



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

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

**“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR INTERVENCIÓN DESDE LOS
MODELOS DE TERAPIA NARRATIVA Y SOLUCIONES.**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

LAURA SUSANA NUÑEZ BECERRA

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA

COMITÉ TUTORAL: MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

DRA. BLANCA ESTELA HUITRÓN VÁZQUEZ

MTRA. CAROLINA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

MTRA. JUANA BENGOA GONZÁLEZ

MÉXICO, D.F.

ABRIL 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco a:

La Maestra Carmen Susana González Montoya porque dirigió este trabajo, por el modo tan amable y paciente con el que aclaró cada una de mis dudas durante la residencia; también por cada una de sus palabras de aliento que me dieron la fortaleza necesaria para terminar este proyecto de vida.

A la Maestra Rosario Espinosa Salcido, por su cariño, de ella aprendí la fuerza y determinación necesaria para materializar los sueños. Admiro su profesionalismo y amor hacia el trabajo.

A la Maestra Ofelia Desatnik por la manera tan cálida en que siempre caminé cerca de mí durante la maestría.

Sin olvidar a cada uno de mis maestros ya que al conocer sus ideas y conceptos han contribuido a mi enriquecimiento profesional y personal.

También a cada uno de mis compañeros de maestría por su apoyo y confianza.

A cada uno de los miembros de mi familia por sus palabras de aliento y ser un soporte incondicional para hacer posible este proyecto.

A todos mis amigos por su escucha

Especialmente gracias a ti Benjamín, me facilitaste enormemente el camino, en cada instante he sentido que no estoy sola y que es un proyecto compartido.

Quiero dedicar este trabajo a mis padres, por ser un ejemplo de lucha y entrega en cada uno de los retos que la vida les ha presentado.

Gracias papá por valorarme como mujer y persona; sabemos que este proyecto se sembró en mi corazón desde pequeña ya que siempre creíste en mí; gracias por tus palabras de aliento.

También lo dedico a Pepe, Ivonne, May, Gil, Tere, Memo y Rafa por el amor que les tengo.

A mis amigos y compañeros de residencia que siempre han ocupado y ocuparán un lugar muy especial en mi corazón.

A mis hijos Benjamín y Rodrigo por ser parte fundamental de mi proyecto de vida.

A ti Benjamín porque te amo, por lo que hemos compartido y construido juntos.

Y dedico especialmente este trabajo a todas esas familias extraordinarias que he conocido, con las cuales he podido co construirme como terapeuta.

INDICE:

	Página:
PRIMERA PARTE: ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.	5
1.1 Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo de terapia familiar.	5
1.1.1 Características del campo psicosocial.	5
1.1.2 Principales problemas que presentan las familias.	8
1.1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	17
1.2 Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.	20
1.2.1 Descripción de los escenarios.	20
1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios.	23
1.2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios del trabajo clínico.	26
SEGUNDA PARTE: MARCO TEÓRICO.	31
2.1 Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico.	31
2.1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna.	31
2.1.2 Modelo de terapia estructural.	42
2.1.3 Modelo de terapia estratégica.	49
2.1.4 Modelo de terapia breve del MRI	55
2.1.5 Modelo de terapia breve centrada en soluciones.	62
2.1.6 Escuela de Milán.	68
2.1.7 Fundamento de las terapias posmodernas.	79
2.1.8 Terapia narrativa.	82
2.1.9 Modelo de terapia basado en el equipo reflexivo.	90
2.1.10 Enfoque colaborativo conversacional.	93
TERCERA PARTE: DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.	100
3.1 Habilidades clínicas terapéuticas.	100
3.1.1 Análisis y discusión de la violencia intrafamiliar.	100
3.1.2 Integración de dos expedientes de trabajo clínico con familias.	118
3.1.2.1 Caso clínico no. 1	118
3.1.2.2 Caso clínico no. 2	136
3.1.3 Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con dos familias.	145
3.1.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en las observaciones clínicas en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.	153

3.2 Habilidades de investigación	158
3.2.1 Reporte de investigación realizada usando metodología cuantitativa.	158
3.2.2 Reporte de investigación realizada usando metodología cualitativa.	160
3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y previsión comunitaria.	164
3.3.1 Elaborar y presentar productos tecnológicos.	164
3.3.1.1 Manual y video didáctico: Técnicas del modelo de terapia estructural.	164
3.3.1.2 Video didáctico: Estrategias de intervención del modelo estratégico.	165
3.3.1.3 Manual y video didáctico: Modelo de terapia breve centrada en problemas.	165
3.3.1.4 Manual y video didáctico: Modelo de terapia breve centrada en soluciones.	166
3.3.2 Presentación en foros académicos.	167
3.3.2.1 Presentación cartel de la investigación: Las familias de adolescentes con conducta disruptiva y no disruptiva.	167
3.3.2.2 Presentación cartel de la investigación: Áreas de conflicto familiar en adolescentes.	167
3.3.3 Intervención comunitaria.	168
3.3.3.1 Curso – taller: Escuela para padres del CCH.	168
3.3.3.2 Taller para padres de familia sobre alcoholismo.	168
3.3.3.3 Taller sobre métodos de estudio.	169
3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional.	171
 CUARTA PARTE: CONSIDERACIONES FINALES.	 180
4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.	180
4.2 Incidencia en el trabajo psicosocial.	182
4.3 Reflexión y análisis de la experiencia.	183
4.4 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en en el campo de trabajo.	184
 Referencias bibliográficas.	 185
 Anexos.	 191

PRIMERA PARTE

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.

1.1 Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar:

1.1.1 Características del campo psicosocial.

El país enfrenta diversos problemas especialmente los derivados de la marginación y la pobreza, así como aquellos relacionados con el ámbito educativo y el sector de la salud. Ante la necesidad de formar especialistas orientados al apoyo emocional del grupo familiar, el cual se enfrenta cotidianamente con situaciones difíciles que afectan el desarrollo de sus miembros, surge en el ámbito universitario un programa de Maestría en Psicología enfocado al tratamiento de las relaciones familiares desde la perspectiva de la Terapia Familiar Sistémica.

Existen diferentes conceptualizaciones de la familia, en algunas se la ha considerado como la célula base de la sociedad. Para Díaz, Valdez y Durán (1991), hablar de célula no se conceptualiza solo como una unidad mínima, sino como un organismo vivo. Para Durán et al (1991, p.2)

“La familia en un sentido estricto no existe, es una sustantivación o abstracción conceptual... Lo que conocemos son formas muy variadas y cambiantes de relaciones interpersonales en torno a dos ejes de vinculación: los de afinidad y los consanguíneos. La familia es una continuidad simbólica, que trasciende a cada individuo y a cada generación, que engarza el tiempo pasado y el tiempo futuro, siempre hay un grupo de familiares reconocidos que viven en hogares separados y no obstante forman parte de un “nosotros” psicológico de identidad compartida... Los hogares son acotaciones de espacio y de tiempo... son configuraciones de símbolos y la coincidencia en el mismo espacio proporciona también cierta identidad de grupo”

De acuerdo con el INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 1998) la familia constituye un objeto de estudio, a la vez que representa una gran riqueza para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, culturales, demográficos y económicos.

Se considera que la familia es el “grupo primario y de mayor influencia en el individuo” (Espinosa y González, 1998 p. 145). Se encuentra en constante cambio, siempre tendiente a ajustarse a las transformaciones sociales, políticas y económicas; ahora se pueden apreciar diversos tipos de conformación familiar, denotando la flexibilidad que el

sistema familiar tiene para su adaptación (Luna, 2005).

Según la visión de la posmodernidad la familia es el contexto más pequeño en el que se vive, sin embargo no todos los miembros de ella tendrán el mismo concepto, cada uno la vive y describe de una manera distinta. La familia es un grupo de individuos que se comunican entre sí (Anderson, 1999).

Actualmente existe una gran diversidad familiar: Familias con un solo progenitor, familias trigeracionales, familias de trabajo, parejas del mismo género, familias de amigos. Así que imponer una visión tradicional de la familia es contraproducente ya que existen otras formas de grupos sociales de acuerdo a las exigencias actuales en la vida cultural (Gergen, 2006).

Michael White (2002 p.22) habla de la diversidad, y cuestiona también el concepto de familia nuclear, “para todo aquel que se tome el trabajo de escuchar y observar existe ahí afuera una gran diversidad de familias y que parecen funcionar bastante bien”.

Esta visión de diversidad comienza aceptarse como tal en la sociedad mexicana, sin embargo las familias diferentes a la nuclear aún se conceptualizan por muchas personas como incompletas, defectuosas o fragmentadas.

En México las familias se conforman de la siguiente manera según el INEGI (2005):

- La población mexicana se agrupa fundamentalmente en hogares familiares; 97.9 millones de personas, que representan el 97.7% de la población total, forman grupos donde los miembros tienen relaciones de parentesco con el jefe del hogar. Un 2.3% de la población permanece solo o se agrupa con otras personas sin que medie ningún parentesco.
- La forma de agrupación predominante en México es la familia integrada por el jefe, la cónyuge y los hijos (67.5%), la sigue la constituida por uno de los padres y sus hijos (17.9%) y las parejas sin hijos, sea porque los hijos ya salieron del hogar de origen o porque la pareja no ha tenido descendencia (11.1%).
- Los hogares de las familias se distinguen en nucleares y no nucleares, los primeros están conformados por el padre(s) y los hijos representando el 67.7%. Las no nucleares pueden integrarse por un hogar nuclear al que se han adherido otros

parientes (nietos, yernos, nuera, sobrino, padre, madre, etc., pudiendo también integrarse otro miembro no emparentado), estas representan el 32.3%.

Otro dato interesante es la distribución por edad tanto en las familias nucleares y no nucleares. Popularmente se habla de la “conveniencia” de pertenecer a una familia nuclear, sin embargo la realidad indica que la población se agrupa casi de igual manera tanto en un tipo de familia como en otro según lo muestra la tabla siguiente.

Distribución porcentual de la población en hogares familiares por grandes grupos de edad según clase 2005

Edad	Familia nucleares	Familias no nucleares
Menores de 15 años	34.0	29.0
15-29 años	26.0	29.4
30-59 años	34.3	29.6
60 y más años	5.6	11.8

Tabla No. 1

- El promedio de cada familia mexicana está conformada por 4.3 integrantes. En la familia nuclear hay 3.9 integrantes y en la no nuclear 5.4.
- De las familias mexicanas, 79.1% tiene como jefe a un varón y 20.9% a una mujer. En las nucleares las proporciones correspondientes son 83% y 17% mientras que las no nucleares son 67.6% y 32.4% respectivamente.
- En las parejas conyugales donde ambos participan en el mercado laboral, los varones dedican a esta actividad 51 horas con 42 minutos semanalmente y las mujeres 37 horas con 18 minutos; mientras al trabajo doméstico las mujeres destinan 54 horas y 24 minutos y los hombres 15 horas y 18 minutos, es decir ellas laboran casi 37 horas más que los hombres. Esto muestra que la mujer al participar en el mercado laboral aumenta la cantidad de trabajo que realiza al día, asume el papel de proveedora del hogar pero continúa su responsabilidad del trabajo en el mismo; en cambio el varón no modifica su aportación al trabajo doméstico.

En las parejas donde solo el hombre labora en el mercado éste dedica a esa

actividad 51 horas a la semana en promedio y destina poco más de 12 horas al trabajo para el hogar, lo que en total suma 63 horas semanales. En cambio, las mujeres de estas parejas destinan casi 74 horas semanalmente a las tareas domésticas. Comparativamente las mujeres en este tipo de parejas trabajan arriba de 10 horas más que los hombres.

- En México lo mas común es que el varón sea mayor que su cónyuge, sin embargo este patrón sociocultural se ha ido modificando con el tiempo según lo muestra la siguiente tabla:

Distribución porcentual de las parejas conyugales para cada grupo de edad del varón según diferencias de edad entre los cónyuges.

Edad	El hombre es mayor que la mujer	La mujer es mayor que el hombre	Ambos tienen la misma edad
12-29 años	55.6	30.1	14.3
30-49 años	69.5	18.9	11.6
50 y más años	81.2	11.0	7.8

Tabla No. 2

- En cuanto al nivel de escolaridad el 33.1% de las parejas conyugales el hombre tiene mayor escolaridad que la mujer, en el 32.9% ambos tienen la misma escolaridad y en 29.7% la mujer cuenta con una escolaridad mayor.

Esta es una pequeña semblanza de algunas características que prevalecen en las familias mexicanas, la terapia familiar deberá tomar en cuenta esta realidad para hacer aportaciones y tener aproximaciones más objetivas.

1.1.2 Principales problemas que presentan las familias.

Como se mencionó en México existen graves problemas de desigualdad social lo que coloca a algunas familias en situaciones vulnerables creando ansiedad y tensión en su interior.

Actualmente la mujer ha tenido que incrementar sus funciones; ahora labora fuera de casa y aún no se permea con claridad la modificación de roles dentro del seno familiar, es muy frecuente que en hogares en donde ambos padres laboran los hijos permanezcan

varias horas solos lo cual los expone a mayores riesgos como la vagancia, drogadicción, deserción escolar, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual etc.

Violencia:

Un severo problema que afecta a las familias en nuestro país es la violencia, la cual comienza en el seno de la familia y se extiende a todos los ámbitos de la sociedad. No fue sino hasta los años ochenta que se comenzó a estudiar la violencia en América Latina mucho después que los países desarrollados, lo que nos habla de un verdadero atraso en el abordaje de este tema, quizá este fenómeno se deba a la cultura machista y patriarcal que impera en nuestro país, lo cual coloca a la mujer en una situación de dependencia y desventaja ante el hombre. Según el INEGI (2002), la violencia ocurre en el 30.4% de los hogares mexicanos de los cuales solamente el 14.4 % busca ayuda. En el caso de los niños se estima que 61.2% son identificados como víctimas de violencia.

La violencia también esta dirigida a personas ancianas y a grupos minoritarios como los homosexuales, personas discapacitadas, etc.

¿Qué ocurre con la impartición de justicia en México en contra de la violencia familiar?

Es importante señalar que la impartición de justicia en el aspecto de la violencia familiar ha sido un tanto compleja, de hecho según la Magistrada Adriana Canales (Diplomado de Violencia Familiar, 2007) las leyes al ser constantemente modificadas ocasionan que los ajustes necesarios para su implementación no concluyan cuando ya están apareciendo nuevas leyes; aún no se ha creado la infraestructura adecuada para poder llevarlas a cabo, cuando ya se marcan nuevos lineamientos judiciales. Las autoridades no están respondiendo como deberían a fin de proteger a las víctimas de violencia.

Anteriormente los magistrados podían intervenir de oficio en caso de que sospecharan violencia en la familia, sin embargo actualmente solo pueden basar sus dictámenes en la narrativa de los hechos y si el agredido no cuenta con un abogado que le realice adecuadamente la demanda, está en una clara posición de desventaja.

Las personas víctimas de violencia cuando llegan a las autoridades han pasado por diversas búsquedas de ayuda la del sacerdote, los amigos y se topan ante una justicia

dispersa que no la defiende a lo que es la verdad jurídica, urgen medidas de protección para estas familias.

La violencia cada vez es mas considerada una conducta normal, ésta se da en la sociedad; es una conducta que según los sociólogos se permea cada vez en casa, entre padres e hijos, entre hermanos, entre la pareja, “somos familia y todo nos perdonamos”, este es un valor que se maneja en la familias mexicanas (Diplomado en Violencia Familiar impartido por El Instituto de Investigaciones Jurídicas en la Universidad Nacional Autónoma de México, 2007).

Divorcio:

Otro fenómeno social al que se enfrentan las familias es el divorcio, el cual se ha venido incrementando en los últimos años de manera considerable según lo muestran las gráficas del INEGI (2005):

En 2003 se registraron 584 mil 142 matrimonios, para el 2004 fue de 600 mil 563 y en 2005 fue de 595 mil 713.

En los últimos años el número de divorcios se incrementó en México considerablemente, el año 2003 se registraron 64 mil 248 divorcios, en el 2004 67 mil 575 y para el 2005, 70 mil 184. Las consecuencias sociales son variadas y en muchas ocasiones los más desprotegidos ante la ruptura matrimonial son los menores, frecuentemente las familias deben modificar su estructura para dar frente a este fenómeno. A continuación se presenta una tabla del INEGI (2005) la cual nos habla de la relación entre matrimonios y divorcios.

RELACION DE MATRIMONIOS DIVORCIOS.

Por cada 100 matrimonios

(1970-2005)

Año	Números de divorcios
1970	3.2
1980	4.4
1990	7.2
2000	7.4
2003	11.0

2005	11.8
-------------	-------------

Tabla No. 3

Suicidio:

Otra problemática social que ha llamado profundamente la atención en los últimos años son los casos de suicidio, según el INEGI la mayoría de los mexicanos que cometen el acto suicida es por disgustos familiares y por problemas amorosos. En el año 2004, se registraron 3324 suicidios lo que respecta un incremento del 3.2 % con respecto al año 1995. En cuanto al grado de estudio, 10% de la población que se suicidó no tenía escolaridad y 60% sí había cursado algún grado, el 60% de los suicidas registrados tenían ocupaciones remuneradas económicamente.

Los hombres constituyeron la mayor parte de la población suicida en 2004, pues representaron 82.8% del total de casos registrados, mientras que la proporción de mujeres significó 17.2%.

Con ello, se observó una proporción de cinco hombres suicidas por cada mujer, 61.1% del total masculino se concentró en el rango de 15 a 39 años y la mayor proporción de mujeres que se suicidaron contaban entre 15 y 39 años (63.6%) (Albornoz, 2006).

Los intentos de suicidio son llamadas de atención los cuales deberán ser atendidos con oportunidad a fin de prevenir el que sean consumados, son un problema de salud mental que afecta de forma directa a las familias.

Alcoholismo:

Otra dificultad que enfrentan las familias mexicanas son los altos índices de alcoholismo afectando mayormente a los varones. El alcoholismo conduce a diversas situaciones de conflicto en la familia como: muerte, violencia, abandono, enfermedad, etc.

En México, el grupo de edad que manifestó una incidencia más alta fue de 18 a 29 años. (Encuesta Nacional de Adicciones, 1989), según la Organización Mundial de la Salud, la cantidad de jóvenes que consumen alcohol aumentó en un 20 %, en los últimos 10 años.

Hasta hace 10 años de cada 7 hombres que consultaban por problemas relacionados con el alcohol en exceso lo hacían 3 mujeres; hoy la relación es de 6 hombres por 4 mujeres

(Andaluz, 2008). A continuación se presentan algunas estadísticas tomadas de la Encuesta Nacional de Adicciones del INEGI (2002):

Principales indicadores sobre el consumo de alcohol por sexo 2002.

Indicador	Total	Hombres	Mujeres
1. Población de 12 a 65 años	69,767,067	31,393,657	38,373,410
Alguna vez ha consumido alcohol	45,254,439	24,685,159	20,569,280
Nunca ha consumido alcohol	24,512,628	6,708,498	17,804,130
2. Frecuencia de consumo	32,315,760	19,177,913	13,137,847
Diario o casi diario	947,099	774,523	172,576
De 1 a 4 veces por semana	4,914,166	4,139,868	774,298
3. Experiencias causadas por el consumo			
Problemas con las autoridades sin conducir	1,512,704	1,448,842	63,862
Arrestado al conducir con copas	562,098	551,544	10,554
Discusiones tomado con esposa(o) o compañero	2,343,719	2,141,429	202,290
Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas por consumo	1,134,180	1,069,146	65,034
4. Población que cumple criterio de dependencia	2,841,303	2,595,300	246,003
5. Lugar de consumo			
Casa	24,335,281	14,592,965	9,742,316

Casa de otras personas	18,784,077	12,008,724	6,775,353
Restaurantes	7,652,294	4,939,422	2,712,872
Bares o antros con licencia para beber alcohol	8,082,228	6,097,319	1,984,909
Lugares sin licencia para beber alcohol	1,973,109	1,763,555	209,554
En la calle	4,222,555	3,933,706	288,849
En el trabajo	1,670,607	1,470,106	200,501

Tabla No. 4

Drogadicción:

Las adicciones a otras sustancias también representan un problema de salud pública en nuestro país según lo señala La Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (INEGI). Su tratamiento es complejo y en muchas ocasiones costoso, presentando frecuentes recaídas y un gran desgaste emocional y económico para la familia que lo padece. En la tabla No. 5 se presentan algunos datos que nos muestran algunas particularidades del problema.

Población de 12 a 65 años

	Total	Hombres	Mujeres
¿Alguna vez ha consumido droga?	3,508,641	2,697,970	810,671
1. Tipo:			
Marihuana	2,430,285	2,152,991	277,294
Cocaína	857,766	700,033	157,733
Inhalantes	314,760	291,447	23,313
2. Edad de inicio:			

Marihuana	18.5	18.41	19.32
Cocaína	22.24	22.51	21.03
Inhalantes	17.79	18.11	13.85
3. Solicitud de ayuda			
No	3,337,348		
Si	171,293		
4. Experiencias vividas por el uso de drogas			
Disfunciones familiares	528,264		
Peleas	341,858		
Problemas con policía, escuela y trabajo	302,610		
Problemas económicos	270,017		

Tabla No. 5

Anorexia y bulimia:

La anorexia nerviosa es un desorden alimenticio y psicológico a la vez. Esta condición va más allá del control del peso: el enfermo inicia un régimen alimenticio para perder peso hasta que esto se convierte en un símbolo de poder y control. De esta forma, el individuo llega al borde de la inanición con el objetivo de sentir dominio sobre su propio cuerpo. Esta obsesión es similar a una adicción a cualquier tipo de droga o sustancia. Hoy en día, se registran 4 casos de anorexia por cada mil personas (Ulloa, 2007).

Las características esenciales de este trastorno son la distorsión de la imagen corporal, sin reconocer el progreso de la delgadez y el sentimiento general de ineficacia personal.

A nivel psicológico aparecen síntomas de depresión, cambios de carácter y distorsión en la imagen corporal que suele ir acompañada de una negación del problema.

Siguen viéndose gordas a pesar de estar escuálidas o siguen expresando una gran insatisfacción con su cuerpo y su imagen. Su cuerpo se ha convertido en la definición de su valía como personas y a pesar del estricto control que ejercen sobre él, siguen sin gustarse (Asociación de defensa de trastornos alimentarios ADATEX, 2007).

La bulimia, afecta diez veces más a las mujeres que a los hombres, la comida es una adicción placentera y autodestructiva. Esta enfermedad se caracteriza por episodios secretos de excesiva ingestión de alimentos, seguidos por métodos inapropiados para controlar el peso como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes o diuréticos y la realización de ejercicios demasiado exigentes para el cuerpo. En un 70% de los casos este trastorno va acompañado de anorexia (bulimarexia) y en un 30% se manifiesta como bulimia pura. La principal diferencia radica en que en la bulimarexia no sólo no hay adicción a los alimentos, sino que hay un rechazo expreso, intercalado de atracones esporádicos. El acceso de bulimia o atracón se inicia con una sensación de hambre voraz e incontenible, con preferencia por los dulces y otros alimentos de alto valor calórico. La frecuencia de los atracones es muy variada y los enfermos pueden darse varios en el mismo día durante varios días seguidos (ADATEX, 2007).

Algunos expertos creen que esta enfermedad se origina en las altas demandas de la familia y la sociedad: el ciclo destructivo comienza con la presión que el individuo siente por ser delgado y atractivo. El problema se centra, entonces, en una baja autoestima.

Han pasado 10 años para que las cifras de anorexia y bulimia se equiparen a las de los países europeos y se convierte en la tercera enfermedad más frecuente entre las adolescentes. Una de cada 100 adolescentes de entre 14 y 18 años cae en las garras de la anorexia y un 2.4% desarrolla bulimia. Es un trastorno que se presenta mayormente entre mujeres sin embargo a últimas fechas los varones han comenzado a verse afectados por este mal.

Según estudios de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", de 1997 a 2003 aumentó de 3 a 9.6 el porcentaje de alumnas de secundaria y bachillerato que en el DF presentaron conductas alimentarias de

riesgo, preocupación por engordar o usaron métodos purgativos para bajar de peso. Y en los jóvenes estas tendencias se incrementaron de 1.3 a 3.8 por ciento.

Depresión:

Un trastorno del estado de ánimo al que en épocas pasadas se prestaba muy poca atención, en años recientes se ha convertido en una de las principales enfermedades causantes de la pérdida del mayor número de años de vida saludable. La depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo y amenaza con ser, en las siguientes dos décadas, la segunda causa de discapacidad.

En México, al menos 40 por ciento de la población económicamente activa está deprimida, asegura Irma Corlay, médico siquiatra del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, (2005).

Las estadísticas oficiales de la Secretaría de Salud refieren que de 12 a 20 por ciento de la población de 18 a 65 años de edad -más de 10 millones de individuos- están deprimidos o sufrirán algún episodio de este tipo en algún momento de su vida. La misma dependencia reconoce que, por lo general, la depresión no es diagnosticada y mucho menos atendida con oportunidad.

El estilo de vida de un sistema globalizado en el que imperan el estrés, las dificultades económicas, el desempleo, la violencia, entre otros fenómenos sociales, necesariamente afectan y atentan contra la unidad de las familias. De manera particular están en riesgo sus miembros más vulnerables: los niños, muchos de los cuales llegarán a la edad adulta también afectados por la depresión y la consecuente disminución de sus capacidades físicas, emocionales e intelectuales (Cruz, 2005).

Ciclo Vital:

Las familias atraviesan a lo largo de su desarrollo por diferentes etapas, a esto se le denomina ciclo vital. Cada fase requiere de la resolución de diferentes tareas y esto se traduce en el desarrollo armónico de cada uno de sus miembros. En ocasiones la transición de una etapa a otra por diversos motivos no le resulta fácil en la familia, y como consecuencia existen conflictos entre sus miembros o tensión en el interior de la misma; el

terapeuta familiar puede apoyar en este tipo de dificultades aportando diversas estrategias que les faciliten a las familias su camino hacia fases posteriores.

Se ha presentado una pequeña semblanza de algunos de los problemas que se presentan en las familias mexicanas a continuación se hablará de su abordaje a través de la Terapia Sistémica y Posmoderna.

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

Se pueden ubicar tres etapas en el desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica:

- Teoría general de los sistemas y cibernética de primer orden

Este trabajo denota un cambio total en el trabajo con las familias, ya que el concepto que se ha venido sosteniendo de la terapia familiar se circunscribe a una epistemología lineal y progresiva, sin embargo actualmente se introduce el concepto sistémico, se pone acento en la interacción; el problema de alguno de los miembros de familia solo adquiere significado y explicación en la danza familiar que le da forma (Espinosa y González, 1998). Es importante mirar desde este paradigma sistémico a la familia ya que la humanidad no se constituye por personas aisladas, sino en sistemas de varios órdenes que van desde los pequeños sistemas como la familia, hasta los sistemas mayores como las civilizaciones. El hombre crea y vive un contexto de relaciones el cual explica el porque hace lo que hace, cada familia imprimirá en sus integrantes su propio estilo y personalidad pero también cada miembro de ella tendrá su propio proceso de identidad (Espinosa y González, 1998).

El estudio de la cibernética se enfocó a los procesos de retroalimentación, se introdujeron los conceptos de circularidad, información, regulación, autorganización, y se trasladaron a la explicación del comportamiento humano hablando desde un individuo, pareja, familia o cultura (Eguiluz, 2004). En esta misma etapa se desarrolló la teoría de la comunicación humana comenzando a resaltar los procesos de interacción. Bateson afirmaba que todo sistema se organiza a través de la comunicación.

- Constructivismo y cibernética de segundo orden.

“El constructivismo nace como un modelo teórico del saber y de la adquisición de

conocimiento. Su planteamiento radical se basa en que la realidad es una construcción individual que se co-construye (en sentido interaccional) entre el sujeto y el medio” (Ceberio y Watzlawik, 1988 p.74).

La cibernética de segundo orden se refiere a que el observador se encuentra inmerso en lo observado, lo anterior implica que no existe ni puede existir objetividad en lo observado; no se puede separar lo observado del observador; toda observación es autorreferencial.

- Construccinismo social y posmodernismo.

A diferencia del constructivismo que atribuye la construcción de la realidad al individuo, el construccionismo social habla de una construcción a nivel relacional, el saber, la emoción, la razón y la moralidad no moran en la mente del individuo, sino en las relaciones (Gergen, 2006) y se manifiesta a través del lenguaje.

El hablar de posmodernismo implica dejar de creer que ahí afuera se encuentra un mundo ordenado y sistemático, una misma realidad para todos esperando ser descubierta y entendida. Al no hablar de verdad no se refiere a decir que “nada exista” o que “todo valga” (Anderson, 1999 p. 72), sino se habla de que todo es susceptible de ser cuestionado.

Desde la perspectiva posmoderna hay grupos de individuos que pudieran llamarse familia sin embargo en terapia se trabaja con “*descripciones y explicaciones múltiples y cambiantes, socialmente construidas*” .El posmodernismo destaca la naturaleza relacional y generativa del lenguaje, con lo cual alude a una forma de conceptualizar y describir, y a las cambiantes características de lo que sabemos o creemos saber (Anderson, 1999 p.123, 264).

La terapia familiar en México surge como un paradigma alternativo y recibió una fuerte influencia de los Estados Unidos de Norteamérica. Se puede decir que este movimiento se inició cerca de los años setenta. Algunos hechos históricos que coinciden con este período fueron el movimiento estudiantil de 1968 en Tlatelolco que pretendía manifestarse en contra de los sistemas autoritarios de la educación; y el movimiento de antipsiquiatría que se daba en Trieste, Italia el cual buscaba un cambio en el sistema de tratamiento para los enfermos mentales ya que el manicomio tradicional se consideraba como una fuerza opresiva y autoritaria la cual no los beneficiaba (Eguiluz, 2004).

En México comenzaron a surgir diversas instituciones privadas para la atención y

estudio de la familia, en 1972 fundó el Instituto de la Familia, A.C. (IFAC); el Instituto Mexicano de la Familia (IMF), El Instituto Mexicano de la Pareja (IMP), Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), Instituto Personas, Instituto de Terapia Familiar Cencalli, Instituto Mexicano de Terapias Breves (IMTB), La Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) entre otras. La Universidad de las Américas fue pionera en la formación de terapeutas familiares. Cada una de estas instituciones ofrece la formación de terapeutas teniendo como base fundamental la corriente sistémica.

En 1989 surge en la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala el primer programa de formación en institución pública gracias a la inquietud de tres profesoras; el nombre del programa era Terapia Familiar Sistémica: Bases Teóricas y Metodológicas (parte I) y Terapia Familiar Sistémica: Modelos de Intervención y Práctica Clínica Supervisada (parte II), con una duración de 360 horas.

Posteriormente este programa se desglosó en la modalidad de diplomados, vigentes hasta la fecha: Intervención Terapéutica con Familias desde el Enfoque Sistémico (240 horas) y Psicoterapia de Parejas (240 horas), coordinados respectivamente por la Mtra. Rosario Espinosa Salcido y la Mtra. Carmen Susana González Montoya.

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

1.2.1 Descripción de los escenarios.

El programa de la residencia de Terapia Familiar Sistémica cuenta con una formación tanto teórica como práctica en cada semestre, se contemplan 1656 horas en ella.

El programa ofrecido por la Universidad Nacional Autónoma de México se imparte en dos sedes universitarias: La Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria y La Facultad de Estudios Superiores de Iztacala.

En este reporte de experiencia profesional se describen las actividades realizadas en la entidad de la FES Iztacala, que cuenta con tres escenarios clínicos.

- Clínica de Terapia Familiar (FESI)
- Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco
- Clínica de Medicina Familiar “Tlalnepantla” del ISSSTE

1. Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FESI).

Dirección: Avenida de los Barrios Col. Los Reyes Iztacala. Municipio de Tlalnepantla. Estado de México.

La FES de Iztacala abrió sus puertas al servicio educativo en el año de 1975. Las licenciaturas, estudios de posgrado, y doctorado básicamente están encaminados a las ciencias de la salud. La Facultad cuenta con diversas clínicas apoyando la práctica supervisada en cada una de las áreas educativas.

La clínica de Terapia Familiar se encuentra ubicada en el segundo piso del edificio de Endoperiodontología, hacia el final del pasillo. Cuenta con dos cubículos divididos por un espejo unidireccional, en uno de ellos trabaja el terapeuta asignado con la familia y en el otros se encuentra el supervisor y el equipo terapéutico; ambos están comunicados por un circuito cerrado de televisión.

También se cuenta con una videocasetera VHS la cual permite que puedan ser grabadas.

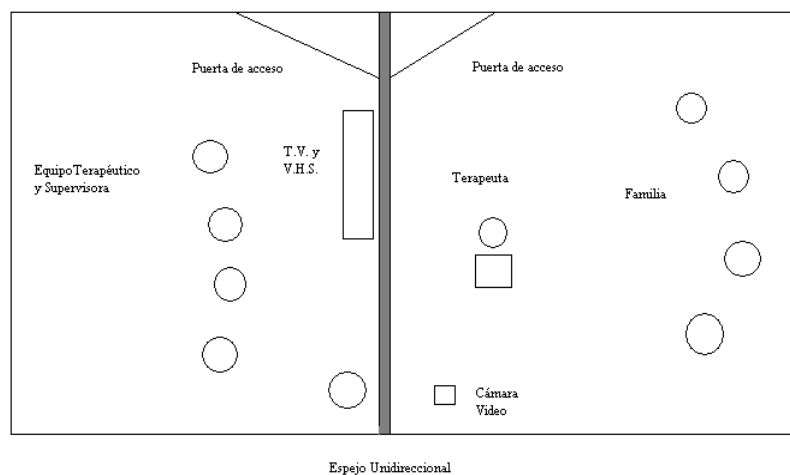


Figura 1. Clínica Terapia Familiar FESI

2. Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco.

Dirección : Av. Aquiles Serdán 2060. Delegación Azcapotzalco en la Ciudad de México.

Tanto la Escuela Nacional de Preparatoria como los Colegios de Ciencias y Humanidades son las entidades académicas pertenecientes a la Universidad Nacional Autónoma de México que ofrecen el servicio de enseñanza a un nivel medio superior.

La clínica se encuentra ubicada en un cubículo señalado como sala de lectura, situada en el segundo piso del edificio denominado SILADIN; en el se encuentran algunos laboratorios de física y química así como oficinas administrativas.

A continuación se muestra un diagrama de la clínica:

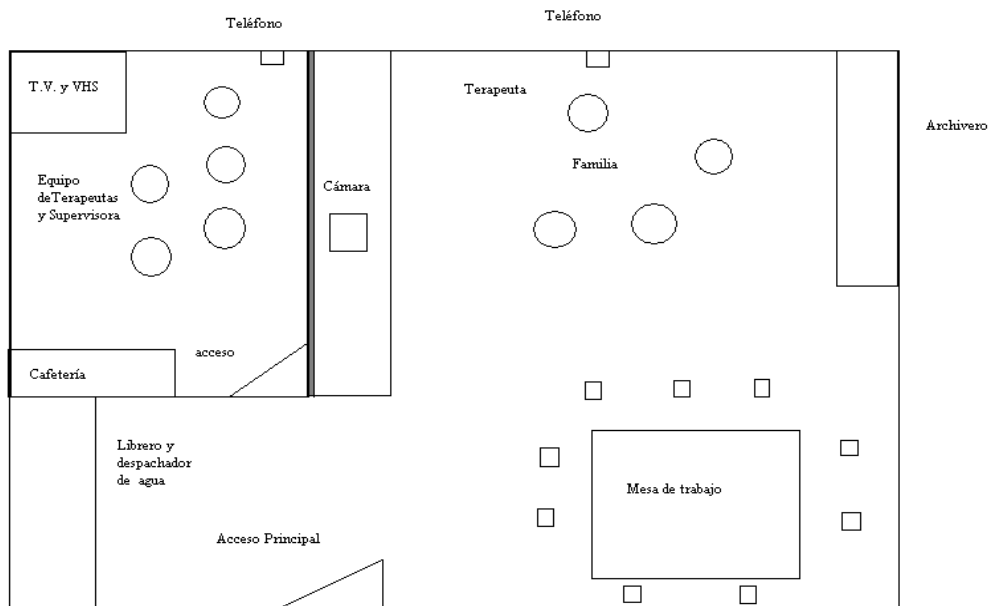


Fig. 2 Clínica del CCH

Como se puede observar, este espacio cuenta con dos cubículos separados por un espejo unidireccional. En el cubículo más pequeño se ubica el equipo de terapeutas y la supervisora. En este mismo espacio se encuentra la televisión y la videograbadora que permiten escuchar y grabar las sesiones. En el espacio más amplio existe una mesa de trabajo que se utiliza para revisar y analizar cada uno de los casos.

Cuando comienza una sesión, la familia y el terapeuta asignado se ubican al fondo de esta área y los terapeutas ingresan en el cubículo más pequeño. También se puede observar que se cuenta con una cámara de video para grabar las sesiones.

3. Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Tlalnepantla.

Dirección: Chilpancingo No. 68 en Valle Ceylán, Tlalnepantla Edo. De México.

El consultorio destinado al área de psicología por parte de la Institución, es el mismo que se utiliza como clínica de terapia familiar, la Universidad Nacional Autónoma de México proporciona como equipo técnico a dicha clínica una videocámara,

videocasetera VHS y un televisor.

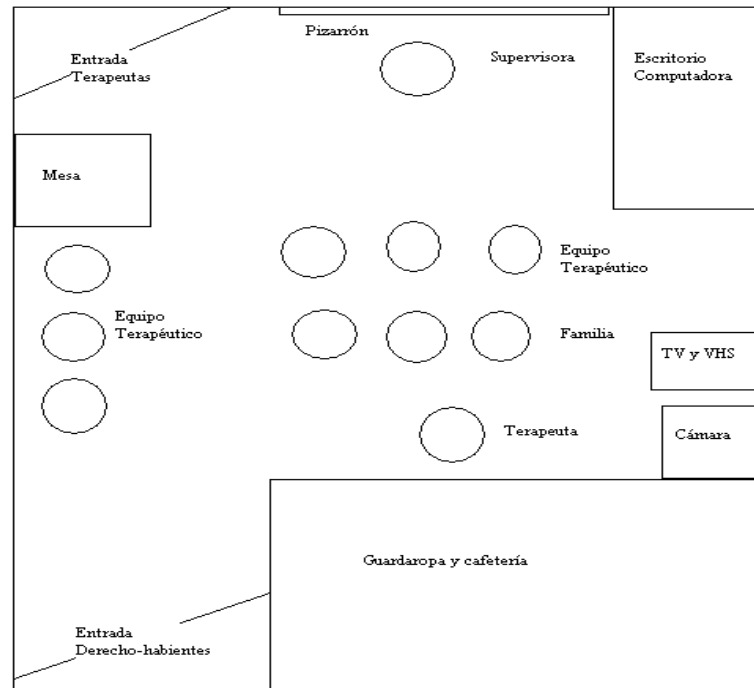


Fig. 3 Clínica del ISSSTE

La clínica no posee espejo de visión unidireccional; como puede observarse, en el mismo cubículo en donde se atiende a la familia se encuentra el equipo terapéutico y la supervisora. Las indicaciones u observaciones que se hacen al terapeuta asignado se hacen por medio de un pizarrón. Como en todas las clínicas se tiene una videograbadora para grabar las sesiones.

1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios

Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala:

Según la organización administrativa de la facultad, la clínica de terapia familiar es supervisada por la Coordinación del Programa de Residencia de Terapia Familiar de la FES de Iztacala y es la Mtra. Ofelia Desatnik Miechmsky titular del puesto.

Indudablemente este solo es un engrane de un gran sistema que representa la Facultad, y debe mencionarse que sin el apoyo tanto horizontal de las otras coordinaciones

como vertical de los otros departamentos en los que se incluyen el de investigación, coordinación académica y dirección general; la residencia no podría ser viable.

El servicio que otorga la Universidad es tanto para la comunidad que vive en sus alrededores, como a los mismos trabajadores y alumnos de la institución. Es muy importante señalar que los servicios son de la más alta calidad y a un costo muy accesible.

En la clínica de terapia familiar la Dra. María Suárez es quien se hace cargo de su funcionamiento, administra el manejo de los pacientes y al mismo tiempo también sus actividades se encaminan a la supervisión de los terapeutas en entrenamiento.

Es importante señalar que la Universidad no solo es una red de apoyo para la comunidad, existen dentro de ella múltiples redes que favorecen el trabajo con los usuarios. En el trabajo de terapia familiar en diversas ocasiones solicitamos apoyo de la clínica que se especializa en evaluaciones psicopedagógicas, también existen las clínicas de terapia conductual y de aprendizaje lo que facilita en muchas veces que a las familias se les pueda brindar un apoyo integral.

En el Anexo 1 se presenta el organigrama de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala.

- El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado nace en 1960. La clínica de terapia familiar forma parte del servicio de psicología el cual es atendido por una sola persona cuya profesión es psicóloga. De acuerdo a los casos que recibe ella determina cuáles serán derivados a terapia familiar y cuales serán atendidos de forma individual.

Los usuarios del servicio de psicología o de terapia familiar pueden ser derivados de las diversas especialidades médicas existentes en la Institución o bien directamente solicitan el servicio.

La asistencia psicológica está únicamente destinada a trabajadores del Estado, se atienden casos diferentes a las otras sedes clínicas, por ejemplo personas enfermas físicamente que requieren de apoyo psicológico, también con enfermedades

psicosomáticas, crónicas, terminales, personas de la tercera edad o derivadas de servicio social; generalmente las condiciones económicas de la población atendida es de recursos limitados.

Al mismo tiempo que se ofrece el servicio clínico de terapia familiar, los residentes de terapia familiar proporcionan pláticas gratuitas a los derecho habientes sobre diversos tópicos: depresión, alcoholismo, farmacodependencia, la familia y su ciclo vital, etc

Es importante destacar el apoyo tanto técnico, económico como de recursos humanos que aporta la Universidad Nacional Autónoma de México para poder brindar este servicio a través de la Coordinación del Programa de Residencia Familiar.

Como en el caso del CCH, una red de apoyo muy importante es la misma Universidad Nacional Autónoma de México ya que muchos casos también podían derivarse o apoyarse en las diversas clínicas que pertenecen a la institución, por ejemplo de evaluación psicopedagógica, evaluación psiconeurológica, modificación de conducta, terapia de aprendizaje, etc.

En el anexo 2 se presenta el organigrama de la clínica familiar del ISSSTE.

- Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco:

Como cualquier institución educativa, estos planteles buscan la formación integral de sus estudiantes y no solo académica, por lo tanto como un servicio adicional se encuentra el Departamento de Psicopedagogía que permite a los alumnos que así lo deseen apoyo psicológico tanto el servicio de terapia individual como familiar. El tipo de población que aquí se atiende son estudiantes.

La perspectiva de la problemática familiar se atiende desde la visión de los jóvenes, los cuales en ocasiones invitaban a sus familias a participar en la terapia o bien preferían acudir solos.

El procedimiento para que los estudiantes soliciten el servicio era el siguiente: Se hacía publicidad con carteles los cuales contenían la siguiente información.

“Si tienes algún problema en casa, te sientes triste, crees que no puedes salir adelante. No estas sólo. Acude el departamento de psicopedagogía y juntos buscaremos alguna solución a tu situación.”

Los estudiantes interesados acudían al departamento señalado y llenaban un formato el cual contenía sus datos generales como: nombre, edad, teléfono y una breve descripción de su problema. Las solicitudes se turnaban a la clínica de terapia familiar y se asignaban a los terapeutas, los cuales hacían contacto con el estudiante para concertar la primera cita.

Es importante señalar que la clínica cuenta con un fuerte apoyo de los directivos de la institución, siempre se tuvieron todas las facilidades administrativas para realizar las actividades de la misma, incluso durante este período se organizó una Escuela para Padres ya que la directiva del colegio estaba interesada en la participación de los padres de familia para este desarrollo integral que se pretende de los alumnos.

En el Anexo 3 se presenta el organigrama.

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

La residencia dedica en cada semestre un número importante de horas de práctica, en estas horas se realizan tanto actividades terapéuticas supervisadas como participación activa en los equipos de supervisión.

De un total de diez estudiantes de la generación, la coordinación divide al grupo en dos equipos de trabajo de cinco integrantes cada uno, los cuales se van alternando en cada una de las sedes.

Durante el primer semestre, la actividad práctica se limitó a ser observadores de los terapeutas en entrenamiento del tercer semestre de la generación que nos antecedió; para lo cual acudíamos los martes de cada semana a la clínica del Colegio de Ciencias y Humanidades, en este momento la supervisora era la maestra Carolina Rodríguez González y los jueves, acudíamos a la clínica del ISSSTE en donde la supervisora era la maestra Carmen Susana González Montoya. La dinámica de las sesiones era la siguiente:

- El terapeuta asignado hacía un reporte por escrito de la sesión inmediata anterior, el cual era repartido a cada uno de los terapeutas y supervisora.
- Se hacía un análisis de la sesión planteándose los objetivos para la que estaba por iniciar, esto se hacía en aproximadamente 10 minutos.
- Transcurrían las sesiones de terapia las cuales tenían una duración de poco más o menos 40 minutos.

- En el CCH se interrumpía la sesión y el terapeuta asignado entraba al cubículo de terapeutas para preparar un mensaje final al o los usuarios del servicio; en el ISSSTE se solicitaba a la familia o cliente que abandonara durante unos minutos el cubículo a fin de prepararlo.
- Al final de la sesión, durante 10 minutos se hablaba del caso y se daba una retroalimentación al terapeuta. En este momento el equipo de observación podía intervenir para hacer sus comentarios.
- Cuando algún cliente faltaba a su sesión el tiempo era aprovechado en la profundización de alguno de los casos.

A continuación se presenta una tabla de los casos observados:

NOMBRE DE LA FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	ESCENARIO CLÍNICO Y SUPERVISORAS
I	Bajo aprovechamiento escolar, falta de comunicación y posible consumo de marihuana.	C.C.H. Carolina Rodríguez González
II	Trastorno de la conducta alimentaria, depresión.	C.C.H. Carolina Rodríguez González
III	Aislamiento, depresión, falta de comunicación con papá.	C.C.H. Carolina Rodríguez González

IV	Falta de comunicación con mamá.	C.C.H Carolina Rodríguez González
V	Depresión, problemas de pareja.	ISSSTE Susana González Montoya

Durante el segundo semestre la práctica consistió en atender como terapeutas a dos familias cada quince días y ser parte del equipo de supervisión de dos familias de cada uno de los integrantes del equipo, lo que daba un total de 8.

Forma de trabajo clínico:

En la clínica de terapia familiar existe un buzón en el cual las familias que solicitan atención dejan un formato que contiene sus datos generales como nombre, teléfono, dirección y se les pide una breve descripción del problema.

El primer contacto que se hace con la familia es a través del teléfono, durante esta entrevista se obtienen más datos generales y se trata de profundizar un poco más en el problema con la finalidad de tener mayor información para la primera sesión de supervisión (ver anexo 4), en la entrevista telefónica se explica a la familia la forma de trabajar de las sedes clínicas y durante la primera reunión se solicita su autorización por escrito para la grabación de las sesiones (ver anexo 5).

El equipo terapéutico consistía en 4 terapeutas y la supervisora en turno.

Las sesiones de supervisión se dividen en tres etapas:

Presesión: Se analizan los datos obtenidos durante la llamada telefónica o bien la sesión inmediata anterior. El reporte que presenta el terapeuta asignado contenía la siguiente información:

Datos generales:

- Fecha
- Terapeuta
- Sede
- Supervisora
- Equipo de Supervisión
- Familia:
- Persona que solicitó el servicio
- Familiograma
- Motivo de consulta
- Hipótesis
- Resumen de la sesión
- Mensaje
- Tareas
- Objetivos terapéuticos.

Dependiendo del modelo en algunos formatos no se incluía hipótesis o bien no se daba mensaje a la familia y se hacía equipo de reflexión.

Sesión: Tiene una duración de aproximadamente cuarenta minutos y al final el terapeuta asignado se reunía con el equipo terapéutico y la supervisora para preparar y dar un mensaje final a la familia.

