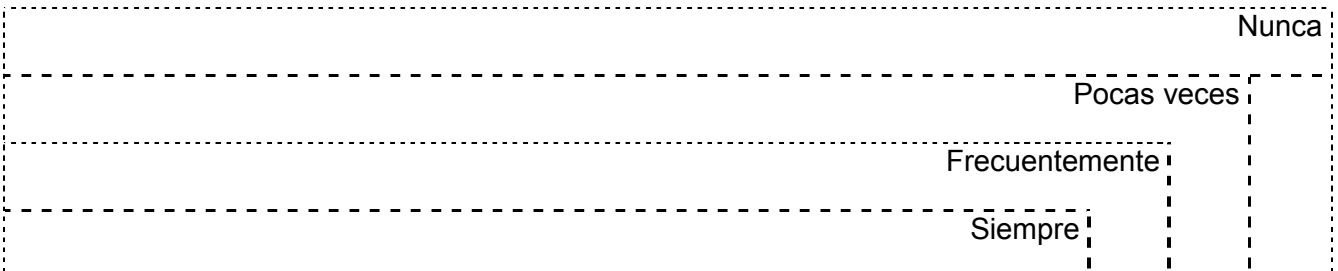
Edad
 Sexo Hombre Mujer
 Grado Escolar Secundaria Preparatoria # de focos en su casa

INSTRUCCIONES: Agradecemos tu disposición para contestar el siguiente cuestionario, para nosotros es muy valioso que tus respuestas verdaderamente reflejen lo que tú piensas.

A continuación, lee cuidadosamente los siguientes enunciados donde encontrarás 4 opciones de respuesta y por favor elige la más apegada a tu opinión. Como en el siguiente ejemplo:

“Como acompañado”

Siempre	Frecuentemente	Pocas veces	Nunca
	X		



1	En mi familia la alimentación es un tema importante.				
2	Cuando como en casa me alimento más sanamente.				
3	Me considero rápido para caminar.				
4	En mi casa consumimos comida rápida.				
5	Mi padre hace ejercicio				
6	En mi casa comemos tres veces al día				
7	Como lentamente				
8	Mi mamá hace ejercicio				
9	En distancias cortas mi familia prefiere usar un transporte				
10	Mi familia esta atenta a la salud de sus miembros.				

11	Solo asistimos al médico cuando estamos enfermos				
12	Como frutas y verduras				
13	En mi familia nos da flojera caminar.				
14	Juego videojuegos por más de dos horas.				
15	Voy al médico cuando estoy enfermo.				
16	En mi familia nos ocupamos por estar en forma				
17	Estoy atento a mi salud.				
18	En casa comemos a cualquier hora				
19	Me preocupa mi peso				
20	Veo televisión por periodos de más dos horas.				
21	Cuando hago ejercicio me fatigo mucho.				
22	A mis papás les interesa cuidar su cuerpo				
23	Salgo de mi casa sin desayunar.				
24	En mi familia nos enfermamos:				
25	Prefiero las comidas fritas y condimentadas.				
26	Mis hermanos descuidan su salud				
27	Me considero lento para caminar				
28	Me mantengo en forma				
29	Es difícil mantenerme en forma				
30	Paso muchas horas sin probar alimentos.				
31	Mis hermanos hacen ejercicio.				
32	Consulto algún especialista que me indique como mantenerme saludable.				
33	Me considero rápido para correr				
34	En mi casa comemos frutas y verduras.				
35	Como antojitos.				

36	Estoy expuesto a situaciones estresantes				
37	En mi familia el ejercicio es importante para la salud.				
38	Realizo actividad física.				
39	En mi casa bebemos bebidas azucaradas				
40	Mis padres pasan mucho tiempo viendo televisión.				
41	Mi alimentación es importante para mí.				
42	Como tres veces al día				
43	Descuido la salud de mi cuerpo.				
44	Considero que mi familia no es saludable				
45	Después de cenar me voy a dormir.				
46	Como con calma				
47	En mi familia cuando alguien está enfermo va al medico				
48	Practico algún deporte.				
49	Los miembros de mi familia acostumbran salir de casa sin desayunar				
50	Mis familiares acostumbran ver televisión mientras comen.				
51	Mi familia se interesa por mantenerse saludable.				
52	Como de forma balanceada.				
53	En distancias cortas mi familia prefiere caminar.				
54	Cuando tenemos tiempo libre en mi familia preferimos salir a caminar				
55	En mi familia nos desvelamos				
56	Tomo agua simple.				
57	En mi familia nos gusta comer antojitos.				
58	Como comida rápida.				
59	Me da flojera hacer ejercicio				
60	Me interesa mantener mi cuerpo saludable.				

