



Campus Iztacala

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

“UNA EXPERIENCIA NARRATIVA EN ESCENARIOS CLÍNICOS”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE :

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ANA MAGDALENA OLGUÍN ÁNGELES

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO

COMITÉ TUTORIAL: MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

MTRA. CAROLINA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

MÉXICO, D.F.

MARZO 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.

A la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**,
compañera constante en todos los escenarios, por abrirme sus
puertas, por sus enseñanzas y la riqueza de la vida universitaria
que me encaminan a luchar para ser mejor mexicana, por
hacerme decir hoy y por siempre, con orgullo, gratitud y
dignidad que:

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

RESUMEN

El programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, ofrece a nivel maestría la Residencia en Terapia Familiar. El presente trabajo es el reporte de esta experiencia profesional, tomando en cuenta distintos escenarios como la comunidad, la investigación y la difusión, pero específicamente, escenarios clínicos.

El primer capítulo presenta una perspectiva general del campo psicosocial que incide directamente en las problemáticas familiares como pobreza, migración, violencia, adicciones y deserción escolar, así como la evolución de la Terapia Familiar en nuestro país como alternativa en el trabajo terapéutico con esta población y los distintos modelos terapéuticos que se abordan teórica y prácticamente durante el programa.

Los últimos capítulos presentan el análisis de dos casos clínicos desde la Terapia Narrativa, una de las propuestas de la aproximación Posmoderna. Se presentan las particularidades del enfoque a partir de ejemplos en escenarios clínicos, considerando el trabajo con familias, individuos, grupo de terapeutas y supervisoras. Al finalizar, congruente con la postura narrativa, se hace una reflexión sobre las implicaciones éticas que surgen a partir de un abordaje narrativo de la práctica terapéutica.

ÍNDICE

	PAG.
I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	11
1 ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR	11
1.1 CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL	11
La familia en México	12
1.2 PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS	20
1.3 LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA SEÑALADA	30
La Terapia familiar en México	31
2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO	39
2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ESCENARIOS	39
2.2 ANÁLISIS SISTÉMICO DE LOS ESCENARIOS	41
II. MARCO TEÓRICO	45
1 ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO	45
1.1 ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA	45
LA REVOLUCIÓN SISTÉMICA	46
LA TEORÍA CIBERNÉTICA	48
LA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA	50

INDICE

	PAG.
CONSTRUCTIVISMO	52
CONSTRUCCIONISMO SOCIAL	53
1.2 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA	53
MODELO ESTRUCTURAL	53
Análisis de caso desde el Modelo Estructural: Análisis de la familia protagonista del filme "Una familia de tantas" de Alejandro Galindo	57
MODELO ESTRATÉGICO	59
TERAPIAS BREVES	66
Terapia Breve Centrada en Problemas	66
Cuando se termina el tratamiento con el problema resuelto	75
Cuando se termina el tratamiento con el problema no resuelto	75
Terapia Breve Centrada en Soluciones	76
MODELO DE MILÁN	81
Las primeras experiencias de Terapia Familiar como psicoanalista. (1967; fundación del centro para el Estudio de la Familia)	83
Del comunicacionalismo a las primeras intuiciones sobre el juego	83
La elección del modelo sistémico batesoniano y las primeras terapias interventivas	84
La anorexia nerviosa	87
Elaboración de hipótesis: la investigación sobre los juegos familiares	89
Interrogatorio circular	90
POSTURAS POSMODERNAS	91

	PAG.
Construccionismo Social y Psicoterapia	95
Narrativa	97
Colaborativa	106
Equipos Reflexivos	108
III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	113
1 HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS	113
1.1.1 LA LUCHA DE UNA FAMILIA CONTRA LA PERFECCIÓN	114
1.1.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA DE ACUERDO A LA PROPUESTA NARRATIVA	118
Generando un giro en el lenguaje: Hablemos del problema	118
Iniciando el viaje: Quitemos la banda	124
Explorando nuevos terrenos: Darse la oportunidad de intentarlo	128
Preparándose para el viaje: Elaboremos el mapa	132
Engrosando la historia alternativa: Invitemos a testigos	135
Equipo Reflexivo como Ceremonia de Definición: algunos regalos para el viaje	138
Documentos terapéuticos: una carta para recordar	140
1.2.1 SOBRE LOS ALIADOS QUE TRAE LA SOLEDAD CUANDO INVADE A LAS FAMILIAS	143
1.2.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA DE ACUERDO A LA PROPUESTA NARRATIVA	145
La familia establece un pacto	145
Entrevista al problema: Un nuevo enemigo se descubre	146