Postsesión: Se realizaba un análisis teórico metodológico de la sesión, se planificaban futuras intervenciones y se daba retroalimentación al terapeuta asignado sobre su actuación.

Los datos de las familia que a continuación de citan han sido cambiados para proteger su anonimato.

Las familias que me fueron asignadas como terapeuta durante este semestre fueron:

NOMBRE DE LA FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	SUPERVISORA	MODELO TERAPÈUTICO
Rubio	Violencia Intrafamiliar. Ideas suicidas en una de sus hijas	Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo	Estratégico
Pérez	Bajo rendimiento escolar de un menor de 7	Mtra. Ofelia Desatnik	Estructural

Durante el tercer semestre las sedes clínicas fueron nuevamente el CCH, martes y jueves cada quince días y en el ISSSTE también cada 15 días.

Durante este semestre se incorporaron cinco alumnos de nuevo ingreso a la residencia, como observadores.

Las familias que se asignaron como terapeuta fueron:

NOMBRE DE LA FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	SUPERVISORA Y SEDE CLINICA	MODELO TERAPEUTICO
Zúñiga	Violencia Intrafamiliar y abuso sexual por parte de su padre.	Colegio de Ciencias y Humanidades Mtra. Juana Bengoa González	Terapia Breve centrada en Soluciones
López	Violencia Intrafamiliar y divorcio	ISSSTE Mtra. Rosario Espinosa Salcido	Narrativa y Equipo Reflexivo

Durante el cuarto semestre la sede clínica fue nuevamente la FES de Iztacala, siendo los martes y jueves de cada quince días. La dinámica de trabajo fue la misma y las supervisoras fueron la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo y la Doctora Iris Xochitl Galicia Moyeda los días martes y la Doctora María Suárez el jueves. Las familias que me asignaron fueron las siguientes:

NOMBRE DE LA FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	SUPERVISORA	MODELO TERAPEUTICO
Hernández	Familia reconstituida. Problemas de relación entre hija del primer matrimonio y nuevo cónyuge	Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda. Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo.	Estratégica
Granados	Ideación suicida en adolescente de 13 años	Dra. María Suárez	Narrativa

SEGUNDA PARTE MARCO TEÓRICO

2.1 Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico

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

La terapia familiar tiene sus orígenes cuando se comenzaron a observar conductas sintomáticas dentro de las familias, sin embargo una de las reglas primordiales de la terapia psicoanalítica era la de no incluir en el trabajo terapéutico a miembros de la misma familia (Hoffman, 1981). A pesar de esto crecía un nuevo movimiento con investigadores como Nathan Ackerman en Nueva York; Lyan Wynne y Margaret Singer en los Institutos de Salud Mental en Bethesda; Murray Bowen en Topeka y Washington D.C.; Salvador Minuchin y E.H. Auerswald en la escuela de Wiltwyck en Nueva York; Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir en Palo Alto, por mencionar a algunos. La experiencia de observar la forma en que las familias interactuaban, desplazó el interés por los procesos intrapsíquicos (Ochoa, 1995). Los autores mencionados anteriormente llegaron a ser elementos clave en el desarrollo de este nuevo movimiento, casi todos ellos se centraron en la idea de la familia como un “sistema”.

Se comenzó a “mirar” de diferente manera y por lo tanto también a “pensar” de otra forma. Todo esto ha desembocado en un profundo cambio epistemológico (Hoffman, 1981). Para irnos aproximando a todas estas nuevas ideas comenzaremos por definir la palabra epistemología.

¿Qué es la epistemología?

La epistemología es una rama de la filosofía; investiga los fundamentos, métodos, límites y la validez de adquisición del conocimiento. (Ceberio y Watzlawick, 1998). Los mismos autores citan a Bateson (1979) quién dice que la epistemología analiza la manera en que los organismos conocen, piensan y deciden, “son las leyes de que nos valemos para dar un sentido al mundo; estas reglas -no siempre conscientes- determinan gran parte de nuestro comportamiento y nuestra interpretación del comportamiento de los demás” (Hoffman, 1987, p.316).

Podemos decir que cada uno de nosotros poseemos una epistemología, la cual revelará la forma en cómo construimos la realidad.

Durante mucho tiempo se han conceptualizado las cosas y los eventos bajo una forma de pensamiento causal-lineal, esto quiere decir que las acciones que realizamos son el producto de una relación causa-efecto en una sola dirección, en esta epistemología están sustentadas las prácticas psicoanalíticas y la psicopatología, se trata de estudiar un proceso intrapsíquico de una manera aislada sin importar el contexto en psicoterapia; el modelo lineal trataba de encontrar las conductas sintomáticas o bien los comportamientos patológicos en la historia de desarrollo de la persona (Ceberio y Watzlawick, 1988).

Morin (1996), habla del paradigma de la simplicidad en donde los científicos tratan de encontrar un principio único y un orden en la construcción de la realidad. Este principio de simplicidad separa lo que está ligado “disyunción” o bien unifica lo diverso “reducción”, tratando de descubrir una verdad única.

En la década de los años cincuenta el desarrollo de la cibernética y la teoría general de los sistemas confrontaron esta forma de conocer al mundo. El modelo analítico que tendía a descomponer las partes para llegar a comprender el todo y explicarlo, comenzó a replantearse por uno que hablara de “totalidad en lugar de sumatividad” (Ceberio y Watzlawick, 1988 p.15).

Con la aparición de la cibernética de segundo orden las cosas se modificaron aún más, “el observador está involucrado en el contexto de la acción del cocimiento, por lo tanto ¿cómo es posible hablar de verdad, cuando soy yo, desde mi sistema de creencias, un miembro partícipe y activo de lo que observo?” (Ceberio y Watzlawick, 1988 p.15).

De todo lo expuesto se puede concluir que estamos viviendo una etapa de transición en la forma de conceptuar el mundo.

Actualmente la terapia se apoya en una epistemología sistémica; y fue precisamente Gregory Bateson con sus aportes teóricos los que constituyen la piedra angular de la terapia familiar sistémica; a continuación se expondrán los diferentes conceptos en que se fundamenta.

Teoría General de los Sistemas

La teoría general de sistemas como actualmente se plantea se encuentra relacionada

con el trabajo del biólogo alemán Ludwing von Bertalanffy. La teoría nace alrededor de 1925, pero fue hasta después de la segunda guerra mundial cuando comenzó a cobrar importancia ya que fue apoyada por el trabajo de otros científicos como los del matemático Wiener que dieron origen a la cibernética.

Ha existido un enfoque reduccionista al querer interpretar la realidad, ésta se ha dividido en sus partes y cada una de ellas es explicada por diferentes ciencias haciendo unidades de análisis; sin embargo la realidad de una conducta no puede ser explicada bajo este enfoque, el todo viene a ser más que solo la suma de las partes. De hecho existen fenómenos que solamente se pueden explicar con la visión total que los comprende y por las interacciones entre los mismos. El enfoque de sistemas tiende a integrar las partes para alcanzar una “totalidad lógica” (Johansen, 1999 p.21).

¿Qué es un sistema?

Para Johansen (1999 p.54) sistema se refiere a “un conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos” o bien un “conjunto de partes y sus interrelaciones”.

La teoría de sistemas posee una aplicación práctica en algunas ciencias como lo es la cibernética; que se basa en el principio de la retroalimentación y de la homeostasis, en cuyo caso los sistemas tienen la capacidad de autorganización y autocontrol.

En esta teoría se habla de dos conceptos fundamentales:

- Sinergia: Se refiere a que un objeto examinado solo por alguna(s) parte(s) que lo compone(n) “no puede explicar o predecir la conducta del todo” (Johansen, 1999 p.36).
- Recursividad: Se refiere a que cada parte de un todo contiene a su vez las características de ese todo. Un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas tanto mayores como menores siendo los primeros suprasistemas y los segundos subsistemas. Los sistemas menores se encuentran contenidos en los mayores que a su vez se contienen en otros de mayor tamaño, cada uno de los cuales tiene sinergia, es decir se comporta como un sistema (Eguiluz, 2006).

Bradford Keeney (1983, p.47), sugiere que “nuestro mundo de experiencia está estructurado en forma jerárquica”, ésta jerarquía está ordenada en forma recursiva “reciclaje”. Los ordenes superiores presuponen los inferiores. Al pasar de

un subsistema a un sistema y de éste a un suprasistema se habla de estados más complejos en cuanto a su organización. En cada uno de los ciclos de recurrencia se distingue una diferencia, nuestras distinciones serán trazadas sobre otras distinciones “y en estos distintos órdenes recursivos se establece una tipificación lógica diferente” (Ceberio y Watzlawik, 1998 p.109).

División de los sistemas:

Los sistemas pueden ser cerrados o abiertos.

Los sistemas cerrados para Bertalanfy son aquellos que no intercambian energía con su medio ambiente (ya sea de importación o exportación) y un sistema abierto es el que transa con su medio, importa energía, la transforma de alguna forma y la exporta convertida (Johansen, 1999).

La familia es considerada como un sistema vivo y abierto según Andolfi (1985), siempre está en constante transformación adecuándose a las distintas etapas de su ciclo vital.

De acuerdo a Ochoa (1995), se pueden observar las siguientes propiedades en un sistema familiar:

1.- Totalidad: La conducta de un sistema familiar no se puede entender en partes, ni como la suma de conductas, es algo cualitativamente distinto en donde se deben incluir las relaciones entre los miembros que la componen.

2.- Causalidad circular: Las relaciones familiares son recíprocas, pautadas y repetitivas. Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten en forma pautada.

3.- Equifinalidad: Un sistema puede alcanzar un estado final a partir de distintas condiciones iniciales, por lo cual se dificulta encontrar una causa única a un problema.

4.- Equicausalidad: Una misma condición inicial puede dar distintos finales. Por tanto la terapia se centra en el presente observando los factores que contribuyen al mantenimiento del síntoma.

5- Limitación: Cuando existe una secuencia de interacción, la probabilidad de que el sistema familiar emita otra respuesta disminuye, cuando esta contiene la conducta sintomática entonces se vuelve patológica y mantiene circularmente al síntoma (Ochoa,I. 1995).

6.- Regla de relación: Existe la necesidad en cualquier sistema de definir la relación entre sus componentes.

7.- Ordenación jerárquica: Ciertas personas en el sistema poseen mayor responsabilidad y poder que otras, en terapia es necesario subrayarlo.

8.- Teleología: Que se refiere a los conceptos de morfostasis y morfogénesis los cuales se retomarán en el aparatado de cibernética.

Bateson (1979) acuñó el término esquimogénesis para definir la destrucción de un sistema que ha sido sometido a una tensión extrema.

Cibernética

Etimológicamente deriva del griego *Kybernetike* que quiere decir el arte del timonel o el arte de gobernar. Wiener (1948) fue el creador de la cibernética quién la definió como “la ciencia de la comunicación entre el hombre y la máquina” (Watzlawick, 1996 p.46).

Fue Gregory Bateson quien llevó los conceptos de la cibernética para explicar el comportamiento, y retomando algunas ideas expuestas con anterioridad habla de que los sistemas pueden vigilar su desempeño y son autocorrectivos, esto lo logran a través del proceso de retroalimentación (Vargas, 2005). Wiener citado por Ceberio y Watzlawik (1998 p.46) definió el término feed-back como “un método para controlar el sistema, reintroduciéndole los resultados de su desempeño pasado”. “Existe una pauta que organiza los procesos físicos y mentales”. Es en este momento que surgen dos conceptos fundamentales (Hoffman, 1981):

- Morfostasis: que se refiere a la búsqueda del equilibrio o constancia de un sistema, esto se logra mediante un proceso activado por el error (retroalimentación negativa).
- Morfogénesis: Propiedad que poseen los sistemas abiertos en donde en situaciones de crisis (entropía) se pueden llegar a cambiar pautas de interacción acomodándose los sistemas a una situación nueva (evolución) (retroalimentación positiva).

Jackson (1954), habla de la familia como un sistema cibernético, el cual se gobierna por ciertas reglas, buscando su estabilidad y objetivos a través de circuitos de feed-back, estos se activan a través de los “errores”. Habló de la función del síntoma como un mecanismo homeostático en una familia para conservar su equilibrio. La atención se

desplazó de ubicar a una persona como fuente del problema a la observación de un sistema en interacción.

Cibernética de primer orden: Se refiere a que existe una pauta que organiza los procesos físicos o mentales en un proceso en donde retorna la información para formar un circuito cerrado, un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. “Si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamar aprendizaje” (Keeney, 1994 p.83). En este enfoque el observador externo trata de discernir las reglas en las relaciones entre la entrada y salida de información. El mismo autor nos dice que ésta cibernética nos ha aportado nociones de homeostasis y adaptación.

“Todo esto supone para la terapia que el terapeuta opera como un observador externo independiente y, por lo tanto jerárquicamente superior al sistema”, desde esta óptica el terapeuta diagnostica y repara el “defecto en el sistema supraordinado” (Andersen 1999, p.50).

Cibernética de segundo orden: “Sitúa al observador como parte de lo observado”. El observador participa activamente con su sistema de valores y creencias, con sus construcciones personales. Esta cibernética dice Keeney (1994 p.94), nos ha proporcionado “conceptos de autorreferencia y autonomía que corresponden a unidades mas complejas de la mente”.

Heinz Von Foerster es uno de los científicos que apoya enfáticamente la idea de que no puede separarse el observador de la acción de observar, a esto lo llamó “sistemas ,observantes” (Andersen, 1999 p.53). Cualquier distinción que hacemos del universo que nos rodea nos involucra, tiene que ver con: “en dónde estamos parados”. (Ceberio y Watzlawik, 1998 p.76).

Andersen (1999) dice que la relatividad einsteiniana y la teoría cuántica afirmaban que la observación siempre da forma a lo que es observado. Es el observador el que va a influir y también a interpretar lo observado.

Construccionismo

En la filosofía occidental durante mas de 2500 años ha existido un “quid epistemológico básico” (Pakman, 1996 p.24). Existen entonces dos supuestos básicos que

dicen que el mundo existe independientemente de que sea o no percibido por un sujeto cognoscente, y el ser humano se ha dado a la tarea de conocer ese mundo. La ciencia actual, se ha dado a la presunción de tratar de explicar a ese mundo sin embargo, el constructivismo radical ha hecho un esfuerzo por eliminar estos supuestos.

Se tiene referencia del constructivismo desde escritos pre-socráticos en los cuales se habla de que solo podemos tener una imagen o interpretación de la realidad, Ceberio y Watzlawik, (1998 p.65) mencionan que el físico Schrodinger (1958) decía: “todo hombre dibuja una imagen del mundo que es, y siempre permanece como una construcción de su mente y no puede probar que tenga existencia alguna”.

Giambattista Vico (1710) citado por Ceberio y Watzlawik, (1998) decía que un hombre no puede conocer una cosa que no ha sido creada por él mismo, distinciones trazadas por el observador.

El constructivismo nace como un modelo teórico del saber y de la adquisición de conocimiento, “su planteamiento radical se basa en que la realidad es una construcción individual que se co-construye (en sentido interaccional) entre el sujeto y el medio” (Ceberio y Watzlawik, 1988 p.74).

Para Von Glasersfeld no es pasiva la adquisición del conocimiento, por el contrario es un proceso activo del sujeto cognoscente; también habla de que la función de la “cognición es adaptativa y sirve para la organización del mundo experiencial del sujeto, no al descubrimiento de una realidad ontológica objetiva”. (Pakman, 1996 p.25). Lo que se denomina conocimiento han sido los caminos y los pensamientos que en un momento dado han resultado ser viables (adaptativos).

Jean Piaget describe en su teoría del desarrollo genético de la inteligencia, cómo el niño a través de la exploración construye la representación del mundo que lo rodea, es por medio de dos mecanismos la asimilación y la acomodación como logra conformarlo. Los pensamientos nuevos se adaptan a un diseño previo de marcos conceptuales, de esta forma no existen contradicciones entre lo existente y lo aprendido y en caso de haberlas se modificarán las estructuras preliminares. Las estructuras conceptuales que la persona va creando le permiten captar solo un aspecto de la realidad de acuerdo a su modelo epistemológico, de ahí la frase: “el mapa no es el territorio”. El lenguaje viene a representar ese mapa, el significado que le atribuimos a las cosas es un tanto autorreferencial y

subjetivo, “el nombre no es la cosa que se nombra” (Ceberio y Watzlawik, 1988 p.85), por tanto al observar algo, la vivencia de los observadores será distinta en cada uno de ellos y de acuerdo a su experiencia personal..

La realidad y el lenguaje están íntimamente ligados y las “ciencias modernas sugieren que el mundo es la representación del lenguaje, la realidad es una consecuencia de éste” (Ceberio y Watzlawik, 1998 p.146) y no al revés como las ciencias clásicas lo sugieren.

Para Edgar Morin citado en (Watzlawik y Krieg, 1996), existe una relación entre la cultura y las construcciones cognitivas individuales, la cultura es propia de la sociedad y su “vehículo cognitivo es el lenguaje” entonces, la cultura va a modelar los conocimientos individuales, la cultura está en el interior del conocimiento humano por tanto el “conocimiento está en la cultura y la cultura está en el conocimiento”.

La relación entre las mentes y la cultura es hologramática y recursiva.

Hologramática: la cultura está en las mentes individuales y las mentes individuales están en la cultura.

Recursiva: Las interacciones cognitivas de los individuos regeneran la cultura, que regenera esas interacciones cognitivas; sin embargo las mentes individuales “disponen de una autonomía potencial, y esa autonomía puede, en ciertas condiciones actualizarse y convertirse en pensamiento personal” (Watzlawik y Krieg 1996).

Construccionismo social:

El construccionismo social se remonta al trabajo de los sociólogos P. L. Berger y T. Luckman (1966) quienes sugieren que existe una relación entre los procesos sociales y las perspectivas individuales. Andersen (1999, p.77) dice: “El conocimiento, incluyendo el conocimiento o la narrativa sobre uno mismo, es una construcción comunal, un producto del intercambio social”, el significado que le atribuimos a las personas, a las cosas incluso a uno mismo son el “resultado del lenguaje que usamos: del diálogo social y la interacción que construimos socialmente”.

A diferencia del constructivismo que atribuye la construcción de la realidad al individuo, el construccionismo social habla de una construcción a nivel relacional, “el saber, la razón, la emoción y la moralidad no residen en la mente del individuo, sino en las

relaciones” y a través del lenguaje. No son los hechos los que determinan nuestra vida, sino la conformidad en el lenguaje, el modo en que es evaluado el acontecimiento. Se comienza a dar forma al concepto del “yo relacional” (Gergen, K. 2006, P.55).

Bajo este enfoque un organismo no conoce la realidad, solo construye un modelo que se acerque a ella, el proceso de comunicación hace que dos o más sujetos se relacionen y puedan conjuntamente construir su mundo. La experiencia del ser humano siempre incluye una interacción social, así de la vida en sociedad surge el lenguaje. Por tanto, de lo anterior se deduce que lo que es para mí, no es necesariamente para el otro, “sólo existen parámetros y códigos compartidos” (Ceberio y Watzlawik, 1998 p.76). El lenguaje por tanto es el que va a inventar realidades.

Nuestras descripciones parecen realidades ya que son el resultado de un consenso y porque se le considera útiles (Anderson 1999). No existen las descripciones inteligibles y precisas, todas son construcciones que forman parte de la cultura. El construccionismo invita a tener y mantener una actitud curiosa y mantenernos abiertos a lo que cualquier “tradición aporta de riqueza y de combinaciones inesperadas” (Gergen, 2006 p.50).

Kenneth J. Gergen. (1999 p.162) habla de las premisas del construccionismo social:

- El lenguaje o los términos que usamos para describirnos o describir al mundo no necesariamente son el reflejo de una realidad, existe “una relación arbitraria entre significante y significado”.
- La comprensión de nosotros mismos y del mundo son “artefactos sociales, productos de intercambios humanos situados histórica y culturalmente”, las explicaciones adquirirán un significado sólo en un contexto relacional. “Las palabras adquieren su significado sólo dentro del diálogo”.
- Las explicaciones dadas por la metodología científica tradicional no son ni superiores ni más objetivas que otras y el que se mantengan a través del tiempo no será por la validez empírica, sino se mantendrán mas bien de acuerdo a los procesos sociales o a los consensos dentro de las comunidades científicas, sólo así podrán ser predictivas.
- El lenguaje es un producto de las interacciones por lo cual el significado que se dé a las cosas derivará de los patrones de relación.

- Al evaluar un discurso se descubrirán patrones de vida cultural, al compartir apreciaciones se facilita la integración de un todo; donde las palabras y las acciones se relacionan de un modo confiable, es posible evaluar lo que denominamos validez empírica de una aseveración. Las aseveraciones no tienen medios para una autoevaluación, sin embargo se abre la puerta a una mezcla de interacciones desde diversas interpretaciones.

La nueva teoría de la comunicación humana

Bateson se interesó por los procesos de comunicación, él afirmaba que los sistemas se organizaban alrededor de ésta y que conceptuar a un individuo dentro de un contexto ecológico era más apropiado. Todo acontecimiento es un mensaje y cada uno de ellos por lo menos contenía dos niveles: “Un nivel de contenido y un nivel de significado” Wiener también habló de cómo es posible comprender la comunicación en distintos niveles de tipo lógico o niveles de abstracción (Vargas, 2005 p.10).

El equipo de trabajo de Palo Alto desarrolló la teoría del doble vínculo, para desarrollar dicha teoría retomaron los conceptos de la “teoría de los tipos lógicos de Russell” (Keeney, 1994 p.45).

La teoría del doble vínculo se refiere a patrones de comunicación entre las personas aludiendo a “mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico” (Bateson Haley, Jackson y Weakland 1976, citados por Vargas (2005, p.13). Las condiciones para que aparezca el doble vínculo son:

1. Existe una relación intensa entre dos o más personas con el componente de supervivencia ya sea para una o todas ellas.
2. El mensaje se estructura de modo que: “afirme algo, afirme algo de su propia afirmación, ambas afirmaciones sean mutuamente excluyentes y dado el tipo de relación que existe entre las personas, sea imposible que alguna de ellas se salga del marco establecido”.

Cuando existe este tipo de comunicación la persona tiende a dudar de sus percepciones y le es imposible metacomunicarse. El sujeto entonces elabora un mensaje en un nivel lógico distinto.

Ronald Laing citado por Ceberio y Watzlawik, (1998 p.104) dice: “Una persona comunica a otra que debe hacer tal cosa y al mismo tiempo, pero a otro nivel, que no debe hacerla o que debe hacer otra incompatible con la primera”. La persona está imposibilitada para salir de la situación; dicho de otra manera en el nivel verbal se da una señal que a continuación en el segundo nivel casi siempre no verbal, es descalificada. Al mismo tiempo se agrega el mensaje que está prohibido hacer comentarios, o sea metacomunicarse sobre la incongruencia de los dos niveles y esta prohibido dejar el campo (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1988).

A partir de esta teoría se estudió a la esquizofrenia y con la aparición del artículo: “Hacia una teoría de la esquizofrenia” se planteo que ésta podría estar dada por procesos de comunicación en las interacciones familiares (Watzlawik, Helmick, Jackson (1986). Los mismos autores hablan de los axiomas de la comunicación:

- Es imposible no comunicarse.
- Los niveles de contenido y de relaciones de la comunicación. El contenido es la información del mensaje y el aspecto relacional indica que tipo de mensaje es y cómo deberá de entenderse.
- El tercer axioma habla que toda comunicación es una serie de intercambios; los organismos puntúan una secuencia de hechos.
- Las personas nos comunicamos tanto digital (sintaxis sin semántica) y analógicamente (semántica sin sintaxis).
- Los intercambios pueden ser simétricos (diferencias) o complementarios (igualdad).

A continuación se hablará de los modelos de terapia revisados durante la residencia; primeramente se abordarán los modelos pertenecientes al modernismo y posteriormente al posmodernismo.

2.1.2 Modelo de Terapia Estructural

Salvador Minuchin es el principal representante de este modelo, nació en Argentina en 1921. Se formó como psiquiatra en Nueva York, en su inicio como terapeuta trabajó con adolescentes de familias judías en Israel. Posteriormente tuvo un entrenamiento con fundamento analítico en el Instituto William Alanson White de Nueva York, se traslada a

la Universidad de Pennsylvania donde realiza actividad como profesor de psiquiatría, fue director de la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia y crea una institución en la cual trabaja con las clases pobres y marginadas de población negra y latina; es en este momento cuando comienza a desarrollar los principios de la terapia estructural. Actualmente reside en Boston. (Minuchin, Lee y Simon, 1998).

Conceptos Básicos

Para Minuchin (2004) el hombre no es un ser aislado es un miembro activo y reactivo de grupos sociales; el individuo influye en su contexto y el contexto a su vez influye en el individuo. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y en los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.

Las familias son unidades sociales que enfrentan una serie de tareas: En un principio el matrimonio joven va desarrollando una serie de transacciones y formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro; se constituye una trama invisible de demandas complementarias. El nacimiento de un niño marca un cambio radical, las funciones de los cónyuges deben diferenciarse para enfrentar los requerimientos de un niño y encarar las restricciones así impuestas al tiempo de los padres. Los niños se hacen adolescentes y luego adultos, nuevos hermanos se unen a la familia, los padres se convierten en abuelos y cada uno de estos períodos requiere que la familia se reestructure y se adapte. A medida que los hijos abandonan a la familia, reaparece la unidad original de marido y mujer, aunque en circunstancias sociales muy diferentes.

Estructura Familiar: Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen patrones acerca de cuándo, de qué manera y con quién relacionarse y así se regula la conducta de los miembros de la familia.

El sistema se regula a sí mismo presentando resistencia a los cambios y se conservarán las pautas preferidas tanto tiempo como sea posible.

El que el sistema familiar exista, depende de la cantidad de pautas transaccionales alternativas y de la flexibilidad para ponerlas en activo cuando así se requiera.

Dentro del sistema familiar existen subsistemas u holones, estos pueden estar compuestos ya sea por generación, sexo, interés o por función. Cada persona puede pertenecer a subsistemas diferentes:

- Holón individual: Incluye el concepto de sí mismo y el contexto, la historia personal.
- Holón conyugal: La pareja establece sus pautas de relación de acuerdo a sus costumbres, siempre existirán algunos puntos de fricción que el sistema tendrá que resolver.
- Holón parental: Crianza de los hijos y socialización, puede estar compuesto también por un abuelo, un tío o un hijo parental. Este holón tiene que irse modificando conforme los hijos crecen y el ciclo vital de la familia cambia.
- Holón de los hermanos: Es el primer grupo de iguales en que se participa en la vida, los hijos aprenden unos de otros. Negocian, compiten y cooperan.

Las familias continuamente están sometidas a presiones de cambio, son un sistema abierto que está en interacción con el medio ambiente. Períodos de desequilibrio se alternan con períodos de homeostasis.

Cuando una familia requiere de atención terapéutica, se hace una primera aproximación con ella desde la entrevista telefónica.

A continuación se describen algunos tipos de familia que distingue Salvador Minuchin de acuerdo a sus características y funcionalidad:

- Familias de pas de deux: Son familias compuestas por dos personas solamente, nos puede hablar de mucho apego entre los miembros. Por ejemplo: madre-hijo, una pareja de ancianos etc.
- Familias de tres generaciones: La familia extensa con varias generaciones que tienen una relación cercana.
- Familias con soporte: Se refiere a las familias grandes con muchos hijos y que por lo común uno de ellos o varios de los mayores, reciben responsabilidades parentales.
- Familias acordeón: En algunas familias alguno de los progenitores se aleja por algún tiempo y regresa.
- Familias cambiantes: Algunas familias cambian constantemente de domicilio.

También se refiere el autor a familias en donde el progenitor si es soltero cambia constantemente de pareja.

- Familias con padrastro o madrastra: Cuando un padre adoptivo se integra a una familia ya estructurada conlleva un proceso de adaptación.
- Familias con un fantasma: Cuando la familia sufre una muerte o una deserción requiere de una reestructura en sus roles, límites etc.
- Familias descontroladas: Cuando uno de los miembros presenta problemas en su autocontrol, se supone que existen problemas en la organización jerárquica.
- Familias psicósomáticas: La estructura de esta familia incluye una marcada insistencia en cuidados tiernos. La familia funciona muy bien cuando alguien está enfermo.

Un concepto básico en el modelo estructural son los límites, los cuales se refieren a las reglas y los roles de cada subsistema. Para que la relación entre subsistemas sea adecuada los límites deben ser claros, esto quiere decir que deben tener la suficiente precisión para que los miembros de un subsistema realicen sus funciones sin interferencias indebidas y al mismo tiempo permitir el contacto entre los otros subsistemas. De acuerdo a los límites, el funcionamiento familiar puede ser aglutinado (límites difusos), desligado (límites rígidos) o claros en la familia normal (Minuchin, 2004).

La familia en terapia:

Cuando llega una familia a terapia existen síntomas en alguno de sus miembros (paciente identificado), normalmente el síntoma es el recurso de la familia para mantener el sistema.

La función del terapeuta será asociarse a la familia en una posición de liderazgo, es decir las acciones del terapeuta tenderán a relacionarse con los miembros de la familia de diferentes formas, acomodándose a las pautas de intercambio internas de cada uno, al lenguaje, al estilo y a los afectos (Minuchin, 2004). A este proceso se le denomina coparticipación y se refiere más a una actitud que a una técnica. Los miembros de la familia aceptan al terapeuta como parte de su sistema y el terapeuta les hace sentir que los comprende, que trabaja con y para ellos. Con el terapeuta la familia se siente segura en como actuar y en experimentar lo no habitual. La coparticipación se podrá aplicar en tres

niveles de cercanía de acuerdo al proceso terapéutico: cercanía, intermedia (rastreo) y una distante (liderazgo incrementado) (Minuchin, 1982).

El terapeuta evaluará la estructura familiar subyacente, observará los límites y las pautas transaccionales estableciendo un mapa familiar, en éste se observarán los límites, las coaliciones, alianzas y jerarquías. Una de las tareas del terapeuta es examinar las áreas de posible flexibilidad y cambio (Minuchin, 2004).

Diagnóstico: Al evaluar las transacciones de la familia el terapeuta se concentra en seis áreas diferentes:

- Estructura de la familia. Sus pautas transaccionales preferidas y las alternativas posibles.
- Flexibilidad del sistema y la capacidad que tiene de reestructuración.
- Resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de sus miembros.
- Examina el contexto de vida, analizando las fuentes de apoyo y de stress en la ecología de la familia.
- Examina el estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas propias de ese estadio.
- Explora las formas en el que los síntomas del paciente identificado son usados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

Técnicas

Minuchin al hablar de la palabra técnicas se refiere a un sentido artesanal, no debemos manejar la terapia solo con “técnicas” ya que se perdería espontaneidad, el terapeuta es una persona que se interesa en otras personas las cuales presentan un problema y sufren, son dignas de respeto en cuanto a sus valores y creencias. “Solo alguien que ha llegado a dominar la técnica y luego olvidarla es un terapeuta competente”. (S. Minuchin, 2004, p. 15.)

Estrategias que cuestionan el síntoma: El objetivo es reencuadrar la posición de la familia ante el síntoma. Las técnicas que se usan para este fin son la escenificación, el enfoque y la intensidad.

Escenificación: El terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia con el propósito de vivenciar la realidad como ellos la definen. Reordena los datos a fin de cambiar el sentido de lo que ocurre; introduce nuevos elementos e insinúa modos diferentes de interactuar.

Interacciones espontáneas: Las observa y decide los campos disfuncionales que conviene iluminar:

Provocar Interacciones: El terapeuta organiza secuencias escénicas y los miembros de la familia bailan su danza disfuncional en su presencia.

Interacciones alternativas: El terapeuta propone modalidades diferentes de interacción.

Enfoque: Ayuda a destacar algo de un todo. El terapeuta seleccionará que cosas son de mayor relevancia y útiles para la meta terapéutica (jerarquía de problemas).

Intensidad: El terapeuta refuerza el flujo del mensaje terapéutico, necesita hacer que la familia escuche ya que pueden oír sin asimilarlo en un nivel cognitivo. Las técnicas que se utilizan para esto son:

Repetición del mensaje: El terapeuta repite el mensaje muchas veces a lo largo de la terapia.

Repetición de interacciones isomórficas: Mensajes que en la superficie parecen diversos pero que son idénticos a un nivel más profundo.

Modificación del tiempo: Los miembros de la familia han elaborado sus pautas de interacción y existe un sistema de notación que regula el “tempo”.

Cambio de la distancia: Los miembros de la familia a lo largo de su vida han elaborado la distancia para interactuar unos con otros. Esto es válido en distancias físicas o psicológicas. El terapeuta puede utilizar el espacio del consultorio para la emisión de algún tipo de mensaje terapéutico.

Resistencia a la presión de la familia: Se refiere a cuando el terapeuta no hace lo que el sistema familiar desea que haga. Con su resistencia a ser absorbido por el sistema familiar, el terapeuta da intensidad a la terapia.

Estrategias que cuestionan la estructura familiar:

Se cuestiona la posición de los miembros de la familia en los diferentes holones, el

mapa de ella pondrá de manifiesto alianzas, coaliciones, conflictos, identifica quienes desvían el conflicto, quienes son centrales. Casi siempre los sectores disfuncionales de una familia obedecen a una alianza excesiva o escasa.

Fijación de fronteras: Regulan la permeabilidad de los holones entre si, estas técnicas apuntan a la distancia psicológica o bien a la duración de la interacción.

Distancia Psicológica: El terapeuta se encargará de trazar fronteras entre tres personas en caso de que las interacciones diádicas disfuncionales se mantengan en virtud de la intervención de un tercero como desviador, aliado o juez. Puede separar una díada muy unida ayudando a la familia a descubrir alternativas para su conflicto dentro de su propio subsistema. O puede aumentar la distancia entre ellos incluyendo a un tercero.

Duración de la interacción: Prolongar o acortar las interacciones.

Desequilibramiento: Esta destinado a cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros del subsistema.

Alianza con miembros de la familia: El terapeuta podrá usar su jerarquía para cuestionar y modificar la distribución de poder y puede apoyar a un subsistema coparticipando con él a expensas de los demás.

Alianza alternante: La meta sería que dos miembros de la familia en vez de competir por una posición de jerarquía aprendan nuevas formas de relación.

Ignorar a miembros de la familia: Esta técnica evita que el miembro de la familia “invisible” entre en coalición con el terapeuta y de esta manera puedan realinearse las jerarquías.

Coalición contra miembros de la familia: El terapeuta se une en coalición con un miembro de la familia en contra de otro (s), utiliza su nivel jerárquico para cuestionar o descalificar. El éxito de esta técnica se basa en que la familia reconozca el beneficio del cambio.

Complementariedad: Cuestionamiento a la familia de la forma en que se explican los sucesos de su vida.

Cuestionamiento del problema: El terapeuta cuestiona la existencia de un paciente independientemente del contexto.

Cuestionamiento del control lineal: La idea de que una sola persona pueda controlar al sistema familiar es cuestionada por el terapeuta.

Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos: La conducta de un miembro del sistema familiar solo es parte de un todo.

Estrategias que cuestionan la realidad familiar

Los pacientes han construido su realidad y tienen una forma de explicarse los acontecimientos de su vida.

Constructos cognitivos: El terapeuta podrá cuestionar a fin de modificar dicha realidad en beneficio de la familia haciéndola más flexible.

Símbolos universales: El terapeuta puede elegir símbolos universales que armonicen con la concepción del mundo de la familia a fin de modificar su percepción de las cosas.

Verdades familiares: También puede usar la concepción del mundo de la familia para ampliar o reorientar su funcionamiento.

Consejo especializado: Se puede colocar en una posición de especialista para mostrar otro punto de vista del problema.

Paradojas: Se utilizan cuando no funcionan las intervenciones directas.

Intervenciones directas, basadas en la aceptación: Son tareas destinadas a cumplirse literalmente.

Intervenciones paradójicas basadas en el desafío: Al obedecerla la consecuencia será lo opuesto, y se orienta la acción hacia la meta terapéutica.

Inversiones basadas en la aceptación y el desafío: El terapeuta solicita la cooperación de un miembro de la familia para que cambie su actitud con la finalidad de obtener una respuesta paradójica en otro miembro de la familia.

El grupo de consulta como coro griego: El grupo sirve como apoyo terapéutico para cuestionar, provocar a la familia, confundirla y el terapeuta se mantiene libre de adoptar cualquier posición frente a ella.

Lados fuertes: La misión del terapeuta no debe enfocarse a los aspectos negativos o las deficiencias, sino los lados fuertes los cuales ayudan a combatir disfunciones.

2.1.3 Modelo de Terapia Estratégica

Su principal representante es Jay Haley, quien fue uno de los grandes pioneros de la terapia sistémica. Participó en el primer grupo de investigadores liderados por Gregory Bateson y fue uno de los principales divulgadores de la terapia de Milton Erickson.

Haley participó durante 10 años en el proyecto de investigación de Gregory Bateson, de quien aprendió sus ideas sobre comunicación, según sus palabras Bateson le “enseño a aprender”. De Milton H. Erickson aprendió la técnica terapéutica basada en las directivas así como una visión práctica de la vida y los problemas humanos, durante 1952 a 1980 consultó y participó del trabajo de Erickson de quien recibió entrenamiento y supervisión.

En 1952 se incorporó al proyecto de estudio de la esquizofrenia que tenían Gregory Bateson, John Weakland y William Fry. Formó parte del Mental Research Institute (MRI) durante 1960 hasta 1967, en este último año se separa para colaborar en la Philadelphia Child Guidance Clinic al lado de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo; se interesan por los aspectos estructurales de la familia en la psicoterapia. Al igual que el MRI se identifican las pautas interaccionales y los ciclos repetitivos en los que se desarrolla el problema; la tarea óptima es la que utiliza el problema presentado para producir un cambio estructural en la familia. Los pacientes quieren que el problema cambie, pero el terapeuta quiere que cambie la organización.

Jay Haley fue cofundador del Family Therapy Institute de Washington con Cloé Madanes, se desempeñaba como profesor en la Alliant International University desde 1998. Escribió más de veinte libros y fue editor fundador de la revista Family Process, la primer publicación del campo de la terapia familiar. Produjo películas destinadas a la formación terapéutica junto a su esposa la antropóloga Madeleine Richeport, falleció pacíficamente el pasado 13 de Febrero del 2007.

Conceptos Básicos

“La terapia familiar estratégica apareció cuando se estudiaron las relaciones de poder entre terapeuta y cliente, y entre los integrantes de la familia. Las diferentes estrategias de psicoterapia fueron creadas con el objeto de utilizar este poder para producir cambios.” (Madianes, 2001 p.17).

Haley (2006) consideraba la terapia estratégica como una manera de abordar los problemas de los pacientes, se pueden utilizar diversas técnicas apuntando a la resolución

de un caso específico; el terapeuta diseña las intervenciones y toma la iniciativa en gran medida, asumiendo la responsabilidad de influir directamente en las personas. El autor señala que el terapeuta deberá delimitar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones, examinar las respuestas y evaluar los resultados comprobando la eficacia del tratamiento, para él era importante situarse en el momento del ciclo vital de la familia para la comprensión de las interacciones y para las intervenciones terapéuticas.

Unidad terapéutica: Haley se centraba en las situaciones sociales, una queja podría incluirse en diversas unidades sociales, incluso el terapeuta está inserto en la queja, ya que él también influye en el problema, y también el contexto social en que esto ocurre. El terapeuta deberá delimitar su campo de acción y definir que es lo que él puede modificar.

Las personas se adaptan a una forma de interrelación, estos actos se “encuentran cristalizados” (Galicia, 2001 p.83), la finalidad del terapeuta será entonces lograr modificar esas conductas.

Organización y jerarquía. La familia es una organización en la que se establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quienes tienen más poder y estatus así como quienes juegan los niveles secundarios. Haley manifiesta que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas integradas en la secuencia sintomática, será tarea del terapeuta “promover una jerarquía congruente” (Galicia, 2001 p.88).

Haley habló de los triángulos perversos, se refiere a que una relación de tipo triádica ocasionará tensión en los sistemas familiares. Las características de estos son:

1. Contener a dos personas del mismo nivel jerárquico y a otra de otro nivel.
2. Haber coalición entre los miembros de dos diferentes niveles jerárquicos en contra de un tercero.
3. La coalición debe de ser oculta, será negada a un nivel metacomunicativo. (Hoffman, 2005).

Etapas de la primera entrevista:

Una entrevista comienza en el primer contacto establecido con relación a un problema, este contacto por lo común se lleva a cabo mediante una llamada telefónica en

donde el terapeuta debe pedir cierta información relevante, proponiendo que asistan a la sesión terapéutica todos cuantos estén involucrados en el problema.

De acuerdo a Haley (2005) la entrevista se desarrolla en varias etapas

a) Etapa social: Los miembros de la familia que acudan a la sesión se sentarán en la forma que ellos deseen; aquí se ponderan las reglas de cortesía del terapeuta como anfitrión, se presenta y saluda a todos haciéndolos sentir cómodos, de acuerdo a las observaciones del terapeuta de esta etapa se obtiene información acerca del ánimo de la familia, las relaciones entre padres e hijos y la organización de esta, en esta etapa no se debe hablar del problema hasta haber obtenido por parte de todos los miembros una respuesta social.

b) Etapa de planteo del problema: El terapeuta formula una pregunta general acerca del motivo de su visita, esta se dirige al grupo en general y no se hará ninguna interpretación o comentario durante la exposición del motivo. Se debe explorar la perspectiva de todos y cada uno de los miembros, mientras que el terapeuta observa el como actúan y escucha lo que dice cada individuo. En esta etapa no se deben formular juicios y se puede repetir lo que dicen las personas a fin de aclarar completamente las ideas o bien para que a los integrantes de la familia se les ocurran nuevas ideas.

c) Etapa de interacción: El terapeuta debe de hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre si y él solo sea el moderador del debate, en caso de que los miembros de la familia insistan en erigirlo como interlocutor, el deberá estimularlos para que sigan charlando entre si, incluso puede acercarlos físicamente para esta charla. El terapeuta observa la organización jerárquica y la estructura fundamental de la familia.

d) Etapa de fijación de meta: Es importante obtener del grupo una formulación clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia, esto servirá de punto de partida para fijar las metas y establecer el contrato terapéutico. Es importante que el problema planteado sea el que la familia desea resolver, que sea soluble y que tenga un carácter operacionalizante. El terapeuta estará estableciendo un contrato, cuanto mas claro sea, será la terapia más organizada.

En el enfoque estratégico el éxito de la terapia se derivará de una adecuada formulación del problema.

Tomando como base las ideas de Haley, en su libro *Terapia para resolver problemas* (2005), se describen algunas directivas terapéuticas. El autor comenta que las directivas surgen de las acciones del terapeuta y constituyen un mensaje para que la otra persona haga algo; la finalidad es que las personas se comporten de manera diferente, para que así tengan experiencias subjetivas diferentes. También se pueden emplear para intensificar la relación entre clientes y terapeuta o para obtener información.

Las directivas pueden ser: directas, paradójicas o metafóricas.

a) Directas: Pueden darse a través de dos mecanismos: pedirle a alguien que deje de hacer algo, o bien que haga algo diferente. Es importante tener una buena reputación de experto para que surtan efecto, pueden ser sugerencias, consejos o explicaciones. Es importante señalar que no se habla solo de consejos, sino de acciones que permitan cambiar las pautas de interacción, también deben repetirse muchas veces y deben acompañarse de otros mensajes que refuercen el cambio.

b) Metafóricas. Éstas se emplean cuando el terapeuta desea que los implicados en la queja hagan algo que parezca espontáneo, sin una plena conciencia de haber recibido la consigna de realizarlo. Se utiliza el lenguaje analógico para hacer sugerencias que tengan que ver con el problema.

c) Paradójicas: Estas se usan con las familias que aunque solicitan ayuda desesperadamente, rechazan todas aquellas tentativas de solución que se les ofrecen. Se caracterizan por pedir a la familia que no cambie con el propósito de retarla al cambio, que desafíe al terapeuta. También puede darse el caso de seguir unas instrucciones hasta un extremo que resulte absurdo y la familia se niegue a seguir cumpliéndolas.

Las tareas siempre deberán revisarse en la sesión posterior y en caso de incumplimiento se deberá hacer ver a los pacientes que se han fallado a si mismos.

Haley describe la técnica de la ordalía. Ordalía significa no sólo “a juicio de Dios”, sino también experiencia penosa, prueba severa, prueba de fuego.

La técnica de ordalía más que una técnica es una teoría basada en la premisa: “si hacemos que a una persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo, esa persona renunciará a su síntoma” (Haley, 1997 p.16).

La persona tiene un problema y el terapeuta impone una ordalía que será entonces más severa que el problema. La ordalía debe ser algo que la persona pueda ejecutar y a lo

que no pueda poner objeciones válidas. Debe ser de tal naturaleza que el terapeuta diga sin reservas: Esto no violará ninguna de sus normas morales y es algo que usted puede hacer.

Una Ordalía terapéutica no debe causar daño al sujeto, ni a ninguna otra persona.

Tipos de Ordalía:

- **Directa:** Cuando la ordalía es una tarea directa, el terapeuta explica claramente el problema y pide que, cada vez que se presente el síntoma, la persona se someta a determinada ordalía. Durante la entrevista, el terapeuta debe averiguar qué clase de actividad debería intensificar el cliente para su propio bien, a menudo sin aclarar el propósito de su indagación.
- **Ordalías Paradójicas:** La ordalía puede ser la misma conducta sintomática y consistir, paradójicamente, en alentar al cliente a tener el problema cuya solución ha venido a buscar al consultorio del terapeuta.
- **El terapeuta como ordalía:** Hay varias clases de ordalía que son eficaces por el modo que actúan sobre la relación con el terapeuta. Las técnicas de confrontación utilizadas por algunos terapeutas son otra clase de ordalías. Los honorarios del terapeuta también pueden ser utilizados
- **Ordalías que involucran a dos o más personas:** Se pueden diseñar ordalías para una o más personas. La ordalía debe ser una experiencia voluntaria y beneficiosa para la persona que se somete a ella. Siempre tenemos que tener bien claro el contexto en donde se produce una intervención terapéutica.

Etapas de una terapia de ordalía:

1) Debe definirse claramente el problema: Es preciso que la distinción sea clara, porque la ordalía tiene que ser consecutiva a la presencia de una angustia anormal exclusivamente.

2) La persona debe comprometerse a superar el problema: Si ha de someterse a una ordalía, es preciso que desee realmente resolver el problema presentado. La motivación para vencerlo no siempre existe en el momento de iniciarse la terapia, por lo que el terapeuta se ve obligado a ayudar a su cliente a motivarse para dar ese drástico paso.

3) Debe seleccionarse la ordalía: La selección estará a cargo del terapeuta, preferiblemente con la colaboración del cliente.

4) La ordalía será lo bastante severa como para superar el síntoma.

5) Su cumplimiento beneficiará al paciente.

6) Será algo que este pueda hacer y que le parezca aceptable, desde el punto de vista del decoro.

7) Tendrá un principio y un fin claramente establecidos.

8) El terapeuta debe exigir que la tarea sea beneficiosa para el paciente, de forma que no comience a autocastigarse.

9) La directiva debe impartirse acompañada de una explicación lógica: El terapeuta debe impartir la directiva clara y precisamente para que no haya ambigüedades.

10) Debe dejar claro que la tarea sólo se cumplirá cuando se presente la sintomática dentro de un horario fijo.

11) A veces es mejor no dar más explicaciones y simplemente impartir la directiva, si es muy complicada, se puede dar la tarea de ordalía por escrito.

12) La ordalía continúa hasta que se resuelve el problema.

13) La ordalía esta inserta en un contexto social: La existencia de un síntoma indica que la jerarquía de una organización es incorrecta. En este sentido, cuando el terapeuta resuelve un síntoma, está forzando un cambio en una organización compleja, que antes se estabilizaba con el mismo. Por tanto, al terapeuta le conviene comprender qué función desempeña el síntoma dentro de la organización social del cliente.

Cuando se utiliza correctamente una ordalía, no solo se ven cambios en el comportamiento, sino en el carácter y en la organización social del paciente, por tanto el terapeuta debe tranquilizarlo, explicándole que todo eso forma parte del cambio esperado y debe ayudarlo a reorganizar su vida.