61	Nuestro pasatiempo en familia es ver televisión.				
62	Me enfermo:				
63	Paso mucho tiempo frente a la computadora.				
64	En mi familia hacemos ejercicio.				
65	Duermo el tiempo suficiente				
66	Me da flojera caminar.				
67	Para estar saludable hay que hacer ejercicio				
68	Veó televisión mientras como.				
69	En mi familia comemos de forma balanceada.				
70	Mi papá procura estar en forma.				
71	Mis hermanos juegan videojuegos.				
72	En mi casa tomamos agua simple.				
73	Mis familiares son descuidados con su salud.				
74	Acostumbro hacer ejercicio				
75	Prefiero caminar a estar sentado				
76	Mis padres se fijan en que tan rápido comemos.				
77	Mi mamá procura estar en forma.				
78	En casa disfrutamos comer en familia.				
79	Mis padres están atentos a mi manera de comer.				
80	En mi familia comemos rápido.				
81	Tomo refrescos				
82	Procuró estar en forma.				
83	Mi peso es importante para mí.				
84	Mi familia piensa que cuando una persona es delgada está enferma.				

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

VIVIENDO
RELACIONES
LIBRES DE
VIOLENCIA



ELABORADO POR : YULIANA LEÓN MÉNDEZ

¿POR QUÉ HABLAR DE VIOLENCIA?

En años recientes la violencia intrafamiliar, y en particular la violencia de género a dejado de ser un secreto, convirtiéndose en un tema de discusión que toma dimensiones tan importantes como para ser en la actualidad la segunda causa de muerte de mujeres en México, sólo debajo del cáncer cervico-uterino.

Es importante aclarar que ésta problemática no distingue nivel socioeconómico o cultural, es un problema que no tiene fronteras y que viven o han vivido amas de casa, intelectuales, académicas, artistas de diversas áreas, profesionistas, maestras, estudiantes, etc.

Por esto y más, consideramos que es importante elaborar estrategias de difusión que promuevan la sensibilización y prevención. A pesar de que hoy se cuenta con diversas instituciones a nivel público y privado que dan atención y apoyo a mujeres que viven relaciones violentas, y que incluso se han aprobado leyes cada vez más firmes que castigan este tipo de faltas, se necesitan aún más elementos para difundir y proveer a la población general de información y estrategias que incidan desde el origen y construcción de la pareja (noviazgo), para establecer las bases de relaciones sanas en el seno de las familias, con la intención de formar seres humanos con mayores recursos para relacionarse y vivir mejor.

Pero... ¿qué es la violencia?

La violencia es un fenómeno que está constantemente presente en nuestra sociedad. Desde los videojuegos repletos de matanzas, los programas de televisión, las interacciones entre familiares, las peleas entre bandas, o incluso las guerras hechas en nombre de la paz, la violencia permea muchos aspectos de la vida.

De acuerdo a la Organización Panamericana de Salud, (2002) violencia es definida como: ***“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones y muerte”***. Tan solo en el año 2000, 1.6 millones de personas murieron en el mundo, víctimas de actos violentos.

En México, 34.5% de las mujeres han sufrido violencia de pareja en algún momento de sus vidas y que el 21.5% la experimentan con su pareja actual. Los datos que la encuesta arroja permiten ver que entre las mujeres de 15 a 19 años, 56 de cada 100 sufren violencia por parte de su pareja.

TIPOS DE VIOLENCIA

La violencia puede existir en diversas formas, como:

emocional (o psicológica),
económica,
física y
sexual.

En nuestro país, la violencia emocional es experimentada por 38 de cada 100 mujeres, 9 de cada 100 sufren violencia física, 8 de cada 100 son víctimas de violencia sexual, y la violencia económica se manifiesta en 29 de cada 100.

En muchas ocasiones, las personas violentadas pueden ser generadoras de violencia sobre sus hijos y se sabe que alrededor del 70% de la violencia que sufren las niñas y adolescentes tiene lugar en el entorno familiar. La UNICEF calcula que 80 mil menores mueren cada año en el mundo víctimas de violencia intrafamiliar.

MUJERES Y HOMBRES...

Nuestras ideas acerca de los roles que debieran desempeñar mujeres y hombres, pueden ser las generadoras de violencia.