INDICE

	PAG.
La historia preferida comienza a escribirse	151
Posibles desarrollos futuros	153
1.3 ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL	158
Sistema Terapéutico	158
Sistema de Supervisión	159
Sistema de Terapeutas	160
Sistema Terapéutico Personal	161
2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN	162
2.1 REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA UTILIZANDO METODOLOGÍA CUANTITATIVA: Historias de Violencia y Resiliencia	162
2.2 REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA UTILIZANDO METODOLOGÍA CUALITATIVA: Los significados en torno a historias de violencia y la liberación de sus efectos	165
3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA, DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN COMUNITARIA	169
3.1 PRODUCTOS TECNOLÓGICOS	169
Manuales	170
Manual Modelo estructural	170
Manual de Terapia Breve Centrada en Problemas	171
Manual de Terapia Breve Centrada en Soluciones	172
Videos	172
Video didáctico: Modelo Estructural	172
Video didáctico: Terapia Breve Centrada en Problemas	173

	PAG.
Video didáctico; Terapia Estratégica	174
Video didáctico: Terapia Breve Centrada en Soluciones	175
Folletos	175
Control y manejo de estrés	175
La sexualidad del adolescente	176
Calidad de vida	176
Comunicación no violenta	177
Carteles	177
Calidad de vida	177
Material Didáctico	177
Dominó: Preguntas Narrativas	177
Juego de línea de tiempo de la terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	178
3.2 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA	179
Conferencias	179
Control y manejo de estrés	179
La sexualidad del adolescente	179
Entrevista sobre ciclo vital de la familia: nido vacío	180
Talleres	181
Taller comunicación no violenta	181
Taller teórico-vivencial de Terapia Narrativa	182
3.3 ASISTENCIA A FOROS ACADÉMICOS	182

INDICE

	PAG.
Como Asistente	182
Como Ponente	185
4 HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL	187
4.1 DISCUSIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS CONSIDERACIONES ÉTICAS QUE EMERGEN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	187
Sobre el trabajo del terapeuta dentro de las sesiones	189
Sobre el trabajo y discusión con el equipo de terapeutas y supervisoras	192
Sobre el trabajo personal del terapeuta	194
IV. CONSIDERACIONES FINALES	195
1 RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS	195
Habilidades teórico conceptuales	195
Habilidades clínicas	196
Habilidades de investigación y enseñanza	197
Habilidades de prevención	198
2 INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL	199
3 REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA: IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO	200
BIBLIOGRAFÍA	203

ÍNDICE DE TABLAS

	PAG.
TABLA 1 AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN HUMANA	51
TABLA 2 ETAPAS DEL MAPA DE MIGRACIÓN DE IDENTIDAD	133
TABLA 3 DATOS OBTENIDOS EN UNA ENTREVISTA AL PROBLEMA	149
TABLA 4 MAPA DE POSICIÓN 2. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS	152

ÍNDICE DE FIGURAS

	PAG.
Fig. 1 Clínica de Terapia Familiar, FESI	39
Fig. 2 Clínica de terapia Familiar, ISSSTE	40
Fig. 3 Clínica de Terapia Familiar, CCHA	41
Fig. 4 Mapa de la Estructura Familiar	58
Fig. 5 Familiograma Familia 1	114
Fig. 6 Mapa de Migración de Identidad	136
Fig. 7 Carta entregada por Miriam al término de las sesiones	141
Fig. 8 Familiograma Familia 2	143

INDICE

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

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

1.1. CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

Según los datos de la Secretaría de Economía, México es la segunda economía más fuerte de América Latina tan sólo después de Brasil, y es la cuarta economía en toda América. Desde la crisis de 1994, las administraciones presidenciales han mejorado los cimientos macroeconómicos. La nación no fue influida por las crisis sudamericanas y ha mantenido tasas de crecimiento positivas, aunque bajas, después del estancamiento económico del 2001.