2.1.4 Modelo de Terapia Breve del MRI

Este modelo fue desarrollado por el equipo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto California. Este Instituto fue fundado en 1958 por Don Jackson, Virginia Satir y Jules Riskin, posteriormente se unieron Jay Haley, John Weakland y Paul Watzlawick.

A partir de 1963 se identifican cinco orientaciones en el trabajo del MRI: la formación de terapeutas, investigaciones sobre la familia y la enfermedad mental, terapia familiar, investigaciones sobre la teoría de la comunicación humana y el proceso de cambio. Esta última orientación es la base teórica para el desarrollo de la terapia breve centrada en el problema. En 1967 se crea el Centro de Terapia Breve bajo la dirección de Richard Fisch, Jay Haley, Artur Bodin, Paul Watzlawick y John Weakland (Sánchez, 2000).

Conceptos generales

La terapia breve centrada en problemas no significa menos tratamiento, se centra en cómo hacer para ayudar de una manera efectiva a las personas que reportan tener un problema. Este modelo se mide por sus consecuencias. Es un tipo de terapia desarrollada a la medida de cada paciente y de cada problema ya que ningún caso es igual a otro. Su base epistemológica está incluida en el enfoque cibernético y sistémico por lo tanto implica creer menos en las carencias individuales. Es una terapia de diez sesiones de una hora cada una como máximo. Se revisa el problema actual no busca causas históricas, el interés se centra en “los circuitos interactivos que mantienen el comportamiento problemático” (Espinosa, 2004 p.120) A través de ciertas técnicas se busca conseguir el mínimo cambio posible que llevará a solucionar el problema del paciente. En esta terapia no se busca patología, no es normativa, no es una terapia de crecimiento, trata de redefinir la realidad de la familia con la finalidad de darle nuevas opciones, las resistencias se señalan como un miedo natural ante los cambios, no se maneja la opción de ganancia secundaria en la presencia del síntoma.

Se considera que los problemas se dan por un manejo inadecuado de las situaciones cotidianas o por una mala adaptación a transiciones en el ciclo de vida.

Se trabaja con un solo problema buscando el cambio mínimo que llevará a cambios mayores como el efecto de “bola de nieve”.

¿Cómo se llega a buscar ayuda terapéutica?

Un cliente tiene preocupación acerca de una conducta, acciones, pensamientos o sentimientos. Es una conducta que se ha repetido constantemente dentro del sistema de

interacción social del paciente. Para que una conducta se convierta en dificultad se cubren dos condiciones: por un lado la primera es que se le haga frente de una forma equivocada y la segunda que se aplique una “dosis” más elevada de la misma solución, por lo tanto el cliente afirma que se han hecho esfuerzos que han resultado infructuosos para terminar con el problema. El terapeuta se concentra en observar las conductas que conservan el problema, en cómo y porqué aparecen, porqué se conservan los mismos intentos de solución.

En la terapia breve el terapeuta es un agente activo hacia el cambio, no sólo debe visualizar claramente las conductas problemáticas y las que sirven para conservarla sino debe considerar el cambio más estratégico.

Concepto de cambio

Existen dos diferentes tipos de cambio: uno que tiene lugar dentro de un sistema determinado, que en sí permanece inmodificado (cambio 1), y otro, cuya aparición cambia al sistema mismo (cambio 2), es por tanto un “cambio del cambio” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974 p.31.)

Capacidad de maniobra

Se refiere a la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten. El terapeuta deberá conservar sus opciones de maniobra, limitando las del paciente. Los medios para aumentar la capacidad de maniobra son:

- Oportunidad y ritmo: El terapeuta no debe insistir en utilizar una estrategia que no está dando resultado.
- El tiempo necesario: El terapeuta se deberá tomar el tiempo necesario para planificar y pensar sus estrategias y no dejarse influir por la prisa del paciente.
- El uso de un lenguaje condicional: El terapeuta puede evitar comprometerse ante ciertas formulaciones de los pacientes y así no perder capacidad de maniobra.
- El cliente debe concretar: Se debe ayudar al paciente a que asuma posiciones comprometidas y definidas

- Actitud igualitaria
- Sesiones individuales y conjuntas: Las sesiones se realizan con dos o tres personas seleccionadas y no con la familia completa, esto obedece a la misma estrategia utilizada. La interacción que ocurre alrededor de la dolencia es la que importa.

La fijación del marco del tratamiento

El éxito de la terapia depende de su planificación. El cliente es la persona que está más decidida a buscar un cambio, es la que se encuentra mayormente perturbada dentro del sistema y por tanto colabora mejor en el tratamiento. El paciente es a quién se señala como la persona desviada o perturbada. En ocasiones el cliente puede ser también paciente.

La entrevista inicial

El objetivo de las primeras entrevistas es identificar la naturaleza de la enfermedad, cómo se está afrontando el problema, objetivos mínimos del cliente, actitud y lenguaje del cliente. En este tipo de enfoque deberemos centrarnos en el estado actual del problema, se deberán contestar las preguntas: Quién, qué, a quién y cómo. Si un cambio llegase a producirse, ¿Qué es lo que usted consideraría como primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea pequeño? (Fisch, Weakland, Segal, 2003).

El terapeuta se vuelve un vendedor que utiliza diferentes argumentos para cada cliente de acuerdo a sus valores y creencias; es a través de la persuasión que influimos sobre el paciente para que pueda “mirar diferente” su problema.

Según Fisch, Weakland y Segal (2003) para planificar el caso debemos:

- Establecer el problema del cliente: Debe existir una clara comprensión del mismo.
- Establecer la solución intentada por el cliente: Desde el punto de vista de la terapia breve los problemas permanecen gracias a los esfuerzos de resolverlo ya sea del cliente mismo o de otras personas.

- Decidir que se debe evitar: Hay que tener bien claro de lo que debemos apartarnos, ya que precisamente los esfuerzos intentados son los que han mantenido el problema.
- Formular un enfoque estratégico: Las estrategias que funcionan son las que dan un giro de 180 grados. No se habla de una posición neutral.
- Fórmulas tácticas concretas: El terapeuta deberá detectar cuáles son las conductas o acciones que preparan el terreno para que la pauta de acción sea repetitiva y preserve el problema del cliente.
- Encuadrar la sugerencia en un contexto “vender” la tarea: Al conocer la forma de ser del cliente podremos determinar la manera en que la estrategia será “comprada”.
- Formular objetivos y evaluar el resultado: El objetivo general es aliviar la dolencia de un cliente, por lo tanto consideraremos: 1) Sobre qué base elegimos el objetivo, y 2) que tipo de datos se manejarán para determinar el éxito o el fracaso en el logro de dicho objetivo, o para determinar el avance durante el tratamiento.

Cuando el cliente reporte que se encuentra satisfecho o razonablemente satisfecho con los resultados de tratamiento será nuestro indicador del progreso.

Intervenciones de acuerdo a los cinco intentos de solución según (Fisch, Weakland, Segal, 2003):

1) Principales

Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo:

La queja del paciente se refiere a algo que le pasa a él mismo. Pueden ser problemas del funcionamiento corporal o de rendimiento físico. Rendimiento sexual funcionamiento intestinal, función urinaria, temblores, tics, insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter como depresión, obsesiones y compulsiones.

Las intervenciones sugeridas son:

- Invertir el intento del paciente de superar el problema, se le dan directrices que lo lleven a fracasar en su rendimiento. Estas razones se ubican en dos categorías: Por un lado se le indica la importancia de resaltar el síntoma para su adecuado diagnóstico, se planifica cuidadosamente su aparición a fin de que el paciente lo pueda observar cuidadosamente cuando éste aparece.
- Habrá que provocar la aparición del síntoma con la finalidad de paulatinamente controlarlo.
- El síntoma se redefine como algo beneficioso, el cliente no lo había visto con anterioridad. Esta intervención requiere de planificación ya que tiene que resultar absolutamente creíble para el cliente

El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo:

Los pacientes presentan estados de terror o ansiedad por ejemplo fobias, timidez, bloqueos en el rendimiento (hablar en público, miedo a salir a escena) etc. Las dolencias también pueden ser autorreferenciales ya que los estados de terror o ansiedad pueden surgir sin que intervenga nadie más. El paciente puede decirse así mismo que se comporta como un tonto, que es algo fácil y sencillo de realizar por los demás por lo tanto realizará algunas acciones para resolver la situación, pero la profecía se vuelve autocumplidora.

La intervención:

- Exponer al paciente a la tarea, al mismo tiempo que se exige una ausencia de dominio o un dominio incompleto de ella. Acercarlo a la tarea temida impidiéndole que acabe con éxito la misma.

El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición:

Implican un conflicto en la relación interpersonal como las riñas conyugales, conflictos entre hijos y padres, disputas entre compañeros de trabajo, etc. Normalmente la persona que busca ayuda es la que se siente amenazada en la legitimidad de su posición.

La intervención:

- El que solicita la ayuda se coloque en una actitud de “inferioridad” con la finalidad de romper con la escalada simétrica.
- La “venta” de esta estrategia se refiere a que la persona aprenda a efectuar cómodamente en un estilo no autoritario sus peticiones, ya que una actitud de superioridad encierra en si

misma una postura de debilidad, y las actitudes de debilidad podrán asumirse como una posición de fuerza.

- También se les puede ofrecer “una espada mágica” o “un sabotaje benévolo”, se refiere a usar consecuencias reales en lugar de sermones. Las consecuencias deberán producirse de manera accidental y el padre disculparse por ellas.
- En el caso de la pareja las peticiones podrían formularse a través de un “me encantaría”.
- En el caso de un conflicto de carácter triangular el tercero en discordia deberá actuar como la parte “sin razón”, poco juicioso pero a la vez compasivo.

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

Tratar de conseguir la espontaneidad mediante la premeditación. Querer que el otro haga algo pero de una forma espontánea.

La intervención:

- El terapeuta puede utilizar esta postura para redefinir la benevolencia del paciente; sus peticiones indirectas como algo que es destructivo y a la inversa las cosas directas como algo que es constructivo.

La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa:

Se sospecha que la otra persona realiza un acto que ambos consideran equivocado. La persona acusada niega el acto y esto hace que se incremente la sospecha de la parte acusadora.

El juego se acaba si una de las partes abandonara su papel repetitivo.

La intervención:

- Una estrategia para terminar con esto es entrevistare a solas con el defensor, el terapeuta manifiesta que el acusador es la persona equivocada y la estrategia de solución sería una acción unilateral.

2) **Generales:** Se utilizan en cualquier momento de la terapia.

No apresurarse: El cambio aunque sea para mejor requiere de una adaptación.

Los peligros de una mejoría: El terapeuta debe exponer algún posible inconveniente para el cliente o alguien cercano de haber un cambio o mejoría.

Esta táctica también se utiliza cuando el paciente no ha obedecido los encargos del terapeuta.

Un cambio de dirección: El terapeuta varía la estrategia o la directriz, ésta normalmente se refiere a un giro de 180 grados.

Cómo empeorar el problema: Esta estrategia se puede utilizar cuando el cliente se ha resistido a anteriores sugerencias.

Ilusión de alternativas: Al cliente se le sugieren alternativas para la realización de una tarea.

Reestructuración:

Significa “cambiar el propio marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación, situarla dentro de otra estructura que aborde los hechos correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismos”. La reestructuración es una técnica eficaz ya que una vez que se puede percibir la pertenencia alternativa a otra clase “no podemos volver tan fácilmente a la trampa y angustia representadas por el previo punto de vista acerca de su realidad”. (Watzlawick, Weakland y Fisch 1974, p. 126, 131.)

Para lograr la adecuada reestructuración de una situación se deberán tomar en cuenta los puntos de vista de los pacientes, sus motivos, expectativas y sus premisas, esto quiere decir que tomaremos lo que nos aporta el paciente; se aprenderá el lenguaje del él y se le enseña un nuevo juego que hará al anterior obsoleto.

La terminación del tratamiento

La terminación del tratamiento cuando el problema ha sido resuelto: En las terapias breves no se considera la terminación del tratamiento como un acontecimiento especial ya que la brevedad no favorece el desarrollo de una relación intensa entre paciente y terapeuta, la terminación se afronta una vez que la dolencia se ha solucionado.

Terminación del tratamiento sin que el problema haya sido resuelto: Puede acabar de dos formas posibles, cuando se ha fijado un número máximo de sesiones y al final de éstas aún la dolencia no se ha resuelto o bien cuando el cliente decide ponerle fin.

En el primer caso sería conveniente hacer un análisis de lo que ha impedido la resolución del problema, en la segunda situación el cliente podrá mostrar su insatisfacción con el tratamiento, no se deberá discutir sobre su posición y presionarlo a que prosiga. Cuando el cliente se mostró poco colaborador y decide terminar la terapia el terapeuta debe

de aceptarlo de forma inmediata, sin embargo podrá afirmarle la conveniencia de finalizarlo debido al riesgo de no hacerlo, la finalidad de ésta postura es que el cliente enfrente de alguna manera su dificultad (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

2.1.5 Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Este modelo fue creado por William O'Hanlon y Steve de Shazer, éste último en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Wisconsin. El modelo se encuentra muy influido por el trabajo de Erickson y por las ideas teóricas de Gregory Bateson, (Selekman, 1993).

Conceptos Generales

*Si la familia llega a dudar de su percepción de un problema, las conductas alternativas se convierten en una posibilidad real.
Steve. de Shazer*

Los supuestos básicos son que todos los pacientes poseen las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar y la idea de que un problema no sucede todo el tiempo, siempre se encuentran excepciones a la regla. Se co construyen junto con el paciente soluciones hipotéticas. Las premisas de tratamiento se centran en los recursos, lados fuertes y en las posibilidades de las personas A continuación se señalan los postulados principales según Hudson y Weiner, (1989) y Selekman (1993).

La resistencia no es un concepto útil: Cada familia posee un modo distinto de cooperar y será tarea del terapeuta adecuarse al modo de ella para promover el cambio, así que debe encontrar las pautas particulares de cooperación. Se asume que los clientes realmente quieren cambiar.

La cooperación es inevitable: Existen muchas herramientas para establecer rapport a fin de mejorar el proceso de cooperación de los clientes; los pacientes traen a terapia sus fuerzas, recursos, palabras clave, sistema de creencias y conductas no verbales.

Poner rótulos positivos es otra herramienta útil para favorecer la cooperación del paciente, por ejemplo: Una conducta retraída rotularla positivamente como reflexiva, otras conductas útiles son la autoconfesión intencional, el uso del humor (ser optimista), la inclusión del problema dentro de la normalidad (ciclo vital), la sensibilidad cultural, el

respeto por la igualdad de los sexos, los elogios terapéuticos por las estrategias y medidas productivas que han adoptado para resolver el problema. Los elogios se deben de usar con las palabras claves del paciente esto es, adaptarlos a su sistema de creencias.

El cambio es inevitable: El terapeuta cree en la capacidad de cambio del paciente y de esta visión depende el éxito del tratamiento. Los terapeutas necesitan cocrear con sus pacientes profecías positivas de autocumplimiento.

Sólo se necesita un pequeño cambio: El modelo sostiene que un pequeño cambio desencadena otros mayores.

Los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar: Los terapeutas deben aprovechar esta situación para construir junto con los pacientes la solución a sus problemas. Los logros que el paciente haya obtenido en el pasado serán un modelo para los del presente y en el futuro.

No es necesario saber mucho del problema para resolverlo: El problema no se presenta todo el tiempo, el terapeuta deberá examinar con detalle esos momentos en los que no ocurre, las excepciones o pautas no problemáticas. Las excepciones pueden servir de bloques para co construir la solución junto con el paciente. Bateson (1972) decía: “La noticia de una diferencia que establece una diferencia”.

Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento: Se pide a los pacientes que fijen su propio objetivo para el tratamiento. Las soluciones deberán ser accesibles y los objetivos razonables y concretos; hay que centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.

Cuando los pacientes se dan cuenta de que pueden manejar su destino aunque sea mínimamente, realizarán con mayor entusiasmo las tareas y se comprometen más con el tratamiento y proceso de cambio.

La realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la co creación de la realidad del sistema terapéutico: En terapia el terapeuta es coautor y asesor, ayudando al paciente a cuestionar creencias obsoletas y modificar pautas de conducta.

Como terapeutas influimos mucho durante la entrevista en la percepción y la experiencia que los clientes tienen de su situación.

Existen muchas maneras de enfocar una situación pero ninguna es más

“correcta” que las otras: No existe una explicación última de la realidad, se debe tener flexibilidad terapéutica en nuestros marcos conceptuales. La terapia se deberá ajustar a la unicidad de las personas ya que cada uno de nosotros somos únicos.

La Terapia centrada en la solución avanza a paso lento: Los modelos de terapia breve pueden proporcionar tratamientos eficaces y de efectos duraderos en lapsos más cortos que otros modelos de terapia. Sin embargo, la brevedad será el resultado de haber realizado la intervención más apropiada para un cliente determinado.

Cuidar el lenguaje:

El lenguaje ofrece la posibilidad de cuestionar, redefinir, solidificar, ciertos puntos de vista acerca de la realidad.

Un aspecto importante acerca de adaptarse al lenguaje del cliente es una forma de establecer un clima terapéutico cómodo, establecer un buen rapport. Si adoptamos su lenguaje ellos se sentirán comprendidos, se sentirán apreciados y nos sentiremos identificados con sus experiencias. Los significados de las palabras se irán poco a poco encauzando a fin de darles una dirección positiva y productiva: validando los esfuerzos por resolver un conflicto, apreciando el impacto que los sucesos tienen en la vida de los clientes, reencuadrando y normalizando.

El manejo de los tiempos verbales es importante en este modelo ya que suponen que no siempre ha estado presente el problema ni lo estará en el futuro. La palabra “todavía” también se usa en la terapia breve centrada en soluciones, las cosas no se plantean en términos de posibilidad sino reflejan la convicción de que las cosas cambiarán.

Los terapeutas que trabajan bajo el esquema de soluciones utilizan el lenguaje para producir cambios en la percepción y en la conducta, se hacen preguntas presuposicionales, esto es: se presume algo sin afirmarlo directamente. Este tipo de preguntas funcionan como intervenciones, se trata de influir en las percepciones del paciente y dirigirlo hacia las soluciones, el cliente puede ver nuevas perspectivas, se promueven sus recursos y al responderlas no se tiene más remedio que aceptar que el cambio se dará.

La sesión como intervención según Selekman (1993).

Como ya se ha mencionado cada persona es un ser único por lo tanto no existe una forma de intervención general, de cualquier manera durante la primera entrevista se tratan de abordar los siguientes aspectos:

1) Unión: Se abordan los intereses generales de los clientes, se muestra un genuino interés por ellos y se les ayuda a sentirse cómodos, la cantidad de tiempo dedicada a este momento depende de cada persona.

2) Una breve descripción del problema

3) Excepciones al problema: Muchas veces entre la primera llamada y la primer sesión ocurren cambios y las personas notan que las cosas son diferentes.

Independientemente de lo crónico o de la magnitud del problema se observa que siempre hay períodos en que este no ocurre, estos momentos revelan lo que el cliente podría hacer para resolverlo, solo necesitarían hacer más de lo que ya han estado haciendo, preguntas como ¿qué es diferente cuando no ocurre....? no solamente se trata de redirigir la atención hacia lo positivo, le indica al cliente lo que para el terapeuta es importante de analizar y de hablar en la terapia.

4) La pregunta de la excepción: Permite a los pacientes buscar la solución en el presente y el pasado, se piensa en las ocasiones en que el problema no se manifiesta.

Es importante centrarse en lo que está funcionando, aunque sea muy pequeño y es tarea del terapeuta trabajar en ampliarlo.

5) Tarea de la predicción: Es útil cuando las excepciones ocurren espontáneamente y el paciente no puede explicar su aparición por ejemplo: Se le pide al paciente que la noche anterior trate de pronosticar si el siguiente día será un buen día y que al promediar el día siguiente trate de explicar por qué fue un buen día.

Las preguntas presuposicionales también sirven para recabar información sobre excepciones y amplificarlas. Se explora que es diferente en los momentos en que ocurre y no ocurre el problema; el terapeuta se coloca en la posición de asombro ante la no existencia de una excepción.

¿Y luego que?: El objetivo de esta primera sesión es que los clientes centren su atención en las excepciones, soluciones y recursos que poseen, simultáneamente se normalizan las circunstancias, experiencias. Si todo marcha bien se abre paso al planteamiento de objetivos (Hudson y Weiner, 1989).

Definición de objetivos según Hudson y Weiner (1989):

La pausa: Cuando se trabaja con espejo unidireccional se hace una breve pausa y se platica con el equipo de observación, la pausa permite subrayar algún concepto o comentario y dejar a los clientes con lo que se quiere en la mente antes de que se marchen. Normalmente el último mensaje contiene un resumen de las cosas bien hechas, de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia y finalmente una prescripción o tarea.

Elogios: Es una forma de reencuadrar una situación, se aprovecha cualquier oportunidad para destacar lo positivo y se refuerzan los intentos de solución del cliente.

Cuando ha sido difícil encontrar excepciones se puede dar un nuevo punto de vista al problema a través de la connotación positiva.

Regreso al futuro: Preguntas de avance rápido, cuando le cuesta trabajo al cliente reconocer excepciones se pueden usar preguntas orientadas hacia el futuro. Para realizar la pregunta del milagro se hace una introducción a fin de crear una atmósfera en la que el cliente este más atento: “permítame que le haga una pregunta un poco complicada y extraña...” y se plantea de la siguiente manera: “Supongan que esta noche mientras están durmiendo sucede una especie de milagro y los problemas que los han traído aquí se resuelven no como en la vida real poco a poco con el esfuerzo de todos, sino de repente de forma milagrosa” ¿qué cosas van a notar diferente en la mañana que les hagan darse cuenta de que este milagro ha sucedido?, ¿Cómo te darías cuenta? ¿Qué sería diferente?” este ejercicio permite que el futuro pueda aparecer sin el problema y que éste sea más satisfactorio. A veces cuando ocurre el milagro en la familia, el terapeuta puede preguntar si ya algo de lo descrito está ocurriendo, ¿qué tienes que hacer para que siga ocurriendo?

Preguntar sobre el problema: Cuando el cliente no encuentra excepciones y no contesta las preguntas orientadas al futuro se sugiere averiguar sobre los eventos que ocurren cuando el problema se presenta.

Hasta no tener una secuencia clara de los eventos el terapeuta no podrá sugerir un pequeño cambio que pueda dar lugar a una diferencia. Quizá se tenga que buscar invertir el patrón de solución, sería inútil seguir rastreando recursos y soluciones si el terapeuta siente que navega en contra corriente, por lo tanto lo que se sugiere es centrarse en el problema o bien adoptar también una postura pesimista.

Prescripciones para el cambio

Intervención sobre patrones: El efecto mariposa

1) Intervención sobre el patrón de la queja: Los terapeutas introducen alguna modificación pequeña en el patrón de la queja.

2) Cambiar la frecuencia o tasa; cambiar el tiempo de ejecución; cambiar la duración; cambiar el lugar en que se produce; añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón; cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón; descomponer el patrón en piezas o elementos más pequeños; unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.

3) Intervención sobre el patrón del contexto: Cuando se interviene sobre el patrón y no se tiene éxito se puede intervenir sobre la pauta personal o interpersonal alrededor de la queja.

La tarea sorpresa

Se le pide a un miembro de la familia que haga algo que sorprenda a otro(s) y al otro que trate de adivinar qué es. Esta tarea funciona muy bien en personas que tengan sentido del humor. Al comparar los testimonios generalmente se ha encontrado que la sorpresa es una solución a la queja (Hudson y Weiner, 1989).

Ampliar y mantener el cambio

La primer pregunta para la segunda sesión y para las subsiguientes es: ¿qué ha sucedido que te gustaría que continuara sucediendo?, la pregunta debe mostrar la certeza de que se ha hecho la tarea acordada y que han sucedido cosas buenas.

Una vez que los clientes responden a la pregunta inicial hacemos preguntas sobre excepciones para ampliar los cambios (Hudson y Weiner, 1989).

Las emociones en la terapia centrada en la solución

“No pasen por alto los sentimientos porque estos, al igual que los pensamientos y las conductas, son recursos importantes para las soluciones.” (Lipchik, 2002 p.106). “Las emociones son una dinámica biológica que determina las acciones”. El razonamiento y las emociones se producen al mismo tiempo y se expresan con lenguaje. La importancia de hablar sobre emociones radica en que los terapeutas que trabajan sobre soluciones habitualmente están acostumbrados a pensar en lo que van a preguntar pero no a preguntar sobre lo que los clientes sienten, según la autora mencionada anteriormente una conciencia

mayor de estos aspectos puede propiciar mirar nuevas soluciones a los clientes. En ocasiones los clientes saben lo que quieren y quieren hablar de ello, pero tienen miedo y no son capaces de hacerlo, esto impide el hallazgo de soluciones.

El lenguaje no verbal habla mucho de las emociones de nuestros clientes, el terapeuta deberá estar alerta a cualquier indicio de sentimientos no expresados, vigilando al mismo tiempo los pensamientos y sentimientos propios.

2.1.6 Escuela de Milán

En Milán, Italia durante 1967 Mara Selvini Palazzoli fundó el Instituto de la Familia, invitando a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Todos ellos fueron influidos en su pensamiento por Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson. Trabajaron con familias en donde uno de sus integrantes presentaba conductas psicóticas o bien era anoréxico.

Su formación inicial fue basada en el psicoanálisis, posteriormente del MRI retoman la idea de la familia como un sistema abierto en donde existe retroalimentación del contexto y hay tendencia a la estabilidad y al cambio. También son influidos por la nueva teoría de la comunicación humana y en particular por la teoría del doble vínculo lo cual propicia que una persona desarrolle conductas de tipo esquizofrénico.

La piedra angular del Grupo de Milán fueron los juegos familiares (Ochoa, 1995). Esto abarca las creencias que tienen unos de otros y las relaciones entre los miembros de la familia. Se tenderá a detectar el juego patológico, el que no es adaptativo al no cumplir con los requerimientos del momento evolutivo de la familia, tampoco se podrán comunicar verbalmente las reglas porque la estructuración de éstas se ha dado exclusivamente en el plano analógico (Selvini, 1990).

El equipo terapéutico elaboraba una hipótesis de trabajo; las intervenciones se dirigirán a modificar el juego y cambiar las reglas rígidas por unas más flexibles. En ocasiones también se encuentran involucrados en dichos juegos miembros de la familia extensa. La regla en el caso de una familia psicótica sería la imposibilidad de definir la relación. Se requieren de tres generaciones para obtener a un esquizofrénico, la forma de vivir se manifiesta en normas repetitivas y rígidas. En la primera generación dar un signo de confirmación (aceptación) era vinculado a debilidad a perder autoridad y prestigio. La

pareja de la segunda generación se moverá siempre con cautela a fin de no sentirse rechazado, sus familias de origen se distinguieron por no confirmarlos y se asume con tal sentimiento de insatisfacción que se vuelve una necesidad el volver intentarlo a fin de lograrlo. Los cónyuges se posicionan en la relación de una forma simétrica, cada uno intenta conquistar el control de la definición de la relación y el fallar se convierte en algo insostenible, será necesario evitarlo y la única manera es descalificando la propia definición de la relación, rápidamente antes de que el otro lo haga; estas reglas se convierten en secretas. (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Mara Selvini inició el estudio de la anorexia nerviosa, hablaba de que el síntoma anoréxico aparecía al confluirse varios factores, en primer lugar hablaba de la cultura occidental y en segundo de las mismas interacciones familiares. La anorexia se presenta en una sociedad solvente, en donde la moda se refiere a la delgadez especialmente femenina. Por otro lado en las familias se privilegia el bienestar de los hijos alargando la dependencia hacia los padres, esto es, la responsabilidad se posterga (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1988).

La evaluación del juego se fundamenta entonces en una causalidad circular (síntoma y contexto). Se cambia el verbo “ser” por el verbo “mostrar”, esto es, se observa el patrón de interacción y se determina el papel que tiene el síntoma en ese sistema relacional (Ochoa, 1995).

La circularidad incluye al terapeuta en el “circuito que moviliza la información” (Rodríguez, 2004).

Se utilizaba el interrogatorio circular el cual era relacional en su totalidad. Para lograr realizarlo el terapeuta debería pensar en:

- Las relaciones entre los miembros de la familia.
- No se debería de detener mucho tiempo en un miembro de la familia.
- Las preguntas se deberán referir al problema o a la hipótesis.
- El terapeuta deberá estar alerta a las palabras clave y centrar el interrogatorio alrededor de los temas claves.
- Si la familia dudaba al responder el terapeuta podía preguntar lo opuesto.
- Indagar que pasaría con los miembros de la familia en caso de ocurrir un cambio.

Las preguntas circulares pueden ser de cuatro tipos (Ochoa, 1995):

- Lineales: Preguntas de orientación para visualizar lo que ocurre con el síntoma.
- Circulares: Son preguntas que ayudan a ver las conexiones entre los eventos y así poner a prueba las hipótesis del terapeuta, también pueden ayudar a que la familia obtenga un cambio en la percepción de su problema.
- Estratégicas: Ayudan a mover al sistema, son más directivas.
- Reflexivas: La familia puede generar por sí misma una nueva manera de ver su problema. Se invita a la reflexión, estas se pueden orientar al futuro, pueden incluir una sugerencia, etc.

Para Selvini Palazzoli son dos los principales juegos psicóticos:

El embrollo: En donde un padre ostenta una relación con privilegios con uno (a) de sus hijos (as), a quien prefiere por encima de su esposo (a). Esta relación se utiliza como una estrategia en contra de alguien y por lo general en contra del otro cónyuge. El hijo (a) se siente cómplice en una relación indebida, se siente utilizado, y traicionado condenado a guardar silencio ante dicha relación y al mismo tiempo deseoso del amor del otro progenitor, el síntoma que desarrolla es una “venganza por la traición de que se siente objeto” (Ochoa, 1995 p.75). Es una situación sumamente compleja ya que todo se manifiesta a un nivel analógico siendo inaccesible a nivel verbal por lo que puede “ser mal interpretado, desmentido y negado” (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1988, p. 84), pueden parecer como cándidas conductas que en realidad no lo son.

La instigación: “El juego consiste en una provocación disimulada a la que se responde con rabia disimulada, se cae en un patrón recursivo tanto de provocaciones indirectas y respuestas de rabia contenida” (Ochoa, 1995 p.75).

provocación disimulada \longleftrightarrow rabia disimulada

Desarrollo de la Terapia, en Rodríguez (2004):

En una ficha se transcribían los datos de la familia: fecha de llamada, dirección, edades, profesión de cada uno de los padres, fecha de matrimonio, los datos de cada uno de

los hijos, con quién vivían, parentesco.

El equipo lo conformaban dos terapeutas hombres y dos mujeres. Una pareja hombre-mujer atendía a la familia, y los otros dos terapeutas observaban detrás de un espejo bidireccional.

Partes de la sesión:

1) Presesión: El equipo terapéutico analizaba la ficha en caso de ser la primera sesión si no lo era se analizaba el acta de la sesión anterior. Se elaboraba una hipótesis que guiaba las preguntas y las intervenciones, debiendo ser sistémica esto es que incluyera a todos los miembros de la familia. Es precisamente la creación de las hipótesis una de las mayores contribuciones del Grupo de Milán ya que conectaba al síntoma con el todo.

2) Sesión: Los terapeutas observaban y propiciaban interacciones buscando las reglas secretas de la familia, los otros dos podían llamar con la finalidad de dar sugerencias o indicaciones. A través de la hipótesis se conecta las conductas de los miembros de la familia y su significado.

3) Discusión de la sesión: Los terapeutas que se encontraban con la familia salían de la sesión a conversar con los otros dos y decidían como terminarla. Sobre una hipótesis confirmada se diseñaba la intervención final.

4) Conclusión: Los terapeutas regresaban con la familia a dar un mensaje final el cual podía ser un comentario o prescripción. Normalmente el mensaje era paradójico.

5) El acta de la sesión: Cuando la familia se retiraba el equipo redactaba el acta de la sesión, se discutían las observaciones de cada uno, se formulaban previsiones y se hacía una síntesis de lo ocurrido.

La posición del terapeuta debía ser neutral y el equipo ayudaba contrarrestando cualquier intento de algún miembro de la familia por buscar alianza con el terapeuta.

Se buscaba la circularidad en las relaciones, diferencias y cambios, cada miembro nos puede informar como ve la relación entre otros dos. En este tipo de interrogatorio circular se camina en el tiempo ya sea en el pasado, presente y futuro.

Tipos de preguntas:

En (Ochoa, 1995) se señala que el Grupo de Milán desarrollo cuatro tipos de preguntas a fin de recabar información, estas son:

- Triádicas: Un tercero se sitúa como testigo en la relación de otros dos miembros de la familia, de ésta manera los otros dos pueden escuchar cómo se les percibe.
- Clasificadoras: Con estas preguntas se traza un mapa de relaciones y/o establecen un orden en relación con una cualidad.
- Explicativas: Se busca información sobre el sistema de creencias familiar, tratando de elucidar como se desarrolla un suceso y el porqué.
- Preguntas sobre alianzas: Se busca saber quién está más cerca de quién.
- Preguntas hipotéticas: Averiguan cuál pudiese ser la reacción del grupo familiar ante una situación buena o mala. Se sugieren nuevos modos de relacionarse de manera que la familia considere nuevas posibilidades de acción.

Objetivos terapéuticos:

Liberar a la familia de su rigidez a fin de que se altere el mapa relacional, se cambiarán las reglas, siendo la misma familia la que busca sus alternativas de solución más adecuadas, se habla de que el sistema familiar es más creativo que el terapeuta.

Técnicas de intervención:

El Grupo de Milán utilizaba intervenciones conductuales, en un principio paradójicas y posteriormente directas, también usaban intervenciones cognitivas (redefinición y la connotación positiva) y en algunos casos las metáforas (Ochoa, 1995). También se destacaba el uso de rituales.

1) **Intervenciones conductuales:** En este grupo tenemos:

Prescripciones paradójicas: Prescriben la secuencia patológica connotada positivamente. Cuando se observa rigidez en el sistema de creencias, se introducen prescripciones paradójicas con la finalidad de flexibilizarlo y causar confusión, no se deben de usar cuando el terapeuta no esté seguro o cuando crea que la familia cumplirá al pie de la letra las indicaciones. Cuando se connota positivamente la tendencia es hacia la homeostasis de la familia como grupo no de las personas, se ubica a todos los miembros en un mismo plano, ¿porqué necesitan al síntoma para mantenerlos juntos?

Prescripciones ritualizadas: Se prescribe una secuencia estructurada de conductas que introduce nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra

intervención verbal.

Rituales: Se proponen una serie de conductas y/o actividades definidas claramente, permitiendo aclarar o identificar los patrones relacionales que no se habían reconocido. Con los rituales se rompen mitos, se cambian las reglas del juego sin críticas; pueden ser efectuados una sola vez o repetidamente (Rodríguez, 2004). El ritual rompe la rigidez e invita a participar en un nuevo juego con reglas diferentes.

Los rituales y las prescripciones actúan en el plano analógico y permiten un aprendizaje nuevo que desarrolla una capacidad antes latente e inmersa en el sistema (Selvini, 1990) son hechos a la medida de la familia.

Tarea ritualizada de los días pares días impares: Se prescribe en días separados dos conductas que sean contradictorias o dispares que se observan en el sistema familiar; siendo el objetivo la inclusión de conductas alternativas al patrón relacional, sitiar las secuencias interactivas o bien controlar de una forma voluntaria determinadas conductas.

2) Intervenciones cognitivas: Con este tipo de intervenciones se trata de alterar la percepción de la familia hacia el síntoma, se afectan el tipo de atribuciones que las personas hacen con respecto a las causas del problema o con respecto a las intenciones de la conducta de los demás (Ochoa, 1995). Tenemos:

Redefinición: Se presenta al síntoma desde otro marco conceptual, y se usa con una connotación positiva. Se antecede a una prescripción.

Connotación positiva: Si la causa del problema no son intenciones hostiles, entonces la atribución de este se cambia de intenciones negativas a positivas, el problema tiene razones benévolas como el amor o el sacrificio tanto por parte del paciente identificado como de la familia, este sacrificio nadie lo pidió, es algo espontáneo que hace el miembro de la familia que presenta los síntomas. La familia entonces se encuentra muy unida y se les encamina a la búsqueda de opciones más satisfactorias para la resolución del problema. Esta técnica colocaba a todos los miembros de la familia en un mismo plano, no había demarcaciones moralistas entre malos y buenos o enfermos y sanos (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentini, 1999).

Otras estrategias de intervención:

Prescripción invariable en Ochoa (1995): Se elimina la necesidad de establecer

hipótesis, se conceptualiza a la esquizofrenia como una falta para diferenciarse el subsistema filial del parental, no existe emancipación entre padres e hijos. Con este tipo de intervención se tratará de separarlos de una forma gradual clarificando los límites entre las generaciones. El procedimiento es el siguiente:

Durante la primera sesión se convoca no solo a la familia nuclear, sino a los miembros de la familia extensa que sean más significativos. En esta sesión no se habla de la relación entre los esposos, se habla de las relaciones intergeneracionales; la finalidad es la vivencia de los límites de la familia nuclear con el resto de los miembros. Al final de la sesión se les indica que aún no se está en posibilidades de darles una conclusión y se cita para una segunda sesión solamente a la familia nuclear.

Al final de la segunda sesión se nombra a cada uno de los hijos por orden de edades y se les pide permanecer en casa para la sesión siguiente, se cita solamente a los padres.

En la tercera sesión se le pregunta a los padres cómo reaccionaron ellos y sus hijos ante la indicación anterior y si hablaron de esto entre sí. La nueva prescripción será no comentar y guardar un absoluto secreto con respecto a la sesión; anotarán cada uno de forma separada las reacciones verbales y no verbales de sus hijos que tengan que ver con la ésta.

La cuarta entrevista se estructura de dos formas, si guardaron el secreto se podrá continuar con la siguiente prescripción: Los padres saldrán un día, se pondrán de acuerdo con anticipación en el día y la hora, solamente dejarán a los hijos una nota avisando la salida. Volverán a casa posteriormente a la cena, y si uno de los hijos pregunta en dónde estuvieron se limitarán a responder de forma amable que es un asunto solamente de ellos dos. También se anotarán las conductas verbales y no verbales.

Cuando no se ha cumplido la prescripción se hará un cuidadoso análisis de que se rompería en el juego relacional en caso de llevarse a cabo, si se ha cumplido con las prescripciones al final de la quinta sesión se les pide que se ausenten durante todo un fin de semana dejando solamente un mensaje.

En la sexta sesión se sugiere la misma prescripción pero con una ausencia de diez días a un mes dejando solamente una nota, en el caso de niños pequeños se dejará un teléfono para emergencias y se mantendrá el secreto en todo momento; la finalidad es crear el límite de la pareja, separándolos de todos los demás.

La revelación del juego: Se reconstruye el juego familiar, se dan indicaciones ya no paradójicas, solamente se orienta hacia el cambio y no se le da una connotación positiva al síntoma (Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentini, 1999).

De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo: Con esta estrategia se coloca al hijo sintomático ante los otros hermanos en una posición de ayuda hacia ellos, “él ha decidido regalarles el reconocimiento de sus padres y la libertad de acción que han tenido gracias a que ha acaparado toda la atención (Rodríguez, 2004 p.183). Esta estrategia mueve las etiquetas de los miembros de la familia.

Aceptación sin objeciones de una mejoría sospechosa: Cuando las interacciones familiares no se han modificado y desaparece el síntoma, el terapeuta sospechará que se trata de otra estrategia a fin de conservar la homeostasis. Esta es una maniobra terapéutica que consiste en aceptar la desaparición del síntoma, los terapeutas ponen a prueba lo dicho por la familia. “Esta táctica paradójica logra anular el movimiento saboteador, se coloca a la familia en la necesidad de tener que volver a pedir, tarde o temprano, la continuación de la terapia” (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata 1988, p.127).

Como recuperar a los ausentes: Cuando uno o varios miembros de la familia abandonan la terapia se pensará en una resistencia pero de todo el grupo familiar, sin embargo el equipo terapéutico da como válidos los motivos de la ausencia sea los que fueren; se deberá estar especialmente atento a la sesión y trabajar alrededor de la ausencia.

Cuando falta algún miembro a la sesión la táctica cambia y se añade un sexto momento en la misma: la conclusión en casa, con la familia reunida en su totalidad; el equipo la envía por escrito y en un sobre cerrado los últimos comentarios, de esta manera al miembro ausente se le incluye (Rodríguez, 2004).

Como eludir la descalificación: La tarea principal y más difícil de los terapeutas es abrir este juego ayudando a definir la relación. Sería la forma de otorgarle a cada uno de los miembros de la familia su responsabilidad en las relaciones, asimismo abrir alianzas y coaliciones que definirían la relación como simétrica y permitirían la ruptura de la homeostasis. Para lograrlo los terapeutas deberían ser muy hábiles en el manejo de la paradoja terapéutica y no ceder ante las constantes invitaciones de la familia a jugar su propio juego.

El problema de las coaliciones negadas: Diversos autores han hablado de la

confusión que puede existir cuando no existe claramente delimitada la barrera intergeneracional, puede existir perversión en los roles y las coaliciones ser secretas y negadas. Se habla de una coalición entre uno de los progenitores y un hijo (a) en contra del otro progenitor, en ocasiones pueden revestirse de un tinte erótico.

La intervención siempre tenderá a ser sistémica y global, se debe de abarcar a todo el grupo familiar y carecer de tintes moralistas. Las coaliciones perversas son connotadas como positivas en su intencionalidad honesta y afectiva cuando se ponen en evidencia, aunque sea de forma alusiva (Selvini et al, 1988).

Los terapeutas declaran la propia impotencia sin reprochárselo a nadie: Hay familias que no responden a los cambios o bien descalifican olvidando las intervenciones terapéuticas. No se deberá insistir, se evitará caer en una posición simétrica, se cambiará entonces la posición del terapeuta declarando honestamente la propia impotencia evitando cualquier reproche al grupo familiar. Las reacciones de la familia generalmente son de desconcierto, con esto se favorecerá la renuncia a la posición simétrica y se acomoden más hacia una complementaria.

Los terapeutas se autoprescriben la paradoja extrema: En el juego de las familias esquizofrénicas se manda el siguiente mensaje: “sólo podréis ayudarme no siendo lo que sois” (Selvini et al, 1988 p.169), a fin de destruir el pedido paradójico de la familia, se idearon dos contraparadojas. En la primera se aísla este pedido y se le connota de una forma positiva, alimentándolo de justicia y legitimidad y la segunda se refiere a que el terapeuta acceda a dicho pedido y sea quién se necesita que sea. La posición del terapeuta deberá mantenerse en ventaja al aclarar que esta autoprescripción sería la única manera de llevar a éxito el tratamiento.

Los terapeutas abandonan el rol paterno prescribiéndolo paradójicamente a los miembros de la última generación: Cuando los hijos actúan como si fueran los padres parecería un tanto patológico, sin embargo en ocasiones puede ser funcional. Cuando los mensajes del progenitor son claros, y los roles respectivos son elásticos e intercambiables permite al hijo aprender y ensayar el rol paterno. En una familia de transacción esquizofrénica se pueden observar que las transacciones son ambiguas e incongruentes dominadas por el doble vínculo el mensaje del progenitor podría ser: “ponte de mi lado, pero no te pongas en contra de ningún otro” (Selvini et al 1988, p.177). La familia intentará

que el terapeuta se sume al juego, cada miembro de la pareja esperará obtener su preferencia; la tarea será evitar caer en el engaño; para conseguirlo deberá:

- Al ingresar a la familia evitará formar juicios de lo que es malo o bueno.
- Los miembros de la familia continuarán intentando coaliciones con los terapeutas tratando de diferenciar entre lo malo y bueno.
- Los terapeutas rechazan la maniobra. El verdadero líder es quien se sacrifica por los demás, es decir el paciente designado. Los síntomas de éste son connotados positivamente.
- Los terapeutas son aún más parentificados por los progenitores rivalizando entre sí, incluso con el paciente identificado.
- El paciente comienza a cambiar su posición de progenitor a hijo.
- Los padres continúan intentando hacer coalición con los terapeutas con la finalidad de ser aprobados.
- Los terapeutas no hacen ninguna declaración.
- El paciente abandona sus síntomas y durante las sesiones su rol va apareciendo más secundario, lo mismo ocurre en casa.
- Otro de los hijos puede comenzar a manifestar síntomas.
- Los terapeutas connotan positivamente la conducta atribuyéndola a un miedo de terminar la terapia.
- Los hijos aparecen sin síntomas aunque aún los padres luchan por tener la coalición con los terapeutas.
- Los terapeutas abandonan el rol de progenitores y paradójicamente lo prescriben al o los miembros de la última generación (Selvini et al, 1988).

El estudio de la anorexia y la esquizofrenia ha estado dividido en tres etapas, en un primer momento el equipo fue formado por Mara Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giulana Prata en el período comprendido 1971-1978, posteriormente por Palazzoli y Prata de 1979-1985 (Post-Milán), y en un tercer período 1982-1987 Palazzoli, Stefano Cirillo, Mateo Selvini y Anna María Sorrentino.

En este tercer período comenzó a establecerse un cambio en el pensamiento en la concepción de la anorexia y bulimia, ya no se hablaba de “rígidas tipologías familiares” o

bien “la personalidad de la anoréxica”; más bien se relacionan entre sí una serie de síntomas, con una determinada personalidad y con un cierto tipo de familia; existe una persona la cual desde el mismo momento de su nacimiento posee ciertas características y existe también la influencia de variables socioculturales.

El objetivo del tratamiento de la paciente anoréxica(o) y/o bulímico “será ayudarlo a identificar sus necesidades, a convertirse en protagonista consciente de las vicisitudes que han caracterizado su historia personal, sosteniéndola para expresar, en la interacción con las figuras significativas de su vida, las propias solicitudes y las propias críticas con un renovado sentimiento del propio derecho y valor” (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentini, 1999, p.103). El objetivo del tratamiento de los familiares sería por un lado la madre, ya que en todos los casos observados ella es parte central del problema, ella tendrá que hacer un trabajo de reparación de su propia imagen, defenderse a si misma y a su propia dignidad para poder hacerse cargo de las necesidades de su hija. El padre deberá hacer consciente que detrás de una fachada machista existen necesidades infantiles. Lo deseable sería que la esposa pudiera evolucionar sin dejarse aplastar en un rol subalterno y que el esposo lo permita sin considerarlo un ataque. También que la madre se pueda acercar a su hija sin que él pueda manifestar celos ya que pudiese competir con los hijos por esta atención maternal.

Por otro lado Boscolo y Cecchin al iniciar su retirada del grupo en 1978 siguieron trabajando sobre algunos lineamientos de la escuela de Milán pero incorporaron nuevos conceptos en su trabajo como el de neutralidad y el del tiempo. Con respecto a la neutralidad hablan de que el terapeuta deberá evitar coaliciones y alianzas con alguno(s) de los miembros de la familia, posteriormente Cecchin (1989, p.16) reemplaza el concepto por el de curiosidad debido a la dificultad de la posición de neutralidad. Al hablar de curiosidad se refiere a las reflexiones, preguntas o tareas que le indiquen como es la familia y con ello generar hipótesis y nuevas ideas llevándolo a considerar múltiples historias co construidas por la familia y el terapeuta, el mismo autor comenta:

“La neutralidad proporciona el contexto para formar muchas hipótesis. A su vez las múltiples hipótesis suministran un contexto para ver patrones circulares... el interrogatorio circular se usa para desarrollar, refinar y descartar hipótesis acerca de la familia, lo cual ayuda a construir un contexto de curiosidad y neutralidad”

Boscolo y Bertrando (1996) hablan del tiempo de los pacientes, del tiempo de la

terapia, del tiempo del terapeuta y del equipo. Existen posturas que se enfocan mayormente al pasado, otras más hacia el presente o futuro. Lo que ellos tratan es de interrelacionar las tres dimensiones del tiempo ubicándolo en el propio tiempo del paciente. El terapeuta actuará haciendo una relación de tipo reflexivo en las que se introduzcan las tres dimensiones del tiempo (pasado, presente y futuro) creando pasados y futuros hipotéticos en el presente.