Cada día estamos expuestos a diversas imágenes acerca de lo que hombres y mujeres deben ser, deben vestir, tomar, comer, hacer, etc. Los medios de comunicación nos llenan de imágenes acerca de lo que es correcto.

Es importante reconocer que los estereotipos de mujer y de hombre, indican una clara inequidad. Las “buenas mujeres” deben hacer ciertas cosas (dedicarse al hogar, a los hijos, tener buenas costumbres, saber lavar, planchar, etc.), mientras que los hombres pueden ser exitosos, galanes, mujeriegos, fuertes, machos, etc. Estas imágenes llenan nuestras vidas, y la de los niños y las niñas. Desde muy pequeños, los niños varones aprenden que tener actitudes “femeninas” (ser sensible, llorar, ser delicado, etc.) es malo, pues los convierte en maricas, en afeminados, es decir, en no-hombres.

Si pensamos en los resultados que tiene el que los niños y niñas crezcan con estos mensajes, podemos imaginarnos entonces que cuando sean adultos, los varones estarán entrenados para ser fuertes, dominantes, valientes, mientras que las mujeres deberán saber que su papel es ser sumisas, preocupadas, calladas y sometidas.

A continuación mencionamos algunos indicadores que te pueden ayudar a darte cuenta si estás viviendo una situación de Violencia, sea en el noviazgo, en la vida de pareja o en tu relación con tus hijos.

Al final, te proveemos con una lista de lugares e instituciones a los que puedes acudir a pedir ayuda.

Esperamos que todo esto te sea de utilidad.

VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO

Cuando decidimos iniciar una relación con alguien, esperamos que las cosas vayan bien, querer y ser queridos. Sin embargo, a veces, por ese deseo de amar y ser amados, podemos confundir el amor con el maltrato.

El maltrato no solo es de chavos hacia chavas, también puede ser al revés, o de los dos. Checa la siguiente lista para averiguar si algo en tu noviazgo puede indicar que hay violencia.

Pensemos en algunas cosas que indican que existe violencia en el noviazgo:

- Si tu pareja se tensa constantemente y te agrede física o verbalmente.
- Si no se puede controlar al agredirte, incluso cuando tu le haces notar que te lastima lo que hace.
- Si te intimida, grita, amenaza, castiga o chantajea.
- Si has sufrido de golpes, moretones, rasguños, puñetazos, estrangulamientos, patadas, etc.
- Si tu pareja controla todo lo que haces, quiere saber todo de ti, te llama constantemente para saber si has dicho la verdad y te exige explicaciones para todas tus acciones.
- Te vigila y constantemente revisa tu celular, email, diario, etc.
- Trata de eliminar, limitar o controlar tus relaciones con otras personas: amigos, familiares, vecinos, compañeros, etc.
- Coquetea o mantiene relaciones con otras personas, sea delante de ti o a escondidas.
- Te dan miedo sus reacciones.

- Te presiona para tener relaciones sexuales.
- Te obliga a hacer cosas que no deseas durante la relación sexual.
- Te jalonea, te empuja, te obliga a hacer cosas que no quieres hacer.
- Te toca, te acaricia o te besa sin tu consentimiento.

Si esa es tu situación, es importante que sepas algunas cosas que pueden prevenir la violencia:

Es difícil aceptar que uno está viviendo violencia, pues inmediatamente podemos sentir vergüenza e imaginarnos todas las cosas que dirá la gente de nosotros. Sin embargo, es importante que sepas que todos estamos expuestos a vivir situaciones de violencia, y que darte cuenta es un paso muy importante para poder hacer algo al respecto, esta una forma de amarte a ti mismo/a, de cuidarte y de protegerte.

A veces podemos excusar las cosas que pasan con nuestras parejas a través de decir “lo hizo porque estaba enojado/a”, “yo tuve la culpa”, “si yo no hubiera hecho eso, no hubiera pasado nada”, “es que tuvo un mal día”. Pero cuando se trata de violencia, ¡no hay excusa que valga! Nadie merece ser maltratado o humillado

Cuando estamos enamorados, es fácil pensar que las personas cambiarán con el tiempo, o que si los tratamos mejor, les damos más amor, o nos aguantamos, nuestra pareja cambiará. Tristemente, esto casi nunca pasa. Los otros tienen que ser responsables de lo que hacen y tú tienes que ser responsable de tu seguridad y cuidarte.

Pedir ayuda a tus padres, tus maestros, tus amigos o a alguna institución, es una manera buena de comenzar a eliminar la violencia. La gente que te quiere se preocupará y te apoyará en los momentos difíciles.