A pesar de su estabilidad macroeconómica que ha reducido la inflación y las tasas de intereses a mínimos históricos, y que ha incrementado el ingreso, existen grandes brechas entre ricos y pobres, los estados del norte y los del sur, entre la población urbana y rural. Los retos del gobierno siguen siendo mejorar la infraestructura, modernizar el sistema tributario y las leyes laborales, así como reducir la desigualdad del ingreso.

La economía contiene una mezcla de industrias y sistemas agrícolas modernos y antiguos, ambos dominados cada vez más por el sector privado. En el 2006 el comercio de México con sus socios norteamericanos representaba cerca del 90% de sus exportaciones y el 55% de sus importaciones.

Después de la crisis de 1994, el 50% de la población cayó en pobreza, de acuerdo con el Banco Mundial, la pobreza extrema se redujo a 17.6% en el 2004 y la mayor parte de esta reducción se logró en las comunidades rurales, donde la tasa de pobreza extrema se redujo de 42% a 27.9% entre 2000 y 2004, mientras que la pobreza urbana se estancó en 11%.

Las remesas, la mayoría procedentes de Estados Unidos, son una fuente sustancial y creciente de la economía mexicana, siendo así el tercer país que más remesas percibe, tan sólo superado por India y China. Los principales estados receptores de remesas en el 2004 fueron: Michoacán, Guanajuato, Jalisco, México y Puebla. (www.economia.gob.mx; Banco Mundial, 2004)

La familia en México

Según Leñero (1994), la familia tiene una raíz de naturaleza biológica cuyas transformaciones obedecen al impulso de subsistencia y superación humana. Aparece, en primer lugar como una respuesta a las necesidades del ser humano en su primera edad, como una fuente de realización y expansión reproductiva durante su madurez y como una fuente de reconocimiento y resguardo en su vejez. En este sentido, la familia figura como un espacio vital de intimidad en el que las personas pretenden conjugar su identidad personal con su expresión emotiva y afectiva.

Sin embargo, tiene al mismo tiempo una naturaleza social, condensa en su seno a la sociedad entera y se muestra hacia el exterior como una institución clave en la organización social. No obstante, a pesar de su aparente universalidad genérica, no existe una ley fija que predetermine las formas de su conformación orgánica.

En todo momento de la unidad familiar se presentan dos fenómenos vinculares, de sangre y de afinidad. Estos dos fenómenos intrafamiliares han dado lugar a una combinación de formas de organización doméstica en correspondencia a la organización social, cultural, política y económica de los grupos. La familia ha sido siempre una unidad mediadora entre las directivas de la sociedad y los individuos reproducidos en su seno, de ahí que

cualquier cambio en los sistemas de producción y consumo de los bienes económicos, así como en los regímenes sociopolíticos de cada sociedad, repercutan en la vida familiar y provoquen transformaciones en las formas familiares.

Casi siempre los cambios en las costumbres familiares llegan a ser vistos por las autoridades institucionales como peligrosos y desestabilizadores, pues se suele considerar que las normas familiares preexistentes son pautas estables, prácticamente inmodificables, y tienen un carácter "natural" e incluso divino e intocable. Con el tiempo se hace evidente que la realidad cambiante contrasta con las pautas conservadoras y se da paso a nuevas costumbres y a nuevos énfasis valorales en las relaciones familiares de las siguientes generaciones.

La historia de la familia mexicana registra en su manifestación predominante la formación típica de una cultura propia de familias mestizas crecientes. Esta conformación mixta aparece, por un lado, debido a la imposición política, cultural, religiosa y sexual de los españoles y criollos sobre los indígenas; y por el otro, a la persistencia de una cultura indígena, sobreviviente de manera un tanto sumergida dentro del sentir de las nuevas familias mestizas. Se da pues, como propone Edward Bruner (1986), un traslape de narrativas.