El terapeuta es un catalizador para la producción de los cambios y cada persona tiene su tiempo personal para producirlos. Cada sesión la denominaban primer sesión podrían aparecer cambios no vinculados a ningún programa, ni a pasos establecidos de antemano. La familia dejó de percibirse como una “máquina homeostática y el terapeuta estuvo más alerta a lo que ocurría en la sesión: al intercambio no solo de información, sino de emociones y significados de los eventos. Se observa una clara influencia de los conceptos del construccionismo social, cibernética de segundo orden y la postmodernidad, se habla de una evolución conjunta entre familia y terapeuta creando juntos la realidad en una relación más igualitaria, ya no se habla de patología y se destacan los recursos de la familia.

2.1.7 Fundamentos de las terapias posmodernas

Para ver con mayor claridad como ha sido la evolución del cambio epistemológico en la manera de hacer terapia, en primer lugar se hará la distinción entre modernidad y posmodernidad, ampliando el concepto del si mismo.

¿Qué es la modernidad y posmodernidad?

Modernidad: El individuo trata de descubrir los fundamentos de la existencia de un mundo exterior, existe un mundo objetivo independiente de los sentimientos y pensamientos. El sujeto que conoce es autónomo y se encuentra separado de aquello que observa. El lenguaje será el medio para transmitir ese conocimiento. En la práctica psicoterapéutica el terapeuta tiene un “saber” basado en sus prejuicios, teorías, experiencias personales y profesionales y se impone al conocimiento que el cliente pueda tener. La terapia modernista es liderada por el terapeuta, él está influido por la cultura dominante y existen diagnósticos y conductas esperadas, por lo tanto existen objetivos que alcanzar. El cliente es el sujeto de observación e indagación, y el terapeuta es quién lo liberará de sus males. El lenguaje habla entonces de deficiencias, al cliente se le considera “defectuoso,

fallido y disfuncional” y la tarea del terapeuta es “inspeccionar, reparar y pulir” (Anderson, 1999 p.29 y 67).

Posmodernidad: La posmodernidad ha surgido como una manera nueva de indagación, en su versión más simple, *posmoderno* significa una crítica, no una época.

El posmodernismo logró reconocimiento hasta la década de los setentas, no lo representa nadie en particular es un “coro polifónico”, en donde diferentes voces expresan su crítica hacia el modernismo, hacia los discursos privilegiados, hacia la idea de verdades universales y una realidad objetiva (Anderson, 1999).

“El pensamiento posmoderno avanza hacia un conocimiento como práctica discursiva; hacia una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas; hacia una multiplicidad de enfoques para el análisis de los temas como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, la persona y el poder. Acentúa la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje” (Anderson, 1999 p.71).

El conocimiento es concebido como una construcción social, existe una interrelación entre cultura, contexto, lenguaje, comprensión y experiencia.

Lo que sabemos o creemos saber es algo construido y que vamos a transmitir a través del lenguaje.

Entender el posmodernismo implica dejar de creer que ahí afuera se encuentra un mundo ordenado y sistemático, una misma realidad para todos esperando ser descubierta y entendida. Al no hablar de verdad no se refiere a decir que nada exista o que todo valga, sino se habla de que todo es susceptible de ser cuestionado.

Las premisas filosóficas en que se sustenta el posmodernismo son las siguientes (Anderson, 1999 p.29):

- Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
- Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyen realidad.
- Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
- La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales

creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.

- El lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.
- El conocimiento es relacional; esta inserto en el lenguaje y en nuestras prácticas cotidianas, en donde también se genera.

La hermenéutica ha sufrido algunas transformaciones a lo largo de la historia, actualmente es un método que sirve para comprender e interpretar la conducta humana. La comprensión siempre será interpretativa y no habrá un punto de vista único. Cada interpretación solo será un punto de vista de la realidad y el entendimiento se dará en función de un diálogo.

El posmodernismo destaca la naturaleza relacional y generativa del lenguaje, con lo cual alude a una forma de conceptualizar y describir a las cambiantes características de lo que sabemos o creemos saber. Se genera conocimiento de los unos con los otros a través del lenguaje. Son las palabras ya sean no habladas o habladas, las señales, los gestos, los sonidos y cualquier forma de hablar y de actuar en la comunicación, en síntesis a través del lenguaje construimos nuestro mundo, lo ordenamos y no solo le damos significado a las relaciones, sino a nuestra propia vida (Anderson, 1999).

Los enfoques terapéuticos que se consideran como parte del posmodernismo son:

El enfoque colaborativo, que está representado por Harlene Anderson y Harold Goolishian, y al trabajo con equipos reflexivos de Tom Andersen (Beltrán, 2004) se incluye también el trabajo de terapia narrativa de Michael White y David Epston.

El posmodernismo representa un reto para la psicoterapia, el foco no está en el interior de las personas, tampoco de la familia sino más bien la(s) persona(s) en relación, por lo tanto todos los supuestos en psicoterapia deberán ser cuestionados y discutidos.

Concepto del sí mismo en el enfoque posmoderno.

En el constructivismo social al concepto de sí mismo como algo dado y a descubrir se antepone el concepto del sí mismo como una realidad construida. El sí mismo, está siempre envuelto en un devenir conversado, en una construcción y reconstrucción que

ocurre a través de la continua interacción. Las narrativas que conforman nuestra identidad se refieren a las que dan forma a lo que decimos que hemos sido, somos y seremos (Anderson, 1999), el propio ser y la identidad son realidades narrativas construidas socialmente en y a través del lenguaje. Para Anderson (2001b, p.208), al expresarnos estamos al mismo tiempo conformando nuestro propio yo. “El acto de expresarse es el acto de la constitución del propio yo”.

2.1.8 Terapia Narrativa

Michael White y David Epston son los representantes de la terapia narrativa. White nació en Australia, su formación profesional se inició en el campo de la electricidad y la mecánica, fue a partir de 1967 que se interesó más en las personas que en las máquinas comenzando a trabajar en el Departamento de Asistencia Social. Llegó a ser terapeuta familiar trabajando en el Dulwich Centre de Sud Australia, fue reconocido a nivel internacional.

David Epston originario de Nueva Zelanda conoció a Michael White durante la Segunda Reunión Australiana sobre Terapia Familiar realizada en Adelaida en 1981. A partir de entonces se le ha reconocido la gran influencia en la terapia familiar, su enfoque se basa en el respeto y compasión por las personas utilizando el sentido del humor, su trabajo está cargado de ritos y metáforas. Su primer formación académica fue en sociología y en forma específica en sociología de la medicina, también la antropología tenía un papel fundamental en sus estudios; retoma de esta disciplina el fenómeno llamado “pequeñas culturas familiares” (Epston, 1994 p.125); cada familia posee su propia identidad. Para el mismo autor es de particular importancia el proceso de cambio y por consiguiente que ritos se podrían incorporar a la terapia para consolidar estos cambios. Habla de los ritos de pasaje que son una serie de acontecimientos claramente programados, y prescritos. En terapia será posible crear nuevas maneras de mirar, nuevas metáforas, imágenes de la propia vida, por lo tanto será tarea del terapeuta generar nuevos ritos de pasaje. Para el autor la terminación de la terapia se convierte mas bien en una celebración.

A finales de la década de los setentas Michael White se sintió intrigado por las nuevas ideas de Gregory Bateson, fue atraído por la idea de observar como antiguos

paradigmas eran reemplazados por los nuevos y consecuentemente existía una transformación radical de los sistemas sociales. Las ideas de Michel Foucault acerca de como los sistemas de conocimiento como la medicina pueden ser hondamente opresivos, llevando a transformar a las personas en sujetos deshumanizados haciendo de ellos clasificaciones científicas; y la teoría feminista influenciaron su forma de pensar. Para Michael White leer fuera de la disciplina de la psicoterapia te puede llevar a tener nuevas ideas acerca de ésta y fueron David Epston y Cheryl White quienes lo alentaron a trabajar y a interesarse en la estructura de los textos.

¿Qué es la narrativa?:

Las personas somos seres que interpretamos nuestras experiencias y es a través de nuestros relatos que lo hacemos; a partir de esta interpretación decidimos lo que hacemos y los pasos a seguir en nuestra vida, vivimos a través de los relatos que tenemos de nuestras vidas, estas historias la modelan y la constituyen (White, 2002).

La vida de las personas está modelada por las significaciones que ellas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales del lenguaje, del yo y de su relación (White, 2004).

La narrativa entonces se refiere a una forma de discurso en el cual comprendemos, damos significado, explicamos y organizamos nuestra vida, dando estructura y coherencia a las circunstancias y sucesos que nos ocurren. La forma en que hablamos, lo que decimos y cómo lo decimos conforma nuestra experiencia, también como comprendemos la naturaleza y la conducta de las personas. El vehículo de nuestras narraciones es el lenguaje y lo usamos para “construir, organizar y atribuir significado a nuestras historias” (Anderson 1999 p.278), éstas están en constante cambio, en constante construcción. A través de la narrativa abrimos posibilidades.

Nuestros relatos nunca están libres de contradicciones y ambigüedades y las personas nos esforzamos en darles coherencia y sentido de acuerdo a los relatos dominantes brindados por nuestra cultura. Este relato dominante nos dice como debería de ser una persona, y lo que significa ser una persona moralmente valiosa. Los relatos hablan de una forma de ser preferida de acuerdo a nuestra cultura; existe un contexto cultural en donde las narrativas individuales pueden aparecer como ordenadas o desordenadas de acuerdo a un

consenso compartido. Puede ocurrir que las personas incluso sometan su propia vida para encajar en los discursos de poder (White, 2002). Según Foucault, las prácticas de poder se introducen en la vida de las personas, modelando sus vidas a un nivel muy profundo, se determinan sus motivaciones, sus deseos, sus actitudes, es como si fuera un adiestramiento. En este sistema de poder:

- *“La fuente es invisible para quienes lo experimentan mas intensamente*
- *las personas están aisladas en su experiencia de sometimiento,*
- *las personas están sometidas a la “mirada” escrutadora y al “juicio normalizador”,*
- *a las personas les es imposible determinar cuándo son objeto de vigilancia y escrutinio y cuando no lo son; por consiguiente, deben suponer que siempre lo son,*
- *se incita a las personas continuamente a evaluarse a sí mismas, a vigilarse, y obrar en sus cuerpos y almas para hacerlas dóciles,*
- *el poder es autónomo en la medida de que quienes participan en el sometimiento de los demás, son a su vez, “instrumentos” del poder”. (White, 2002 p.44).*

De esta manera las personas vigilamos y disciplinamos nuestra propia vida y actuamos con modos de ser prescritos. Las personas no miramos los efectos del poder, simplemente asumimos que nuestras conductas son parte de una liberación y de una realización. Para Foucault el poder “genera realidades, crea dominios de objetos y rituales de verdad”(White y Epston, 1993 p. 84). Los mismos autores se refieren a una estructura social de desigualdad en donde los hombres son los instrumentos de la visión normalizadora sometiendo a la mujer a ésta. Para Foucault “poder y conocimiento son inseparables”, “el dominio del conocimiento es un dominio del poder y un dominio del poder es un dominio del conocimiento” (White y Epston, 1994 p.38)

White retoma algunos conceptos del psicólogo Jerome Bruner (2002), el habla de dos paisajes que tienen los relatos, el de acción y el de conciencia. El primero está constituido en la trama que se origina a través del tiempo, esto es una serie de acontecimientos eslabonados en cierta secuencia (pasado, presente y futuro), de conformidad a ciertas tramas específicas; las personas al presentarse en terapia hacen una descripción del paisaje de acción en sus relatos dominantes. El paisaje de conciencia se refiere al significado o la interpretación que le atribuyen al relato dominante, este paisaje nace a través de la reflexión acerca de los eventos del paisaje de conciencia.

La Intervención desde la perspectiva narrativa.

Una persona experimentará problemas y a menudo buscare ayuda terapéutica cuando sus vivencias se contradicen al discurso dominante, a los discursos de verdad, cuando las personas consideran problemáticas sus formas de ser o pensar o las de otros.

Las familias que buscan ayuda tienen problemas a los cuales les es imposible encontrar soluciones, cuando el terapeuta investiga las soluciones intentadas descubre que los intentos lejos de ayudarlos hacen que el problema se perpetúe ya que aplican más de lo mismo. Los miembros de la familia en apariencia no tienen la capacidad de encontrar una solución alternativa (White, 2004).

En psicoterapia se requiere entender cómo ha sido la vida de las personas, que es lo que viven y por lo que están atravesando buscando construir un vínculo de confianza. En segundo término se exploran las experiencias de ellas con respecto a su problema, una “conversación externalizadora” (White, 2002 p.26), cómo ha influido el problema tanto en su vida como en sus relaciones, lo que les permite “identificar los conocimientos unitarios y los discursos de verdad que las están sometiendo” (White y Epston, 1993 p.45). Esto se hace a través de preguntas como: ¿De que forma se está afectando la vida de...?, ¿Cómo está afectando el problema a la imagen de si mismo de...?, etc. En muchas ocasiones la personas creen que el problema expresa quienes son ellas mismas, son verdades que tienen efectos totalizadores sobre sus vidas.

La conversación externalizadora pone en duda estas creencias y ayuda a que las personas puedan vislumbrar nuevas posibilidades, se contrarresta la influencia del problema en su vida y sus relaciones; su identidad se encuentra separada del problema, evitando complicaciones relacionadas con la crítica, censura, culpa y con los rótulos negativos; se cosifica el problema; esto no ocurre con las conversaciones internalizadoras.

Los autores White y Epston señalan (1993, p.54) como ayudan las conversaciones externalizadoras:

- *“Hacen disminuir los conflictos personales más estériles incluyendo las disputas en torno a quién es el responsable del problema.*
- *Combate la sensación de fracaso que aparece en muchas personas ante la persistencia del problema pese a sus intentos por resolverlo.*
- *Allana el camino para que las personas cooperen entre sí, se unan en una lucha común contra el problema y logren sustraerse a su influencia.*
- *Abren nuevas posibilidades de que las personas actúen para apartar sus vidas y relaciones de la influencia del problema.*

- *Permiten a las personas afrontar de un modo más desenfadado, más eficaz y menos tenso los problemas que parecían terriblemente serios.*
- *Ofrece opciones de diálogo y no de monólogo, sobre el problema”.*

Con la externalización se manifiestan las técnicas del poder a las que las personas están sujetas, sometiéndose ellas mismas o haciéndolo con los demás; este tipo de conversaciones es un proceso de “deconstrucción”, éste es un tipo de pensamiento que critica, analiza y revisa fuertemente las palabras y sus conceptos (Derrida 1977, citado en White 2002). Se externalizan las vivencias relacionadas a ciertas prácticas de poder. Los procesos deconstruktivos invitan a las personas a sentirse parte activa en sus vidas, moldeándola, con la capacidad de influir en ella eliminando la sensación de ser solamente un pasajero.

Desde este enfoque la posición del terapeuta no será como el poseedor de las verdades, no se deben prescribir las normas en que las personas deberían de vivir, mas bien se habla de las habilidades del terapeuta o las prácticas que ejerce para contribuir al desarrollo de la reescritura de la vida o las relaciones.

Una terapia exitosa sería cuando las personas encuentran y determinen sus propias maneras de vivir, de como relacionarse con otros y con ellas mismas; brindarles un contexto que contribuya a la exploración de otras maneras de vivir y de pensar (White, 2002). El mismo autor sostiene que siempre existen historias alternativas que permiten vislumbrar otras versiones de la vida, ocasiones en la que las personas pudieron someterse a una práctica específica y se negaron a hacerlo. En el proceso terapéutico el terapeuta cada vez va siendo desplazado hasta que se le despide del proceso, él podría haber sido un factor importante en el descubrimiento de historias alternativas o en la “coautoría” de ellas, sin embargo debe de estar seguro de que las personas que han venido a consultarlo se sientan autoras privilegiadas de sus propios relatos siendo su participación poco a poco innecesaria.

Cuando las personas vislumbran historias alternativas comienza un proceso de re-narración, están desconstruyendo los relatos dominantes (White, 2002), esto se logra a través de preguntas que privilegien estos sub-relatos en donde el paciente pueda decidir y elegir siendo un agente activo en el curso de su vida; preguntas que acallen la curiosidad del terapeuta acerca de esas historias, que permitan vincular hechos aislados ya sea en el

pasado, presente o futuro y nunca imponer sus verdades ya que la terapia lo coloca en una situación de poder.

El problema para sobrevivir necesita de sus efectos, estos son los que lo mantienen, cuando se aprecian los acontecimientos extraordinarios y los significados las personas pueden comenzar a negarse a cooperar con el, asumiendo también la responsabilidad en su mantenimiento.

En este proceso las personas generan “paisajes alternativos de la acción y de la conciencia” (White, 2002 p.37), el progreso tiene que darse en las dos áreas para que exista una verdadera diferencia.

Algunas preguntas que reconocen las conductas constructivas y las integran a estas nuevas historias son: “¿Se da cuenta que al hacer esto ha ganado un voto para sí en contra del problema?, ¿Se da cuenta de hasta que punto fue significativa su iniciativa?”. Ampliando los cambios a la red social se contribuye al proceso de cambio: “¿Qué pensarían los miembros de su familia de estos nuevos pasos?”. Algunas preguntas referentes al panorama de acción y que ayudan al nacimiento de paisajes alternativos son: “¿Cómo se resolvió a dar este paso? Mirando retrospectivamente desde este punto de vista ventajoso, ¿qué advirtió usted en su conducta que pudiera haber contribuido a este resultado?. Preguntas relativas al panorama de conciencia son: “Reflexionemos por un instante en estos hechos recientes. ¿A qué nuevas conclusiones podría usted llegar sobre sus gustos, sobre lo que resulta atractivo para usted, sobre aquello que le atrae?, ¿Qué dicen estos descubrimientos sobre lo que usted desea de su vida?”. Otro tipo de preguntas que promueven el desarrollo de historias alternativas son las de experiencias de experiencias ya que invitan a la reflexión: “¿Qué le parece que me dice esto acerca de lo que usted deseó y aspiró en su vida?, ¿Cómo cree usted que conocer esta circunstancia afectó la opinión que tengo de usted como persona?, ¿Qué cree usted que esto podría revelarme sobre lo que valora más en la vida?, ¿Qué acciones realizaría usted si estuviera más ampliamente convencido de este concepto que tiene de sí mismo?, ¿En que medida puede modificar su vida la confirmación de esta opinión que usted tiene de sí mismo?”. Las preguntas referentes al panorama de conciencia y al de acción “historian el logro aislado” (White, 2004 p. 36-42).

El mismo autor habla de la “doble descripción”, refiriéndose a que para que las personas puedan percibir diferencias el terapeuta desarrolla junto con la familia descripciones dobles o múltiples invitándolos a señalar las diferencias entre esas descripciones; según White (2004):

- Las preguntas de influencia relativa facilitan este proceso.
- Destacar el tiempo, lo que ha permitido a la familia acostumbrarse a la presencia del problema.
- Plantear dilemas, de esta forma la familia deberá tomar decisiones.
- Predicción de la resaca, refiriéndose a las consecuencias del cambio y de esta manera prever el sabotaje a cualquier intento de solución.

Como se ha notado para el autor es esencial el proceso de interrogar, divide el tipo de preguntas en:

- Influencia relativa: Con este tipo de preguntas se incita a la familia a manifestar dos descripciones: la influencia del problema en sus vidas y sus relaciones y la segunda se refiere a la influencia que los miembros de la familia y sus relaciones tienen en que el problema persista (excepciones, logros aislados, replanteamiento de la relación consigo mismos y con los demás). También este tipo de preguntas favorecen la externalización del problema.
- Preguntas que incitan a la selección directa de logros aislados, a vislumbrar nuevas explicaciones, a la atribución de redescripciones únicas y posibilidades únicas. Estas preguntas invitan a la familia a examinar sus propias percepciones y a recibir más directamente significados que de otra manera, habrían pasado inadvertidos.
- Preguntas que incitan a la selección indirecta de logros aislados, a mirar explicaciones únicas, a la atribución de redescripciones únicas y a posibilidades únicas. Estas preguntas alientan a los miembros de la familia a especular sobre las percepciones de otras personas, incluso percepciones del terapeuta, lo que permite mirar el código de otras personas, también ayudan a consolidar nuevas descripciones.

- Preguntas que facilitan revisar y reevaluar la relación que se tiene con uno mismo.
- Preguntas que reevalúan la relación con los demás.

Otro importante recurso dentro de la terapia narrativa son los documentos escritos. En nuestra cultura lo escrito adquiere cierta autoridad y prestigio.

Es importante para White, que estas nuevas historias re-narradas puedan tener una “autenticación” (2002, p.32), por un público más allá de la familia, las cartas y otros documentos pueden ayudar al logro de las metas. Se utilizan cartas de invitación para un miembro ausente del que se requiera su presencia, cartas de despido cuando las personas realizan actividades innecesarias o que no les corresponden, cartas de predicción que se utilizan al final de la terapia, cartas de contraderivación, de recomendación, cartas para ocasiones especiales, para reflexiones post sesión, para investigar la influencia del problema en la vida de las personas o viceversa, historiar los acontecimientos extraordinarios, desafiar las técnicas de poder, desafiar a las verdades dominantes, historias propias; los certificados, diplomas, declaraciones de independencia etc.

Vivimos inmersos en la narrativa, reevaluando el significado de nuestras historias, todas las opciones descritas anteriormente permiten describir historias alternativas sentando las bases para reescribir la propia historia. (Suárez, 2004).

2.1.9 Modelo de Terapia basado en el equipo reflexivo.

Es a Tom Andersen a quien se le atribuye “la paternidad de trabajo con equipo reflexivo” (Beltrán, 2004 p. 202), realizó estudios como médico y posteriormente en psiquiatría. En la década de 1970 su trabajo terapéutico se apoyó en la escuela sistémica (Minuchin, Haley, Watzlawick, Instituto Ackerman y escuela de Milán). Fue profesor en la Universidad de Tromsø. Participó en un programa educacional denominado “Terapia familiar de orientación sistémica” y conoce a Lyn Hoffman, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Philippa Seligman y Brian Cade y comienzan a trabajar al estilo de la escuela de Milán, este trabajo se caracterizaba por dirigir a los clientes hacia lo que deberían hacer y al cómo deberían ver su problema, las premisas “que sustentaban su trabajo provenían de su formación cibernética y constructivista. En un principio se denominó equipo terapéutico a

la forma de trabajo y a partir de 1985 Andersen lo denominó equipo reflexivo. Se comenzaron a cuestionar su postura como terapeutas expertos y también el tener que decidir qué comentarios o discusiones presentarían a sus clientes, por lo que tomaron la decisión de permitir a los clientes escuchar la forma en que conversaban y así ellos podrían encontrar su propia respuesta a sus problemas.

Las premisas teóricas en que inicialmente se sustentaron sus trabajos fueron de la cibernética y constructivismo de von Foerster y von Glasersfeld, también las ideas de Bateson acerca de “la diferencia que hace la diferencia, de Maturana y Varela sobre la biología del conocimiento y el *multiverso*” (Beltrán, 2004 p. 204). Posteriormente la relación con Judith Davidson, William D. Lax y Dario Lussardi, también de Arlene Katz y Harlene Anderson. Finalmente Andersen desarrolló una visión posmoderna acerca de la psicoterapia, en donde el yo se construye a través de las conversaciones y del lenguaje.

El trabajo con los equipos reflexivos busca el nacimiento de diferentes ideas a través de los diferentes discursos. A los clientes se les posibilita mirar nuevos significados al mismo tiempo que al terapeuta y a los miembros del equipo.

Andersen (2001b), comenta que la mejor forma de ver y oír lo que no siempre se es capaz de ver y oír en una situación, es abordarla bastante tiempo y volver a revisar los detalles de lo que se describe, es probable entonces que se logre ver algo nuevo y automáticamente se comprende de diferente manera surgiendo nuevas ideas, la noción de reflexionar se relaciona con hacer público el trabajo, al compartir los diálogos o monólogos internos con el paciente se posibilita la crítica y la retroalimentación. El mismo autor habla sobre los diálogos internos y externos; cuando se habla con otras personas y posteriormente se escucha a otros hablar sobre el mismo tema de una manera inevitable surge un nuevo diálogo interno. Es como decirle a un cliente, usted ve estas cosas pero además nosotros vemos estas otras, o bien aparte de lo que usted intenta es probable que pudiera intentar esto otro.

No existen formatos establecidos para este tipo de terapia y usualmente las sesiones pueden variar entre 6 y 12. Después de la sesión el terapeuta se reúne con su equipo con los clientes presentes, se abre un intercambio de ideas a partir de la conversación que ellos y el terapeuta sostuvieron (Beltrán, 2004). Posteriormente con sus clientes el terapeuta retoma los comentarios que se realizaron en el equipo: diálogos sobre diálogos.

Andersen (2005, p.47) menciona diversos procesos reflexivos:

“Podría haber un equipo en la habitación contigua, detrás de un espejo de visión unidireccional, o bien utilizaríamos una sola habitación, con el equipo escuchando y hablando desde un rincón.

- 1. En el caso de un terapeuta sin equipo, un colega podría estar presente para conversar con él durante los intervalos de reflexión.*
- 2. Si el terapeuta está solo, sin equipo, podría hablar con un miembro de la familia (persona X) mientras los otros escuchan. Luego, el terapeuta hablaría con los demás miembros mientras X escucha esa conversación; después solicitaría la opinión de X y, eventualmente volvería a conversar con él. En este caso la familia y el terapeuta se convierten en un equipo de reflexión.*
- 3. Si el terapeuta entrevista a un cliente a solas, ambos puedan hablar de un tema abordándolo desde la perspectiva de una persona ausente.”*

Cuando Andersen trabaja con equipo reflexivo no comunica a la familia el diálogo posterior, simplemente en un momento les dice que si les gustaría escuchar los pensamientos de las personas que han escuchado la conversación, preguntando a la familia qué sería lo mejor para ellos: si terminar la sesión, o escucharla; es importante fijarse en tres aspectos al comunicar los pensamientos del equipo reflexivo:

1. Hablar solamente de lo visto u oído en la conversación, hablar en un tono indagador
Ej: ¿me pregunto si...?, se evitan las declaraciones, opiniones y significados (la familia no debe sentirse criticada).
2. Se puede comentar todo lo que se oye pero no todo lo que se ve. Para ver y oír con precisión es necesario que el terapeuta se abstenga de pensar en lo que el que habla “quiso decir” como si pudiera ser algo distinto; el hablante solo dice lo que dice.
3. Se le pide a los miembros del equipo frente a la familia que cuando hablen lo hagan entre ellos y no se dirijan a ningún miembro de ella. De esta manera se evita que un comentario sea más escuchado que los otros por algún integrante de la misma.

A finales de la década de los ochentas Karl Tomm mostró su trabajo de equipo reflexivo a Michael White y lo alentó a usar este trabajo en sus sesiones terapéuticas. Myerhooff citada en White (2002), habla de la importancia del “testigo externo” en algunas ceremonias, se otorga el carácter de público, se afirman y se convalidan. El testigo externo

contribuye también a un contexto para la autoconciencia reflexiva, en la que las personas se tornan más conscientes de sí mismas tal como se ven, y más conscientes de su participación en la elaboración de las producciones de sus vidas.

White utiliza al equipo reflexivo como un medio “para generar en las personas la voluntad de ser participantes activos de su propia historia y de inventarse. Los integrantes del equipo representan a testigos externos que validan las historias y las identidades de los clientes” (Suárez, 2004 p.212).

En los equipos de reflexión la tarea no es elaborar estrategias, enseñar, perturbar o aconsejar, tampoco teorizar sobre los problemas de los clientes. Se abordarán principalmente los “momentos resplandecientes, las excepciones, los acontecimientos extraordinarios y las contradicciones que se identifiquen” (White, 2002 p.185) ya que de aquí pueden surgir las historias alternativas. Se utiliza el tiempo verbal subjuntivo precedido de frases como “posiblemente”, “tal vez” etc. La posición de los terapeutas pertenecientes a los equipos es considerada un privilegio, en primer lugar las personas al hablar acerca de su vida tienen confianza y fe en el equipo, en segundo lugar los miembros del equipo se sitúan en una posición de poder. (White, 2002).

Cuando se trabaja con equipos de reflexión los terapeutas deberán estar conscientes de:

1. La posición privilegiada en la que se encuentran, lo que podría descalificar o cosificar a las personas.
2. Que reconozcan las experiencias de los clientes que buscan ayuda, de su lucha por resolver el problema y de su esfuerzo por cambiar lo que hayan querido cambiar.
3. Sus respuestas pueden provenir desde su propia experiencia personal.

El mismo autor habla de que este tipo de sesiones las estructura en cuatro etapas:

La primera parte el entrevistador se reúne con las personas que han ido a pedir consulta y el equipo de reflexión se coloca como audiencia no sin antes haberlos presentado; en una segunda etapa los consultantes se vuelven público y escuchan una charla que sostiene el equipo de reflexión; en la tercera etapa todos los participantes toman su lugar original, el entrevistador pide a las personas que hablen acerca de sus experiencias al escuchar al equipo, en una cuarta etapa los miembros del equipo y los consultantes se

reúnen para interrogarse mutuamente “para iniciar la desconstrucción de la terapia misma”. (White, 2002 p.184) esto permite evitar la cosificación o marginación de las personas que se presentan en la terapia.

Otra variante podría ser cuando el terapeuta trabaja solo, utiliza la autorreflexión. Lyn Hoffman utilizaba el genograma reflexivo haciendo preguntas conversacionales con el cliente mientras lo construían, buscando los significados de las relaciones (Suárez 2004). Otra estrategia es la de “como si” y la idea es que alguno de los miembros de equipo escuchen la historia del cliente como si fueran otra persona de las que él incluye en su relato, este procedimiento consta de “cuatro procesos: presentación, escucha, reflexiones y discusión” (Anderson, 1999) y permite la apertura de posibilidades que se suceden en cada conversación. Los procesos reflexivos son útiles, sencillos en su aplicación. En esta práctica tanto el terapeuta como sus clientes son colaboradores y coinvestigadores (Anderson, 2005).

2.1.10 Enfoque colaborativo conversacional

En el caso de Harlene Anderson su trabajo en terapia familiar se inició al contactarse con Harry Goolishian y “la terapia de impacto múltiple”, ésta consistía en una terapia breve con familias y sus hijos adolescentes. Se trabajaba con un equipo multidisciplinario y con los miembros de la comunidad que fueran importantes para la familia, en dos o tres días se buscaba que las familias llegaran a un proceso de “autorehabilitación”, cabe mencionar que este tipo de intervenciones estaban diseñadas con las aportaciones del equipo de Palo Alto. En esta terapia se señalaba la importancia de la persona y los sistemas con los que se relacionaba. Era importante la reflexión de cada una de las personas que intervinieran en un caso y lo hacían en presencia de la familia (Beltrán 2004).

En 1977 Goolishian y Anderson trabajaron formalmente con la fundación Galveston Family Institute, junto con Paul Dell y George Pullinam, se enfatizaba la idea de que el terapeuta hablara el lenguaje del cliente y no a la inversa incorporando paulatinamente a su trabajo las ideas de la hermenéutica y del constructivismo social. En este pensamiento se reconoce también la influencia de Bateson “en el que se afirma que el contexto relacional y

comunicativo es esencial para el significado que damos a las palabras y las acciones. Sus ideas comenzaron a enriquecerse con las conversaciones que sostenían con Kenneth Gergen, Lynn Hoffman y Tom Andersen, etc., en 1978 denominaron su teoría como *enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración* (Beltrán, 2004 p.202), en 1988 Goolishian anuncia públicamente su separación de las ideas de la cibernética de segundo orden y del constructivismo. En 1991 muere y Harlene Anderson continuó la obra.

El enfoque colaborativo se sustenta entonces en las ideas de la hermenéutica moderna y el construccionismo social, con su “tesis sobre la naturaleza interrelacional del conocimiento y del sí-mismo como una construcción lingüística transformada en el lenguaje”. “Los sistemas humanos son sistemas relacionales basados en la interacción lingüística. Generamos significación a través del lenguaje” “Nacemos en el lenguaje y heredamos todo lo que viene con él: la historia, la cultura, la tradición” (Anderson, 1999 p.112). Es a través del lenguaje que construimos realidades, observaciones, y comprendemos las cosas, a través de él otorgamos sentido, narramos nuestras historias, nos relacionamos e incluso lo usamos para cambiar. Wittgenstein citado por Anderson (1999) habla de que el lenguaje es “activo y creativo”, activo en cuanto a que cambia y también es cambiado a través del tiempo, el lenguaje se va desarrollando sobre las nuevas formas de hablar acerca de las situaciones y experiencias. Y creativo en cuanto a que todo lo que sabemos lo formulamos a través del lenguaje, el significado que se le atribuyen a los hechos se forman en el lenguaje, ya sea hablado o no hablado. No hay significados más allá de los que creamos y otorgamos a las cosas. Por otro lado el mismo filósofo citado por Gergen (2006, p.51) habla que “las descripciones que hacemos del mundo y las explicaciones que damos cobran forma en el lenguaje o los juegos del lenguaje”, los cuales se circunscriben a ciertas reglas de acuerdo a la cultura.

Definición del problema en el enfoque colaborativo:

En general en el ámbito biomédico y también en la práctica terapéutica se habla de diagnósticos, estos operan a manera de código y los problemas se sitúan en un sistema de clasificación hablando del déficit, la tarea a realizar es indagar alrededor de ciertos datos dando un diagnóstico para ubicar una forma de tratamiento.

En el enfoque conversacional un problema no precisa de ser diagnosticado ya que esto implicaría una realidad objetiva y verificable, el gran inconveniente es, como dice Von Foerster (1984), que tendemos a ver lo que creemos.

En este enfoque los problemas “viven y respiran en el lenguaje” (Anderson, 1999 p.124), el problema produce al *sistema de terapia*, esto quiere decir, que los miembros de un sistema se ligan en torno a un problema e incluirá a todas las personas que hablen acerca de éste. El terapeuta se incluirá como otro miembro más del mismo y quienes se involucren en el proceso terapéutico formarán el “*sistema de terapia*” (Anderson, 1999 p.127).

Estos sistemas son fluidos y cambiantes en cuanto a las narrativas cambiando los significados.

Para Anderson las personas que llegan a terapia es porque “han llegado a un punto de quiebra conversacional y de pérdida de sentido de autonomía” (1999, p.113). Su capacidad de dialogar se ha visto disminuida al igual que sus posibilidades para enfrentar un problema. En el enfoque colaborativo la palabra problema se pone entre comillas, ya que éste y el significado que se le atribuye solo son realidades socialmente creadas y sostenidas a través del lenguaje. “Cada problema es específico de la matriz comunicacional y del lenguaje en que surge”. Un problema puede tener múltiples definiciones, tantas como personas se hallen envuelto en él. Lo que para una persona puede ser un problema para otra no o bien tener significados, matices y explicaciones diferentes, a esto la autora les llama “realidades enfrentadas” (Anderson, 1999 p.114-115).

En este enfoque, en la terapia se trata de crear un espacio y facilitar que las narrativas problemáticas y no trabajables para un cliente se transformen en trabajables y se descubran posibilidades, cuando esto ocurre los problemas comienzan a diluirse. A través del lenguaje se pueden ver nuevas posibilidades y nuevas narrativas de nosotros mismos, por consiguiente éstas son únicas para cada persona. El terapeuta buscará estimular el diálogo interno y externo, siendo “activo pero no directivo” (Anderson, 1999 p.141). En la terapia colaborativa también el terapeuta cambia a través del diálogo.

¿Qué es la conversación en el enfoque colaborativo?

Uno de los aspectos más importantes en la vida es la conversación, ésta es mantenida en una forma constante ya sea con nosotros mismos o con los demás, la

conversación ocurre en el lenguaje, en el se encuentran tanto las posibilidades como las limitaciones de nuestra comprensión.

Nuestras experiencias de vida son formuladas y reformuladas a través de la conversación, les damos sentido y las entendemos. Algunas conversaciones incrementan las posibilidades, otras las disminuyen. La conversación ayuda a las personas a tener una nueva perspectiva de las cosas y es a través de ella donde se generan nuevos significados. Los aspectos centrales en la terapia colaborativa son el lenguaje, la conversación y la relación (Anderson, 1999).

El lenguaje es individual, la familia en sí misma no tiene un lenguaje sino cada uno de sus miembros lo tienen, cada lenguaje es diferente a los demás, cada miembro de una familia tiene una diferente opinión acerca de un problema y también una forma distinta de solucionarlo, cada uno incluso piensa diferente que los demás acerca de la terapia, por lo tanto la familia no es conceptualizada como una entidad. La relación entre el lenguaje y el pensamiento es un proceso “vivo”, esto es, “el pensamiento nace a través de las palabras (Anderson, 1999 p.274).

El lenguaje en este enfoque es más cotidiano, ya que se usa el del cliente y se abandona el lenguaje profesional, se observa la singularidad de cada cliente y de sus circunstancias, la singularidad de cada situación terapéutica y lo singular de la relación cliente-terapeuta. La idea de ¿cómo debe de ser la gente? y las opiniones de “experto” se desechan escuchando más la voz de las personas ellos son los expertos en su vida. Con los clientes se inicia un proceso compartido para explorar sus problemas y la búsqueda de posibilidades. La terapia se convierte de un “hablar a” a un “hablar con”. La posición del terapeuta es natural y espontánea. Para Anderson, la postura filosófica de cada persona determina su forma de escuchar, en la terapia conversacional el terapeuta se coloca en la posición de aprender sobre el otro en una actitud sincera, respetuosa y honesta, haciendo sentir que el relato de cada participante de la conversación es importante.

En el enfoque colaborativo:

“cliente y terapeuta pasan a ser compañeros de una conversación, donde la pericia del cliente sobre sí mismo se combinaba con la pericia de la terapeuta sobre un proceso, para crear nuevos conocimientos, comprensiones, sentidos y posibilidades para todos. Nuestra relación con nuestros clientes y el proceso de la terapia se hicieron más colaborativos; la naturaleza dualista, jerárquica, de la relación y del sistema terapéutico comenzó a

desdibujarse y a disolverse. La responsabilidad por la terapia y su resultado pasó a ser compartida” (Anderson, 1999 p.107).

A través del diálogo surgen nuevas narrativas, se generan nuevos sentidos y posibilidades; sin embargo esto no es abierto por cualquier tipo de conversación. Para que se produzca un cambio las conversaciones tienen que ser diferentes de los habitual, pero no demasiado” (Andersen, 2001b p.205). En la situación de terapia las personas pueden recontar sus historias, y emergen entonces redescpciones generadas por el contar y recontar las historias familiares, pueden emerger nuevas pero también las personas al escuchar sus propias narraciones cambia su relación con ellas y ella misma cambia. Anderson (1999, p.155) habla de conversación “*dialógica en terapia*” “un proceso generativo mutuo en el cual emergen nuevos sentidos: diferentes maneras de entender, explicar, puntuar las experiencias vividas, es una “indagación compartida”. Estas conversaciones son espontáneas, el otro se interesa por comprender (o aproximarse a hacerlo) y aprehender de lo que se dice. El terapeuta se coloca en una postura de no saber, manteniéndose siempre alerta a lo que dice, sin formular ideas preconcebidas que lo lleven a formular preguntas tendientes a verificar sus creencias más que las del cliente y que impidan esta escucha del otro. Debemos de escuchar lo que el cliente dice, incluso aún tratando de no interrumpir y evitando escuchar nuestro propio diálogo interno. En estas conversaciones se esta abierto a escuchar cualquier cosa por lo que es imposible detenerse mucho tiempo en algún tópico. En esta postura el terapeuta realmente quiere saber el sentido de las cosas para el cliente, no determinar la causa. Para lograr conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas Anderson sugiere seis puntos:

“1) Confiar y creer (detrás de las palabras no hay nada, todo lo dicho está en las palabras mismas).

2) Hacer preguntas conversacionales (interés y participación en la vida del cliente).

3) Escuchar y responder, los clientes dan señales tanto con su voz, movimientos y emociones, saber escuchar es saber ver, se pueden formular preguntas como: “si observa ésta o aquella palabra ¿qué es lo que ve? Si sus lágrimas pudieran hablar ¿Cuáles serían sus palabras?

4) Mantener coherencia (trabajar con la realidad del cliente usando su vocabulario, lenguaje y metáforas).

5) Mantener la sincronía (caminar al paso del paciente).

6) Honrar la historia del cliente.

En estas conversaciones no necesariamente cliente y terapeuta deberán estar de acuerdo, al contrario en ocasiones se requieren diferencias para que surjan nuevas construcciones. Las conversaciones se unen a conversaciones fuera del consultorio que llevan a “una acción creadora y a una disolución de los problemas” (Anderson, 1999 p.155). No es la finalidad de una conversación dialógica en terapia la de explorar u obtener información, sino será la elaboración de “historia personal construida, a través de la coexploración de historias familiares ya contadas y la cocreación de historias nuevas. Estas historias permitirán el desarrollo de diálogos nuevos y por consiguiente de un nuevo futuro.

En terapia se crea lo que Anderson (1999, p.159), denomina “espacio dialógico”, en donde las personas puedan deambular por múltiples posibilidades.

Las nuevas narraciones generadas en el consultorio se llevan hacia el mundo exterior, en el proceso de acomodar las nuevas versiones de la experiencia a las antiguas, se impone una nueva unidad, un nuevo sentido, una novedosa comprensión que forja una experiencia liberadora generando una nueva sensación de autonomía (Anderson, 1999). La terapia efectiva llevará al cliente a transformar el sentido de las cosas, la labor del terapeuta también consistirá en crear un sentido entre “las significaciones locales y las de la cultura circundante” (Gergen, 2006 p. 215).

Gergen (2006) propone nueve puntos en los que la terapia colaborativa difiere o se cuestiona de otros enfoques:

- 1.- El sufrimiento y la enfermedad mental no existen antes de un proceso colaborativo en donde se le atribuirán significado a las palabras.
- 2.- Lo que se denomina tratamiento terapéutico no existe antes de que los clientes lo reconozcan como tal.
- 3.- El acuerdo terapéutico es también una acción colaborativa, la comprensión se entiende como un acompasarse a las acciones de otros a través de la postura, de las palabras, la mirada, etc.

- 4.- El cambio terapéutico surge de la colaboración, en la relación terapeuta-cliente se reconstruirá, disolverá o se resolverá el problema.
- 5.- Es probable que el concepto de resistencia al cambio no exista, y se hable de patrones de relación pasados.
- 6.- La revelación terapéutica no es un movimiento en un espacio vertical, sino horizontal, no se tratará de buscar profundidad en cuanto a la búsqueda de deseos, motivaciones o recuerdos; la profundidad se referirá a la calidad de la conversación.
- 7.- Es a través de la conversación que se le da sentido a lo que precede, el sentido siempre se halla en el devenir, nunca se consume del todo, siempre queda abierto al último movimiento de la conversación.
- 8.- Lo importante de la terapia es la puesta en práctica, cómo las conversaciones se infiltran en la vida de los clientes.
- 9.- Las prácticas terapéuticas deberán transformarse continuamente.

Para Anderson (2001) el terapeuta tiene la responsabilidad de hacer contribuciones que faciliten el cambio. El tipo de cambio y cuando ocurra no son su responsabilidad.

TERCERA PARTE

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 Habilidades clínicas terapéuticas

3.1.1 Análisis y discusión de la violencia intrafamiliar.

Los dos casos integrados a este trabajo se refieren a familias inmersas en la violencia intrafamiliar, de ahí la importancia de hacer una revisión teórica que abarque sus causas, tipos, efectos en la familia y sus modelos de intervención. Se comenzará por definirla.

¿Qué es la violencia?:

La primera imagen que viene a la mente al hablar de violencia es la guerra, sin embargo la violencia no se queda ahí y podemos pensar en un entorno más próximo como es la inseguridad urbana propia de la vida moderna. De ahí podemos hablar de la casa, y no es un evento aislado como un asalto, sino es una situación permanente.

¿Porqué se ha guardado silencio ante ésta?, ¿es que evitamos confrontar lo que nos molesta, nos agrede o incomoda? (Torres. 2005).

Es difícil definir el acto violento, ya que es considerado en ocasiones hasta normal, aún en esta época solo nueve estados de la República Mexicana han aprobado las leyes para prohibir la violencia, incluso en los estados de Puebla y Tlaxcala no se ha condenado legalmente el incesto.

La violencia se dirige aunque no de forma exclusiva de los hombres hacia las mujeres, de los adultos hacia los menores, hacia los ancianos, discapacitados y hacia los homosexuales; se ha estudiado desde la medicina, sociología, derecho, psicología, y politología.

Como un punto de inicio se puede definir la violencia “como un comportamiento, bien sea un acto o una omisión, cuyo propósito es ocasionar un daño o lesionar a otra persona, y en la que la acción transgrede el derecho de otro individuo. En cualquier caso se trata de un comportamiento intencional.” (Torres, 2005 p.30).

Tipos de violencia:

Violencia física: Es la violencia más evidente ya que el daño se marca en el cuerpo de la víctima. Se incluyen golpes, heridas, mutilaciones, homicidios. En ocasiones las huellas no

se perciben a simple vista y se producen lesiones internas. La violencia física también se puede dar por actos de omisión por ejemplo en privar de alimentos, bebidas, medicinas o impedirle a alguien que salga de su casa, también al privar de los cuidados necesarios a un anciano o enfermo.

Violencia psicológica: Es más reciente como tema de investigación y análisis, aquí el daño se recibe en la esfera emocional, el derecho que se vulnera es la integridad psíquica (Torres, 2005).

La víctima solo puede referir sensaciones y malestares: humillación, incertidumbre, confusión, engaños, burlas, ofensas, manipulación, desprecio, gritos, duda sobre las propias capacidades, el resultado de este tipo de violencia si aparece a simple vista ya que se observa una reducida autoestima, alteraciones físicas, trastornos de la alimentación y del sueño, úlceras, gastritis, dolores de cabeza etc. Quien ejerce esta violencia lleva la intención de humillar y degradar a otra persona.

Violencia sexual: La más evidente es la violación, que consiste en la introducción del pene u otro objeto en la vagina, boca o ano de la víctima. Existen otras formas de violencia sexual como los tocamientos y en general el realizar prácticas sexuales que no se desean. También se incluye el hostigamiento, prostitución forzada y comercio sexual.

Esta práctica es cometida las más de las veces por el padre o padrastro, tíos o primos. También puede esconder juegos de seducción y el agresor puede manipular la voluntad de la víctima lo que la lleva por un lado a callar el abuso y por el otro quizá hasta sentir placer y culpabilidad, los menores se consideran a sí mismos “cómplices”. En muchas ocasiones el papel de autoridad que tiene el adulto hace que el menor no quiera hablar del tema.

La violencia sexual contiene los dos tipos anteriores de violencia tanto la física como la psicológica y ataca una parte muy íntima de la persona.

Violencia económica: Es el tipo de violencia en la cual se utilizan los propios medios económicos para controlar o someter a otra (s) persona (s). Se incluye el robo, fraude, daño a la propiedad ajena, destrucción de objetos que pertenecen a la víctima. Así

como no proporcionar los medios para satisfacer las necesidades básicas como alimentación, vivienda, vestido, recreación, educación y salud a los dependientes económicos.

¿Cuál es la finalidad de la violencia?:

La violencia lleva una finalidad mas allá de causar daño y es la de controlar a otra persona, siempre hay una trasgresión de los derechos humanos, bajo un esquema de desigualdad.

De acuerdo a lo citado con anterioridad se puede ampliar el concepto de violencia y es: “una conducta humana (acto u omisión) con la que se pretende someter y controlar los actos de otra persona, como consecuencia de ello se ocasiona un acto o una lesión y se transgrede un derecho. Se produce siempre en un esquema de poderes desiguales, donde hay un arriba y un abajo” (Torres, 2005 p.39).

La violencia es una conducta que se puede elegir, ya que está determinada por el acto de someter y controlar, no esta determinada por algo instintivo.

Detrás del ejercicio de la violencia también está la herencia cultural, es importante mirar el orden social establecido que asigna diferentes posiciones de acuerdo a la edad, sexo, clase social y etnia; algunas manifestaciones de violencia están autorizadas y estimuladas por la sociedad misma.