¿Has sentido que participas en la violencia? Muchas veces la violencia no es solo por parte de nuestra pareja, sino que nosotros también participamos de ella, ofendiendo, lastimando y controlando al otro. Si este es tu caso, es bueno que al darte cuenta, busques ayuda, le cuentes a alguien más

VIOLENCIA EN LA PAREJA

Tal vez tú te diste cuenta de que estabas en una relación violenta cuando tu pareja y tu eran novios. O tal vez, después de que comenzaron a vivir juntos, empezaron a pasar cosas que nunca te hubieras imaginado que podían pasar. Sea como sea, tal vez te has dado cuenta de que muchas cosas en tu relación no son como tú quieres que sean, y te sientes atrapado/a y sin saber qué hacer.

De la siguiente lista ¿Hay algunos que te recuerdan lo que pasa en tu relación de pareja?

- Tu pareja te restringe económicamente (no te da dinero para evitar que salgas, impide que adquieras cosas que son necesarias, te chantajea, amenaza o manipula a través del dinero).
- Has tenido que renunciar a un trabajo por presión de tu pareja.
- Has sufrido maltrato físico (golpes, empujones, amenazas con armas de fuego, palizas, mordeduras, quemaduras, estrangulamiento, etc.).
- Tu pareja te impone el tener relaciones sexuales, te ha violado o te exige ciertas posturas, gestos, actos o formas de vestir que te incomodan.
- Has sufrido insultos, humillaciones, burlas, descalificaciones, críticas constantes, desprecios, abandono, gritos, chantajes o amenazas (por ejemplo: quitarse o quitarte la vida, secuestrar a tus hijos).
- Tu pareja selecciona a las personas con las que puedes relacionarte, y este control ha generado que te sientas aislada/o de tu familia o amigos.
- Te comparan con otras personas, haciéndote sentir que no estás a la altura de las cualidades de esas personas.
- Después de tener una diferencia te deja de hablar o se muestra indiferente ante tus sentimientos y necesidades, como una forma de castigo.
- Te sientes perseguido/a y te preocupa que tu pareja se entere de lo que haces, aunque sean acciones inocentes.
- Descalifica tus ideas o percepciones, a tal grado que has llegando a dudar sobre tu criterio para distinguir la realidad de la fantasía.
- Te has sentido humillado/a o maltratado/a frente a tu familia, amigos o vecinos.
- Tu pareja seduce a otras personas en tu presencia.
- Tu pareja rompe, azota, golpea o destruye objetos para intimidarte porque se desespera.
- Te sientes minimizado/a, maltratado/a, y lastimado/a constantemente por tu pareja.
- Te da vergüenza que los otros se enteren de cómo te trata tu pareja.
- Has recibido amenazas sobre tu integridad física, la de tu familia o las personas que quieres.
- Sientes temor por los castigos o consecuencias de no hacer todo lo que tu pareja te solicita.

Todas estas son señales de violencia en la pareja. Tal vez has aguantado años de malos tratos, o apenas comenzaron, es posible que algunas de estas situaciones no las hayas considerado como tal por la frecuencia con la que se presentan en tu relación o entorno social.

La violencia puede permanecer disfrazada o escondida detrás de las puertas de casa, pero darte

cuenta de que vives violencia, y comenzar a protegerte, son un gran inicio para eliminar este problema de tu vida.

VIOLENCIA HACIA LOS HIJOS

Los hijos de parejas con interacciones violentas son sin duda los principales receptores. Estos niños viven en hogares donde hay gritos, golpes, insultos, etc., hacia ellos o entre sus padres, frecuentemente experimentan miedo, ansiedad o inseguridad, que a largo plazo serán percibidos como algo normal.

Los niños y niñas aprenden a relacionarse con los otros a través de lo que aprenden en casa. En muchas ocasiones, el comportamiento violento, agresivo o abusivo de los niños /as hacia sus amiguitos, y hacia su familia, es resultado de la violencia que viven en el hogar.

Si eres padre o madre, puede ser que en ocasiones te desesperes o frustres y reacciones violentamente hacia tus hijos, o puede ser que observes que tu pareja lo hace. Debes saber que los hijos violentados, pueden sufrir graves consecuencias sean físicas o psicológicas. Recuerda que el maltrato a los niños es un delito. Si te das cuenta que tu o tu pareja tienen este tipo de problemas, es necesario que busques ayuda inmediatamente. Esto puede prevenir problemas futuros y hasta salvar la vida de tus hijos, además de proveerte de recursos para eliminar la violencia.