La dualidad, propia de la familia mexicana en general, refleja un modo de ser ambivalente – al parecer esencial para la sociedad mestiza. Significa que se reconocen, de manera simbólica, valores y normas de tipo tradicional, católico-occidental; pero, informalmente, se esconden sensibilidades, actitudes y conductas soterradas, propias de las diversas culturas indígenas; cuando no, aparecidas como una contracultura familiar reprimida (Leñero, 1994).

Al presentarse un nuevo proceso continuado de mediaciones aparecidas durante el siglo XIX –y llegadas hasta el XX- la vida familiar mexicana fue mixtificándose más con nuevas influencias externas, venidas ahora de una cultura "moderna" proveniente de los países altamente industrializados, especialmente de la civilización anglosajona.

La misma crisis sociopolítica, económica y cultural, que se vivió a fines del siglo pasado, alimenta una dinámica de transformación continuada, difícil de ser asimilada homogéneamente por la institución familiar. Este proceso ha repercutido en la conformación de las nuevas familias. Hasta hace poco tiempo, las perspectivas de análisis y de reflexión sobre la familia casi exclusivamente apuntaban a una concepción sacralizada de lo familiar, más que a buscar una explicación de lo que estaba sucediendo, de hecho, para entender por que acaecía.

En la óptica del *deber ser*, cada afirmación ha estado sustentada por presupuestos basados en creencias, prejuicios y hasta mitos, repetido frecuentemente sin un análisis crítico de la causalidad directa. Las propuestas así surgidas han adoptado frecuentemente un tono de exhortación un tanto intransigente. Comúnmente estas reflexiones han llegado a considerar que la gente a quien va dirigido el racionamiento *moralizante* es un tanto ignorante o esta desorientada, y que las personas deben adoptar una postura receptiva, para aceptar lo que deben saber, y para comportarse de acuerdo al criterio de quien les exhorta. (Leñero, 1994; Castañeda, 2002).

La familia ha sido vista, entonces, como un sistema que debe obedecer al dictamen de moralistas, sacerdotes, juristas, educadores, y hasta médicos, quienes supuestamente dicen saber bien lo que conviene hacer y lo que debe evitarse; aunque de hecho, no hayan llegado a investigar la verdadera explicación causal directa de lo que pasa, atribuyéndosela genérica y abstractamente a la injusticia, al pecado, a la maldad, a la ignorancia humana, cuando no al castigo divino o a la ley natural biológica.

Por ello, las propuestas que se hacen, en este tipo de planteos puramente normativos, corren el riesgo de caer en equívocos basados en modelos estereotípicos y prototípicos no siempre adecuados ni viables en momento de transición y cambio. Las familias no son lo que los estereotipos simplistas pretenden identificar en referencia a una imagen simplificada de la realidad plural; ni menos aún, lo que ciertos mitos han tratado de reproducir acerca de una idealidad abstracta de la familia. Esta clase de estereotipos se han convertido reiteradamente en arquetipos normativos, para ser, consciente o inconscientemente repetidos generación tras generación. Mitos a los que se les ha

pretendido dar un carácter sagrado. Pero el estereotipo no refleja, ni en su perfil más actualizado, a la variedad cambiante de las familias, ni cuando se deriva de modelos supuestamente modernos y universales, conformadores de un nuevo ideal de familia: confundida sólo con la unidad doméstica, e identificada como un grupo formado exclusivamente por papa, mama e hijos. Esta concepción también se llega a convertir, no sólo en prototipo al que necesariamente todos los que forman una nueva pareja tienen que aspirar, sino en un molde utilizado para explicar equívocamente toda la lógica de lo familiar.

La familia puede ser considerada como una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes. La visualización de la familia nuclear, es decir, los seres vivos que viven bajo un mismo techo y que tienen un peso emotivo significativo entre ellos, incluye en su órbita a tres subsistemas principales: marital (pareja), padres-hijos y hermanos. Sin embargo, no podemos ignorar la existencia de otros miembros que pudiesen en un momento determinado formar parte de alguno de estos subsistemas. Por ejemplo, abuelos, nietos, tíos, parientes políticos, sirvientes, vecinos, amigos e incluso algunos animales domésticos capaces de responder intensamente a la relación humana con toda su complejidad (Estrada, 1997).