Posición de acuerdo al género:

La primera forma de discriminación social es el género, las mujeres están supeditadas a los hombres de su comunidad, en primer término al padre, a los hermanos y al esposo.

En nuestra sociedad lo común es hablar del “jefe del hogar”, “el hombre de la casa”, este papel lo desempeña el esposo y padre. El resto de la familia que vive en casa también lo considera como el jefe. En un hogar comandado por una mujer no pasa lo mismo, de hecho se considera como un “hogar defectuoso” y tienen menores apoyos institucionales.

Por otro lado los hijos varones tienen ciertas prerrogativas que no tienen las niñas. Los mensajes recibidos a lo largo de la vida que marcan las diferencias de género son:

Para los varones:

- Los hombres no lloran.

- Los hombres no se dejan manosear.
- Ve con los niños a correr y a jugar fútbol.
- Aguántate, a golpes se hacen los hombres.
- Tienes que estudiar y trabajar ya que serás el responsable de una familia.
- Los hombres necesitan mucha calle para adquirir experiencia.
- El que manda soy yo.
- Si eres tierno eres “gay”.

Para las mujeres:

- Las niñas juegan tranquilas.
- Quédate tranquila que yo te voy a ayudar.
- Las niñas lindas no pelean, tienes que ser una señorita.
- Juega con las muñecas.
- Te golpeaste, pobrecita con unas caricias se te quita.
- No necesitas estudiar, cádate y listo.
- Dedicáte a tu marido atiéndelo y tenlo siempre contento.
- El lugar de una mujer está en su casa con una familia.

Algunas manifestaciones de la violencia de género son:

- Disparidades económicas y políticas, limitar las oportunidades de trabajo a mujeres con mayor razón cuando están embarazadas
- La violencia dirigida a las mujeres se manifiesta a lo largo de su ciclo vital.
- En algunos países se practican abortos selectivos, y si el producto es niña frecuentemente se aborta.
- El abuso a niñas se puede manifestar en abuso físico, emocional, sexual, abandono y desnutrición.
- La violencia en contra de mujeres adolescentes se manifiesta en matrimonios obligados, prostitución forzada y hostigamiento sexual.

La definición de violencia de género adoptada por Naciones Unidas:

“Es todo acto de violencia basado en el género que produzca o pueda producir daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, incluyendo las amenazas de tales actos, la

coerción o privación arbitraria de la libertad, sea que ocurra en la vida privada o pública". (Naciones Unidas, Programa de acción de la Conferencia de Derechos Humanos). (Torres, 2005 p.112).

Violencia infantil:

La idea de que los niños son posesión de los padres ha prevalecido a lo largo de la historia y sus derechos humanos han sido violados hasta la fecha. La convención sobre los derechos del niño marca que los derechos de los padres están limitados. No estamos acostumbrados a tomar a los niños como seres con derechos. Tenemos que comenzar a mirarlos de forma diferente.

Los niños como seres de desarrollo y vulnerables es una construcción social reciente, hasta el siglo XVI aparece el concepto de infancia, antes de este período el niño se incorporaba a la vida de los adultos, no existía la adolescencia. Fue hasta la aparición de las escuelas cuando se comienza a reconocer a la infancia y esto fue entre los siglos XVII y XVIII. Se dice que instintivamente el hombre tiende a proteger a los niños ya que son perpetradores de la especie, pero el período de gran dependencia era muy corto, solo los primeros años de vida y posteriormente se incorporaba a la vida de los adultos, no tenía una posición familiar por sí mismo.

Fue hasta el Renacimiento cuando comienza a definirse la familia nuclear ya que terminan los feudos. También se empieza a vislumbrar el concepto de individuo como lo concebimos actualmente, incluso la ropa que los niños comienzan a utilizar es diferente a la de los adultos.

La educación era un instrumento de control o de perfeccionamiento; al niño se le podía conceptualizar como un ángel o como un demonio al que hay que dominar para que aplaque sus ímpetus y entonces el trato en casa era represivo, si se presentaba el caso contrario es decir el concepto del niño como un ángel el trato tanto en la escuela como en casa eran benéficos. Estas ideas conectan con las ideas de los padres de -cómo debe de ser el niño tratado en casa- y por tanto de la violencia.

La psicología del desarrollo que surge a partir del siglo XIX hace que cambie la perspectiva de lo que es el niño.

La etología busca la comparación del comportamiento de los animales con conductas en los seres humanos y en los estudios que se realizaron surgió la teoría del apego infantil, por los experimentos con chimpancés que preferían a una madre suave a una de alambre se comenzó a cuestionar el trato que los niños llevaban en casa, anteriormente se mandaba a los niños con nodrizas y esta práctica ya sería considerada como un maltrato.

Las teorías del aprendizaje aportaron el cómo conocen el mundo los niños en las primeras etapas de la vida.

Piaget habló de las teorías cognitivas y nos decía que los niños no son adultos en miniaturas y en cada etapa del ser, el desarrollo tiene una estructura de pensamiento propia y todo esta matizado de acuerdo a la concepción de la realidad. El niño no es una alcancía que va acumulando experiencias sino va habiendo saltos cualitativos en el desarrollo.

La gran aportación del psicoanálisis nos lleva a conceptualizar a la infancia como una etapa crítica que puede determinar lo que sucede con el individuo en etapas adultas.

Las teorías contextualistas hablan de que el entorno es fundamental para determinar el crecimiento. Ahora se habla de que al niño le influye su madre pero también las decisiones políticas ya que afectarán a la familia, son como sistemas que se relacionan unos a otros y afectan al desarrollo. El individuo no es un ser aislado en el mundo.

Todo esto lleva a pensar que el niño requiere de sus propios derechos y de su propia legislación.

Los niños tienen necesidades básicas y el derecho a no ser maltratados. Un niño no puede definir lo que es un buen trato y un maltrato, existe una inequidad de fuerza.

Las dos necesidades básicas del ser humano son la salud física y la autonomía.

Las necesidades propias del desarrollo infantil son: alimentación adecuada de acuerdo a la edad, vivienda adecuada, vestido, higiene, atención sanitaria, sueño y descanso, espacio exterior adecuado, ejercicio físico y protección de riesgos físicos.

En cuanto a la autonomía se refiere a poder ir tomando las decisiones que van teniendo de acuerdo a su edad, normas de convivencia que le den seguridad para desenvolverse y actuar, vinculación afectiva primaria con un adulto que le brinde la seguridad de apego, relación con adultos y con los pares, educación formal e informal, tiempo de ocio y de juego, protección de riesgos psicológicos. También se presentan las necesidades sexuales pero es complejo plantearlas ya que en mucho depende de la

ideología de cada país, incluso de la ideología religiosa pero se hablaría de la necesidad de exploración, explorar roles de género, necesidad de irse identificando con el padre del mismo sexo, educación sexual acorde a la etapa y protección contra el abuso sexual.

Posturas en cuanto a la titularidad de derechos

- 1.- Teoría de la voluntad de los derechos, sin embargo el niño no tiene la madurez para decidir algunas cosas.
- 2.- Todos renunciamos a los derechos y se los damos al estado que nos lo devuelve en forma de leyes para una convivencia armónica. Se establecen responsabilidades y obligaciones, en esta postura los niños no pueden ser titulares de derechos. La comunidad dará a los niños lo que necesitan; desgraciadamente la política y la comunidad no dan la garantía de cubrir estos derechos y los niños quedan desprotegidos al no tener la titularidad en sus derechos.
- 3.- La teoría del interés se refiere a que los derechos son intereses jurídicamente protegidos y los niños sí pueden ser titulares de derechos ya que tienen intereses y necesidades básicas que cubrir. Desde este punto de vista sí son titulares de derechos.

Considerar a los niños como titulares propios de derechos ha sido un problema en la legislación, sin embargo la convención internacional ha venido a considerar a los niños como titulares propios de derechos y así toda actuación del que cuida de ellos, debe de estar encaminada a la satisfacción de sus derechos y limitadas por sus derechos.

Se habla así del derecho a tener una familia como un derecho humano del niño, es un derecho al que no puede renunciar, sin embargo no a cualquier tipo de familia, sino una familia que satisfaga sus necesidades, y es aquí en donde se vinculan las ideas a la violencia intrafamiliar.

Cuando se pretende definir la palabra violencia se habla de una práctica de sufrimiento innecesaria; ¿cuándo el sufrimiento es necesario? solamente cuando esta en riesgo la integridad física del menor o su formación, sin embargo esto es muy difícil de conceptuar ya que si hablamos de que en un extremo está el buen trato y en el otro el maltrato existen en medio una diversidad enorme de conductas y situaciones, los extremos

se distinguen fácilmente pero lo que hay en medio es muy complejo de determinar, por eso ha sido difícil legislar el maltrato en la infancia.

El primer instrumento internacional que reconocía los derechos de los niños fue la primera declaración de Ginebra Suiza en 1924 después de la Primera Guerra Mundial, el segundo instrumento es la proclamación de los derechos de los niños en 1959 por la ONU.

En 1979 Polonia propone elevar la declaración a una convención (Instrumento obligatorio para quienes lo firman), esto desencadenó una discusión que durante 10 años se llevo a cabo y finalmente se logró el instrumento internacional un tanto ambiguo por la diversidad de pensamientos en los diferentes países.

En México el año pasado se hicieron recomendaciones por parte de la convención esto quiere decir que estamos muy retrasados en su cumplimiento.

Las ideas mencionadas anteriormente fueron tomadas de la ponencia sobre la Convención sobre los derechos del niño impartida por la Dra. Mónica González Contró, realizada en el Instituto de Investigaciones jurídicas en el Diplomado de Violencia Familiar organizado por la Universidad Nacional Autónoma de México (2006).

Podemos resumir que:

Hasta hace poco tiempo no se reconocía la violencia que sufren los niños en casa, incluso aún a estas fechas es difícil reconocer las fronteras en donde comienzan los derechos humanos del menor. Existen prácticas “educativas” que ahora si son sancionadas y se consideran irracionales y perniciosas, este mirar diferente es muy reciente ya que hasta hace poco se podía en algunos países de América Latina castigar corporalmente a los hijos siempre que no se hiciera “con excesiva frecuencia” o “innecesaria crueldad”, sin embargo la línea es arbitraria ya que ¿en donde termina lo mesurado y comienza el exceso?

Culturalmente los hijos son considerados como una “propiedad” de los padres y que los padres “aman”; en nombre del amor se cometen abusos.

La lucha contra este tipo de violencia apenas comienza, y como una practica social suele transmitirse a través de las generaciones.

La violencia psicológica no es tan evidente, ¿en dónde comienza el maltrato emocional?, este tipo de maltrato es más sutil, incluso podría ir acompañado de un disfraz de dulzura o de doble mensaje.

Existen otros sectores de la población a los cuales también se dirige la violencia, se mencionarán solo brevemente ya que para los fines de este trabajo solo se profundizará en la violencia dirigida hacia la mujer y los niños.

Vejez y Ancianidad:

Cada cultura tiene un trato diferente hacia sus ancianos, en unas conservan el respeto y lo fomentan ya que ellos representan la experiencia y sabiduría, en otras la ancianidad se considera más como decadencia y desgaste. Hasta hace poco tiempo se ha comenzado a hablar del cuidado al anciano del cuidado de su salud, vivienda, recreación etc.

En donde se considera al anciano como en decadencia se le vincula con inmovilidad, lentitud, deterioro, sin embargo el anciano no es un ser inútil y no se justifica el que se le trate con desprecio. El maltrato se traduce en golpes, encierro, desnutrición y falta de cuidado. En el aspecto psicológico existen burlas, humillaciones, silencio, no tomarlo en cuenta, violencia sexual (Torres, 2005).

Discapacidad:

Son personas con algún impedimento físico o mental y que tienen necesidades especiales. Estas personas enfrentan muchas limitaciones en sus vidas ya sea por su propia condición o bien por la inconsciencia social, son sujetos a miradas incisivas, burlas, chistes.

Las personas con discapacidad se enfrentan a una sociedad que las descalifica, hiere y humilla. A veces por su situación económica no pueden tener atención médica adecuada lo que habla de violencia también de las instituciones.

Hasta ahora comienzan a hacerse desarrollos urbanos y arquitectónicos que tienen rampas para sillas de ruedas, o facilidades para que un discapacitado pueda moverse.

Dentro de la familia las personas con discapacidad también sufren violencia, se observa un maltrato por omisión. Es importante señalar que no son personas inútiles y son capaces de realizar múltiples tareas que deben de ser valoradas (Torres, 2005).

En este rubro incluimos la discriminación a los enfermos como en caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y los enfermos mentales.

Preferencias sexuales:

Existen diversos grados de trasgresión de los derechos humanos de los homosexuales, existe discriminación laboral, en algunos países las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo son consideradas un delito. Dentro de casa también sufren de violencia física, psicológica y sexual, en algunas ocasiones los homosexuales sobre todo los varones sufren golpes y humillaciones por parte de sus padres o hermanos, Para ellos es muy difícil abordar el tema de su preferencia sexual con la familia (Torres, 2005).

Violencia en la pareja:

Como se ha mencionado la violencia surge de una relación de desigualdad, siendo la finalidad ejercer poder y control. Dentro de una pareja la violencia puede manifestarse en violencia física que puede manejarse en diferentes intensidades de acuerdo a los criterios legislativos:

- **Violencia levisima:** Se refiere a las lesiones que tardan en sanar menos de quince días y no ponen en peligro la vida.
- **Violencia leve:** Los efectos se curan entre los quince días y los dos meses, tampoco se pone en riesgo la vida. Son lesiones producidas con las manos y los pies, se encuentran algunas fracturas o lesiones producidas con objetos.
- **Violencia moderada:** Las lesiones tardan en sanar entre dos y seis meses, no pone en riesgo la vida ni produce un daño permanente pero deja cicatrices en el cuerpo, por ejemplo con artefactos punzo cortantes.
- **Violencia grave:** Estadio anterior al homicidio, puede haber mutilaciones o lesiones definitivas.
- **Violencia extrema:** Asesinato.

Clasificar la violencia ayuda a legislar el castigo, a comprender las diversas intensidades, las consecuencias y los costos individuales, familiares y sociales. Nada de la descripción anterior puede hacernos caer en la trampa de “relativizar los pequeños

incidentes o llegar a pensar que no constituyen actos violentos” (Torres, 2005 p.117). Detrás de cada acto violento existe la misma intención y es controlar, dominar y someter.

Dentro de una pareja puede ocurrir que después de un primer golpe éste no vuelva a suceder, sin embargo también puede avanzar en una escalada, en sus primeras fases es más sutil y gradualmente aumenta su intensidad, por ello es importante atender desde las pequeñas muestras de violencia como una forma de prevenir consecuencias más graves.

Torres (2005) dice en relación al maltrato invisible dentro de la pareja:

- Asedio: Son todas las acciones consistentes en controlar a otra persona, a través de llamadas telefónicas, verificar en donde se encuentra, desconfianza; al asedio se puede agregar el chantaje. Se interpreta socialmente de diferente manera el asedio de acuerdo a quién lo ejerza, si es por el hombre se tolera con mayor frecuencia o quizá es ella quien lo provoca, si es por la mujer ella se convierte en controladora. Incluso los mensajes sociales son de tolerancia a la infidelidad masculina y a la preparación de la mujer para reconquistar a su marido, en cambio existe una total intolerancia a la infidelidad femenina castigándola incluso con el asesinato.
- Abuso verbal: Esta contenido en el abuso psicológico y entran gritos, insultos, apodos. Existen varios estereotipos sociales manejados hacia las mujeres como el que son frívolas, chismosas o despilfarradoras. En esta forma de abuso se habla también del silencio, del “silencio condenatorio”, es un silencio que hiera, molesta o humilla y puede tener diferentes duraciones, desde horas, días, hasta años.
- Amenazas: que pueden ser de golpes, de llevarse a los hijos, de suicidarse, de matarla etc. Las personas solo se sienten amenazadas si saben que el o la agresora pueden cumplirlas.

También se puede amenazar utilizando el dinero como control.

- Intimidación: Infundir miedo en el otro golpeando un objeto, hacer sentir a la otra persona como loca, incrementar la dependencia. La mujer que vive con este tipo de hombre prefiere no exasperarlo “ya que sería capaz de cualquier cosa”.
- Uso del privilegio masculino: Es un privilegio social dado a los hombres por el simple hecho de serlo. Exigir ser atendido como el hombre de la casa. Tratar a la mujer como sirvienta, decidir lo que ocurre en el hogar etc.

Cualquier tipo de maltrato invisible sucede en un ambiente de descalificación y desacreditación de la víctima, lo que la coloca en una posición de confusión e incertidumbre.

Otro tipo de violencia dentro de la pareja es el sexual, y se refiere a obligar a la mujer a realizar cualquier tipo de acto erótico sin su voluntad, o que a ella le resulten vergonzosas y desagradables. Se le puede acusar de frígida, ninfómana, burlarse de su cuerpo, obligarla a realizar prácticas sexuales con otros hombres o mujeres o bien celarla.

¿Porqué la mujer permanece junto a un hombre que la maltrata?: “Las mujeres maltratadas viven una situación de terror y angustia que se ha denominado síndrome de la mujer maltratada” (Torres, 2005 p.171). Los rasgos característicos son la baja autoestima, culpabilidad, incapacidad para concentrarse, confusión, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, timidez, disfunciones sexuales, depresión, furia, miedo, cansancio y debilidad. Por otro lado la sociedad sostiene que la tarea primordial de la mujer es su carrera matrimonial, prácticamente cae bajo su responsabilidad el éxito o el fracaso del mismo; a las mujeres les cuesta trabajo aceptar la desilusión de su matrimonio y el que no lograron construir una buena relación; de alguna manera creen que es su culpa.

Por otro lado se ha hablado del “síndrome de Estocolmo” el que originalmente se definió como un vínculo emocional que desarrolla un rehén sobre sus captores, lo lógico sería un deseo al estar liberado de querer huir de ellos sin embargo, se ha observado que en algunas ocasiones pasa todo lo contrario. El síndrome mencionado trata de explicar de que manera los desequilibrios extremos de poder llegan a generar un fuerte vínculo emocional (Torres, 2005), se requieren de tres circunstancias para que éste síndrome se desarrolle:

1. Después de los primeros golpes las mujeres saben con certidumbre que su pareja es capaz de cumplir las amenazas y saben que se encuentran en una situación peligrosa.
2. La situación creada para la mujer es de aislamiento, se le aleja de cualquier contacto del exterior para solicitar ayuda.
3. El agresor muestra en ciertos momentos amabilidad y calidez (luna de miel). La gentileza y el maltrato no se presentan todo el tiempo, sino son intermitentes. La

víctima no conoce los motivos de tales cambios y considera entonces que el agresor no es una mala persona, solo tiene algunos problemas que quizá con su ayuda pueda superar ¿Qué podría ocurrirle a él si ella no está para ayudarlo?

¿Por qué la mujer que ha sufrido abusos cae reiteradamente con otros hombres que siguen cometiendo abusos?:

Michael White (2002) habla de que las mujeres que han sufrido abuso tienen dificultad de discernimiento entre: abuso y amor, explotación y amor; la mayoría de las personas que sufren abuso es dentro de contextos que se definen como contextos que deben brindar amor y cuidados como es la familia, los parientes próximos o las instituciones que se encargan del cuidado de las personas; al sufrir abusos en estos contextos se hace compleja la distinción entre cuidado y explotación, etc. Estos mensajes también son confusos a nivel cultural como el “porque te amo te pego”.

¿Qué ocurre con las víctimas de la violencia?

Las mujeres maltratadas presentan un “miedo congelado”, están paralizadas y se consideran desvalidas. El hombre para sentir su dominación debe tener sometida a su víctima.

Las consecuencias de la violencia en el nivel individual según Corsi (2003) son de una forma inmediata la conmoción, paralización temporal y negación de lo acontecido, se viven sentimientos de soledad, depresión, vulnerabilidad e impotencia. Posteriormente los sentimientos de la víctima pueden pasar del miedo a la rabia, de la tristeza a la euforia, y de la compasión a sí misma a un sentimiento de culpa. En el mediano plazo se pueden observar ideas obsesivas, dificultad para concentrarse, insomnio, pesadillas, llanto incontrolado, consumo de fármacos, las relaciones con los demás se van deteriorando, etc. y como una reacción tardía se puede dar el síndrome de estrés postraumático que incluye una serie de trastornos emocionales como son:

- Trastornos del sueño.
- Frecuentes pesadillas.
- Sentimientos de culpa.
- Trastornos mnésicos.

- Miedos diversos.
- Dificultad para concentrarse social y laboralmente.
- Dificultades de aprendizaje.

Para Michael White (2002) el abuso sexual tiene consecuencias muy negativas para las personas, llegando a presentar comportamientos autodestructivos y autoabusivos. Estas expresiones estarán moldeadas por los significados que la persona le da al abuso. Normalmente se observan historias de culpabilidad y falta de mérito personal. El significado que las personas atribuyen al abuso viene dado por los relatos privados que las personas tienen de sus vidas.

Carlos Sluzki citado por (Corsi, 2003) señala seis niveles que pueden percibirse en los efectos de la violencia:

- *Disonancia cognitiva*: Cuando se produce una situación de violencia leve, la reacción primera es de sorpresa, es muy difícil integrar este dato a la experiencia personal.
- *Ataque o fuga*: Cuando la situación de violencia es de alta intensidad y de una forma inesperada, la reacción psicofisiológica es de alerta y la reacción puede ser de ofensiva o de defensiva, esto es, se escapa del lugar o bien se enfrenta la amenaza.
- *Inundación-parálisis*: Cuando se presenta una situación de violencia extrema, en donde se percibe un riesgo de la integridad o de la vida, las reacciones pueden incluir alteraciones en los estados de conciencia, desorientación etc., posteriormente puede aparecer el síndrome de estrés postraumático.
- *Socialización cotidiana*: Cuando las situaciones de violencia leve se vuelven habituales se produce el fenómeno de la naturalización. Las mujeres se acostumbran a no ser escuchadas, a las bromas que las descalifican etc.
- *Lavado de cerebro*: Cuando las coerciones, amenazas y mensajes humillantes son persistentes e intensos la víctima puede incorporar esos mismos argumentos y sistemas de creencias de un modo defensivo frente a la amenaza potencial (la obediencia la salvará del sufrimiento), la mujer puede pensar que ella tiene toda la culpa y que se merece el trato que recibe.

- *Embotamiento sumisión:* Cuando las experiencias de terror son reiteradas y extremas se hace un efecto de “entumecimiento psíquico”, las víctimas se desconectan de sus sentimientos y son sumisas en un extremo; justifican al agresor y la auto inmolación alcanza su máximo nivel.

A manera de resumen y basándonos en las ideas de Corsi (2003) se presentan dos cuadros. El primero refleja las consecuencias de la violencia y el segundo los factores de riesgo para que se favorezca su presencia.

Cuadro No. 1 Consecuencias

Ámbito	Consecuencias de la violencia
Trabajo	<p>Incremento del ausentismo laboral.</p> <p>Disminución del rendimiento laboral.</p>
Educación	<p>Aumento del ausentismo escolar</p> <p>Aumento de la deserción escolar</p> <p>Trastornos de conducta y aprendizaje.</p> <p>Violencia en el ámbito escolar.</p>
Salud	<p>Consecuencias para la salud física (lesiones, embarazos no deseados, cefaleas, problemas ginecológicos, discapacidad, abortos, fracturas, adicciones, etc.)</p> <p>Consecuencias para la salud mental (depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, etc.)</p> <p>Trastornos en el desarrollo físico y psicológico.</p> <p>Consecuencias letales (suicidio, homicidio).</p>
Social	<p>Fugas del hogar.</p> <p>Embarazo adolescente.</p> <p>Niños en situación de riesgo social (niños de la calle).</p> <p>Conductas de riesgo para terceros.</p> <p>Prostitución.</p>
Seguridad	<p>Violencia social.</p> <p>Violencia juvenil.</p> <p>Conductas antisociales.</p> <p>Homicidios y lesiones dentro de la familia.</p> <p>Delitos sexuales.</p>
Economía	<p>Incremento en el gasto en el sector Salud, Educación, Seguridad y Justicia.</p> <p>Disminución de la producción.</p>

Cuadro No. 2 Factores de Riesgo

Violencia familiar	Violencia contra la mujer	Maltrato infantil
Factores de riesgo con eficacia causal primaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Pautas culturales que mantienen la desigualdad entre los géneros. • Socialización de género según los estereotipos. • Organizaciones familiares verticales y autocráticas. • Aprendizaje femenino de indefensión. • Aprendizaje masculino del uso de la fuerza para la resolución de conflictos. • Exposición a violencia doméstica entre los padres en período de crecimiento. • Naturalización de la violencia por parte de otros modelos sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pautas culturales que definen a los niños como posesión de sus padres. • Aprendizaje de la violencia en la familia de origen por parte de los padres. • Uso del castigo como método pedagógico en el sistema educativo. • Violencia conyugal y/o historia de desarmonía y rupturas familiares. • Aislamiento social. • Fallas en el sistema de planificación familiar (hijos no deseados). • Ausencia de modelos positivos para el aprendizaje de la maternidad y paternidad.
Factores de riesgo asociados que incrementan la probabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Factores estresantes (económicos, laborales, sociales). • Uso de alcohol/drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores estresantes (económicos, laborales, maritales). • Falta de soporte familiar y social. • Uso de alcohol y drogas.
Factores que contribuyen a la perpetuación del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de legislación adecuada o dificultades en la aplicación de la existente. • Falta de capacitación del personal policial y judicial para atender adecuadamente los casos. • Falta de capacitación del personal de salud para identificar los casos. • Psicopatologización del problema por parte de los servicios de asistencia. • Ausencia de redes comunitarias de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacitación del personal de salud para la detección de los casos. • Falta de capacitación del personal de educación para la detección de los casos. • Ausencia de redes comunitarias de apoyo.

En el inciso siguiente se presentan dos casos de violencia intrafamiliar; el primero fue una familia atendida en el ISSSTE en donde se observa una madre con sentimientos de escaso valor personal, el primogénito oscilaba entre conductas protectoras y violentas, en la hija mayor se observa una baja autoestima y conductas autodestructivas como son la anorexia y bulimia, los menores manifiestan enojo y ansiedad.

En el caso atendido en el CCH, predominaron en primera instancia los discursos matizados de tristeza, soledad, enojo, frustración e ineptitud. Estas emociones se presentan como consecuencia del maltrato físico y psicológico del que fue objeto la usuaria del servicio.

3.1.2 Integración de dos expedientes del trabajo clínico con familias

3.1.2.1 Caso Clínico No. 1

Terapeuta: Laura Susana Núñez Becerra

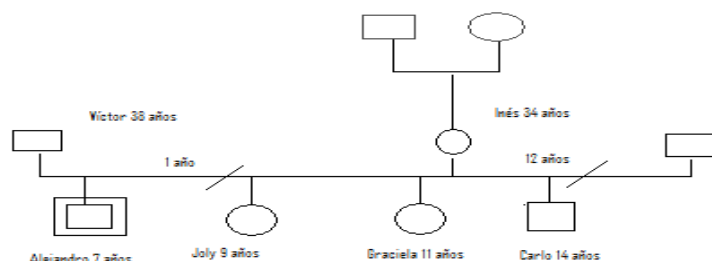
Sede: Clínica ISSSTE Tlalnepantla

Supervisora: Mtra. Rosario Espinosa Salcido

Equipo de supervisión: Mónica Ayala, Cristian Treviño, Alejandra Pilloni, Violeta Hernández

Familia: López

Persona que solicitó el servicio: La madre.



Motivo de consulta: Hace dos meses a Alejandro de 7 años le comenzó a salir una mancha blanca en el pecho motivo por el cual su madre la Sra. Inés lo llevó a consulta médica, el doctor la derivó al servicio de psicología ya que el problema aparentemente es nervioso.

Antecedentes del problema: Desde hace un año la Sra. Inés y su esposo se separaron ya que él era infiel, no le daba dinero, lo describe como una persona agresiva tanto de forma física como verbal, la golpeaba aún estando embarazada, le decía que no valía nada, que estaba gorda. El Sr. bebe alcohol y los niños presenciaban las situaciones de violencia.

Ella decidió salirse de su casa e ir a vivir con sus papás. La casa donde vivía con su esposo fue adquirida a través del ISSSTE y es copropiedad, por lo cual ella lo visita frecuentemente a fin de que no le “quite la casa”, en estas visitas ha encontrado a las “amantes” de su esposo mismas que la han golpeado en un par de ocasiones, la última hace 15 días. A partir de ahí su hija Joly no quiere escucharla “se tapa los oídos y suda mucho”,

a Graciela la describe “agresiva y gritona”. Su hijo mayor es producto de una primera unión, comenta que es un joven aislado y agresivo, el padre no trabajaba y ella lo mantenía, los abandonó cuando el hijo contaba con dos años de edad y no volvieron a saber de él.

Su segundo esposo, el Sr. Víctor veía a sus hijos, pero hace alrededor de tres meses que se ha alejado, ella lo busca para que le proporcione “su gasto” que es de \$700.00 quincenales. El es servidor público y ella secretaria. La información descrita anteriormente fue recabada en la primera llamada telefónica.

Primeras impresiones: Se puede apreciar violencia intrafamiliar a lo cual los hijos están respondiendo con agresión y ansiedad.

Existe un conflicto de pareja y los hijos están reaccionando ante éste.

Se utilizará terapia narrativa de Michael White y Terapia breve centrada en soluciones de Steve de Shazer.

Sesión No. 1: Se amplía la información recabada en la llamada telefónica, a continuación se presenta un resumen:

Desde hace un año la Sra. Inés se separó de su esposo, trataron de llevar una relación de amistad sin embargo no ha sido posible y “a los niños les ha afectado” según palabras de ella. Alejandro presenta una mancha en el pecho y el médico comenta que es un problema psicológico. El niño dice que se siente nervioso en la escuela, la mancha apareció hace como un mes y medio y coincidió con una agresión que recibió su madre por parte de unas vecinas, este suceso impresionó a los cuatro hijos de manera importante.

Comenta que los niños presenciaban las discusiones con su esposo.

La Sra. Inés no ha dejado definitivamente el hogar conyugal ya que tiene miedo de perder su casa.

Carlo su hijo se siente impotente ante los problemas, le da coraje y comenta que no puede hacer nada legalmente pero si puede resolverlos con golpes.

Alejandro comenta que le dio coraje que le pegaran a su mamá y comenzó a rezar en esos momentos.

Al preguntarle a Graciela lo que ocurrió con ella ante la agresión sufrida por su madre, se muestra hermética.

Joly se entera de lo que sucede entre sus padres ya que la madre lo platica con la abuela y ella escucha.

Terapeuta a Joly: Los papás tienen problemas que solo ellos los pueden resolver, tú como niña te debes preocupar por los problemas de niña.

Se comienza a utilizar el proceso de externalización del problema diseñado por la terapia narrativa de Michael White.

Se les pregunta a cada uno si esta familia sufre por la agresión y lo que esta les ha dejado a cada uno en sus vidas (preguntas de influencia relativa): a la Sra. Inés le ha dejado tristeza, rencor y odio. Hizo cosas para lastimar a Víctor como correr a sus amigos que iban a beber alcohol en su casa, serle infiel y sin darse cuenta estas acciones también lastimaron a sus hijos, y ahora se siente culpable.

Joly refiere que la violencia ha dejado “llanto” en su casa, en Carlo “no ha dejado nada bueno” en Graciela le ha dejado que ya no le gusta comer. Se les pregunta si esta familia está dispuesta a luchar para sanar a lo que responden afirmativamente.

Terapeuta a Carlo: ¿Qué pasa cuando la violencia se apodera de ti?

Carlo: Me enoja con mis hermanos cuando toman mis cosas, le grito a mi mamá y a mi abuelita.

Se externaliza el problema diciendo que es la violencia la que se apodera de Carlos, que él no es el que dice groserías, sino la violencia a través de su persona.

Terapeuta a la familia: Las personas se aman pero la violencia les hace malas pasadas.

Se hace la pregunta sobre posibilidades únicas:

Terapeuta a la familia: ¿Qué pasará si siguen así?:

Carlo: Destrucción.

Alejandro: Enfermar y tristeza.

Ideas del equipo reflexivo: Se habla del impacto que la violencia ha hecho en esta familia de lo tristes que son. La violencia tiene muchas caras, los ha atrapado. Se comenta que la fuerza positiva de la familia y la unión serán armas poderosas contra ella, tienen recursos, y el amor que se tienen va a hacer que trabajen en contra de ella.

“¿Cuántas personas que vienen aquí son víctimas de la violencia?, parece que ella tiene dos caras una hipócrita que destruye, que da tristeza, que hacen que se aíslen y la otra cara es el coraje, la venganza y el rencor y eso es lo que está aplastando a la familia. ¿Cuales serán las armas que esta familia tiene para luchar en contra de la tristeza, el rencor, el aislamiento?”

esa sería una tarea para cada uno. ¿Qué habrá detrás de la violencia en una familia tan hermosa como la que vimos?

Comentarios de la familia:

Inés: Estoy dispuesta a luchar por ser una familia feliz.

Carlo: Voy a tratar de cambiar.

Terapeuta: La violencia es quien te atrapa, tú eres un gran muchacho.

Alejandro: Yo voy a dejar de agarrar las cosas de mi hermano.

Graciela: Quiero cambiar.

Joly: Me llamó la atención los ejemplos como compartir

La Sra. Inés, muestra satisfacción porque han dado el primer paso para cambiar.

Sesión No. 2: Comienza la sesión hablando la Sra. Inés de Gaby ya que tuvo una conducta que le preocupa, ella con otras tres compañeras han dejado de comer y se provocan el vómito.

Se la pregunta a la niña si cuando se apodera de ella la violencia es cuando no come y vomita mas no responde.

La Sra. Inés habla de que era violenta con sus hijos ya que los culpaba de todo lo malo que ocurría en su vida, ahora dialoga y trata de comprenderlos, Carlo y Graciela son los más agresivos incluso cree que la niña la trata de hacer sentir mal y al no comer trata “de desquitarse de ella”.

La semana anterior nos dice, la trato de atrapar la violencia ya que su esposo el Sr. Víctor vendió sin su consentimiento dos roperos; ella trató de desquitarse llevándose un aparato de sonido de casa. Sin embargo reflexionó que si lo hacía su ex esposo se iba a enojar y ella no quería mas problemas. Gaby le decía a su mamá que lo hiciera y le echara la culpa a ella, sin embargo la señora no lo hizo.

Se les repartió una hoja blanca a cada uno y se les solicitó que anotaran del lado izquierdo los amigos de la violencia y del lado derecho los enemigos de la misma, este trabajo se hace con la finalidad de que detecten sus fortalezas y cuales elementos les ayudan a vivir sin ésta en sus vidas.

Doña Inés identificó como amigo de la violencia al coraje. Pensar, puede ser un enemigo de la violencia.

Inés comenta que Carlo no vivió con ella, se crió con sus abuelos, no acepta su autoridad y “no tiene respeto hacia los mayores”.

Se indagan los momentos es que esto no ocurre, comenta que cuando van a la escuela platican y sí hay días que pueden estar “bien”.

Durante la sesión Graciela se muestra totalmente hermética, por lo que la terapeuta pregunta a Joly cual cree que sería un amigo de la violencia para su hermana y comenta que gritar, se le vuelve a preguntar que cosas buenas tiene Graciela para vencer a la violencia y comenta que compartir, cariño y comprensión.

Se resaltan las diferencias individuales para encarar los problemas y por tanto es cada uno atrapado por la violencia de manera diferente, por eso cada lista es individual.

Carlo comenta que como enemigos de la violencia considera: paciencia, pensar y dialogar.

Terapeuta: ¿Cómo has logrado en el pasado ser paciente? (atribuir el control).

Carlo: Solamente actuando.

Se retoma la acción de “pensar” y como lograr hacerlo antes de actuar.

Carlo: No herir a las personas sería una ayuda para no dejarse atrapar por la violencia.

Se analiza la lista de Alejandro quién dice que los amigos de la violencia son: Pegar, romper cosas, sufrir, regaños, gritar, groserías, patear, mojar, odiar, pelear y enemigos regalar y obedecer.

La terapeuta le pregunta ¿como ha logrado obedecer?: No sabe.

Joly: Amigos enojo, envidia, nerviosidad, sufrir aferrarme a las cosas lastimarme a mi misma no hacer las cosas, que se burlen de mí y que me regañen sin saber que pasó y enemigos: hablar, ser feliz, obedecer, querer a mi familia.

Terapeuta a Joly: ¿Cómo podrías hablar con tu mamá?

Joly: Buscando el momento en que esté desocupada o sola. Con respecto a ser feliz comenta que no peleando, compartiendo sus cosas, conformarse con lo que hay. Obedecer, no haciendo las cosas de mala manera, y pensar antes de actuar.

A Graciela se le pregunta si hay otro enemigo a vencer que no sea la violencia, y ella no responde, se le dice si podría ser la anorexia o las ganas de vomitar y asiente con la cabeza.

Ideas del equipo reflexivo:

Terapeuta del equipo 1: ¿La violencia y anorexia serán parientes o, el problema de Graciela tendrá otro nombre, se apoyan una a la otra o qué tendrá que hacer para vencerla?

Terapeuta del equipo 2: Todos están atacando al mismo enemigo de forma diferente. La violencia es mañosa ya que hace que se ataquen unos a otros en lugar de atacarla a ella.

Terapeuta del equipo 3: ¿De que tamaño estará la violencia?, o ¿estará temblando de miedo? Será de 10 o menos.

Reflexiones de la familia:

Joly: Me gustó porque a Graciela le dijeron lo que debe de hacer y lo que debemos hacer para seguir luchando para nuestra familia.

A Carlo se le hace una pregunta de escala sobre la violencia cuando llegó estaba en más de 10 y ahora sigue en 10.

Alejandro: Nosotros ya habíamos combatido la violencia y vamos a seguir adelante.

Gaby:

Doña Inés: Veo mejoría, y si seguimos con ese cariño unidos vamos a poder ser más felices.

El equipo pregunta a Graciela que podríamos hacer para ayudarla no responde, se le deja de tarea pensarlo.

Sesión No. 3: Graciela siempre se ha sentado en los extremos, se aísla de su familia, por lo que se le pide a su madre que cambie el lugar con ella, de esta forma queda integrada con sus hermanos

Se retoma la tarea que se dejó a Graciela la sesión anterior y se le pregunta que podríamos hacer para ayudarla, no contesta. Se le pregunta a la familia que nos querrá decir ella con su silencio (preguntas circulares), la madre piensa que la niña nos dice que la violencia se apodera de ella. Joly habla de que no le gusta hablar de sus cosas enfrente de la gente a lo que su hermana asienta con la cabeza. Carlo opina que su hermana necesita ayuda de su familia comprendiéndola.

Se les pregunta acerca de que cosas sí habla Gaby a lo que su madre responde que en casa sí expresa lo que le molesta. Se pregunta a la Sra. que la enoja de sí misma y responde que el ser débil con sus hijos, no tiene autoridad con Carlo y que cuando sus hijos

se ponen agresivos la violencia aún llega a apoderarse de ella, para evitar golpearlos se sale de su casa. Se les pregunta a los niños si la violencia aún llega a atacarlos y Carlo responde afirmativamente en esas dos semanas fue agresivo pero en la última semana desapareció y lo evitó pensando en unas palabras que un compañero le dijo: “qué valorara a su mamá”. Se habla del gran amor que tiene hacia ella.

Terapeuta dirigiéndose a Inés: ¿Que cosas hace bien Carlo? Y responde que le ayuda, de Graciela dice que le ayuda a planchar y calienta la cena. Se indaga que otras cosas le gusta hacer en casa y responde que lavar el baño y cocinar, sabe hacer quesadillas, huevos; en la escuela lo que le gusta es platicar con sus amigas.

Se les pregunta en que momento en casa están bien, con armonía (búsqueda de excepciones): Graciela comenta que durmiendo, la Sra. dice que cuando comen, Carlo cuando platican como en la cena del día anterior, Alejandro cuando están acostados viendo la televisión.

Terapeuta: ¿Que fue diferente el día anterior por lo cual fue agradable la cena?:
Comenta la familia que no pelearon

Terapeuta: ¿Cómo le hicieron? (se amplía la excepción)

Alejandro: Obedeciendo.

Carlo: Nos encontrábamos tranquilos.

Joly: Estábamos con mis abuelitos.

Graciela: No sentí nada, sin embargo cuando se le pregunta si estaba tranquila afirmó con la cabeza.

Terapeuta: ¿Quién mas se dio cuenta de que estuvieron tranquilos? (ampliar la excepción):

Carlo: Un tío que nos visitó. Mi tío comentó que antes éramos más agresivos y que ahora nos ve más tranquilos.

Se le dice a la familia que nos damos cuenta que en estas dos semanas han ocurrido cosas buenas y doña Inés lo confirma.

Terapeuta: ¿Qué le dice esto de que hay momentos que disfrutan?

Inés: Me da felicidad. Se le pregunta acerca de las cosas que está haciendo bien como mamá y responde que impulsarlos, animarlos, les da cariño, procura no gritar tanto.

Terapeuta: ¿Qué tiene que pasar para que esto siga ocurriendo? (ampliar la excepción):

Alejandro: No pelar y compartir.

Inés: Hablar que mis hijos me digan lo que les molesta de mí y así tratar de corregirme. Se le dice que es importante que siga abriendo espacios para hablar entre ellos. Se cierra la sesión comentándoles que las cosas han empezado a cambiar.

En esta sesión el equipo terapéutico da un mensaje a la familia y una tarea:

Mensaje del equipo: Nos ha dado mucho gusto oír la voz de Graciela y de las cosas que hace muy bien entre ellas cocinar, planchar, el mensaje para Alejandro y Joly es que son unos jovencitos muy claros en sus pensamientos y tienen muchas ganas de apoyar a la familia para que esto siga adelante, a Carlo se le felicita por su madurez, esta entendiendo muchas situaciones y sabe perfectamente lo que esta bien y lo que esta mal, tiene claro lo que tiene que hacer para que las cosas mejoren a Doña Inés el equipo le admira su gran calidad humana y el gran amor que esta profesando por sus hijos. Se les reconoce el gran esfuerzo que todos están haciendo para cambiar y que todos están trabajando como familia para alcanzar sus objetivos.

Sesión No. 4: La Sra. Inés comenta que Carlo ha cambiado para mal en la última semana, la violencia se ha apoderado de él. Se pregunta a Carlo como llegó ésta y comenta que en un par de situaciones en las que se generó malestar, conflictos y problemas.

Se le pregunta a Joly y su madre interrumpe comentando que se ha sorprendido ya que también se ha apoderado de ella la violencia al igual que de Graciela. Sus hijos le contestan agresivamente. Inés habla de que Graciela ya no quiere asistir a las sesiones “que caso tiene ir si seguimos igual”. Si tu no te quieres sanar le comenta su madre voy a respetar tu decisión, comenta que su hija le reprocha que no es igual en sesión que en su casa.

Terapeuta: ¿Qué aprendieron estas dos semanas de haber vuelto a abrir la puerta a la violencia? (influencia del problema en la vida de las personas):

Inés: No saber controlarnos, nos alejamos otra vez, nos dividimos.

Terapeuta a Carlo: ¿Te das cuenta cuando la violencia se quiere apoderar de ti?

Carlo: No, no me doy cuenta.

Se normaliza la situación y se les dice que la violencia ha estado en sus vidas desde hace mucho tiempo, “es normal” que no quiera irse, pero Ustedes, son los que ya identifican las estrategias para lograrlo.

Terapeuta: ¿Les gustaría que entrevistáramos al problema? responden afirmativamente (externalización del problema, ubicar y realizar preguntas de influencia relativa sobre la influencia del problema en la familia y sus relaciones, y la influencia de ésta sobre la vida del problema).

Se les pregunta a quién le gustaría que se entrevistara al problema, Carlo alza la mano y pasa al frente.

En la primera parte se nombra al problema, Carlo lo denomina don valentonon.

En la segunda se habla de cómo influye el problema en la vida de la persona ¿cuándo permite Carlo que la violencia se apodere de él?: cuando le niegan un permiso, entran a su cuarto o le toman sus cosas.

En la tercera se habla de cómo influye la persona en la vida del problema y las armas con las que Carlo cuenta son el cariño y la nobleza, el amor por su familia.

Se aclara que este es un problema individual y cada miembro de la familia durante el ejercicio estaba pensando en su propio problema, cada quién tenía entrevistando a alguien. Se queda la tarea para Carlo y el resto de la familia de encontrar cada uno cuáles son sus armas particulares para no permitir que los atrape el problema personal o bien en el problema concreto de la familia.

Reflexiones de la familia de la entrevista:

Inés: Quiero seguir luchando y no desanimarme.

Terapeuta: Su tarea será imaginar que ella hace el mismo ejercicio que Carlo y reflexionar acerca de su propio problema y como la envuelve don violenton.

Alejandro: Conocí a la violencia y sus armas para vencerla es compartir.

Graciela: No contesta.

Terapeuta: Tu tarea podría ser también ¿pensar en su problema y en sus armas para combatirlo?

Graciela: ...

Terapeuta: ¿Lo sientes útil para ti?, ¿Lo podrías intentar de tarea?

Graciela: Asiente con la cabeza.

Terapeuta: Te invito Joly a intentarlo en casa.

Ideas del equipo reflexivo: El equipo comenta que se sienten impactados con la entrevista. Carlo quizá no se ha dado cuenta de sus cualidades, sin embargo don violentonon parecería estar muy confiado y se autoengaña pensando que tiene todo bajo control. Carlo le ha ganado a don violentonon con sus sentimientos y seguramente éste está temblando, se empieza a enojar y no quiere soltarlo, “escucha pasos en la azotea, y por eso agarró más fuerza”. La familia lo puso a temblar en los últimos 15 días y trato de ganar fuerza.

“¿Cómo atrapa don violenton o doña violentonona por ejemplo a Graciela, como lo hará?, porque “muda no es, lista es”, ¿cuales serán las trampas que tiene para ella?”, “si a su hermano le agarro a los doce quizá a ella la este agarrando”. Cada violentón tiene sus mañas.

Toda la familia se va a ir pensando en su propio violentón y cuales son las trampas que les tiende, ¿cómo pueden anticiparse y hacerle frente a la batalla?. (influencia de las personas en la vida del problema). Las 24 horas del día los atraparé don violenton? (búsqueda de excepciones). Parece que no, que por la cena don violentón se va a dormir.

Reflexiones de la familia: Carlo comenta que a él lo atrapó don violentonón, se apoderó de él por no conocer a su papá, y eso hizo que empezara a ser así, ni una foto tenía, culpó a la mamá, sin embargo ahora entiende que él no pierde a un padre sino su padre biológico pierde a un hijo, su verdadero papá es su abuelito. Comenta que su familia no tiene la culpa de nada y le agradece que sean así con él. Y a cada uno se le pide que le dé un gran abrazo a Carlo. Comenta doña Inés que Carlo le regaló un chocolate, expresa que sintió alegría y esos momentos son en los que se va a descansar don violentonón.

Alejandro se da cuenta de que violentón duerme en las noches.

Inés: Don violentón se mete con Graciela.

Terapeuta: Seguramente ella se va a ir pensando en sus armas para defenderse.

Joly: de repente me jala don violentón pero no lo dejo entrar.

Inés: Lo apaga con un abrazo, con cariño (influencia de las personas en la vida del problema).

Sesión No. 5: La Sra. Inés comenta que todo es poco a poco pero ella a veces se desespera, hay días que hay cambios y hay días que no quieren salir adelante. Se le pregunta que paso en un día bueno (excepción) y el domingo tuvieron una mejor convivencia.

Joly: Estuve contenta con mis abuelitos.

Alejandro: Recuerdo el domingo ya que fue la primera vez que estuve como monaguillo.

Graciela, niega con la cabeza que algo bonito le haya pasado sin embargo su mamá comenta que fue a una fiesta de Halloween se disfrazó de Merlina y comenta que sí se divirtió.

Terapeuta: ¿Qué cosas buenas en su vida están ocurriendo?

Inés: Soy más paciente.

Graciela ríe a lo que su madre dice y Doña Inés comenta que está haciendo esfuerzos para cambiar.