ES DE PENSARSE...

Las interacciones violentas pueden poner en peligro tu vida, y es importante que busques ayuda y rompas el silencio. La violencia es como una bola de nieve, que al recorrer el camino, puede hacerse más grande y peligrosa.

En situaciones difíciles, es fácil pensar que es mejor quedarse callado, o no hacer nada, pero el silencio nunca es la respuesta. Hablar acerca de lo que te pasa, denunciarlo, acudir a alguna institución buscando consejo y ayuda, puede prevenir problemas graves y protegerte a ti y a los tuyos.

Terminar una relación de violencia puede ser complicado, debido a situaciones legales, económicas, familiares, etc., pero cada paso que das hacia protegerte y estar mejor, es un paso adelante, inténtalo, no te rindas, y sobre todo, recuerda que no tienes que pasar esto solo/a, hay muchas instituciones y grupos que pueden apoyarte y acompañarte en este difícil proceso.

¿CÓMO CONSTRUIR RELACIONES LIBRES DE VIOLENCIA?

Todo lo anterior nos permite entender cuál es el contexto que existe la violencia en las relaciones de noviazgo, pareja y familia. La manera de prevenirla es a través de la construcción de relaciones saludables y equitativas entre hombres y mujeres. Entonces ¿Qué podemos hacer para tener relaciones que fomenten una interacción sana y equitativa?

- Educar a los hijos para que no utilicen la violencia como forma de relacionarse.
- Ofrecer nuevos modelos de ser varones que no incluyan el uso de la agresividad y la represión de los sentimientos.
- Fortalecer la autoestima de los chicos y chicas, enseñarles a protegerse.
- Romper con los moldes establecidos acerca de ser hombre o mujer.
- Cuestionar los hábitos machistas.
- Romper la idea de que un varón sensible es maricón y no es hombre.
- Aprender a cuidarnos y protegernos, además de proteger a los más débiles.
- Enseñar, con el ejemplo, a resolver los conflictos sin violencia.
- Educar a mujeres y hombres en el derecho a decir no.
- No silenciar la violencia, no soportarla.
- Tener una conciencia crítica hacia los modelos de vida que nos muestran los medios de comunicación.
- Valorar las actitudes que van en contra de la violencia: la colaboración, el respeto, el diálogo.

Hay muchas otras maneras de luchar contra la violencia, y existen muchas instituciones y profesionales de la salud quienes incansablemente trabajan por que este problema deje de ser visto como algo normal y se nombre como algo incorrecto e inhumano.

Si tu o alguien que conoces se encuentra en una situación de violencia, pide ayuda, es importante reconocer que no es sano, ni bueno, ni normal.

Es tiempo de dejar el silencio y decir si a una vida libre de violencia.

¿A dónde acudir?

Centro de Servicio Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM

Direc: Avenida Universidad # 3004, edificio "C", sótano,
Facultad de Psicología,
Col. Copilco Coyoacán, C. P. 04510
Deleg. Coyoacán
Tel: 65 22 23 09

Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI)

Dr. Carmona y valle # 54, piso 1,
Col. Doctores, C.P. 06720,
Deleg. Cuauhtémoc,
México, D.F. México.
Tel: 52 42 60 25, 52 60 62 46, fax: 52 42 62 48

Centro de Atención a Víctimas Vía Telefónica (VICTIMATEL)

Tel: 56 25 72 12, 56 25 71 19, Fax: 56 25 72 80

Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA)

Pestalozzi # 1115,
Col del valle, C.P. 03100,
Deleg. Benito Juárez,
México, D.F. México.
Tel: 52 00 96 32, 52 00 96 33, fax: 55 75 50 03

Centros Integrales de Apoyo a la Mujer (CIAM)

San Antonio Abad # 122, piso 5,
Col. Tránsito, C.P. 06820,
Deleg. Cuauhtémoc,
México, D.F. México.
Tel. y fax: 57 40 45 40

Colectivo de Lucha Contra la Violencia a la Mujer (COVAC)

Atenor Salas # 113 dep 3,
Col. Narvarte, C.P. 03020,
Deleg. Benito Juárez,
México, D.F. México. Tel. y fax: 54 40 13 42,

Sociedad Mexicana Pro-Derechos de la Mujer, A.C.

Teléfono: 56 61 20 74

-

Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, A. C. (COVAC)

Astrónomos 66 Col. Escandón Tels. 5276 00 85 y 5515 17 56