La familia se puede ver como un sistema evolutivo que pasa por crisis o dificultades y cuyo mal manejo dará origen a problemas y/o síntomas particulares. La persistencia en una actitud inadecuada frente a las dificultades no implica necesariamente la existencia de defectos fundamentales en la organización familiar o un déficit mental en los protagonistas, sino un déficit en el manejo de los problemas.

Para Giorgio Nardone, Emanuela Giannotti y Rita Rocchi (2003), la familia es un sistema presente en todas las culturas caracterizado fundamentalmente por relaciones afectivas y en el cual, el ser humano permanece largo tiempo, y no un tiempo cualquiera de su vida, sino el formado por sus fases evolutivas cruciales (neonatal, infantil y adolescente). Los aspectos significativos de este contexto son: 1) es el primer ambiente social del cual el ser humano depende por entero por un periodo más bien largo; 2) es el ambiente social en el que mentes adultas, los padres o sus sustitutos, interactúan de forma recurrente, y en

ciertos momentos exclusiva, con mentes en formación, los hijos, ejercitando un gran poder de modelado, y 3) es en este ambiente donde las frecuentes interacciones, intensas, duraderas en el tiempo, crean un alto grado de interdependencia que puede configurarse como exceso de implicación, o por el contrario de rechazo.

Minuchin (1974) define a las familias según sus integrantes como:

- Familia primaria nuclear: integrada por padre, madre e hijos, sin que hubiesen uniones previas.
- Familia primaria semi extensa: familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen con alguno de los cónyuges.
- Familia primaria extensa: familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar después de su unión conyugal.
- Familia reestructurada nuclear: familia formada por una pareja en donde uno o ambos cónyuges han tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.
- Familia reestructurada semiextensa: familia formada por una pareja en donde uno o ambos han tenido una unión previa con hijos y que incluyen bajo un mismo techo a uno o mas miembros de la familia de origen de él o ella.
- Familia uniparental nuclear: familia integrada por padre o madre con uno o más hijos.
- Familia uniparental semiextensa: familia integrada por padre o madre con uno o más hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.
- Familia uniparental extensa: familia integrada por padre o madre con uno o más hijos, que viven con su familia de origen.

Como se puede ver, la idea constante en estas categorías es la existencia de un padre, una madre e hijos. Se deja fuera la posibilidad de uniones homosexuales, parejas homosexuales que adoptan, parejas que no pueden o deciden no tener hijos, grupos de amigos que viven juntos. El discurso teórico genera una categoría que vuelve a la familia un grupo exclusivo, marginando otras posibilidades que presenta la diversidad cultural.

Otro discurso que gira en torno a las familias es aquel que busca diferenciar a las familias funcionales de las disfuncionales. La familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal por la ausencia de problemas. La familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y la presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las demandas sociales, provocando una transformación constante de la posición de los miembros de la familia para poder crecer, sin que, esta pierda su continuidad. Cuando las familias hacen frente a las tensiones, incrementan la rigidez de sus pautas y límites evitando o resistiendo toda exploración, mostrándose disfuncionales debido a que no pueden responder adecuadamente a las exigencias del medio ni de sus miembros.

La familia normal presenta un esquema conceptual que se divide en tres etapas:

1. Una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando.
2. La familia posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento. La fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar sus pautas de interacción alternativas, cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración. Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian.
3. Una familia se adapta al estrés de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia, al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales. (Munichin, 1974, Opler, 1985; Estrada, 1997)

Nardone, Giannotti y Rocchi (2003), propone que la repetición de algunos tipos de interacción indica el nivel de rigidez que se ha alcanzado en el seno de la comunicación entre los miembros de la familia. La mayoría de las veces esto sucede entre las diferentes generaciones, es decir, entre padres e hijos, estableciéndose una forma de ping pong de acciones y reacciones. Una situación de acuerdo entre padres e hijos, o de desacuerdo,

no se puede definir a priori como *sana* o no ya que tanto la una como la otra pueden evolucionar en la patología de las relaciones si se convierten en modelos rígidos e inmutables de interacción familiar.