Inés: “Ellos me ven como un ogro” pero me desespero porque no me obedecen, Graciela sigue sin comer, le tengo que enviar el lunch a la maestra.

Joly: Yo fui paciente con Alejandro y con mi mamá. Yo pienso obedecer. Con mi abuelita ya no me molesta que no me den dinero.

Carlo: Yo no fui muy paciente.

Terapeuta hacia Carlo: ¿En otras ocasiones has sido paciente?.

Carlo: Sí, pero no me gustó.

En ese momento recordó que la semana anterior compró un pastel para su mamá.

Terapeuta: Los cambios son poco a poco. ¿Esto de ser amable va en contra de don violentón?

Carlo: Si.

Terapeuta: ¿Cómo ayuda el ser amable?

Alejandro interrumpe y dice que él sí vio que Carlo era amable con él.

Terapeuta: ¿Quién más ha notado la amabilidad de Carlo? (ampliar el cambio).

Inés: Yo lo he notado.

Terapeuta: ¿Qué piensas Carlo que otros ven tu amabilidad y tú no?

Carlo: No me doy cuenta, quizá estoy progresando poco a poco.

Se retoma la tarea de pensar cada uno en su problema y doña Inés bautiza su problema como tristeza y soledad.

Terapeuta a Inés: ¿Cuales serían los amigos de la tristeza?

Inés: La falta de dinero y depender de mis papás.

Ella ve que sus papás los están sacando adelante.

Terapeuta: ¿Desde cuando se siente triste?

Inés: Desde siempre. La tristeza entró desde que era niña mi papá era alcohólico y mi mamá se iba a trabajar.

Terapeuta: ¿Qué le ha hecho la tristeza en su vida, como ha influido? (influencia del problema en la vida de la señora)

Inés: Casi no recibo cariño de mis hijos y quieren más a su abuelita. Joly es la que más me “apapacha” y me siento bien, la tristeza me esta obligando a ponerme de malas, a aislarme, a comer demasiado.

Terapeuta: ¿Alguna vez le ha ganado a la tristeza?

Inés: Si.

Terapeuta: ¿Cómo? (influencia de la persona en la vida del problema).

Inés: Orando, distrayéndome.

Terapeuta: ¿Qué piensa o que hace cuando decide distraerse? ¿Cómo lo logra? (otorgar el control de la excepción).

Inés: “Pienso que tengo que echarle ganas, en la iglesia tomo cursos, también me sirve ver que los niños del catecismo me quieren, “en los cursos hablan de las cosas que yo pasé y las reflexiones que dan me ayudan a sentir alivio, me dan cariño”.

Terapeuta: ¿Alguien más lo nota? (ampliar excepción).

Inés: Mis amigas en el trabajo me dicen que a veces me ven más tranquila. En el trabajo me cambiaron de puesto y me anima que me valoren como persona, soy lista, aprender es algo que me ayuda a combatir la tristeza.

Terapeuta: ¿Qué otras cosas pueden ayudar para que esta familia se siga liberando de los enemigos indeseables?

Alejandro: Seguir platicando.

Se hace una pregunta de escala y Graciela responde que no hay avance, se evalúa en cero, Alejandro se pondría en 9, Joly en 9 o 10, Doña Inés en un 8 y Carlo en 2. Para pasar del cero al uno que se te ocurre hacer Gaby?: Nada, Alexis para pasar del 9 al 10 compartiendo, Jocelyn para quedarse en el diez va a tener un poco más de paciencia y Carlo siendo tolerante.

Ideas del equipo reflexivo:

Terapeuta del equipo 1: “Lo que hoy toco mi corazón es esa madre que la toco la tristeza, y esa vieja tristeza tiene dos caras de un lado está el llanto, del otro lado están los gritos, el enojo la presión, pero la señora ya echó al aire la moneda porque dijo varias formas de ganarle a la tristeza y seguramente va a seguir buscando en ella misma que cosas hará para vencerla.”

Terapeuta del equipo 2: “La tristeza y don violentón se llevan muy bien sin embargo esta familia ha hecho muchas cosas: el pensar, convivir, ser amables; ellos están encontrando la forma de vencer a don violentón y a doña tristeza; será un proceso que irá poco a poco, ¿Gaby se habrá dado cuenta de qué sonriente ha estado en esta sesión?.

Terapeuta del equipo 3: “Estaba pensando... sentí mucha ternura con la mamá ahora y pensaba que don violenton on, doña tristeza, doña inapetente, ¿no se estarán aliando para ser las cosas malas o se conspiran para que mamá no pueda dejar a la tristeza?.”

Reflexiones de la familia:

Joly: Cada uno de otros estamos avanzando para poder llegar hasta el diez.

Carlo: Mi mamá está logrando salir de esto.

Alejandro: Hay que salirnos de don violenton para ser felices.

Doña Inés: “Le estoy echando ganas para alcanzar la felicidad y mi familia quiere ser feliz”.

Graciela: ...

Sesión No. 6: La Sra. Inés comienza la sesión mencionando que las cosas han mejorado sin embargo en ocasiones la violencia se sigue apoderando de cada uno de ellos. Se le pide a cada uno comenzando por Joly que mencione los cambios que ha notado en cada uno de los miembros de su familia (ampliar los cambios): ha notado en Carlo el compartir y apoyo, en Graciela amabilidad, en su mamá también amabilidad y compartir, se queja de las injusticias que comete con ella ya que la regaña sin saber que ha pasado y en ella misma ha notado que ahora comparte más. Graciela ha notado en Carlo que ha crecido, tiene más paciencia, en Joly que es mas compartida, en su mamá ha notado amabilidad, y en ella misma que ya esta comiendo más. Carlo ha notado en Graciela que quiere comer, es comprensiva, apoya más a la familia haciendo lo que se le pide, ayuda al trabajo de casa, le “soba” la cadera cuando le duele, es amable, en Joly que es más cariñosa, juguetona y compartida, de su mamá siente apoyo, comprensión, es compartida. Carlo en sí mismo ha

observado que es compartido, amable. Se les pregunta ¿qué podría pensar la violencia de estos cambios? Carlo comenta que más o menos le están ganando, Graciela que están mejorando, Joly que poco a poco se han estado alejando de ella. A Doña Inés se le pregunta sobre los cambios en Carlo y comenta que es más cariñoso, apoyador, positivo intenta no enojarse y controlarse, en Graciela que es más comprensiva, come y se encuentra más alegre, Joly controla más su enojo, es más cariñosa, y en si misma siente que no ha cambiado, se le recuerda los que sus hijos han comentado acerca de los cambios en ella. Se hace coterapia con Cristian Treviño colega del equipo y se dialoga acerca del futuro a través de preguntas sobre posibilidades únicas:

Coterapeuta: Joly, ¿Cómo te imaginas cuando tengas 11 años y seas más compartida y cariñosa?.

Joly: así como soy.

Coterapeuta: Graciela, ¿cómo te imaginas si sigues comiendo, si eres mas comprensiva, alegre, amable?

Graciela: si sigo comiendo engordaré, y de lo demás igual o bien me podría sentir mejor con mi familia.

Carlo: a futuro pienso que la familia sería más unida y el se sentirá satisfecho al ver a mi familia construyendo.

Doña Inés: me imagino más feliz, nos vamos a ver con mas cariño, y ellos (sus hijos) van a aceptar sus errores.

Otras técnicas utilizadas en la terapia narrativa son escribir cartas, reconocimientos, certificados con la finalidad de ayudar a la familia a escribir una nueva historia de la vida de su problema. Durante esta sesión se les entregó una carta escrita por la terapeuta y dos certificados a Joly y a Alejandro por haber huido del sufrimiento (Anexo 6,7 y 8)

Se le entrega a Inés la carta para que se las lea a sus hijos. Y comentan:

Inés: Me siento alegre de que alguien vea mi corazón (agencia personal) ya que a veces siento que no puedo y me sentía fracasada, nadie me había hecho sentir que soy importante en esta vida.

Graciela no comenta nada, Carlo dice nunca le habían dicho algo agradable y gracias a la terapeuta y al equipo que los han ayudado.

Se les entregan los certificados

Carlo se lo entregará a Alejandro en casa ya que no se presentó a esta sesión.

Graciela le entrega el suyo a Joly y todos lo firman.

Se les pide a los niños que salgan para hablar a solas con Doña Inés:

Terapeuta a Inés: ¿Desde cuando está en su vida la tristeza?

Inés: Desde siempre. Mi mamá me dejaba sola con mi hermano Guillermo para ir a trabajar.

Actualmente su hermano tiene 35 años. Tiene otro hermano Víctor de 37 años y vive en Oaxaca, su abuelita lo crió a él ya que su madre estaba enferma.

Terapeuta: ¿Eso fue algo bueno o malo para la vida de su hermano?

Inés: Quizá si le faltaron sus padres aunque ahora que los ve lo hace con gusto, creo que al final ganó más, ya que mi papá era alcohólico y la vida que llevamos con él fue más difícil.

Su hermano Guillermo esta casado, su esposa golpea a sus hijos y ambos los descuidan. Ella comenta que su vida ha sido triste ya que les hizo falta su mamá y su padre la golpeaba. Su padre tuvo dos familias y ella siempre vio sufrir a su mamá. Doña Inés era rebelde y la comparaban con su hermano. Las ventajas de ser rebelde era que manifestaba su coraje y su hermano estaba como “ido” en la escuela.

Ella casada con el Sr. Víctor mantuvo otra relación de pareja, sin embargo “sentía que compraba el cariño de las personas”.

Se hace un ejercicio para ayudarla a sanar su dolor, se trabajó con hipnosis Ericksoniana y bioenergética con el propósito de sembrar ideas de conocimiento y autocuidado, de amor y tranquilidad para el rescate de sus fuerzas.

Al finalizar se le invita a seguir haciéndolo en casa.

A la descripción que hace de sí misma de rebelde se redefine:

Terapeuta: ¿Cuántas cosas buenas podrá hacer por ella misma esa mujer rebelde?, seguramente nos sorprenderá con los cambios que puede hacer en su vida.

Terapeuta: Es una familia que siempre ha tenido amor pero la violencia no se los permitía expresar. El amor de esta familia esta ayudando a Graciela y el amor que esta madre esta teniendo por si misma. ¿Con qué se combate el que uno no se valore?

Inés: Con amor (se afianzan eventos extraordinarios).

Para la siguiente sesión se le escribe una carta para Doña Inés (anexo 9) y tres certificados uno para la familia de Doña Inés en el cual se reconocen los esfuerzos de todos para eliminar la violencia de sus vidas. Para Carlo en el que se le reconoce su triunfo en contra de don violenton on y por haber recuperado las ganas de vivir alegre y finalmente para Graciela por haber recuperado su alegría por vivir, su sonrisa y sus ganas de comer (anexos 10, 11 y 12)

Sesión No. 7: Doña Inés recuerda de la sesión anterior la carta que se le entregó, ahora se mira como a una persona que es importante y quiere luchar por su familia, ha sentido mas alegría, ha notado que Carlo le huye a la violencia y no muestra la agresividad que notaba, Graciela “expresa más sus inconformidades”, en Joly hay mayor tranquilidad al igual que en Alejandro.

Terapeuta a Inés: ¿A qué cree que se deban los cambios?, ¿está haciendo algo diferente? (ampliar los cambios).

Inés: Tomar con mayor tranquilidad las cosas, quererme más a sí misma recordando la carta y la lucha que estoy haciendo por mi familia.

Terapeuta a Graciela: ¿Qué recuerdas de la sesión anterior?

Graciela: Nada.

Carlo: Recuerdo los certificados que les tocaron a mis hermanos menores.

Joly: La carta “que todos queremos seguir adelante y ser más felices”.

Terapeuta a Joly: ¿Ha habido cambios en las últimas dos semanas?

Joly: “Le echo más ganas en la escuela”.

Terapeuta (preguntas circulares) a Joly: ¿En Graciela has visto algún cambio?

Joly: Sí, ya sonrío más, Carlo está más simpático, Alejandro comparte más sus cosas, mi mamá me pone más atención y está más sonriente.

Terapeuta a Carlo: ¿Has visto cambios en tu familia?

Carlo: He visto a Joly más alegre, en Alejandro ninguno, en Graciela me sorprendió ya que me regaló una pelota.

Terapeuta: ¿A qué crees que se deba este cambio?

Carlo: No sé.

Terapeuta a Carlo: ¿Sabías que Graciela te quería tanto?

Carlo: No, no lo sabía.

Graciela sonrío y dice que ella tampoco sabía lo que quería a su hermano (evento extraordinario que contradice la historia dominante de violencia).

Carlo: Yo retrocedí.

Terapeuta: ¿Qué hiciste para no retroceder más? (búsqueda de excepciones).

Carlo: Pensar más.

Terapeuta a Alejandro: ¿Has notado cambios en Carlo?

Alejandro: Sí, es más compartido. El día de ayer tenía \$50.00 y compré regalos para mis hermanos, yo estoy cambiando pero nadie se dio cuenta (llorando).

Terapeuta: El equipo sí ha notado tus cambios, eres un niño muy sensible, sabemos que haces tu mejor esfuerzo para ayudar a tu familia.

Inés a Alejandro: Yo también he notado tus cambios.

Carlo a Alejandro: “Tenía la vista nublada” pero ahora me doy cuenta de los cambios.

Alejandro nota en sí mismo que le preocupa mucho su familia.

Ideas del equipo reflexivo:

Terapeuta del equipo 1: “Ésta familia nos toca el corazón cada vez que viene, esta familia vino a terapia porque un chiquito (Alejandro) tenía una mancha blanca y como ha cargado tanto peso en esta familia el día de hoy “explotó”. Ellos decidirán si se callan las cosas, lloran, ríen o las comparten. Graciela no habla pero participa con su risa, “apapacha”.

Terapeuta del equipo 2: “Qué bueno que se están dando la oportunidad de hacer las cosas diferentes entre ellos y en tres meses han cambiado. Los espacios que antes ocupaba la violencia los están llenando de amor, ya descubrieron la riqueza de su familia”.

Terapeuta del equipo 3: “¿Cuántas cosas irán descubriendo día a día?”.

Reflexiones de la familia:

Graciela: No me había dado cuenta de lo que he avanzando.

Se le hace la pregunta de escala y llegó en cero ahora se siente en cinco, y quiere llegar al 8 va a tratar de mejorar.

Joly: No me había dado cuenta de que ya voy mas adelante.

Ella llegó en el 6 y ahora se encuentra en el 10, ha conseguido avanzar compartiendo y siendo más cariñosa.

Alejandro llegó en cero y ahora se encuentra en el 10 y lo ha logrado compartiendo, ya no preocupándose más.

Carlo comenta que lo que ha dejado la violencia lo ha podido llenar con alegría, el se encontraba el -5 y ahora se encuentra en el 5 y ha avanzado escuchando lo que necesita su familia.

La Sra. Inés dice que sus hijos comienzan a hablar sin enojarse, ella se encontraba “en el último lugar” y ahora se ubica en el cinco.

Terapeuta: ¿Qué va a seguir haciendo para no retroceder? (afianzar el cambio).

Inés: “Dialogar con mis hijos, acordarme de que soy una persona valiosa”.

Terapeuta: ¿A que número le gustaría llegar?

Inés: Al 10.

Terapeuta: ¿Cómo va a estar su familia cuando esto suceda? (centrarse en el futuro).

Inés: Va a haber mas cariño y comprensión.

Se les entregan los certificados y la carta

En esta sesión se decide en común acuerdo con la familia darles de alta, se les informa que en el mes de enero se les hará una llamada de seguimiento.

Llamada telefónica 21 de Enero del 2008: La Sra. Inés reporta que sus hijos y ella han estado más tranquilos, pueden tener convivencias más armónicas y Graciela sigue comiendo, muestra preocupación ya que los trámites de la demanda para la pensión alimenticia los ha iniciado y le preocupan las reacciones de Don Victor, sin embargo se muestra esperanzada en que su familia y ella afrontarán con mayor fuerza lo que este por venir.

El 14 de Abril del 2008 se hizo una segunda llamada de seguimiento: Doña Inés solicitó una nueva cita ya que sentía que las cosas estaban empeorando.

Sesión No. 8: Inés comenta que a cada uno se les ha olvidado las cosas buenas que hablaron durante las sesiones, se analiza con cada uno las armas que tienen para enfrentar y vencer a la violencia. Graciela habla específicamente del odio que siente hacia su padre ya que lo nombra como “mentiroso y que no cumple las promesas que le hace”. Se les pide de tarea a cada uno escribir en una hoja las cosas con las que cada uno va a participar para que la violencia termine de salir de sus vidas y Graciela debe escribir acerca de las cosas malas y buenas que siente hacia su padre.

Sesión No. 9: Se planea junto con la familia una ceremonia ritual, van a sembrar en su casa un árbol y cada uno al pié de éste sembrará la carta de sus armas, fortalezas y buenas intenciones, lo colocarán en un lugar visible para todos a fin de recordar su compromiso personal. Se programa un día y una hora específica para que se reúna la familia.

Con las cartas que Graciela escribió de su padre se hace otra ceremonia ritual en compañía de toda la familia, ella decide quemar y enterrar las cosas negativas de su padre y conservar la carta de las cosas positivas.

Sesión No. 10: Esta sesión se programó para el mes de Junio del 2008 la familia reporta que hicieron el ritual con mucho entusiasmo y se han mantenido en una relación armónica entre ellos. Se reitera la alta

3.1.2.2 Caso Clínico No. 2

Fecha: 8 de Septiembre del 2007

Terapeuta: Laura Susana Núñez Becerra

Sede: CCH Atzacapotzalco

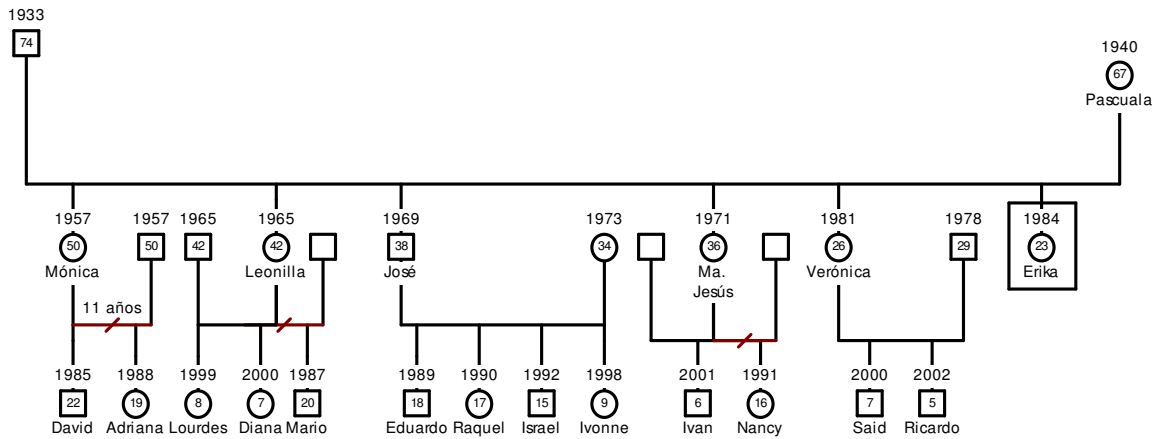
Supervisora: Mtra. Juana Bengoa

Equipo de supervisión: Mónica Ayala, Cristian Treviño, Alejandra Pilloni, Violeta Hernández

Paciente: Erika.

Persona que solicitó el servicio: Erika.

Familiograma:



Motivo de Consulta: Erika manifiesta que tiene problemas y que necesita que alguien la ayude, su padre es alcohólico y describe a su madre como sumisa.

Antecedentes del problema: No desea hablar de su problema vía telefónica, comenta que la regañan si se “tarda” hablando por teléfono.

Sesión No. 1: Durante esta sesión se exploró el problema. Ella comenta que su historia es larga a “veces siento que ya no puedo”, no me siento una persona productiva. Entró a estudiar al CCH ya que hizo 5 veces el examen de admisión a la UNAM y no ha podido ingresar, si termina aquí preparatoria puede tener pase directo a la Universidad.

En el trabajo no se sentía “completa” y se siente “frustrada”. “Me cuesta mucho trabajo todo”, “ya no puedo para que sigo”. “¿Porqué para otros es más fácil y para mi no?”, “siento que el tiempo se me va, no puedo perder más”. “También son tantos miedos”, mis papás son grandes y ellos me mantienen. El equipo le pregunta que es lo que le tiene preocupada y ella contesta que se siente sola, “no socializo mucho”, se le pregunta que de dónde viene la idea de que se va a quedar sola. Comenta que su papá toda la vida ha tomado, ella no se quiere casar ni tener hijos porque no quiere tratarlos como a ella la trataron. Siente la responsabilidad de ver por sus papás y cuidarlos.

Comenta que su padre siempre le pegaba a su mamá y no lo perdona así como tampoco perdona a su mamá por haberse dejado. No quiere ser igual que sus hermanos, también hay violencia en sus familias.

“Mis papás no son muy cariñosos y eso me hace sentir sola, la relación con su madre es buena pero no le cuento lo que me pasa, a nadie me gusta platicarle mis cosas, ella cometa que “la caja ya se llenó”. “Yo soy Erika y no me parezco a ninguno de mis hermanos y mis papás me comparan con mi hermana ya que nos parecemos físicamente, ha tenido relaciones con varias parejas y me decían que yo iba a terminar como ella”. También comenta que se siente agresiva “me da por golpear a la gente” “trato de aguantarme”.

A ella sus padres ya no la golpearon tanto como a sus hermanos.

Los golpes que su padre prodigaba a su mamá llegaron a ser tan fuertes que llegó a estar en el hospital, su padre la mordía y no le daba dinero.

Se le pregunta que cosas buenas tiene su familia y comenta que lo que más admira de sus padres es el valor que tuvieron de salir de donde estaban, quizá su padre no tenía otra opción pero ella no puede perdonarlos.

Siente que tiene que demostrar cosas diferentes y trata de hacer las cosas buenas que sus hermanos no han hecho.

La violencia ha dejado en su vida tristeza y coraje, impotencia de no poder cambiar las cosas. Los sentimientos que podrían ir en contra de la violencia serían los del perdón.

Cree que si les dice a sus papás lo que siente podrá sentirse mejor pero ellos no se prestan para hablar. Su papá la ignora y la corrió de la casa sin embargo no quiere irse porque teme que su papá mate a su madre (enferma de Parkinson), aunque actualmente ya no hay golpes.

Se le pregunta como comenzar a vaciar la cajita y comenta que cuando está sola le llegan los recuerdos de la niñez, se siente mal con compañeros jóvenes y envidia la felicidad de otros. Solo recuerda que le ponía su padre el cinturón en el cuello a su mamá, la pistola en la cabeza, y la amenazaba con navajas, sin embargo también reconoce que si su vida no hubiera sido así no sería la Erika que es actualmente es, realista, le preocupan los demás, quiere ser diferente, ha aprendido a usar los medios que tiene para sobresalir.

No permite que los demás le hagan daño, siente que es como una tortuga que tiene caparazón pero por dentro hay alguien muy frágil. Otra cosa que quiere sacar de la cajita es

que se “bloquea” mucho, sus papás le decían que era “tonta”, “mensa”, que no podía, que las mujeres eran tontas y “sí voy a poder es como un reto”, a veces siente que no puede, se siente cansada quisiera quedarse “dormida”. Las cosas no sabe porque las hace y quizá sea demostrar a sus papás que con ella se equivocaron. Se le pregunta ¿qué le gustaría hacer? y quisiera irse lejos pero nadie va a ver por sus padres. Ella siente que si no está en casa ellos se sentirían muy solos. Quizá es querer sentir un poco de cariño, que su papá piense que se equivocó con ella.

Su padre abusó sexualmente de ella a los 7 años y no conoce si con sus hermanas sucedió lo mismo; su madre nunca intervino, “mi mamá lo sabía y nunca hizo nada, y no la puedo perdonar”. Comenta que cuando tenía alrededor de 12 años en la calle un militar le comenzó a jalar la ropa y la manoseaba, cuando una señora se dio cuenta la dejaron en paz. Ella no quiso comentar nada a su madre ya que pensaría que ella lo provocó.

“Necesito que me ayuden” y se reconoce su valentía para buscar ayuda.

Mensaje del equipo: Tu búsqueda de ayuda es algo muy valiente. Nos duele mucho escuchar este sufrimiento que has vivido y nos sorprende que has rescatado cosas buenas como ser realista y luchar, el tener objetivos y retos. Ser una sobreviviente de los abusos te ha hecho sacar recursos de ti misma. Este trabajo implica un reto y lo vas a asumir como a ti te gusta asumirlos los retos. Es comprensible que te sientas sola ya que las personas en las que más confiabas tus padres te han fallado, estas tomando un camino diferente a tus hermanos por eso es normal que te sientas así. Te observan que quieres avanzar sin embargo tienes un grillete atorado en tu casa, un pié afuera y otro adentro, “pero no se te olvide que siempre hay una ventana o una puerta para poder salir”. Se le lee el cuento: lo que hace el miedo.

Sesion No. 2: De la sesión anterior a esta Erika se ha sentido mas desahogada, en la escuela le ha ido bien.

Comenta que tuvo problemas con sus amigas ya que le molesta que no sean sinceras. “Cuando ella brinda la confianza no le gusta que la defrauden”, por el comentario anterior se le pregunta si ella considera que la estamos defraudando en la confianza que ha puesto en nosotros y comenta que se tiene que “arriesgar.”

Las cosas que le causan dolor las guarda “se le quedan”. Se le pregunta que le gustaría lograr en la terapia (objetivo) y ella comenta que “quiere aprender a asimilar”,

“aprender a perdonar”, a “ella misma”. Los sentimientos que guarda son rencor y odio y éstos la han llevado a sentir soledad y tristeza.

Para sentirse mejor comenta (búsqueda de excepciones), que trata de dejar los problemas de casa en casa, los de la escuela en la escuela, trata de mantenerse ocupada.

También, busca darle una explicación a las cosas entendiendo como fue la vida de sus papás. Su padre era hijo de un hacendado en Oaxaca, era muy estricto con sus hermanos al igual que su padre lo fue con él. Su madre terminó corriéndolo de la casa. Cree que también sufrió golpes dando una explicación a través de esto de la violencia que su padre ejerció con ellos.

Su madre perdió a su padre a los siete años y a su vez su madre la dejó con la abuela paterna volviéndose a casar. El tío maltrataba a la niña, no la cuidaban y tenía piojos, no fue a la escuela. Ella aprendió sola “más o menos a leer”. Sus padres se conocieron ahí mismo y su papá “la vio y la fue a pedir”, se casaron y tuvieron a sus primeros tres hijos.

Mensaje del equipo: El equipo ha notado un pequeño avance ya que ella ha querido entender la situación de sus papás a través de la propia historia de ellos, aunque esto no justifique de ninguna manera la violencia y el abuso. Con los que nos platicó hoy nos ayuda a tener una visión diferente de la situación y ella quiere romper con las cosas que no le gustan para ella, ha hecho cosas como ir a terapia y estudiar, con eso rompe patrones.

Tarea: Buscar todos los días un espacio de diez minutos para escribir lo que le cause odio y resentimiento, esas notas deberá guardarlas en una bolsa y traerlas en quince días. Al terminar de escribirlas se lavará las manos.

Una persona de equipo entra para darle otro mensaje “si ella ve algo en lo que crea que estamos “metiendo la pata” nos lo diga.

Sesión No. 3: Se revisó la tarea y la hizo tal y como se le dejó de hecho incluyó las cosas negativas que le sucedían durante el día, dice que al lavarse las manos sentía un alivio, coloca los papeles en una caja que se llevó para tal efecto y se le pregunta: ¿para qué crees que esto puede servir? comenta que para saber exactamente que cosas son las que me duelen más. En las sesiones pasadas se habló de su deseo de aliviar el dolor y el rencor, se introduce una pregunta de escala y comenta que llegó con un 10 y en ese momento se encontraba en el 8. ¿Qué otras cosas se pueden seguir haciendo para aliviar el dolor y el rencor? (ampliar el cambio): Comenta que tolerar más. Relata una anécdota familiar en

donde decidió ser tolerante ante algún incidente negativo de su sobrino y al cuestionarle ¿cómo lo hizo? responde que pensando, al final se quedó tranquila con su decisión (se elogia su actuación).

En su salón de clase también es más tolerante, y lo que ha hecho es tratar de ponerse en los zapatos de los otros y así “encaja más” con sus compañeros. ¿Cómo te sientes cuando logras hacerlo?: me siento más tranquila, nadie es perfecto.

Erika retoma la idea de la importancia que tiene para ella no sentirse traicionada cuando brinda su confianza.

Se le pregunta nuevamente por la tarea y responde que al hacerla sintió más dolor y se sintió más lastimada que antes, probablemente anteriormente evadía sus sentimientos pero ahora no lo hizo y lloró. Se normaliza que sienta dolor y podría llegar a sentir incluso vergüenza, es un proceso de ir desenterrando cosas y le puede seguir pasando un tiempo ahora que trata de liberar sus emociones atrapadas, incluso se le dice que puede ocurrir que no quiera ir a terapia y lo importante sería que me comunicara lo que sucediera y lo compartamos.

Ella expresa la idea de: “no quiero deber ni que me deban” se le pregunta: ¿Cómo sabrías que ya perdonaste?: Los trato de entender. ¿Por ejemplo tu hermana Verónica que verá en Erika? (pregunta presuposicional para ampliar el cambio). Y responde que vería en ella una forma diferente de tolerar.

¿Ha habido algo diferente, un cambio en la relación con tu papá? y relata que un día él arreglaba una silla y ella se acercó a ayudarlo; su papá no lo esperaba estaba solo y no podía hacerlo, ella lo ayudó comenta que siente “lástima” por él ya que nadie lo ayuda siente “pena” por él. El no esperaba la reacción sin embargo dejó que le ayudara. Su mamá también está diferente con ella, ahora que se enfermó la cuidó, ¿que estará viendo diferente en Erika? (ampliar el cambio), y comenta “que quizá es que ya me ve más tolerante.”

El ser más tolerante como te ayuda a saldar las cuentas de que no debe ni que le deban: “Las cosas ya pasaron y ahora los entiendo un poquito y los ayudo, mi papá no es el de antes él cambió ¿porque yo no?”

Le pregunto si la tolerancia va acompañada de algo más y comenta que es el amor y el cariño que siente por ellos, “casi no lo digo pero los quiero mucho aunque nunca se los

diga”. En una ocasión se lo dijo a su mamá, ella no le contestó solo la abrazo, se reencuadra que el abrazo es otra forma de expresar el amor.

Se interrumpe la sesión y se hace una inducción hipnótica a fin de ayudarla a “curarse por dentro.”

Las ideas centrales que se tocaron fueron:

Escribir una historia diferente, una historia de tolerancia; sin deber ni que le deban. Una historia de amor, con abrazos.

Las cicatrices solo le recordarán lo sucedido pero ya no dolerán.

Descubrir cuando se puede confiar y cuando no, con una confianza y una desconfianza saludable.

Hoy y para siempre se han activado sus recursos, se le pide que eche un vistazo al futuro en donde ella hará lo que quiere hacer y cómo lo quiere hacer, con sus proyectos de vida, con una Erika diferente y renovada, “checa”: ¿cómo lo lograste?, ¿cómo hizo esto donde ella hace lo que ella quiere hacer?, creciendo, siempre aprendiendo... ¿en qué lugar esta?, si es de día o de noche ¿cómo disfruta sus logros?, ¿cómo reconoce sus recursos?, y... “quédate con esta imagen saludable y real” (profecías positivas de autocumplimiento).

Se le agradece a ella y a su mente inconsciente por permitir el trabajo, se le dice que sienta como la tranquilidad y la luz se expanden en ella.

Cuando regresa al aquí y al ahora se le pregunta como está, comenta que hay esperanza y alegría. Se le dice que esté atenta de las cosas que van a suceder en su mente, cosas que va a descubrir, sueños, cosas inesperadas le sucederán pero lindas.

Fin se la sesión: Erika refiere que se siente desahogada, se hace la pregunta de escala y el dolor y resentimiento bajaron a seis. Se le pide que siga escribiendo lo que le duela y lo que la lleve a sentir resentimiento.

Sesión No. 4: Al salir de la sesión anterior nos dice que se sintió más “tranquila y aliviada”, “pensé cosas buenas que me habían pasado, amigos que he conocido y he tenido, las veces que hemos pasado en familia”, con su papá se han bromeado, su mamá y ella han jugado con los perros, se acordó de su hermano José y se acordó de lo bien que la pasaban juntos en las luchas.

¿Qué has descubierto de Erika? (ampliar el cambio), que ya no voy estar enojada, en casa le

dicen que está seria pero no enojada, ¿Cómo le has hecho? (atribuir el control): “pensar en las cosas buenas y no de las malas”, también le va ayudar a manejar el enojo escuchar música, “contar hasta 10”. ¿Cómo te ves manejando las situaciones de violencia? (pregunta de avance rápido): “tranquila”, habla de “la Erika de antes y la de ahora”. Piensa que aunque las personas estén mal, también se pondrá en los zapatos de los demás; también le ayuda acordarse de cosas chistosas. ¿Qué consejo le podría dar esta Erika a una chica que esté enojada?: “Que hay cosas más graves”, también le diría “que se aguantara lo más que pudiera”, sin embargo al pensarlo mejor comenta que “aguantarse es como una bomba de tiempo” es mejor ponerse en los zapatos de la otra persona, dice que puede pasar que a veces somos como las otras personas y nos vemos como en un espejo, lo que nos molesta de nosotros mismos.

¿Qué ha sido diferente en tu vida con todas estas cosas que te han pasado?: “Ser más tolerante” y ¿Quién más lo ha notado? (ampliar el cambio): “mi novio, antes no hablábamos ahora hablamos más. “Ya no me guardo tanto las cosas, le digo lo que me molesta”. ¿Qué pueden pensar los demás que te está pasando? (ampliar el cambio): Mi novio me dijo “la terapia te está ayudando, me notan más tranquila, me siento más ligerita”, se hace la pregunta de escala y el rencor y el odio no han bajado sino subieron un punto, y dice: “hay cosas, como que no perdono”. ¿Cómo evitarías que el rencor y el odio volvieran a subir? (consolidar el cambio): “Aceptarlos como son” y si lo haces, ¿Qué va a pasar en ti?: “Va a seguir afectando pero inmediatamente pensaría que yo no puedo cambiarlos, así son”, ¿Qué podría hacerte retroceder? (consolidar el cambio): “Estar atenta a las palabras: No hacer que me afecten. Las cosas negativas que me dicen, estar alerta a las palabras”. ¿Tú mamá te ha visto diferente? (ampliar el cambio): “Sí, me dice que si ya no estoy enojada”, “mi papá me habla más, hasta me da dinero, ya no me despierta tan temprano, podemos comer juntos en la mesa, y eso me hace sentir más tranquila”. “El cambio tiene que empezar por alguien”. ¿Tu hermana Verónica ha notado algo diferente? (ampliar el cambio): “Sí me dice: Qué té pasa, porque estas rara, porque estas muy callada ya no te enojas”.

¿Descubriste algo más de Erika estos días?: “Está más abierta y amistosa, ya no soy tan aislada, tiene más amigos”, ¿Y eso, cómo te hace sentir?: Ya no me siento tan sola, ellos se dan cuenta que “no soy tan mala como creían”. Se hace la pregunta de escala y de

su objetivo liberarse del rencor y el odio se le pregunta de cuanto se ha liberado, 10 es más y cero es nada, responde que está como en un cinco ¿a donde le gustaría llegar?: al 8 o 9, ¿Cómo le va a hacer? (atribuir el control): responde: Cambiar el odio por afecto, liberarme de ese odio y lo va a conseguir tratando de comprender a los demás, apoyarlos, comprender porque son así, tratar de entender las circunstancias de cada uno, de ver el lado amable y alegre de la vida.

Mensaje del equipo: Le dicen que eso parece ser magia y les alegra mucho ver como has mejorado y como has cambiado, que ella sé de cuenta de lo que está haciendo para cambiar y para iluminar tu vida. Se le deja de tarea escribir más si lo desea. Está aprendiendo a elegir las batallas, que vea muy bien que cosas le ayudan en su vida y cuales no, y otra recomendación es que siga agregando sentido del humor. Se lee el cuento: La magia tiene estructura.

Sesión No. 5: Se habla de una Erika de antes y una Erika nueva, ésta es diferente porque está mas relajada, ¿quién se ha dado cuenta de ésta Erika relajada? (ampliar el cambio): su madre y su padre. Durante la semana pasada operaron a su papá y él reconoció que está muy solo y nadie lo quiere porque fue muy “malo”, está asombrado de que su hija lo haya acompañado al hospital. También sus compañeros has notado su cambio, es más relajada en el trato cotidiano aunque sigue siendo exigente con los trabajos escolares. En la pregunta de escala ha pasado del 5 al 8 y lo logró haciendo cosas que anteriormente le daban miedo, ha enfrentado nuevos retos. Siente que ya no tiene que seguir en terapia, se siente bien y ha alcanzado los objetivos que se ha señalado. ¿Qué le dirías a otra persona que tuviera el mismo problema que tú? (consolidar el cambio): “que debería sobrellevar los problemas, que todo pasa y queda en el pasado y lo que importa es el presente”. ¿Qué estará haciendo Erika en un año? (preguntas a futuro): “Estudiando y eligiendo una carrera”, seguir con sus papás, consigo misma se sentirá satisfecha y contenta. Con los papeles que escribió elige quemarlos y lo hacemos en sesión. Como una despedida cada uno de los miembros del equipo terapéutico le dirige unas palabras, se refieren a su transformación, a los descubrimientos que ha tenido a lo largo de la terapia y a la posibilidad de seguir haciéndolos. Se habla de sus recursos como el amor para dejar atrás lo que haya que dejar y renovarse; en la vida existen cosas buenas y malas y ella está demostrando la capacidad de disfrutar las buenas. Se le dice una metáfora acerca de que llegó como en un capullo y

ahora extiende sus alas de mariposa que son de colores y está lista para emprender el vuelo. Para cerrar se lee el cuento de la casa de los espejos.

3.1.3 Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con las dos familias.

¿Qué hacer con la violencia?:

*El conocimiento no es algo dado de una vez y por todas.
Es algo que se construye día a día, afrontando nuevos
retos
y revisando constantemente aquellos principios
sobre los que descansa nuestro saber.*

Existen diversas formas de abordar desde un marco psicológico la violencia, en los casos presentados se utilizó como marco metodológico la terapia narrativa, terapia breve enfocada a soluciones e hipnosis.

Desde un marco epistemológico constructivista surge la terapia *narrativa*, se fundamenta en que los relatos, cuentos, historias han estado presentes en todos los momentos de la humanidad, a través del contenido y de su estructura se transmite la información en el tiempo (Sluzki, 1996).

Todos contamos con una provisión de mitos, y son entendidos de acuerdo a la manera en que las personas codificamos y organizamos nuestra vida interna. Son profundas creencias que se convierten en nuestras reglas y nos guían la vida. Conforman los esquemas con los cuales interpretamos la realidad y son producto de la interacción con los otros que conforman nuestro entorno. La forma en como transmitimos nuestras experiencias es a través de la narración y entonces se considera no como descriptiva sino como *preformativa*, la experiencia vivida al ser narrada, se estructura como una representación de dichos eventos sobre los cuales el terapeuta puede intervenir sin pretender contrastar el relato con la “realidad”, “sino tomándolo como la verdad o la realidad de aquel o aquellos que realizan la narración, con el objetivo de producir los cambios necesarios para ajustar las distintas realidades en construcciones compartidas, que generen nuevas ideaciones y códigos de relación en función del crecimiento personal y del sistema en general” (Sluzki, 1996 p.229). En el caso de la familia atendida en el ISSSTE, su

narrativa estaba colmada de violencia, confusión, ansiedad y baja autoestima, por ejemplo la madre sufrió desde pequeña violencia, abuso por parte de sus padres y un aprendizaje femenino de indefensión ya que su propia madre fue incapaz de defenderse de la violencia de su esposo; en ella no existe una diferenciación clara entre amor y maltrato, quizá por esto elige parejas que la abandonan y maltratan, al mismo tiempo el maltrato se continua hacia sus hijos, los llega a insultar y a golpear para disciplinarlos. El hijo mayor ha aprendido que los problemas se resuelven a través de los golpes, y también insulta a sus hermanos; la segunda hija como una herencia de esta historia de violencia y abuso presenta síntomas de anorexia y bulimia, volcando la agresión hacia si misma. La tercera hija presenta ansiedad al igual que el mas pequeño quien finalmente la somatiza. Es importante señalar que la familia no acude espontáneamente a terapia, la madre lleva al médico a su hijo menor por la aparición de una mancha blanca en su pecho, y éste los remite al área de psicología ya que el pequeño presenta síntomas de ansiedad.

Michael White (2002, p.89) habla de que el trabajo terapéutico se deberá encaminar a ayudar a las personas a encontrar significados alternativos a sus experiencias de abuso, ayudarlas a liberarse de estas historias tan negativas e ingresar a un tipo de relato más positivo logrando así una “reinterpretación”. En el proceso de liberación las personas dan una nueva interpretación de las experiencias negativas como tortura, tiranía, explotación, violencia etc., se presenta entonces la “ira o una pasión por la justicia”. Se buscan acontecimientos extraordinarios en los cuales cuidaron de sí mismas. En la práctica clínica con la familia del ISSSTE, se hizo un ejercicio en el cual se analizaban amigos y enemigos de la violencia con cada uno de los integrantes de la familia; este ejercicio fue creado por la Mtra. Rosario Espinosa Salcido. De esta manera comenzaron a darse cuenta de las armas que poseían para vencerla y les permitió percatarse de que no todo el tiempo la violencia estaba inmersa en sus vidas, tenían momentos en los cuales podían convivir con armonía alentando de esta manera la construcción de historias alternativas. Por otro lado podían estar mas alertas cuando la “violencia los atacaba” y de esta manera lograban el control sobre la misma (agencia personal) y por tanto tomar decisiones sobre como actuar en contra de ella.

En el caso atendido en el CCH, en donde Erika fue víctima de violencia física y abuso sexual por parte de su padre utilizaba constantemente una frase “no quiero deber ni

que me deban”, sus reflexiones se encaminaban a buscar una explicación o las causas de la violencia en casa.

Las personas a través de pláticas externalizadoras sobre el odio que sienten a sí mismas pueden explorar qué “las convence de ese odio, cómo hacen que trate sus vidas, sus cuerpos, sus pensamientos, como interfiere en sus relaciones con otros” (White, 2002 p.93), se puede explorar qué procesos determinaron su adiestramiento hacia el concepto negativo que tienen de sí mismas.

Cuando la persona responde a las preguntas externalizadoras emprende una reinterpretación de sus vivencias de abuso y al mismo tiempo se libera de los relatos negativos acerca de quién es; esto se considera un proceso deconstructivo, y al lograr referir sus experiencias al contexto se ven menos vulnerables a la patologización “de sus identidades y al entrenamiento en vergüenza que acompaña a ésta” (White, 2002 p.101).

En el trabajo con la familia del ISSSTE, se hicieron conversaciones externalizadoras desde la primera sesión acerca de la violencia; “ella llegaba a sus vidas, no era parte de si mismos”. En la cuarta sesión se hizo una entrevista al problema, se trabajó con el hijo mayor y el problema se denominó “don violenton”. Cada uno de los integrantes de la familia pudo apreciar como el problema estaba afectando su vida y a sus relaciones, pero también como afectaban ellos a la vida del problema; se encontraron los eventos extraordinarios en donde habían podido “ganarle” a “don violenton”. Estas conversaciones externalizadoras también contribuyeron a hablar de quienes son las personas en realidad, destacando los aspectos positivos en su forma de ser y actuar, generando nuevas maneras de mirarse a si mismos y reescribiendo su vida.

En el trabajo con violencia deben quedar claras para el consultante las acciones que son movidas por el amor y el cuidado de las que son prácticas de abuso y explotación, para este fin se puede recurrir a testimonios de otras personas y así poder identificar más claramente los sentimientos que se generan cuando existen éstas; también ayudarían a vincular el abuso con la destrucción de la identidad, con “destruir la dignidad, desmoralizar” (White, 2002 p.95).

En el caso del ISSSTE la Sra. Inés creció en un ambiente de violencia, al elegir parejas violentas parece que no existe una diferenciación entre las prácticas de amor y

cuidado de las de abuso y violencia, el trabajo terapéutico con ella se orientó a fortalecer el amor hacia sí misma, a construir junto con ella sentimientos de fuerza y valor personal que contribuyan a prácticas de autocuidado. Para tal efecto no solo se recurrió a pláticas externalizadoras también a técnicas hipnóticas y cartas terapéuticas.

Otro aspecto importante a destacar es que las personas sometidas al abuso puedan darse cuenta de que en muchas ocasiones sus padres o el abusador está reproduciendo las mismas prácticas a las que fue sometido en su familia de origen; este tipo de reflexiones se dieron con Erika en el CCH, ella trataba de entender las circunstancias que habían llevado por un lado a su padre a abusar sexualmente de ella, también a tratar de comprender a su madre por haberlo permitido. Aunque esto no siempre ocurre cuando las prácticas son reproducidas a través de las generaciones, las personas que acuden a terapia se dan cuenta de que el proyecto en que están inmersas es aún mayor y el que aprecien “los aspectos en los que han podido comportarse mejor que sus progenitores, marca una profundización en este trabajo” (White 2002, p.101). Preguntas como: ¿Cómo imagina que hubiera sido su vida si se hubiera tenido como padre/madre?, ¿qué cosa acerca del niño que usted era habría sido apreciada que no lo fue?

El sentimiento de identidad se conforma a través de las percepciones que tenemos de las percepciones que los otros tienen de nosotros, los padres juegan un papel muy importante y al final los perpetradores del abuso son los que tienen la última palabra acerca de lo que somos. Las preguntas mencionadas anteriormente ponen en juicio las historias dominantes y abren la posibilidad de revisar la relación con su “yo”. Como se menciono anteriormente la madre de familia atendida en el ISSSTE creció en una familia violenta, era golpeada y abandonada por sus padres. Ellos la describían como tonta y rebelde, por lo que en sesión se redefinió su rebeldía como una manera sana de oponerse a las prácticas de abuso y tener la capacidad de buscar opciones en la vida en las cuales se vea favorecida en su apreciación hacia si misma.

Otro aspecto a considerar en el tratamiento del abuso, es que las mujeres pueden creer que al alejarse de abusador se sentirán libres de terror y de desesperación, sin embargo al poco tiempo de la separación vuelven a hundirse en esta, “muy pronto se encuentran en un pozo caracterizado, por sentimientos de confusión, desorientación profunda, inseguridad y fracaso personal” (White, 2002 p.103), en ocasiones se sienten

peor que antes. Para que la mujer no decida volver a su relación anterior se les tendrá que hablar de esta experiencia, el autor habla de “migración de identidad”. Una mujer que ha vivido con un hombre abusador ha conformado una identidad impuesta por él, cuando se aleja, se libera no solo de una red familiar, también de una seguridad material y se embarca en esta migración de identidad. Este paso implica tiempo, es un paso en donde no se es ni lo uno ni lo otro, reina la desorientación y la confusión, parecería que no puede manejar nada incluyendo a sus propios hijos; se sienten incompetentes, desesperadas y sin esperanza. El autor apoya a las mujeres trazando un mapa en el cual vaya marcando el camino que está recorriendo, inclusive se puede comparar con el de otras mujeres y les informa que el tiempo mínimo requerido para esta transformación es como mínimo de nueve meses; se planea una celebración para el “arribo”. En el caso de la familia consultante, ésta ya había abandonado el hogar conyugal, en ese momento y hasta el final de la terapia vivieron con los abuelos maternos recibiendo sobre todo apoyo económico. La madre estaba convencida de no volver a la relación de abuso con su ex esposo, incluso ya se habían iniciado los tramites de divorcio y de solicitud de pensión alimenticia, sin embargo visitaba el hogar conyugal junto con sus hijas cuidando de las pertenencias materiales que aún conservan y quizá como una forma de hacerse presente ante su esposo. Su imagen como mujer se encontraba deteriorada, no se sentía capaz de cuidar y educar a sus hijos, y físicamente se sentía gorda y poco atractiva para los hombres ya que su esposo se lo reiteraba constantemente, la fuerza de las palabras conformaron en Inés una imagen de si misma impuesta por él.