El nacimiento del primer hijo es el acontecimiento que instiga la configuración de un modelo familiar pues perturba equilibrios anteriores, e impone a la pareja una revisión de la convivencia y nuevas asunciones de responsabilidad. Desde este momento dos categorías de acontecimientos pueden originar lo que los expertos llaman "alternancia entre homeostasis y morfogénesis" o más sencillamente entre periodos de estabilidad - crisis - nuevo equilibrio. La primera categoría de acontecimientos la constituye el ingreso del hijo en las diversas fases de la vida, o bien el nacimiento de otros hijos; la segunda categoría comprende incidentes, divorcios, enfermedades o muertes.

Todas las acciones, reacciones, mensajes, fugas o iniciativas puestas en acción por los protagonistas para mantener o rehacer la paz en la familia, inician el funcionamiento cibernético. Aparecen las redundancias, las repeticiones siempre más previsibles y siempre menos evitables, se delinea un determinado modelo de relaciones que puede tender con el tiempo a la rigidez y forma, lo que muchos terapeutas de familia han tomado por, estructura familiar.

Para Nardone, Giannotti y Rocchi (2003), un modelo de interacción rígido entre padres e hijos se forma por:

- 1) La duda, la cual inicia cuando un comportamiento del hijo es interpretado por alguno o ambos padres de tal manera que adquiere una dimensión e importancia para la familia. Se comienza a hablar de esta conducta en presencia o ausencia del hijo, dispara una sensación de alarma y se comienza a cuestionar la normalidad o anormalidad de la conducta (real o imaginaria). La duda se incrementa si la conducta se contrapone con las ideas, moralidad o religión que la familia ha venido practicando.
- 2) Las reacciones en cadena, las cuales inician las tentativas de solución a lo que se ha comenzado a plantear como el problema (investigaciones, interrogatorios,

consejos, protecciones, consultas con especialistas). Estas reacciones usualmente provocan la huida o silencio del hijo, terminando en acusaciones recíprocas.

- 3) El círculo vicioso, el cual consiste en la persistencia de los padres sobre las acciones que no han funcionado anteriormente, pues son parte de su sistema educativo. Los hijos por su lado, pueden encerrarse en sí mismos (generando diversas formas de psicopatología) o buscar movimientos alternativos en el exterior de la familia. Es así como simples dificultades pueden llegar a estructurarse como verdaderos problemas familiares, cuando una misma solución se implementa para diversas situaciones.

Es así como una dificultad familiar puede llegar a convertirse en un problema real. Las soluciones llegan a aparecer de manera automática y cada vez más intensas, perdiendo conciencia de cómo inició el proceso y generando la rigidez en la interacción.

Como proponen Gregory Bateson (1993) y Paul Watzlawick, (1993), en la comunicación en el seno de una familia se pueden estructurar dos formas antagonistas de relación: la complementaria y la simétrica, o bien una basada en el acuerdo y otra en el contraste. Ninguna de las dos es, por definición, sana o enferma. Ambas pueden ser patológicas o sanas basándose en el nivel de rigidez que se establezca. Cada una de ellas se convierte en patógena cuando se vuelve rígida sin posibilidad de cambio.

Nardone, Giannotti y Rocchi (2003) identifican cinco modelos de interacción entre padres e hijos que pueden llegar a presentarse como constitutivos de problemas en las familias:

- Hiperprotector: ponerse en lugar de los hijos considerados frágiles, o la profecía que se autocumple.
- Democrático - Permisivo: padres e hijos son amigos, o la falta de autoridad.
- Sacrificante: los padres se sacrifican constantemente por dar el máximo a los hijos y viceversa, o el sacrificio te hace bueno.
- Intermitente: los miembros de la familia oscilan de un modelo a otro, o de todas formas están equivocados.