Esta preocupación por el peso, aunado a las prácticas violentas que Graciela vivió y la influencia social pudieron conformar su bulimia y anorexia, que son algunos trastornos de salud herencia de la violencia intrafamiliar.

En el caso de Erika la relación de abuso y violencia era con su padre, los objetivos que ella marco en su terapia fueron la de aliviar el dolor y el rencor buscando una explicación a lo sucedido, ella quería mantenerse junto a ellos modificando dichos sentimientos.

Otro marco teórico para el manejo de la violencia intrafamiliar es la terapia breve centrada en soluciones cuya idea central es ayudar al cliente a buscar cambios en sus

puntos de vista o en sus acciones, que lo lleven resolver lo que ellos consideran un problema.

Este modelo fue creado por William O'Hanlon y Steve de Shazer junto con sus colegas en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Wisconsin. Está muy influido por el trabajo de Erickson y por las ideas teóricas de Gregory Bateson. (Selekmann, 1993).

Los supuestos básicos son que todos los pacientes poseen las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar y la idea de que un problema no sucede todo el tiempo, siempre se encuentran excepciones a la regla. Se coconstruyen junto con el paciente soluciones hipotéticas. Las premisas de tratamiento se centran en los recursos, lados fuertes y en las posibilidades de las personas (Hudson y Weiner, 1989).

Con la usuaria atendida en el CCH, las intervenciones fundamentales se centraron en este modelo terapéutico, ya que ella quería “aliviar el dolor y el odio”, algunos de los recursos que aparecieron en el diálogo con Erika fueron la “tolerancia acompañada por el amor y cariño hacia sus padres, pensar y ponerse en los zapatos del otro”, ella trataba de comprender las circunstancias que llevaron a sus padres a actuar como lo hicieron. Comenzó a reconocer los momentos en que se sentía alegre y tranquila ya fuera con sus padres, novio y amigos; las intervenciones se centraron en ampliar dichas esas excepciones.

Otra técnica que también resultó útil fue la hipnosis, ya que contribuyó a fortalecer la autoestima de las víctimas de abuso; presentaré a continuación una breve descripción de la misma.

“La hipnosis no puede crear nuevas habilidades en una persona, pero puede ayudarlo a manejar las que ya tiene... potenciar la expresión de las mismas, aunque quizá no nos hayamos dado cuenta de que están ahí.

Milton H. Erickson.

La palabra hipnosis fue acuñada por el médico inglés James Braid en 1855 y se utilizó para tratar de dar una explicación a un “estado especial de consciencia” (Tellez, 2007). Existe una distinción entre hipnosis e hipnoterapia, la hipnosis es un estado natural de conciencia que puede ocurrir de una manera espontánea, en cambio la hipnoterapia es un recurso terapéutico que debe de ser utilizado por personas calificadas en ello como los

profesionales en la salud mental debidamente certificados.

Para Jay Lynn (1996), citada por Téllez (2007, p.14) para que un estado de trance sea terapéutico se requiere tomar en cuenta las siguientes variables:

- “Lo apropiado de las actitudes, creencias e intenciones de la persona ante la hipnosis”
- “La habilidad para pensar, fantasear y embeberse en las sugerencias ofrecidas por el terapeuta”
- “La habilidad del terapeuta para crear una relación basada en la confianza”.
- “La habilidad de la persona para interpretar las sugerencias apropiadamente y ver sus respuestas de las sugerencias como un éxito”
- “Lo apropiado del método y de las sugerencias usados por el terapeuta para tratar el problema planteado”

La hipnoterapia según Téllez (2007) se compone de varias etapas, las cuales serán necesarias para una intervención terapéutica satisfactoria, es importante señalar que estos mismos pasos se siguieron en la inducción hipnótica con la usuaria atendida en el CCH.

- El rapport que implica el establecimiento de una relación de confianza entre paciente y terapeuta. En esta etapa se explica lo que es la hipnosis y se le hablan de las ventajas del método. Es importante que el paciente este convencido de ésta.
- La inducción hipnótica, se logra a través de sugerencias directas o autoritarias o las indirectas o permisivas (truismos). Esta etapa termina cuando se observa que el paciente se encuentra en cierto nivel de profundidad del trance hipnótico (relajación muscular, cambios oculares rápidos asociados a un pequeño parpadeo, a veces aparecen lágrimas, economía de movimiento esto es que el paciente no desea hacer muchos movimientos, retraso en el tiempo de respuesta, rostro inexpresivo, disminución de los ritmos de respiración y cardíaco).
- La profundización al trance; este estado se caracteriza porque la mente consciente da paso a la mente inconsciente y así se favorece el procesamiento de la información. Para lograr este estado se usan diferentes técnicas: La de confusión se refiere a que la mente no soporta mensajes

confusos por lo que tiende a “retirarse” temporalmente lo que favorece el funcionamiento de la mente inconsciente. La técnica de fraccionamiento que consiste en una rápida alternancia entre estados de trance y vigilia. Las técnicas de disociación se refieren a separar partes del cuerpo o de la mente que se conciben integradas, por ejemplo: “No es necesario que escuches mi voz con tu mente consciente, porque tu mente inconsciente me está escuchando atentamente”.

- La intervención terapéutica dependerá del tipo de problema del paciente y estará matizada por el enfoque teórico de cada terapeuta.
- Las sugerencias poshipnóticas tienen la finalidad que la persona en un estado de consciencia pueda evocar la experiencia de la hipnosis, por ejemplo: si la persona tiene miedo de viajar en avión, la sensación de tranquilidad aparecerá cuando escuche el “clic” del cinturón de seguridad del avión. Estas sugerencias son necesarias para que los logros del trance se vivan en un estado de vigilia.
- Salida del estado hipnótico, puede utilizarse palabras como: “tómame el tiempo que necesites para estar relajado y despierto”. Cuando las personas se estiran o se tocan el cuerpo generalmente es señal de que estuvieron en trance.

En los dos casos presentados en este reporte, se utilizaron técnicas hipnóticas Eriksonianas; en el caso del ISSSTE, la intervención se dio en la sexta sesión siendo el objetivo el fortalecimiento de la imagen y las prácticas de autocuidado de la madre.

En el caso del CCH, la intervención se dio en la tercera sesión, se usó la relajación y truísmos indirectos para lograr el trance hipnótico, la intervención terapéutica se encaminó a la activación de sus recursos inconscientes, los que le permitirían distinguir entre una confianza saludable o no hacia las personas, mirarse hacia el futuro con una imagen saludable ampliando sus recursos y fortaleciendo su valor como mujer y persona. Ante esta técnica ella responde con esperanza y alegría hacia su futuro.

El paciente va a terapia porque no ha tenido la suficiente creatividad para resolver

su problema, no ha podido generar nuevas opciones. La característica de la mente inconsciente es precisamente la creatividad; se le ayuda a la persona a evocar nuevas actitudes o enfoques para resolver su conflicto (Téllez, 2007). Se crean nuevas actitudes, significados y creencias.

3.1.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.

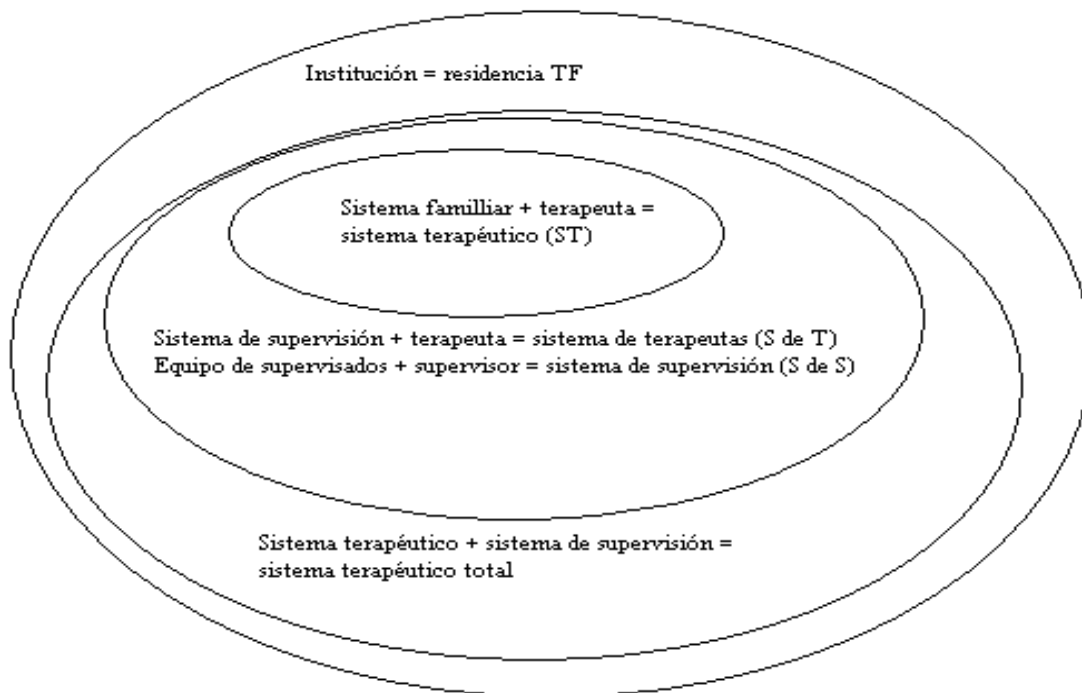
La idea de sistema terapéutico total se genera a partir de la cibernética de segundo orden en donde el observador está inmerso en el fenómeno observado.

El término fue acuñado por Heinz Von Foerster en el discurso a la "Sociedad Americana de Cibernética", titulado "Cybernetics of Cybernetics". Este "manifiesto constructivista" dio los fundamentos para una teoría del observador y es a partir de aquí, que se puede entender la profunda influencia en el campo de las teorías sociales. Es importante mencionar que entre la cibernética de primer orden y segundo orden hay un abismo de diferencias epistemológicas.

Esta pérdida de la neutralidad del observador, en la cual toda descripción es desde sí mismo, conlleva la aparición de dos conceptos fundamentales, la autorreferencia y la autonomía.

El terapeuta se coloca en una posición dentro del sistema, desde el cual su percepción del problema se verá influido por múltiples factores: sistema de creencias, prejuicios, marco teórico en el que se desenvuelve etc.; él transforma pero también es transformado en la relación cliente-terapeuta; "el terapeuta no es más alguien que describe el sistema tal cual es desde afuera; sino alguien que co-construye al sistema en el que también es participante" (Pakman, 1991 p.26).

El sistema terapéutico total está conformado por la familia, el terapeuta, el equipo de supervisión y el supervisor (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002). En el siguiente diagrama se observa como cada uno está contenido en otro.



Las mismas autoras citan a (Troya y Aurón, 1998 p.48) quienes definen la supervisión: “como un espacio de reflexión e integración teórico, técnico y metodológico en el que el supervisor facilita el análisis y la generación de una amplitud de visiones, ayuda al equipo a integrar y/o a priorizar cuál de estas visiones podría ser útil para trabajar conjuntamente en la resolución del problema que presenta la familia, sin descuidar a la persona del terapeuta en el trabajo clínico”.

La misión del supervisor también está dirigida a analizar todos aquellos aspectos emocionales que puedan obstaculizar el trabajo clínico de los supervisados, así como poder relacionar todos los sistemas en juego; el ambiente deberá ser de apertura para favorecer el desarrollo de ideas creativas legitimizando cada una de las miradas.

El supervisado aprenderá a mirar sistémicamente, esto quiere decir poder mirar a la familia, contexto, “relaciones familiares y la relación de éstas con los diferentes subsistemas terapéuticos y del entorno socio-cultural” (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002). Sobre este mismo punto las autoras Troya y Aurón (1998) sostienen que el terapeuta deberá interactuar en tres niveles lógicos diferentes al mismo tiempo:

- Al sistema familiar deberá mirarlo de forma integral atendiendo los cambios que en

el vayan ocurriendo.

- Al mismo tiempo interactuar con el rol o función que se requiera de acuerdo a las estrategias terapéuticas.
- Comprender sus intervenciones y registrar la retroalimentación que la familia le va otorgando enmarcándolo en el sistema terapéutico total, para ello cuenta también con el equipo de supervisión.

Es importante señalar que para que el terapeuta pueda manejarse simultáneamente en estos tres niveles requerirá de entrenamiento, supervisión y trabajo terapéutico personal; deberá tener claridad de sus incidencias personales en los roles que asume o le han tocado asumir en su vida y usarlos a su favor en las estrategias terapéuticas.

En múltiples ocasiones el terapeuta en formación puede ser absorbido por el sistema familiar, cuando esto ocurre se pueden cometer importantes errores en las intervenciones ya que se puede entregar a la familia y someterse a sus reglas, valores y creencias, no discernir las emociones.

Otro aspecto que se replantea profundamente con la cibernética de segundo orden es que la familia tiene una forma de verse a sí misma, es experta en su vida y el terapeuta no podrá manejarse con verdades únicas y universales.

Durante el primer semestre participé como observadora de la generación inmediatamente superior a la mía la cual se encontraba en el tercer semestre de su formación; la experiencia fue en el ISSSTE y en el CCH.

En el ISSSTE cuando nos integramos a la actividad de observación ya se habían realizado sesiones con anterioridad, por lo que en primera instancia tuvimos que comprender cada uno de los casos que observábamos.

Durante este semestre comencé a comprender los conceptos cibernéticos y sistémicos, aunque el entusiasmo por participar fuera mucho, las supervisoras nos integraron paulatinamente dando tiempo a la comprensión de lo que ahí sucedía, a entender la visión sistémica dejando poco a poco a un lado la visión moderna de la práctica psicoterapéutica. Durante las sesiones se analizaba el reporte que desarrollaban los terapeutas de cada una de las sesiones de la familia tratante, un terapeuta trabajaba con la familia y los demás observábamos incluso cuando se trabajaba con equipo reflexivo. La supervisora escribía en el pizarrón las sugerencias u observaciones del caso, y

posteriormente se les preguntaban sus observaciones a los terapeutas del tercer semestre y al final a los integrantes del grupo de observación, se hacía un análisis de todos los sistemas que intervenían en cada caso. Creo que esto funcionó adecuadamente ya que tuvimos el tiempo para ajustarnos y prepararnos gradualmente para lo que ocurriría en el segundo semestre.

Por su parte en el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), la dinámica fue muy similar.

Durante el segundo semestre la práctica terapéutica fue en la clínica de terapia familiar de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, durante este semestre ya se nos asignaron familias y fuimos supervisados como terapeutas. Tuvimos dos supervisoras, ahora que lo veo a distancia en algunos momentos nada era claro; el grado de ansiedad era elevado, en algunos momentos había temor a la crítica o temor a equivocarse; el modelo clínico de cada supervisora era diferente, y nosotros como terapeutas en formación no teníamos todavía claridad de ellos, en un inicio se trabajó con la persona del terapeuta en donde la supervisora preguntó a cada uno de los supervisados cual podría ser “su talón de Aquiles” y de esta manera poder prever conflictos en el sistema terapéutico. Ella misma comentaba constantemente sus ideas, preguntándonos en todo momento nuestra opinión acerca de lo que acontecía, en ocasiones cuando lo consideraba necesario intervenía en la sesión, siempre nos brindaba una gama de posibilidades lo que permitía la generación de ideas. Al finalizar cada sesión se daba un espacio de análisis y comentarios, en primer lugar se le daba espacio a la persona del terapeuta, posteriormente cada miembro del equipo de supervisión daba sus comentarios del caso y una retroalimentación al terapeuta supervisado. Toda esta diversidad de visiones, proporcionaban en la mayoría de los casos una riqueza de ideas y estrategias a seguir. Las ocasiones en las que una de nuestras supervisoras no se presentaba surgían en el equipo de supervisión diversos dilemas, en ocasiones totalmente contradictorios los que producían confusión tanto en el sistema de supervisión como en el terapéutico.

En el tercer semestre de formación se adhirieron a nuestro equipo los estudiantes del primer semestre de la maestría, las sedes en donde trabajamos fueron el ISSSTE y el CCH. Puedo decir que fue el semestre en donde se comenzaron a consolidar todos los conocimientos teóricos adquiridos. Ambas supervisiones fueron una gran experiencia,

aunque todavía me dominaba el temor a equivocarme y cierto grado de ansiedad, las situación se hizo mas amable con la colaboración de todo el equipo, las directrices fueron claras, las supervisoras muy dispuestas al trabajo de la persona del terapeuta, se escuchaban una multiplicidad de voces que coadyuvaron a la generación de ideas y al cuestionamiento de las estrategias terapéuticas utilizadas. Es importante señalar que el sistema terapéutico total era muy diferente en ambas sedes, en el ISSSTE atendíamos básicamente a familias, personas mayores y parejas. En el CCH al ser una escuela de jóvenes se atendía a muchos adolescentes solos o con sus familias, se presentaban otra diversidad de problemas en los que se incluían los propios de la edad, en esta sede pudimos observar el uso de drogas por parte de algunos estudiantes.

En el cuarto y último semestre la práctica terapéutica se ejerció nuevamente en la FES Iztacala, durante esta época continúe la consolidación de los conocimientos teóricos adquiridos hasta la fecha, fue en este semestre en donde se me dificultó mas la interacción con una de mis supervisoras, no me resultaban claras algunas de sus ideas y me pareció que las imponía sin tomar mucho en cuenta la mirada de los supervisados.

Como una reflexión final acerca del sistema terapéutico total, puedo decir que fue una de las experiencias más intensas y que más ha dejado huella en mi formación. Conocí a otros terapeutas con los cuales compartí miedos, tristeza, alegría, algunos fracasos pero también muchos éxitos, supervisoras que pudieron mostrarme la diversidad de situaciones y la cantidad de dilemas que se presentan en la práctica terapéutica, me mostraron la paciencia, cuidado y profesionalismo al ejercer la práctica de supervisión. Ha sido complejo comprender el sistema terapéutico total, actualmente reflexionando en ella se van conformando en mi mente recuerdos y situaciones que me permiten apreciarlo de diferente manera e indudablemente con mayor claridad.

3.2 Habilidades de Investigación

Se realizaron dos proyectos, uno utilizando metodología cuantitativa y la otra utilizando la metodología cualitativa. A continuación se presenta una síntesis de cada uno.

3.2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa.

Título: Problemas Familiares en Adolescentes con conducta disruptiva en el ámbito escolar.

Autoras: L.S. Núñez, I. Pérez, A. Pilloni

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

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

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

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

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

En función de lo anterior, la hipótesis de este trabajo es que obtendrán un mayor puntaje en el instrumento que mide problemas familiares los alumnos con conducta disruptiva, en comparación con quienes no la presentan.

Población: Alumnos de secundaria de 12 a 15 años con conducta disruptiva y no disruptiva de la Escuela Secundaria General “Doctor Eduardo Liceaga” del municipio de Teoloyucan en el Estado de México. La muestra del grupo con conducta disruptiva fue de 58 alumnos; mientras que la muestra del grupo con conducta no disruptiva fue de 135, haciendo un total de 188 sujetos.

Instrumento: Cuestionario de problemas familiares, que emplea una escala de tipo Likert, validado y confiabilizado por Magdalena Espinosa y Gómez,

Resultado: A partir del análisis de los datos y la prueba T de Student de comparación de grupos, indican que en términos generales la tendencia de respuesta de los participantes fue evaluar favorablemente a su familia en todos los factores que comprende el instrumento utilizado.

3.2.2 Reporte de la investigación realizada usando Metodología cualitativa:

Título: Estudio de caso: Una adolescente con conducta disruptiva.

Autoras: Laura Susana Núñez Becerra, Isabel Pérez Vargas y Alejandra Pilloni Martínez.

Objetivo: Conocer cómo se articula el significado de la conducta disruptiva de una adolescente en relación con la dimensión escolar, familiar, de los pares e individual.

El interés por realizar este estudio surgió a partir de los resultados de una investigación cuantitativa donde se exploraron los problemas familiares en función de la presencia o ausencia de la conducta disruptiva en el ámbito escolar y no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, de este modo, en la presente investigación se pretendió profundizar en los significados particulares de una adolescente con conducta disruptiva, sobre su comportamiento en la escuela y sus implicaciones relacionales.

En la investigación cuantitativa se exploró la relación de los problemas familiares con la conducta de los adolescentes, y en congruencia con una visión sistémica, se incluyeron en el presente estudio los diversos escenarios en donde la adolescente se mueve. Esto se llevó a cabo a través de la metodología cualitativa, con un tipo de estudio instrumental, de diseño proyectado, con el uso de la técnica de entrevista semiestructurada basada en un guión que contempló las siguientes dimensiones: Datos Demográficos de la familia, Dimensión escolar, Dimensión familiar, Dimensión de los pares y Dimensión individual. Cabe mencionar que se tomaron en cuenta estas dimensiones debido a que se refieren a los contextos significativos de la participante de este estudio. Se utilizó el programa Atlas-Ti para agrupar los códigos en las dimensiones señaladas.

Muestra: El muestreo empleado para esta investigación fue de conveniencia (Flick, 2004), debido a que cuando se requirió a las autoridades escolares una entrevista con algún alumno con conducta disruptiva, no fue posible hacer una elección por parte del equipo de

investigación y las autoridades escolares la hicieron, por considerar el caso como pertinente en función de los horarios, de las actividades escolares, número de reportes de conducta y de la disposición de algún adolescente para participar en el estudio. Asimismo, se llevó a cabo el muestreo de casos extremos, lo que quiere decir que nos enfocamos al alumno que, según la escuela manifestara indisciplina en clase, generara problemas entre compañeros y profesores, según lo señalado por Navarro (2002) al referirse a la conducta disruptiva.

Dimensión escolar, es uno de los contextos en donde el adolescente encuentra un sentido de pertenencia y es el lugar donde éste permanece buena parte del día, además de que ahí hay un registro detallado de cómo se desarrolla ésta. Al ser un espacio relevante para el adolescente, se buscaron los significados de su conducta en relación con los implicados, es decir las autoridades escolares, profesores y compañeros, quienes tienen una participación activa dentro de esta dinámica.

Respecto a la dimensión familiar, se pretendió sondear la relación cotidiana de los padres, hermanos y la adolescente alrededor de la conducta disruptiva. Dentro de esta dimensión se buscó indagar lo relacionado con los problemas familiares así como los estilos con los cuales los enfrentan, puesto que en otras investigaciones se ha encontrado que las familias con adolescentes que presentan conductas disruptivas se caracterizan porque hay pocos acuerdos entre padres e hijos, inconsistencia de las actitudes parentales respecto a la disciplina y el afecto, padres ausentes o rechazantes, conflictos maritales, agresión frecuente por parte de los padres, según (Harbin Madden, 1983; Beavers y Voeller, 1983 y Moreno, 2000) Además de que se exploraron los significados que según la informante, su familia tiene sobre su conducta disruptiva, y en general sobre su dinámica familiar.

La dimensión de los pares es de singular importancia debido a que según Osterrieth, (1977), citado en Nuñez, Urbina y Uriarte (1990) para el adolescente el grupo de pares es relevante en tanto que todos tienen las mismas preocupaciones, se brindan apoyo mutuo, encuentran la seguridad que logra estabilizarlos y al sentirse igual a los otros, supera la sensación de estar sólo. Por lo anterior, se exploraron los significados relacionados con la conducta disruptiva en este contexto, así como las actividades que comparten y se encuentran relacionadas con su comportamiento en la escuela.

Finalmente, la dimensión individual sirvió para encontrar los significados particulares sobre la propia conducta disruptiva, las estrategias de las que ha echado mano para mantener y/o solucionarla, así como la percepción de las redes de apoyo con las que cuenta.

Resultados:

La Dimensión escolar está caracterizada por el hecho de que los hermanos de Andrea tienen antecedentes de conducta disruptiva en la misma escuela. Asimismo ella se muestra desafiante e inconforme ante las normas que la escuela establece. Actualmente los profesores se comportan menos solícitos ante las demandas de atención de Andrea, por ejemplo, la maestra Liliana, quien había fungido como su tutora le comentó: “¿Sabes qué?, ya no te voy a ayudar...”, “Ya no te voy a apoyar en nada”. Ante esta situación Andrea se siente desplazada, ignorada, sin darse cuenta del cansancio que tienen los profesores ante su conducta. En cuanto a los castigos que le han sido impuestos (reportes y suspensiones) ella considera que no han sido lo suficientemente efectivos para eliminar su conducta disruptiva, ya que afirma que necesita uno más severo “Para escarmentar y ya...”

En la Dimensión familiar, es posible notar que la actitud de la familia ante la conducta de Andrea es ambigua, por un lado le exigen que estudie y ya no tenga reportes de conducta, pero también la alientan a que si la molestan debe defenderse, diciéndole “Si te siguen molestando, pues ya ahora sí, ahora les vas a decir que se atengan”.

Los padres se contradicen en cuanto a las expectativas académicas de Andrea, por un lado su mamá afirma: “Que le eche ganas, pues el relajo tiene su tiempo, así como el estudio y que pues ahorita tengo que hacer lo posible por sacar la secundaria”, a su vez el padre comenta: “Pues ya mejor dínos si quieres estudiar o no”. Es importante notar como a pesar de las contradicciones mencionadas, todo el sistema familiar se moviliza alrededor de la conducta de Andrea para evitar que la den de baja en la escuela.

Dentro del sistema familiar, se puede apreciar que los límites al interior del mismo no están claramente delimitados, ya que ante los problemas conyugales los hijos intervienen aconsejándolos. Andrea justifica su mala conducta en función del conflicto conyugal y familiar derivado de los problemas entre sus padres.

En cuanto a la Dimensión Pares, parece que hay dos fuerzas que la llevan a dos polos opuestos, por ejemplo cuando ella afirma: “Me siento como entre la espada y la pared

por un lado unas compañeras, me dicen que le echemos ganas, que ya no hagamos desorden, que venimos a apurarnos y que cuando ya salimos pues, ahora sí, a echar relajo”, y en otros momentos se vuelve una estudiante problemática según la opinión de sus maestros y otros compañeros de clase.

En la dimensión individual, se aprecia una actitud ambivalente ante la conducta disruptiva, Andrea narra que cuando sus compañeros se portan mal y son reprendidos por la autoridad escolar, piensa: “Ay, si hubiera estado con ellos igual ya tendría mis reportes y ya cuando llegan de trabajo social, les digo ya no sean así, ya pórtense bien, y luego ahí ya a las dos horas o tres ya me veo igual con ellos”.

Respecto a su conducta disruptiva, Andrea dice: “A veces si me siento a gusto, riéndome y todo, pero luego ya me siento mal ya cuando me sacan de la clase”, lo cual habla de su posición ambivalente hacia su conducta disruptiva.

Conclusión: Cuando se hizo una revisión a mayor profundidad de la realidad familiar de la informante, nos permitió vincular ésta con la conducta manifiesta en el ámbito escolar. Es importante notar, que la mayoría de sus hermanos han tenido antecedentes de conducta disruptiva en el ámbito escolar, de modo que incluso truncaron su vida académica.

Aparentemente, lo anterior significa que en su familia existen pautas de interacción y comportamiento que ella repite en su contexto escolar, lo cual en un extremo puede llevar a conductas delictivas. Se puede suponer que los antecedentes que tiene su familia la colocan irremediamente con un estigma social que determina la actitud de la escuela y sus pares hacia ella. De acuerdo con el análisis de la información obtenida en la entrevista, Andrea se asume individualmente como una persona determinada por sus circunstancias con muy pocas posibilidades de cambio.

El significado que Andrea le da a la conducta disruptiva, es que ésta le permite dejar de pensar en los problemas de su casa, divertirse y pasarla bien. En cuanto a las reglas de la escuela, ella las percibe como absurdas y exageradas y considera que quienes no aprueban su conducta están en contra de ella y “son amargados”.

Esta investigación permitió tener una aproximación a algunos elementos que se relacionan con la conducta disruptiva, encontrándose ganancias secundarias como tener la atención de toda la familia, de los maestros y compañeros y posiblemente evitar el colapso en la relación conyugal.

3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria.

En la residencia de terapia familiar sistémica la Universidad Nacional Autónoma de México se busca un desarrollo integral de las personas en formación, esto es, no solo de sus habilidades terapéuticas, sino de habilidades de investigación, docencia y de aportar servicio a la comunidad. A continuación se describen en primer término los productos tecnológicos desarrollados para que de una forma didáctica y sencilla se puedan conocer y comprender algunos modelos de la terapia familiar, seguidamente se presentarán los trabajos relacionados a la intervención comunitaria.

3.3.1 Elaborar y presentar productos tecnológicos.

3.3.1.1 Manual y video didáctico: Técnicas del modelo de terapia estructural.

Objetivos: Conocer los conceptos básicos del modelo así como ejemplificarlo con breves situaciones terapéuticas en cada una de sus técnicas.

Estos productos podrán ser de utilidad para estudiantes en psicología y terapeutas cuyos intereses estén orientados hacia la terapia familiar y que deseen conocer los conceptos básicos y las técnicas del Modelo de Terapia Estructural.

El manual en su primera parte habla del contexto en que se desarrolló el modelo y de algunos datos de su representante principal: Salvador Minuchin. También en esta parte se incluyen conceptos básicos acerca de lo que es la familia, tipos de familia, sus funciones, estructura, el tipo de relación entre sus miembros y su ciclo vital. En la segunda parte se presentan las técnicas del modelo las cuales pueden dividirse en tres grandes áreas:

- Cuestionamiento del síntoma: Escenificación, focalización e intensidad.
- Las que buscan cuestionar la estructura familiar: Fronteras, desestructuración y complementariedad.
- Las que cuestionan la realidad: Constructos y Lados fuertes.

En el video didáctico solamente se ejemplifican las técnicas señaladas anteriormente.

Ambos productos son sencillos y claros en sus conceptos lo que permite una

comprensión rápida y eficaz de los conceptos.

3.3.1.2 Video didáctico: Estrategias de intervención del modelo de terapia estratégica.

Objetivos: Conocer los principios teóricos y ejemplificar sus técnicas terapéuticas.

Estos productos podrán ser de utilidad para estudiantes en psicología y terapeutas cuyos intereses estén encaminados hacia la terapia familiar y que deseen conocer los conceptos básicos y las técnicas del Modelo de Terapia Estratégica.

El video en su primera parte contiene los antecedentes y orígenes del modelo, una breve biografía de Jay Haley. Dentro de los conceptos teóricos se mencionan los postulados que caracterizan el modelo, concepto de síntoma, formulación del problema, etapas de la entrevista. Asimismo se incluyen las técnicas de intervención como las directivas las cuales pueden ser directas, indirectas o metafóricas. La técnica de la ordalía en la que se incluyen las directas, paradójicas, el terapeuta como ordalía, ordalías que involucran a dos o más personas, etapas de la terapia de ordalía; cada técnica está ejemplificada lo que permite una rápida comprensión de las mismas.

3.3.1.3 Manual y video didáctico: Modelo de terapia breve centrada en problemas.

Objetivos: Conocer los principios teóricos y ejemplificar sus técnicas terapéuticas.

Estos productos podrán de ser de utilidad para estudiantes de psicología y en la formación de terapeutas cuyos intereses se encuentren orientados hacia la terapia familiar y que deseen conocer los conceptos básicos y la praxis del Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas.

El manual en su primera parte contiene un análisis del origen y del desarrollo del modelo; los conceptos generales, concepto de cambio, capacidad de maniobra, fijación del marco de tratamiento, entrevista inicial, postura del paciente, planificación el caso. Posteriormente se encuentra una explicación de cada una de las intervenciones las cuales se dividen en:

Principales:

- Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo
- El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo
- El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición
- El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación
- La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

Generales:

- No apresurarse
- Los peligros de una mejoría
- Un cambio de dirección
- Cómo empeorar el problema
- Ilusión de alternativas
- Redefinición

Finalmente se aborda la terminación del tratamiento.

En el video se ejemplifican las técnicas señaladas anteriormente.

3.3.1.4 Manual y video didáctico: Modelo de terapia breve centrada en soluciones.

Objetivo: Conocer los principios teóricos del modelo, se enumeran las técnicas mostrando un ejemplo en el contexto de la praxis clínica.

Estos productos podrán de ser de utilidad para estudiantes de psicología y en la formación de terapeutas cuyos intereses se encuentren orientados hacia la terapia familiar y que deseen conocer los conceptos básicos y la práctica del Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones. En primer lugar se presentan los antecedentes del modelo y una breve biografía de Steve de Shazer creador del mismo. Se abordan los supuestos básicos los cuales son:

- La resistencia no es un concepto útil.
- La cooperación es inevitable.
- El cambio es inevitable.
- Sólo se necesita un pequeño cambio.
- Los pacientes cuentan con las fuerzas y recursos necesarios para cambiar.
- No es necesario saber mucho del problema para resolverlo.
- Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento.
- La realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la cocreación de la realidad del sistema terapéutico.
- Existen muchas maneras de enfocar una situación, pero ninguna es más “correcta” que las otras.
- La TCS avanza a paso lento.

Se incluye un capítulo del cuidado del lenguaje y posteriormente se presenta la

sesión como una intervención, la cual pasa por diversas fases:

- Unión.
- Una breve descripción del problema.
- La pregunta de la excepción.
- ¿Y luego qué?
- Definición de objetivos.
- La pausa.
- Elogios.
- Regreso al futuro.
- Preguntas sobre el problema.

Prescripciones para el cambio:

- Intervención sobre el patrón de la queja.
- Intervención sobre el patrón del contexto.
- La tarea sorpresa.
- Ampliar y mantener el cambio.

Compendio del tipo de preguntas

Lo que se debe de evitar en terapia.

El video muestra la práctica de las intervenciones señaladas anteriormente.

3.3.2 Presentación de trabajos en foros académicos.

3.3.2.1 Presentación del cartel de la investigación: Las familias de adolescentes con conducta disruptiva y no disruptiva.

Foro Académico: VIII Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología.

Lugar y fecha: Morelia Michoacán del 7 al 10 de Marzo del 2007.

3.3.2.2 Presentación del cartel de la investigación: Áreas de conflicto familiar en adolescentes.

Foro Académico: XXVI Coloquio de Investigación.

Lugar y fecha: Universidad Nacional Autónoma de México.

Facultad de Estudios Superiores de Iztacala del 28 al 30 de Agosto del 2007.

3.3.3 Intervención comunitaria.

3.3.3.1 Curso – Taller: Escuela para Padres del CCH.

Institución: Universidad Nacional Autónoma de México. Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel (I) Azcapotzalco.

Fecha: 8 de Marzo del 2008

Duración: 2 horas.

El colegio de Ciencias y Humanidades solicitó apoyo a la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala específicamente al área de residencia de terapia familiar sistémica, para la organización de una escuela para padres.

Objetivo: Dar información y orientación sobre diversos temas del interés de la comunidad como: Ciclo Vital de la Familia, adicciones, ideación suicida, trastornos alimentarios, deserción escolar entre otros. La plática que se presentó fue acerca del ciclo vital de la familia y el objetivo específico que se persiguió fue informar, ampliar y resolver dudas acerca de los siguientes tópicos. Ampliar los conceptos de crecimiento y cambio.

- Ciclo vital de la familia.
- Concepto de Adolescencia y cambios físicos.
- Fases de la adolescencia.
- Búsqueda del proyecto de vida.
- Búsqueda de identidad.
- Sexualidad.
- Creatividad.
- Autoestima.
- Los adolescentes y sus padres.
- Dinámicas de sensibilización.

La finalidad última es que los padres puedan contar con mayores herramientas para conocer y orientar a sus hijos adolescentes propiciando una comunicación positiva entre ellos.

3.3.3.2 Taller para padres de familia sobre alcoholismo.

Institución: Escuela Secundaria General Doctor Eduardo Liceaga. Teoloyucan, Edo. De México. Las autoridades de la escuela nos solicitaron apoyo para el desarrollo de estos talleres como una información útil para los alumnos y sus padres.

Fecha: 16 de Enero del 2008.

Duración: 4 horas.

Objetivo: Información acerca de:

- ¿Qué es el alcoholismo?
- Fases del alcoholismo.
- Principales síntomas.
- El alcohólico y su familia.
- Alcoholismo en la adolescencia.
- Prevención.
- Centros de orientación y apoyo.

Se otorgó a los padres de familia las herramientas necesarias para la detección y prevención de la enfermedad.

3.3.3.3 Taller sobre métodos de estudio.

Institución: Escuela Secundaria General Doctor Eduardo Liceaga. Teoloyucan, Edo. De México.

Fecha: 16 de Enero del 2008.

Duración: 4 horas.

Objetivo: Mostrar diversas estrategias de estudio a los jóvenes de primero y segundo de secundaria.

- Organización de las actividades de estudio.
- Condiciones personales y ambientales que optimizan la concentración y el aprendizaje.
- La importancia de la bitácora.
- Diversos métodos de lectura de comprensión como un método para aprender y estudiar.
- Como mejorar la comprensión y retención de lo visto en clase.
- Uso de la biblioteca.
- Cómo trabajar en equipo.
- Preparar exámenes.
- Para mejorar el aprendizaje en matemáticas.

- Detección de problemas personales que interfieren con el estudio.
- Saber pedir ayuda cuando es necesario.
- Ejercicios.

3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional.

Vivir en comunidad ha obligado al hombre el desarrollo de códigos morales que pretenden regir sus acciones. Se conoce como ética a la disciplina que estudia o reflexiona sobre lo que es bueno o malo, correcto o incorrecto, desde el punto de vista moral.

Se considera a Sócrates como el fundador de la ética, defendió la moralidad autónoma e independiente de la religión cimentada únicamente en la razón; y la autoridad del padre o de la madre debería estar supeditada a la del Estado. Platón asumió estas ideas agregando que la verdadera virtud proviene del verdadero saber. Aristóteles asumía que la causa final de las acciones del hombre era la felicidad, solo era feliz el hombre que actuaba de acuerdo con la virtud adquirible por la educación.

Todos los filósofos a excepción de Platón habían creído que la ética era formular leyes de conducta y no fue hasta el siglo XVIII que Inmanuel Kant dio un giro hablando acerca de que la moralidad se encuentra en la máxima de la acción y no en la acción misma y tiene como fundamento la autonomía de la voluntad. La evolución de la ética occidental ha atravesado por múltiples razonamientos e ideas, sin embargo siempre llevará a la afirmación de que la ética será importante para la ciencia y la conducta humana. De la teoría ética se espera que surja un modelo que sitúe al individuo con respecto a las cuestiones importantes de la vida, a la luz de un marco lógico de un sistema justificable de principios. (Enciclopedia Británica, 1999).

Acorde a las ideas mencionadas anteriormente los psicólogos independientemente de la escuela psicológica a la que pertenezcan se rigen por un código ético, se exigen normas que deberían aplicarse para un desarrollo armónico de la práctica profesional. Este código habla primordialmente de la dignidad y el valor de las personas, se preservan y protegen los derechos humanos. El psicólogo también se compromete a facilitar el entendimiento del hombre, de sí mismo y de otros (Aluni, 2004).

Para García (2004) son doce principios y ocho valores éticos por los que el psicólogo debería regir su comportamiento y actividad profesional. Los principios se derivan de la ley natural de la vida y por valores se entiende como la relativo a lo bueno, justo o adecuado que debe de impulsar a la acción o a cierta conducta.

Principios éticos:

Normas morales y legales. Las normas de conducta morales y éticas de los psicólogos son una cuestión personal en la misma medida en que lo son para cualquier ciudadano, excepto cuando comprometen la realización de sus responsabilidades profesionales, o reducen la confianza del público en la psicología y los psicólogos. Los psicólogos también se dan cuenta de las posibles repercusiones de su conducta pública y sobre la capacidad de sus colegas para desempeñar sus deberes profesionales.

Técnicas de evaluación. En la elaboración, publicación y uso de las técnicas de evaluación psicológica los psicólogos deben hacer toda clase de esfuerzos para promover el bienestar y la conveniencia del cliente. Se deben precaver contra el mal uso de los resultados de la evaluación. Deben respetar el derecho del usuario a conocer los resultados, las interpretaciones que se le han dado y las bases para sus conclusiones y recomendaciones. Los psicólogos deben hacer cualquier esfuerzo por mantener la seguridad de las pruebas y otras técnicas de evaluación dentro de los límites de los mandatos legales. Se deben esforzar por asegurarse que otras personas, sin formación o preparación adecuada, no hagan un uso inadecuado de las técnicas de evaluación.

Uso de los Animales. El investigador de la conducta animal se debe esforzar por hacer que se adelanten nuestros conocimientos de los principios conductuales básicos, o contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar humanos, o ambas cosas. Al perseguir estos fines, el investigador se debe asegurar del bienestar de los animales y tratarlos humanitariamente. A pesar de las leyes y reglamentos, la protección inmediata del animal depende de la propia conciencia del científico.

Declaraciones públicas. Las declaraciones públicas, los anuncios de servicios, la publicidad y las actividades de promoción de los psicólogos sirven para ayudar al público a hacer juicios y elecciones informados. Los psicólogos deben exponer con exactitud y objetividad sus afiliaciones y funciones profesionales, así como aquellas instituciones u organizaciones con las que ellos o sus declaraciones pueden estar asociados. En las declaraciones públicas que proporcionan información sobre la disponibilidad de productos, publicaciones y servicios psicológicos, los psicólogos basan sus declaraciones en descubrimientos y técnicas psicológicas científicamente aceptables, con pleno reconocimiento de los límites e inseguridad de esas pruebas.

Finalización del tratamiento. Para finalizar el tratamiento con un paciente, el psicólogo o psicóloga deberá buscar la manera de hacerlo de mutuo acuerdo. Sin embargo, si se elige discontinuarlo, deberá responder a las necesidades y solicitudes del paciente de informarse sobre alternativas posibles fuentes de tratamiento. Si es necesario, se deberá tomar las medidas adecuadas para proteger al paciente y al público.

Arreglos Financieros. Todos los honorarios y arreglos financieros serán ampliamente expuestos y aceptados por el usuario de los servicios psicológicos o, en el caso de un ajuste de honorarios, deberán ser anunciados previo a su implementación. Las relaciones de negocios entre ambas partes deben ser evitadas.

Deterioro Personal. Un psicólogo o psicóloga podrá informar al órgano apropiado de su Organización (con la debida consideración por la confidencialidad) que cualquier profesional de la psicología, incluyéndose a sí mismo, está mostrando deterioro en su capacidad ética o profesional.

Relaciones Interprofesionales. Entendidas como la apertura a la diversidad teórico-conceptual, así como a la colaboración, intercambio de información, comunicación y asesoría con colegas de otras especialidades, instituciones y profesiones, con el objeto de realizar trabajos interdisciplinarios que permitan mayor beneficio en el desempeño profesional y para los usuarios del servicio.

Los psicólogos deben actuar con la debida consideración por las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en psicología y en otras profesiones.

Bienestar del Usuario. La posición profesional, su autoridad y su información confidencial no será utilizada para coaccionar a los pacientes o para obtener beneficios para el psicólogo, psicóloga o a ningún tercero. Los psicólogos deben respetar la integridad y proteger el bienestar de la gente y los grupos con los que trabajan. Cuando hay un conflicto de interés entre un cliente y la institución para la cual trabaja el psicólogo, éste debe poner en claro la naturaleza y la dirección de sus lealtades y responsabilidades y mantener informadas de sus compromisos a todas las partes que tienen que ver con el asunto. Los psicólogos deben informar plenamente a los consumidores del propósito y la naturaleza de un procedimiento de evaluación, de tratamiento, educacional o de adiestramiento, y

reconocer libremente que los clientes, estudiantes o participantes en investigaciones tienen libertad de elección respecto a la participación. No tendrán relaciones sexuales con sus clientes, pacientes ni con los estudiantes que supervisa.

Relación voluntaria. La relación profesional con un paciente es puramente voluntaria y el paciente puede discontinuar el tratamiento, o buscar otro tratamiento o consejo en cualquier momento.

Investigaciones. La decisión de emprender investigaciones descansa en el juicio de cada psicólogo sobre el cuál es la mejor manera de contribuir a la ciencia psicológica y al bienestar humano. Habiendo tomado la decisión de realizar investigaciones, el psicólogo considera otras direcciones opcionales hacia las cuales podría dirigir las energías y los recursos de la investigación. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo debe llevar a cabo la investigación con respeto e interés por la dignidad y el bienestar de la gente que participa, y con conocimientos sobre los reglamentos federales y estatales y las normas profesionales que gobiernan las investigaciones con participantes humanos.

Derechos Humanos. Ningún profesional de la psicología a sabiendas participará o facilitará la violación de los derechos humanos básicos de ningún individuo definidos por la Declaración de los Derechos Humanos emitida por la ONU.

Los valores Éticos:

Capacidad profesional. El Psicólogo y la psicóloga cuenta con preparación académica, actualización constante, experiencia profesional, actitudes, habilidades y destrezas necesarias, para prestar los servicios que ofrece y para reconocer por medio de sus capacidades de autoconocimiento y autocrítica sus alcances, limitaciones y áreas de competencia en su actividad profesional.

Competencia. El mantenimiento de altos niveles de competencia es una responsabilidad que comparten todos los psicólogos en el interés del público y de la profesión en general. Los psicólogos deben reconocer los linderos de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solo proporcionan servicios y sólo usan técnicas para los cuales están capacitados debido a su adiestramiento y experiencia. En aquellos campos en que aún no existen

normas reconocidas, los psicólogos toman las precauciones necesarias para proteger el bienestar de sus clientes. Se mantienen al corriente de la información científica y profesional actual en relación con los servicios que prestan.

Confidencialidad: El Psicólogo y la psicóloga deben ser discretos, guardando y protegiendo la información que obtiene en sus relaciones profesionales, con el objeto de salvaguardar la integridad de la persona y la confianza depositada por el usuario. Si el Psicólogo o la Psicóloga requieren presentar sus experiencias con fines legales, académicos, terapéuticos o de difusión de hallazgos, deben mantener el anonimato de sus consultantes u obtener la autorización explícita de los mismos.

Ecología: El psicólogo y la Psicóloga buscan en su trabajo promover la relación armónica del sujeto con su medio ambiente; aprovechando de manera racional los recursos naturales y respetando en especial los espacios vitales de las personas y de las especies animales y vegetales.

Honestidad: Se entiende como la capacidad para desempeñar y/o de dar a conocer con veracidad los resultados obtenidos, buscar su objetividad y ser claros en las metas pretendidas. El Psicólogo y la Psicóloga son sinceros y congruentes, sin anteponer intereses personales en su quehacer profesional y toman en cuenta las normas establecidas para esta profesión.

Se mantendrá una relación honesta con cada usuario, sujeta a las restricciones profesionales razonables, no engañará a sus pacientes ni a sus familias, ni incurrirá en ningún tipo de fraude, engaño o coerción.

Justicia: La justicia es la promoción de la equidad que permite que cada varón y cada mujer obtengan lo que les corresponde.

Respeto: Entendido como la capacidad de reconocer, comprender y tolerar las diferencias individuales, sociales y culturales, evitando imponer las propias; así como promover y proteger el principio de la dignidad humana y los derechos universales del hombre, encaminados al bien común, a través de la escucha y la empatía que nos permiten aceptarnos a nosotros mismos y a los demás.

Responsabilidad: Significa el asumir los compromisos adquiridos con uno mismo, con los demás, con la sociedad en general y con la profesión, así como el reconocer las consecuencias de nuestros actos y acciones; dando lo mejor de nosotros mismos para proporcionar la ayuda solicitada y cumplir con las tareas propias de la profesión (con: puntualidad, calidad, eficiencia y efectividad) promoviendo siempre la salud y el desarrollo integral de las personas.

Algunos artículos que se mencionan en el código ético son:

- El respeto a la integridad de las personas con las que se trabaja y el compromiso de los (as) profesionales de velar por el bienestar individual y social en la prestación de sus servicios.
- La importancia de mantener una constante formación y actualización profesional. Guardar el secreto profesional inherente al ejercicio de la profesión y obligatorio para proteger los intereses de los consultantes.
- Evitar la influencia que en el ejercicio de la profesión tengan el estado de ánimo derivado de problemas personales y la abstención para intervenir en casos en que los mismos puedan afectar su objetividad.
- El respeto a las ideas políticas, religiosas y la vida privada independientemente de las características y sexo de los consultantes.