- Delegante: los padres delegan a los demás su papel de guía, o no cuentan conmigo.
- Autoritario: los padres ejercen el poder de forma decidida y rígida, o el más fuerte es el que manda.

A pesar de que ciertas estructuras familiares o pautas cristalizadas pueden llegar a generar problemas reales como proponen Minuchin (1974) y Nardone, Giannotti y Rocchi (2003), es importante considerar que constituyen formas de organización y reacción de las familias a las situaciones reales que les presenta el contexto social más extenso y que comprende la situación económica, demográfica, política y cultural en la cual conviven las familias. El siguiente apartado aborda los problemas que presentan las familias en relación con estos indicadores.

1.2. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2004), la familia constituye un objeto de estudio, a la vez que presenta una gran riqueza para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, culturales, demográficos y económicos. En la familia se reproducen, en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y comportamientos sociales, se observan las pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos, y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros, entre otros aspectos.

Sin embargo, la familia se ha transformado en los últimos años debido a tres causas fundamentales: las transformaciones económicas, el rechazo a la violencia y un mayor ejercicio de la libertad por parte de las mujeres y jóvenes dentro del núcleo familiar.

El 27 de Febrero del 2008, el secretario de Desarrollo Social del Distrito Federal, Martí Batres Guadarrama dijo que las políticas económicas emprendidas por el gobierno federal han

provocado el empobrecimiento y la ruptura de las familias, debido a que los padres deben emigrar hacia Estados Unidos en busca de opciones económicas, dejando a la mujer al frente de la casa. Actualmente 30 por ciento de las familias tienen una jefatura femenina, por lo cual, consideró importante reconocer estos nuevos estatutos familiares para que puedan ejercer sus derechos sin discriminación alguna. (Ramírez , 2008).

Por otro lado, también señaló que hay familias donde la violencia ha llevado a las mujeres a decidir separarse del marido violento y dirigir por su cuenta a su familia. En ese contexto, consideró necesario reivindicar la necesidad de que las familias tengan un mayor ingreso, pues ante una desgracia, el desempleo o una enfermedad, es el primer seguro social que tiene la gente.

Existen una infinidad de problemas derivados de la marginación, la ignorancia y el acceso limitado a los servicios de salud. No puede haber personas sanas en la pobreza, y este contexto económico en el que sobreviven cientos de miles de mexicanos ha tenido como saldo un mayor deterioro de sus condiciones de vida. Los grandes problemas nacionales conllevan a otros más específicos, como lo son el gran número de casos de cáncer, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), drogadicción, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes en el trabajo, discriminación en el trabajo, delincuencia, suicidios, violaciones, desintegración familiar, violencia a la mujer y violencia intrafamiliar, entre otros.

En nuestro país, los arreglos residenciales también se están diversificando, lo cual obedece a factores económicos, reglas de la herencia, políticas estatales y afinidades. Entre las principales tendencias de 2000 a 2005 se observa un aumento en varios tipos de familias: las monoparentales (hijos solteros con uno de los padres) de 9.2 a 10.2 por ciento; los hogares con jefatura femenina, de 21 a 23 por ciento; los de parejas sin hijos, de 7.7 a 8.6; y los hogares unipersonales (personas que viven solas) que han pasado de 6.4 a 7.6 por ciento (Conapo, *Estimaciones con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000* y II Conteo de Población y Vivienda). Las parejas del mismo sexo son cada vez más visibles, aunque no hay estadísticas nacionales. (Rodríguez, 2008).

Al interior de las familias mexicanas se registran dinámicas muy contrastantes: se siguen cumpliendo funciones de brindar afecto y solidaridad, pero es un lugar donde proliferan los pleitos y la violencia. En dos terceras partes se da mucho cariño entre miembros de la familia y se comparte el desayuno, las comidas, ver televisión y los paseos, y en la mitad de las mismas se recibe ayuda cuando hay accidentes, enfermedades o problemas económicos.

En el caso de México (INEGI, 2004), aunque también en el de muchos otros países, la familia ha tenido que protagonizar nuevos roles. Frente a las políticas de ajuste macroeconómico que han aplicado los gobiernos para contrarrestar situaciones de crisis, las familias han tenido que absorber distintos costos económicos y sociales.