La mayoría de los psicólogos que participan en discusiones éticas, plantean que haciendo uso del código ético no necesariamente resolverán los conflictos existentes.

Por ejemplo “nunca hay que decir o revelar lo dicho”, el dilema es difícil cuando se obtiene una información que es riesgosa para el usuario y para el colega mismo: Riesgo de suicidio, violencia hacia otros, uso de drogas, atención a seropositivos, terapia a familiares, sexo con pacientes, aborto, incompetencia en el trabajo de colegas, ejercer sin título, intereses políticos, partidistas o religiosas, estas son situaciones frecuentes que están en la discusión ética de los profesionales de la psicología.

Los artículos señalados anteriormente se basan en una visión positivista de la realidad terapéutica, sin embargo si recordamos la visión circular y recursiva el terapeuta de familia no solo se relaciona con la familia sino la relación es mutua. Es un participante dentro del sistema y se incluye entonces en el proceso de transformación.

El trabajo que hace un terapeuta involucra la totalidad de su persona, se presenta ante sus clientes con ciertos conocimientos teóricos y técnicas derivadas de su preparación profesional, pero también se presenta con sus prejuicios, creencias, historias de vida, ciclo de vida, emociones etc. Como Weakland (1989) menciona, el terapeuta ve lo que confirma su creencia. Por lo anterior es de suma importancia destacar lo que Cecchin (2002) menciona, los prejuicios no son necesariamente negativos en terapia, no siempre distorsionan la realidad, pero el terapeuta deberá ser un asiduo observante de si mismo y mantener un cuestionamiento constante hacia su persona. El trabajo en equipo facilita este proceso sin embargo cuando un terapeuta trabaja solo deberá atender a su propio malestar, deberá percibir en donde se estanca, que le causa incomodidad, dolor de espalda, ansiedad, migrañas y recurrir o compartir el caso con algún colega.

Existen diversas teorías aplicadas en la práctica terapéutica, cada una de ellas influirá en cómo hablará el terapeuta, cómo actuará, se preguntará cual es el propósito del terapeuta y de la terapia, cual será el concepto de cambio, cómo se trasladará lo que ocurre en el consultorio a la vida cotidiana, se tomará o no en cuenta el contexto familiar, o quizá el contexto sociopolítico, si el terapeuta podrá ser neutral o no, cuál será su posición frente a su cliente, y también cada teoría determinará la ética del tratamiento mismo (White, 1992).

Dentro de la voz de la posmodernidad se habla de la influencia de la cultura dominante en la vida de las personas, se cuestiona el poder del terapeuta sobre los clientes.

Es importante que el terapeuta reconozca su situación de poder ante el cliente y lo tenga consciente a fin de buscar y estar alerta en sus acciones para hacer más igualitario el contexto terapéutico (White, 2002).

La terapia ha tenido una influencia de los discursos dominantes de la cultura, actualmente los terapeutas familiares han comenzado a tomar en cuenta la diversidad y las desigualdades por ejemplo con respecto al género, a las desigualdades raciales, incluso a

ciertas injusticias sociales. La misión de un terapeuta no debería ser la de complicidad con la cultura dominante, la terapia no debería de ser una forma de “dominación de las personas y deberíamos de cuestionar algunas formas de poder que forman parte de toda interacción terapéutica” (White, 2002 p.23).

Este mismo autor habla de la “transparencia” refiriéndose a que en las sesiones de terapia las personas pueden hablar de lo que les resultó de ayuda y de lo que no, “a medida que las personas responden a estas preguntas, se van aclarando los puntos de entrada viables para un proceso de reescritura” (White, 2002 p. 75), es ver los efectos reales de lo que pregunta el terapeuta. “Esto nos confronta con las responsabilidades éticas y morales asociadas a nuestra participación junto a las personas que solicitan la terapia”.

La terapia ha estado limitada durante mucho tiempo a cierto estrato social, actualmente se usa más como “arnés social” (Anderson, 1999 p. 110). La decisión de una terapia en ocasiones está determinada por esa voz socialmente y políticamente dominante, que determinará que es lo que constituye o no un problema, incluso las teorías psicológicas que estén en boga en ese momento lo determinarán. Esta voz dominante habla incluso por las minorías, aunque no compartan su realidad y “los terapeutas subyugan o sacrifican a sus clientes en aras de las influencias de ese contexto más amplio, que es primeramente patriarcal, autoritario y jerárquico” (Anderson, 1999 p. 110-111).

Michael White (2002 p.145) habla de que las personas al ser separadas de las ideas dominantes de enfermedad y salud “sienten la libertad de indagar en otras formas de ser del mundo”.

Actualmente se habla de terapias en donde surja la colaboración entre cliente y terapeuta, en la que la relación pueda ser más igualitaria, democrática y horizontal.

En la práctica terapéutica aún el terapeuta más neutral tendrá sus propias creencias y valores acerca del bien y el mal, ¿deberá moverse alrededor de sus propias ideas? El riesgo de movernos alrededor de ciertas ideas políticas o morales sería el restringir el diálogo y la conversación y cómo dice Gergen (2006 p.217) “crearemos un mundo terapéutico en el cual todos estarían contra todos”. El autor habla de una terapia en donde “se autoriza a las personas a expresarse a través de voces múltiples, a comprender las paradojas de sus

propios valores, a apreciar la fuerza positiva de numerosos juicios locales” (Gergen, 2006 p.217). El constructivismo social se refiere a una terapia en donde no se trate de encontrar una verdad, una única verdad, una ética correcta, sino a que las personas se puedan mover a través de múltiples posibilidades, sin querer rechazar a nadie por sus diferencias. Este es un mundo de diferencias “diversidad” en el cual se tratará de encontrar prácticas adaptadas a ellas.

Dentro de la práctica terapéutica en la residencia de terapia familiar sistémica y en cada una de las sedes implicadas en ella, es importante destacar que se manejan de una manera impecable los principios éticos señalados a lo largo de esta sección, en todo momento se cuida el anonimato de las familias que se presentan en la consulta y se pide autorización para tomar notas o bien grabar las sesiones; lo cual se hace con fines total y absolutamente didácticos o para una mejor comprensión y autocrítica de lo hecho en las sesiones, este material solo se utiliza para el contexto al que fue autorizado por los clientes. También se hacen profundas reflexiones acerca de las ideas de la posmodernidad respetando en todo momento la diversidad en las forma de ser y pensar de las personas y cuidando el uso de la práctica de poder del terapeuta sobre el cliente. Las sesiones se realizan siempre con un equipo de supervisión el cual enriquece y aporta a los clientes una visión menos pre juiciosa de los acontecimientos.

Las discusiones éticas aún no están concluidas, se debe continuar con la reflexión e ir encontrando respuestas que beneficien a la población, a los profesionales y a las organizaciones.

Todo conflicto debería ser discutido de forma pública y responsable; utilizando juicios personales, legales, científicos, en donde se respete la diversidad tanto de ideas como de creencias, la finalidad sería aprender a pensar éticamente y actuar bajo ciertos principios universales, sin caer a reglas estrictas, que sean la guía para mantener un ejercicio profesional con los menos conflictos posibles y con los actos de mayor responsabilidad y consciencia preservando siempre la dignidad de las personas.

CUARTA PARTE CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

Podría resumir que nuevas habilidades y competencias comenzaron a surgir cuando pude ver a las personas como un sistema; no somos seres en partes como pudiera estudiarlo en cierto momento la medicina tradicional, nuestro cuerpo está formado por diversos sistemas relacionándose unos con otros; también, al estudiar a la familia como un sistema, personas en interacción, en donde cada cosa que sucede con uno de sus miembros mueve algo en los demás; pensar en el porqué de la existencia de un síntoma y cual sería su finalidad, fueron cambios sustanciales en mi manera de mirar.

La teoría de la comunicación humana también es un eje central al sembrar ideas nuevas acerca de los patrones de interacción entre las personas. La teoría del doble vínculo abre un abanico de posibilidades que permiten explicar la aparición y el mantenimiento de un síntoma en la familia. También a través de ella se puede comprender los distintos niveles de comunicación y los distintos lenguajes entre las personas.

Otro concepto que propició que tuviera un cambio sustancial en la forma de ver la terapia fue la cibernética de segundo orden, el observador inmerso en lo observado.

El cambio esencial de la postura del terapeuta con respecto a sus pacientes, incluso abandonar la palabra paciente por la de cliente, nos coloca en una posición de mayor horizontalidad frente a las personas, abandonamos la posición de expertos, regresándoles el lugar a ellas de ser los especialistas de su vida, otorgándoles así el control de la misma.

Otras habilidades y competencias de gran relevancia fueron las adquiridas a través del estudio del construccionismo social y de la hermenéutica. Nos construimos a través de relación con los otros, siendo el vehículo para lograrlo el lenguaje. Este paradigma de la posmodernidad estructura el trabajo terapéutico en un reescribir las historias de vida; una co-construcción del terapeuta junto a su cliente.

Por otro lado dentro de las competencias adquiridas se revisaron los modelos terapéuticos como el estructural, la terapia breve centrada de problemas, terapia breve centrada en soluciones, terapia estratégica, escuela de Milán, terapia narrativa, equipos reflexivos y enfoque colaborativo. Cada uno de estos modelos fueron revisados también en la práctica clínica; esta forma de trabajo supervisado dota a los alumnos de seguridad y certeza en el trabajo clínico.

Nuevos conocimientos pudieron ser adquiridos a lo largo de la maestría a través de diversos seminarios como el de matrimonio y divorcio, depresión, bulimia y anorexia, suicidio, hipnosis, violencia intrafamiliar, ciclo vital de la familia, alcoholismo, farmacodependencia, entre otros.

Otra herramienta que no debemos olvidar pertenece al tronco común de la residencia, y es la evaluación psicológica. Como terapeutas y psicólogos es importante tenerla presente ya que actualmente es un recurso en la valoración de algunos aspectos del desarrollo infantil y adolescente entre otros usos.

Una rama fundamental en la Maestría es la investigación; como se señaló en el capítulo anterior se hicieron dos investigaciones una cuantitativa y otra cualitativa, obteniendo mayores conocimientos teóricos y habilidades prácticas al desarrollarlas. Es importante señalar que por vez primera tuve la oportunidad de hacer una investigación de corte cualitativo; pude apreciar la riqueza de una entrevista a profundidad analizando paso a paso el discurso, apreciando la infinidad de significados que los sucesos tienen en la vida de una persona, lo anterior me permitió desarrollar los procesos de observación, análisis, síntesis de las situaciones y algo fundamental, revisar el discurso acerca de la generalización y normatividad estadística, para abrir paso al de la individualidad y singularidad de las personas.

Durante el desarrollo de la maestría son considerables las habilidades y competencias profesionales adquiridas. Es sencillo decir que existe un cambio radical en la manera de hacer terapia, sin embargo vivir esta nueva manera de concebir las ideas, esta nueva epistemología lleva consigo un gran esfuerzo al pensar, al sentir, al mirar y es un constante estar alerta a lo que sucede a nuestro alrededor.

4.2 Incidencia en el campo psicosocial.

La incidencia en el campo psicosocial es muy vasta, el trabajo terapéutico ha dado un giro total, comenzando porque ha dejado de ser un recurso exclusivo para cierto nivel socioeconómico; antiguamente la terapia hablando específicamente del psicoanálisis, era un proceso largo, que podía ser de años de duración y por tanto eran procesos muy costosos. Actualmente se puede hablar de un recurso al que pueden tener acceso otros sectores de la población, existen terapias breves que no buscan explicaciones de los sucesos a un nivel intrapsíquico, se aborda un problema específico, mirándolo y explicándolo sistémicamente y por tanto buscando otras vías para su solución, ya sea desequilibrando el sistema familiar, trabajando estratégicamente, utilizando los recursos de las personas, reescribiendo sus historias de vida etc.

A su vez las ciencias sociales han dado un giro en como mirar a las personas, este mirar sistémico fue enriquecido por otras ciencias entre las que podemos mencionar la sociología, biología, matemáticas, antropología entre otras; ya no podemos ver seres o problemas aislados, miramos sistemas; sistemas en los que estamos todos inmersos, influyéndonos unos a otros.

Por otro lado, acerca del discurso de Michael Foucault sobre las prácticas de poder, hace que la terapia sea un constante cuestionamiento, tanto a nivel personal como social de las estrategias utilizadas; ¿qué tanto un terapeuta “cumple o no” con las prácticas de poder establecidas?, en lugar de “mirar” al consultante, atendiendo y respetando la diversidad, dejando de hablar de deficiencias o disfuncionalidad.

4.3 Reflexión y análisis de la experiencia.

Durante este tiempo he sido un terapeuta en formación, ciertamente las expectativas y alcances de la Maestría han sido más trascendentales de lo que nunca pude pensar. La experiencia ha sido lo suficientemente intensa para dar un giro total en mi forma de conceptualizar mi propia realidad.

La residencia es intensa no solo por la gran demanda de trabajo, sino por toda la experiencia emocional que conlleva, sin embargo todas las vivencias fueron dadas en cercanía con otros terapeutas, existía un crecimiento y una reflexión compartida. En los momentos difíciles siempre nos apoyamos mutuamente lo que hizo por así decirlo un poco más sencilla nuestra formación.

La práctica clínica considero que es una de las mayores fortalezas de la maestría, al mirar a las familias o a los clientes podía ir calzando cada conocimiento que iba adquiriendo, por ejemplo, desde la óptica del modelo estructural pude visualizar un sistema que poseía una estructura en su funcionamiento; en la terapia breve centrada de problemas entre otras cosas rompía con una tradición en la psicología, la de las terapias de larga duración; la escuela de Milán con la que redescubrí la pasión por la psicología, la terapia breve centrada en soluciones me permitió por vez primera mirar los recursos y fortalezas de las personas en vez de hablar sobre sus “deficiencias”; en la terapia narrativa no solo co-construimos historias alternativas para las familias, aprendimos a manejar el recurso del lenguaje hablado pero también a través de cartas, reconocimientos, diplomas y cuentos maravillosos en los que podíamos ver reflejados en las caras de los consultantes no solo esperanza, sino sorpresa al redescubrirse en su valía como personas; el enfoque colaborativo me permitió verlas de una manera igualitaria y absolutamente respetuosa.

Todo lo anterior sucedía en mi construcción como terapeuta, sin embargo como lo mencioné anteriormente simultáneamente ocurrían cambios en mi propia esencia como persona.

Me siento muy orgullosa de pertenecer a esta comunidad universitaria, a esta comunidad sistémica.

4.4 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

Ya se ha abordado en el capítulo anterior las implicaciones del trabajo terapéutico en la persona del terapeuta, de acuerdo a la cibernética de segundo orden el entorno es percibido a través de los parámetros personales; debemos ser conscientes de nuestra posición como terapeutas, aprender a mirarnos y reconocer nuestros prejuicios, nuestros alcances y también nuestras limitaciones.

Por otro lado el campo de trabajo para un egresado de la residencia en terapia familiar sistémica es muy variado, pudiera ser en cualquier institución tanto pública como privada que brinde servicios de salud, también en la práctica clínica privada.

No quisiera dejar de mencionar la responsabilidad social que como egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México tenemos, así como por ser becarios del Conacyt, no solo en el ejercicio ético de la profesión, sino poder brindar nuestros servicios a la población en general, inclusive a la mayormente desprotegida. Pertenece a innumerables sistemas, dentro de nuestra realidad como país sabemos que existen diversos sectores los cuales responden a una forma de sistema de poder y de gobierno en la cual estamos todos inmersos; pensando sistémicamente lo que ocurra en un lugar tendrá trascendencia en otro.

Referencias Bibliográficas

Albornoz, A. (2006). *Aumentan los suicidios en México*. Recuperado de: olganza.com/2006//02/03/aumentan-los-suicidios-en-mexico/-55k-

Aluni, R. (2004). *La ética profesional: Desde el punto de vista de la psicología transpersonal*. Recuperado de: <http://homepage.mac.com/penagoscorzo/ensayos6.html>

Andaluz, J. (2008). *Estadísticas mundiales sobre alcoholismo*. Recuperado de: www.diariocorreio.com.ec/archivo/2008/06/12estadisticas-mundiales-sobre-el-alcoholismo

Andersen, T. (2001b). Ver y oír, ser visto y ser oído. En Friedman, S. *El nuevo lenguaje del cambio. La colaboración constructiva en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa pp:201-224.

Andersen, T. (2005). Procesos de reflexión: actos informativos y formativos. ¿Pueden tomar prestados mis ojos, pero no deben quitármelos!. *Terapia familiar con equipo de reflexión. Una práctica de colaboración*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu pp: 39-69.

Anderson H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu

Asociación de defensa de trastornos alimentarios en Extremadura (ADATEX), 2007. Anorexia y Bulimia. Recuperado: www.aula21.net/Nutriweb/anorexia.htm-96k-

Beavers W.R. & Voeller, M.N. (1983). Family Models: Comparing and Contrasting the Olson Circumplex Model with Beavers System Model. *Family Process*, 23 (1), 15-31

Beltrán, L. (2004) El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En: Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: PAX MEX

Brett, C. (2006). Hacia el nuevo paradigma de la cibernética de segundo orden. Recuperado de <http://www.ecovisiones.cl/metavisiones/articulos/nuevo-paradigma-cibernetica-3.htm-17k->

Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*. Barcelona, España: Paidós.

Ceberio, M. y Watzlawik, P. (1988). *La Construcción del Universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. España: Herder.

Code B. & Hudson W. (1995). *Guía Breve de Terapia Breve*. Ed Paidos.

Cruz, A. (2005). Recuperado: www.jornada.unam.mx/2005/02/23/ao2nleie.php

Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002). *Visiones y Re- visiones y Super- visión del proceso de Supervisión*. *Psicoterapia y Familia*, 15 (1) 47-56

De Shazer, S. (1986). *Claves Para La Solución en Terapia Breve*. Ed. Paidos.

De Shazer S. 1987). *Pautas de Terapia Familiar Breve. Un enfoque sistémico*. Ed. Paidos.

Díaz. M, Valdés. Y, Durán. A. (1991). *Concepciones teórico- metodológicas para el estudio de la familia*. Recuperado: bibliotecavirtual.clasco.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/18DDV031.pdf

Diplomado de Violencia Familiar y Derechos Humanos organizado por la Universidad Nacional Autónoma de México a través del Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Ponencias consultadas:

Convención sobre los derechos del niño impartida por la Dra. Mónica González Contró

Análisis de aspectos del derecho civil en la violencia familiar impartida por la magistrada Adriana Canales Pérez.

Douglas, C. y Jurkovic, G.J. (1983). Agency Triangles: Problems in agency-family relationships. *Family Process*, 22 (1), 220-230

Epston, D. (1994). *Obras Escogidas*. Barcelona, España: Gedisa.

Espinosa, S.R. (1992). *El ciclo vital en familias mexicanas: Características culturales y estructura familiar*. UDLA: Tesis de maestría.

Espinosa, R. y González, S. (1998). *Terapia familiar sistémica: definición y alcances en salud mental*. En: Murueta, M. y cols. *Psicología de la Familia México*. UNAM-AMAPSI

Espinosa, S.R. (2004) El Modelo de Terapia Breve: un enfoque en problemas y soluciones. En: Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: PAX MEX

Fisch, R., Weakland, L., Segal, L. (2003). *La táctica del cambio como abreviar la terapia*. España: Herder.

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata, pp.75-8

García, J. (2004). *Principios y valores éticos de los psicólogos y psicólogas*. Recuperado de: <http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/etica2.html-52k>

Galicia, I (2005) *Terapia Estratégica*. En *Terapia Familiar su uso hoy en día*: Luz de Lourdes Eguiluz, comp. México: Pax

García, S., Moncayo, B. y Gutierrez, A. (2005). Manejo de la violencia en el periódico La Jornada. Recuperado de: www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=2380-18k

Gergen, K. (2006). *Construir la Realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.

Haley, J. (1997) *Terapia de Ordealía. Caminos Inusuales para Modificar la Conducta*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Haley, J. (2003). *Terapia no Convencional*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Haley, J. (2005). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Harbin, H. T. y Madden, D. J. (1983). Assaultive Adolescents: family decision-making Parameters. *Family Process*, 22 (1), 78-89

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.

Hudson, W. y Weiner, D. (1989). *En Busca de Soluciones*. Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona, España: Paidós.

INEGI (1998). Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. *Seguridad y bienestar social a nivel nacional*. Publicaciones anuales.

INEGI (2005). *Matrimonios y divorcios*. Recuperado: cuentameinegi.gob.mx/población/myd.aspx?tema=p

INEGI (2002). Encuesta nacional de adicciones. Recuperado: www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf

Johansen, O. (1999). *Introducción a la Teoría General de Sistemas*. México: Limusa Noriega Editores.

Keeney, B. (1994). *Estética del Cambio*. Barcelona, España: Paidós.

Kinsman, A.M., Wildman, B.G. & Smucker, W.D. (1999). Relationships among parental reports of child, parent, and family functioning. *Family Process*, 38 (3), 341-350

Ley de Tallas, iniciativa contra anorexia y bulimia en el DF Recuperado: olganza.com/2007/03/20/ley-de-tallas-iniciativa-contra-anorexia-y-bulimia-en-el-df/ -55k -

Lipchik E. (2002). *Terapia Centrada En La Solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Luna, S. *La recomposición familiar en México*. Recuperado: www.eclac.org/publicaciones/xml/8/28858/lcg2320_p_2.pdf

Madanes, C. (2001). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Minuchin, S. (2004). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H.C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós

- Moreno, O. (2000). *La conducta perturbadora en el contexto escolar: factores determinantes y modelos de intervención*. Psicología Científica. En red: <http://personal.telefonica.terra.es/web/fxmoreno/documen/CONDUCTA%20PERTURBADORA.pdf>
- Morin, E. (1996). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España: Gedisa (p.87-110).
- Navarro, J (2002) *Perspectiva sistémica de la conducta problemática y agresiva*. Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado 5(4). En red: <http://www.aufop.org/publica/reifp/02v5n4.asp>
- Ochoa de Alda, J (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona, España: Herder.
- Pakman, M. (1996). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona, España: Gedisa (p.23-47) (p.139-179).
- Perinat, M.A. (2002). *Psicología del Desarrollo*. Barcelona: VOC
- Rodríguez, C. (2004) La Escuela de Milán. En: Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: PAX MEX
- Rodríguez, J. *Evolución e historia de las teorías y conceptos sobre "sistemas"*. CEPADE-Universidad Politécnica de Madrid/IDOE Universidad de Alcalá de Henares. Recuperado de: sunwc.cepade.es/jrivera/bases_teor/sys_teor/basic_concepts/evol_hist_system_theor.htm -193k
- Selekman, M. (1993). *Abrir Caminos Para El Cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona, España: Gedisa.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Selvini, P., Boscolo, G., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona, España: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A., (1998). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona, España: Paidós.

Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A., (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona, España: Paidós.

Sluzki, C (1996) en: Corsi J. Comp.. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Ed. Paidós.

Suárez, M. (2004) El Enfoque Narrativo. En: Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: PAX MEX

Simón, F.B., Stierlin, H. y Wynne, L.C. (2002). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona, España: Gedisa.

Stephen, T.D. & Markman, H. (1983). Assessing the Development of Relationships: A new measure. *Family Process*, 22 (1), 89-97

Téllez, A. (2007). *Hipnosis Clínica. Un enfoque Ericksoniano*. México: Trillas.

Torres, F. (2005). *La violencia en casa*. Ed. Croma.

Ulloa, B (2007). *La Ley de Tallas, iniciativa contra anorexia y bulimia en el DF*. Recuperado: olganza.com/2007/03/20/ley-de-tallas-iniciativa-contr-a-anorexia-y-bulimia-en-el-df/ -55k -

Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis. pp.75-105, 177-234.

Vargas, P (2005) Antecedentes de la Terapia Sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica. En *Terapia Familiar su uso hoy en día*: Luz de Lourdes Eguiluz, comp. México: Pax

Vázquez, R y Angulo, F. (2003). *Introducción al estudio de casos: Los primeros contactos con la investigación etnográfica*. Granada: Aljibe, pp.15-51

Velasco, C.M.& Luna, P.M. (2006) Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México: Pax

Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R (2003.) *Cambio, formación y solución de los problemas humanos*. España: Herder.

Watzlawick, P. Helmick, J. Jackson, D. (1986). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, España: Herder.

Watzlawick, P. y Krieg, P. (1996) en Pakman, M. (1996). *El ojo del observador*. Barcelona, España: Gedisa (p.73-81).

White M., y Epston D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.

White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.

White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona, España: Gedisa.

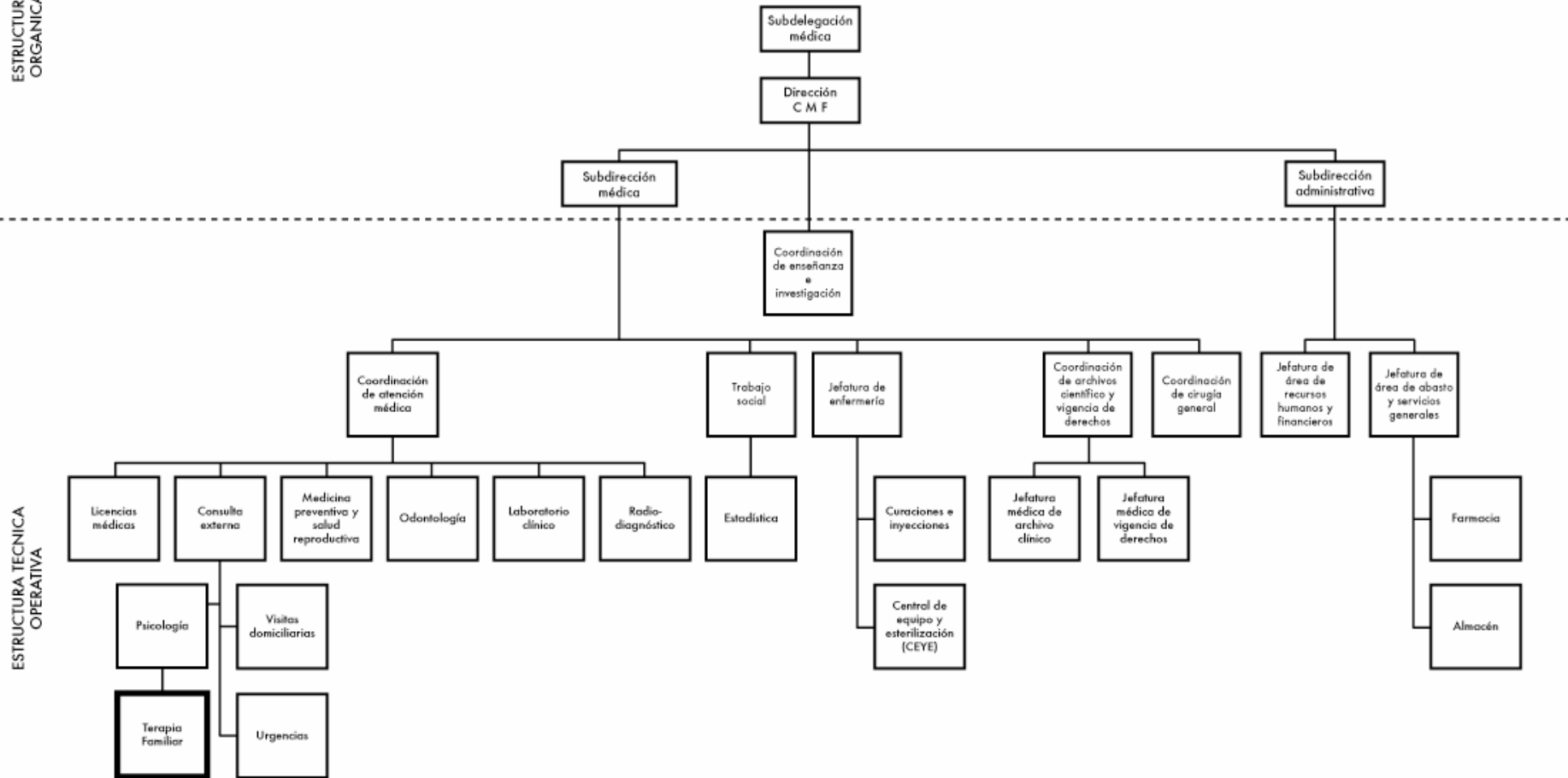
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
ENTIDAD ACADÉMICA



Anexo 2

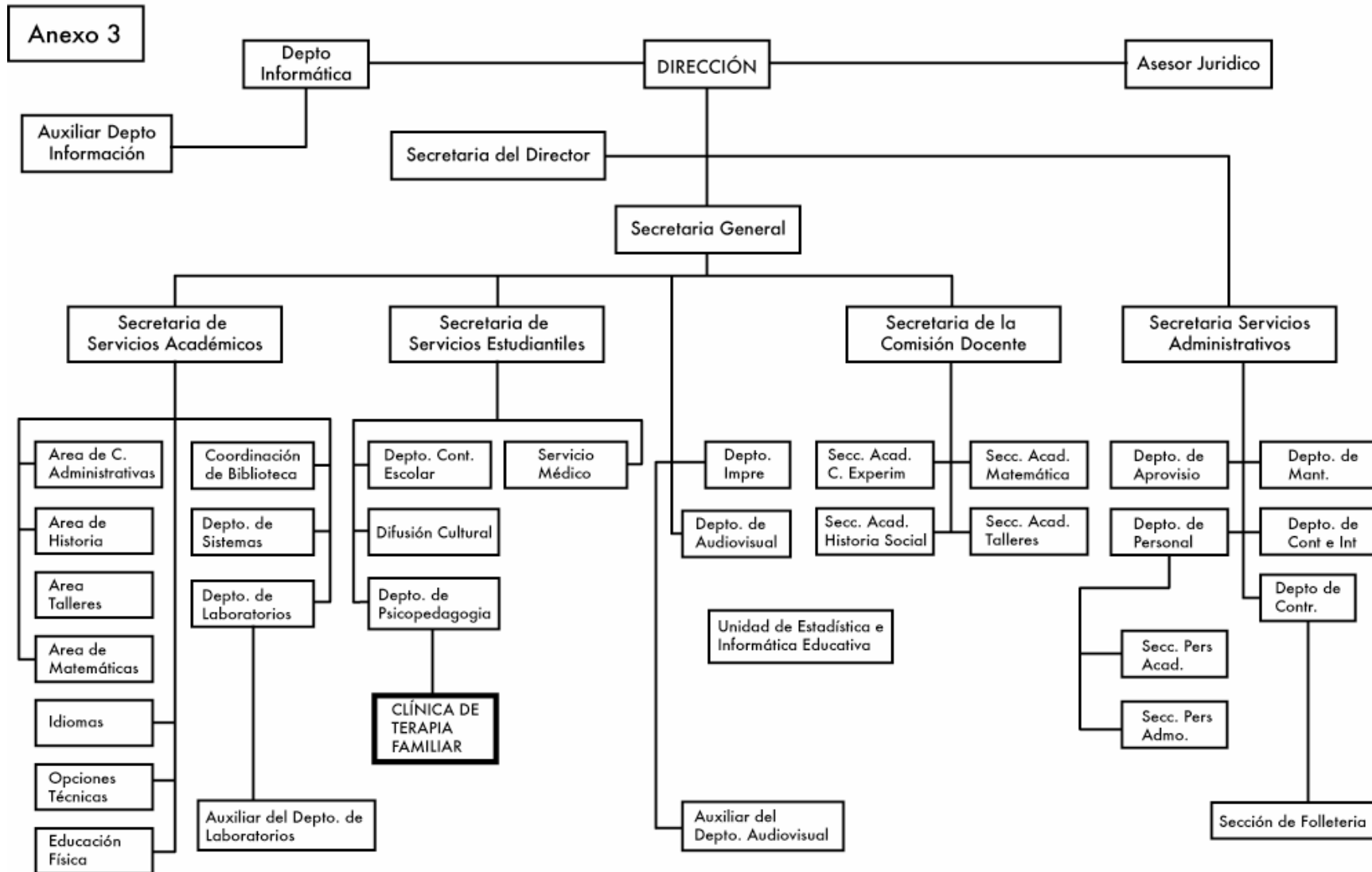
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE TLALNEPANTLA

ESTRUCTURA ORGANICA



ESTRUCTURA TECNICA OPERATIVA

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



Anexo 4

Formato de reporte de la entrevista telefónica de los consultantes.

**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores de Iztacala
Programa de Maestría en Psicología
Residencia en Terapia Familiar Sistémica**

Primera Llamada Telefónica

- Fecha
- Terapeuta
- Sede Clínica
- Nombre de la persona que solicita consulta
- Persona que responde a la llamada
- Motivo de consulta
- Antecedentes del problema
- Antecedentes de tratamientos (médicos, psicológicos, pedagógicos, etc.)
- Miembros de la familia que asistirán a la reunión
- Familiograma
- Fuente de Referencia

Anexo 5

Formato de consentimiento para la grabación en audio y video de las sesiones clínicas

**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores de Iztacala
Programa de Maestría en Psicología
Residencia en Terapia Familiar Sistémica**

La FES-Iztacala como parte de atención a la comunidad ofrece los servicios de Terapia Familiar o de Pareja, a través de su programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar.

Como parte de la forma de trabajo del modelo de terapia con el que llevamos a cabo la evaluación y/o tratamiento de la problemática familiar, grabamos en audio y/o en video las entrevistas realizadas con el fin de que puedan ser revisadas con mayor detenimiento y en ocasiones ser utilizadas con fines didácticos. Esto es una práctica común en los programas más avanzados de Terapia Familiar en México y en el resto del mundo. Los videos y el material clínico que se generen son propiedad exclusiva del programa. Las personas que laboran en éste, respetarán la privacidad de los miembros de las familias y protegerán su anonimato.

México D.F. a _____ de _____ del 200_.

Clientes

Terapeuta

Anexo 6

14 de Noviembre del 2007

Quiero compartir con Uds. Algunas de mis emociones y pensamientos. Primero quisiera agradecerles por permitirme dejar entrar en sus vidas y en su corazón. Esta es una familia que si bien ha sido visitada por la violencia y el dolor, también lo ha sido por el amor, este se ha manifestado en su preocupación por cada uno de los miembros de la familia, por su constancia al venir y por las cosas lindas que he escuchado que se han dicho unos a otros. Quisiera decirle a cada uno lo que siento y pienso:

Alejandro: Eres un chico excepcional, he disfrutado y admirado todo lo que le has dicho a tus hermanos y especialmente a Carlos, veo que es un gran amigo y ejemplo para ti, a través de tu mirada sincera he notado la gran admiración que sientes por él. Gracias por el compromiso que has manifestado para con tu familia y por el gran amor que les brindas cada día.

Joly, que podría decirte, me tienes fascinada, una chica inteligente, cooperadora, amorosa y preocupada por ti y tu familia. Veo tus grandes deseos de superación. Disfruta tu niñez, disfruta tus momentos de triunfo tanto en la escuela, con tus amigas y en casa. Sigue buscando los momentos para hablar con tus hermanos y con tu mamá, ellos querrán hacerlo para ti. Eres como una gran maestra en esta familia, tenemos que aprender muchas cosas de ti.

Carlo: ¡Qué muchacho!, gracias por brindarnos esas lecciones de amor, he aprendido a través de ti que aunque haya existido en nuestra vida desesperación y enojo, son sentimientos que se pueden convertir en una cicatriz, que ahí está, pero que ya no duele; que si bien nos visitaron hemos logrado transformarlos en amor y esperanza. ¡Que gran lección de superación, de amor por ti mismo y por los demás!, Carlos tú tienes la elección de a quién invitar a tu corazón, y veo con alegría como lo has abierto a doña tolerancia, a doña paciencia, a doña tranquilidad.

Graciela: Escucho el silencio de tu voz, pero percibo la voz de tu cuerpo que nos abre las puertas de tu corazón, estás aquí, con tu familia cada sesión, sé las cosas lindas y el gran amor que has tratado de dar a tu mamá y hermanos, incluso sacrificando tu bienestar

y arriesgándote por ellos. Puedo imaginar la situación de una niña pequeña en un hogar visitado por la violencia y el dolor, una pequeña niña con un corazón valiente que quiere ayudar a mamá a enfrentar estas dos terribles visitas, pero no sabe como, ¿se llena quizá de miedo?, ¿a quién ha abierto Graciela su corazón?

Doña Inés: Es maravilloso que haya dicho ¡alto!, quiero recuperar mi vida y la de mis hijos. Si bien en casa estaban instaladas la violencia y el dolor, durante mucho tiempo les vendaron sus ojos para ver las cosas nuevas y bellas que la vida nos puede ofrecer, ahora veo esa fuerza personal y familiar para invitar a la violencia y dolor pero a ¡salir! de su casa. No importa que nos equivoquemos, no somos perfectos y aprendemos de nuestros errores, hoy luchamos para sacarlas de nuestra existencia y mañana también, pero llegará el día que no tengamos que luchar porque estas visitas indeseables ya no estarán en sus vidas.

Me llevé en mi mente la palabra dicha por usted la sesión pasada: autoestima, no sé en que momento se alejó de su persona, pero lo que sí sé, es que es momento de invitarla nuevamente a su vida, es momento de volver a creer, de recuperar su valía como mujer y como madre. ¡Qué ricas! pueden ser las mieles del éxito personal por ejemplo en el trabajo, en casa. Usted se lo merece y sus hijos también, ver a una mamá fuerte y firme y a la vez cercana y amorosa. Esto ya está sembrándose en su vida y en la de los suyos ¿sabe porqué?, por qué le están abriendo a la tolerancia, paciencia y al amor las puertas de su casa y de sus corazones.

Anexo 7

Certificado de huida del sufrimiento



Otrorgo este certificado a *Alejandro* en reconocimiento por su éxito para alejar la violencia y tristeza de su vida.

Has privado a la violencia y a la tristeza de tu vida sabiendo que ellas se alimentan de tu compañía.

Este certificado servirá para recordarte a ti y a los demás que eres el tipo de persona a la que le gusta más compartir y estar feliz que la tristeza y la violencia.

Concedido el 22 de Noviembre de 2007.

Laura Susana Núñez Becerra

Rosario Espinosa Salcido

Anexo 8

Certificado de huida del sufrimiento



Otorgo este certificado a *Joly* en reconocimiento por su éxito para alejar la violencia y tristeza de su vida.

Has privado a la violencia y a la tristeza de tu vida sabiendo que ellas se alimentan de tu compañía.

Este certificado servirá para recordarte a ti y a los demás que eres el tipo de persona a la que le gusta más tener paciencia, tolerancia y estar feliz que la tristeza y la violencia.

Concedido el 22 de Noviembre de 2007.

Laura Susana Núñez Becerra

Rosario Espinosa Salcido

Anexo 9

5 de Diciembre del 2007

Sra. Inés:

Hemos reflexionado mucho el equipo y yo acerca de su vida como mujer y como madre. ¿De qué está hecha Doña Inés?, ¿adónde la ha llevado la rebeldía?, Usted nos sorprende con las decisiones que ha tomado y nos preguntamos: ¿Cuánta rebeldía sana y saludable posee?, seguramente la está movilizándolo para tomar las decisiones tan sabias y amorosas para con Usted y para con su familia.

Sabemos que es difícil encontrar el amor y una buena pareja, pero esta Inés guapa, sorprendente... rebelde... no dudamos en que ha adquirido la sabiduría y el amor por sí misma para cuidarse a ella y a los suyos.

Como madres sabemos cuánta preocupación sentimos por los hijos y a través de ésta y de su proceder hemos constatado el gran amor que siente por ellos.

Vienen tiempos de prueba, de estar alerta a sus reacciones y emociones y no dudamos ni por un instante que Usted tiene las armas para salir airoso, lo más difícil ya ha pasado, el resto es construir con la fuerza suya y de sus hijos.

Laura Susana Núñez Becerra

Anexo 10

Se otorga el presente *Diploma* a la familia de la:

Sra. Inés.

Constituida por ella, sus hijos y los abuelos de estos: Por sus avances en contra de la violencia; nos han demostrado que la amabilidad y la paciencia, les ayuda en esta lucha así como el apoyo que se dan. Ellos han descubierto que es posible controlarse y cooperar para estar mejor. También saben que la violencia es mañosa, mala, y quiere desintegrarlos así que todos y cada uno estarán atentos para sacar su amor y seguir venciénola. Siendo el 6 de Diciembre del año 2007.

Sra. Inés

Carlo

Graciela

Joly

Alejandro

Laura Susana Núñez
Becerra

Anexo 11

Se otorga el presente Diploma a:

Graciela

Por su contribución al bienestar familiar, por haber descubierto y comenzado a vivir una nueva vida utilizando su sonrisa. Por haber recuperado sus ganas de comer, por ser comprensiva y darle cariño a su familia. Me pregunto: ¿qué futuro le deparará a Gaby al haber recuperado la alegría y la palabra?

Seguramente sabes ahora cómo combatir a su propio estilo los problemas familiares. ¿qué clase de adulta va a ser con todas estas cosas que esta aprendiendo de sí misma seguramente no repetirá los mismos errores de los adultos.

Graciela

Laura Susana Núñez Becerra

Anexo 12

SE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA A:

CARLO

POR HABER LIBRADO SU LUCHA CONTRA DON VIOLENTÓN-ON Y SALIR TRIUNFANTE.

POR HABER RECUPERADO SU ALEGRÍA DE VIVIR AL HABER DESCUBIERTO LA NOBLEZA EN SU CORAZÓN.

GRACIAS A SU AMABILIDAD, TOLERANCIA Y PACIENCIA HA CONTRIBUIDO AL BIENESTAR DE SU FAMILIA. ¿QUÉ FUTURO LE DEPARA A CARLO AL HABER DESCUBIERTO EL AMOR POR ÉL Y POR LOS SUYOS?.

SEGURAMENTE EL ÁNIMO CON QUE ENFRENTARÁ SUS NUEVAS BATALLAS SERÁ TAMIZADO POR ESTE AMOR.

CARLOS

LAURA SUSANA NÚÑEZ BECERRA



Reconocimiento

a: **Laura Susana Núñez Becerra**

por su participación con la ponencia

Las familias de adolescentes con conducta disruptiva y no disruptiva

dentro del programa académico del

VIII Congreso al encuentro de la psicología mexicana

**IV CONGRESO LATINOAMERICANO
DE ALTERNATIVAS EN PSICOLOGÍA**

realizado del 7 al 10 de marzo de 2007

Morelia, Michoacán, México

Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña
Presidente del Congreso



COLEGIO DE PSICOLOGOS
DE MICHOACAN, A.C.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

XXVI COLOQUIO DE INVESTIGACIÓN

El Comité Organizador otorga la presente constancia a:

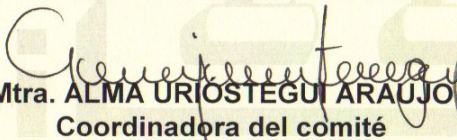
**MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO, LAURA SUSANA NÚÑEZ BECERRA,
ALEJANDRA PILLONI MARTÍNEZ, ISABEL PÉREZ VARGAS**

Por su participación como Autores del Cartel:

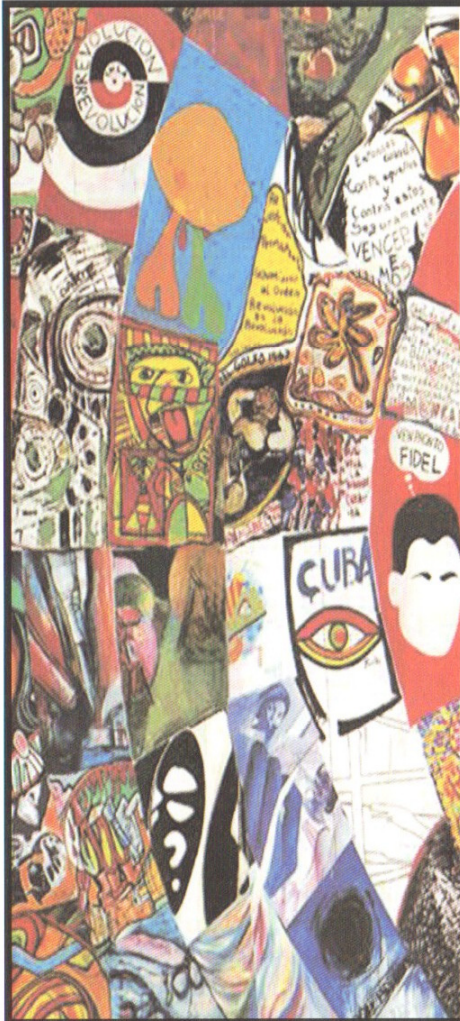
ÁREAS DE CONFLICTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES

en este **evento**, celebrado del 28 al 30 de Agosto del 2007

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"


Mtra. ALMA URIOSTEGUI ARAUJO
Coordinadora del comité





II CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSICOLOGÍA DE LA ULAPSI

CONSTANCIA

Hacemos constar que

Janyra Susana Núñez

participó en el II Congreso Latinoamericano de Psicología de la ULAPSI

*La profesión de adolescentes mexicanos so-
bre los problemas familiares*

Realizado en La Habana, Cuba del 12 al 14 de septiembre de 2007.

Dr. Raúl Rocha Romero
Presidente del Congreso

Vicepresidente del Congreso
Presidente del Comité Organizador

Realización:



Sociedad Cubana
de Psicología de
la Salud
Sociedad de
Psicólogos de
Cuba

Apoyo:



Conselho Regional
de Psicologia SP





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel (I)
Azcapotzalco

La Dirección del Plantel Azcapotzalco, extiende la presente constancia a:



LAURA SUSANA NÚÑEZ BECERRA

Por su participación en la sesión: ***Ciclo vital del adolescente y la familia***, del **Curso-Taller Escuela para Padres del CCH Azcapotzalco 2007-2008**, en las instalaciones del plantel y en coordinación con la FES Iztacala.

Mtro. Andrés Hernández López

México, DF a 8 de marzo de 2008



"2008, Año del Padre de la Patria, Miguel Hidalgo y Costilla"

**ESCUELA SECUNDARIA GENERAL DOCTOR EDUARDO LICEAGA
CLAVE: ES 354.15 C. C. T. 15DES0015U
TEOLOYUCAN, MEXICO
CICLO ESCOLAR: 2007 - 2008**

La Dirección de la Escuela Secundaria General "Doctor Eduardo Liceaga" Clave: ES 354-15 C. C. T. 15DES0015U de Teoloyucan, México; otorga el presente:

RECONOCIMIENTO

A la Psicóloga: Laura Susana Núñez Becerra por impartir los Métodos de Estudio dirigido a los alumnos.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Teoloyucan, México a 28 de Enero de 2008



**ATENTAMENTE
EL DIRECTOR DE LA ESCUELA**

PROFR. JUAN DIMAS OROZCO MORALES

EL SUBDIRECTOR TURNO MATUTINO

PROFR. JOSE LUIS ZAVALA BAZA

EL SUBDIRECTOR TURNO VESPERTINO

PROFR. ANSELMO VIGUERAS SANCHEZ



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



“2008, Año del Padre de la Patria, Miguel Hidalgo y Costilla”

**ESCUELA SECUNDARIA GENERAL DOCTOR EDUARDO LICEAGA
CLAVE: ES 354.15 C. C. T. 15DES0015U
TELOYUCAN, MEXICO
CICLO ESCOLAR: 2007 – 2008**

La Dirección de la Escuela Secundaria General “Doctor Eduardo Liceaga” Clave: ES 354-15 C. C. T. 15DES0015U de Teoloyucan, México; otorga el presente:

RECONOCIMIENTO

A la Psicóloga: **Laura Susana Núñez Becerra** por impartir el Taller de Padres de Familia sobre “Adicciones”

Teoloyucan, México a 16 de Enero de 2008



**ATENTAMENTE
EL DIRECTOR DE LA ESCUELA**

PROFR. JUAN DIMAS OROZCO MORALES

EL SUBDIRECTOR TURNO MATUTINO

PROFR. JOSE LUIS ZAVALA BAZA

EL SUBDIRECTOR TURNO VESPERTINO

PROFR. ANSELMO VIGUERAS SANCHEZ