La situación económica general ha provocado que muchas familias estén adoptando estrategias tendientes a reducir o mitigar el impacto del desempleo y de los bajos salarios. Estas acciones involucran tanto a la organización interna del grupo familiar, como al reforzamiento de los vínculos de parentesco que dan cuenta de la existencia de una red de comunicación y apoyo entre familias emparentadas, más allá de los muros de la vivienda. De hecho, se ha incrementado la participación económica de los miembros del hogar, a tal grado que el esquema del jefe como proveedor único, está cediendo terreno frente al reconocimiento cada vez mayor de las actividades económicas desarrolladas por la esposa y los hijos, quienes en algunos casos contribuyen de manera importante a la obtención de ingresos para el sostenimiento del hogar. (INEGI, 2004)

Patricia Muñoz Ríos del periódico La Jornada reportaba el 16 de abril, 2008, que los trabajadores mexicanos laboran hasta 56 horas a la semana para poder completar sus ingresos o para no perder su trabajo. Esto es porque los mexicanos han tenido que incrementar sus jornadas laborales para poder sobrevivir económicamente, incluso 63.90 por ciento de la población ocupada trabaja más de 40 horas a la semana, que es la jornada establecida en la Ley Federal del Trabajo. Y en esta condición se encuentran casi 27 millones 418 mil personas. Además, 15.5 millones de trabajadores laboran hasta 48 horas a la semana para poder completar sus ingresos, y 6 millones sacrifican hasta sus días de descanso para no perder sus empleos.

A ello se suma el hecho de que los nubarrones recesivos de Estados Unidos ya empezaron a afectar la economía mexicana, y de noviembre del año pasado a enero de 2008 han sido despedidos casi 282 mil 700 personas que estaban incorporadas al Seguro Social.

En este sentido apunta que del total de la población ocupada, 3.7 millones de mexicanos no reciben salario alguno, sobreviven de las propinas o trabajan por comida; en tanto, 5 millones 300 mil trabajadores ganan hasta un salario mínimo, es decir, poco más de 50 pesos. Asimismo, 8.8 millones de mexicanos perciben hasta dos minisalarios al día, es decir, poco más de 100 pesos. Por ello la mayoría de los empleados no alcanza a comprar los satisfactores básicos.

Estas transformaciones se manifiestan, hasta cierto punto, en la estructura, ciclo de vida y composición de las familias, en las relaciones de parentesco y en los distintos tipos de hogares familiares, y permiten apreciar la flexibilidad de la familia y su capacidad para actuar como un dispositivo que regula los procesos sociales. (Muñoz, 2008).

Al mismo tiempo, cada vez hay más familias en condiciones vulnerables y las fuentes de tensión y desintegración familiar se amplían. En particular, las responsabilidades de las mujeres se han incrementado y no se han dado los ajustes de funciones al interior del hogar, para reasignar funciones o modificar roles y relaciones entre los géneros. La ruptura de los vínculos familiares ha tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden abandonados a sus propios medios, además de que dejan de asistir a la escuela, viven en condiciones muy desfavorables y se exponen, cada vez más, a riesgos como la drogadicción, la explotación laboral, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. (McGoldrick, 1991; Instituto Nacional de Salud pública, 2004).

En la actualidad entre los jóvenes de 18 a 24 años la figura más cercana está fuera de la familia, es un amigo o amiga para 40.7 por ciento de los hombres y para 28.1 por ciento de las mujeres, le sigue el tío o tía con 15 y 14.9 por ciento, después le siguen los hermanos, la madre, el padre y los vecinos, en ese orden, aunque las mujeres suelen estar más vinculadas afectivamente con figuras del entorno inmediato. Pleitos y golpes ocurren por

problemas económicos y de autoridad, por permisos y falta de comunicación; se reportan en cerca de 90 por ciento de las familias, y solamente en una quinta parte de ellas se hablan y se llega a un acuerdo (Rodríguez, 2008).

En la adolescencia, etapa de transición y estadio en el que el individuo define su identidad, la depresión y la idealización del suicidio son frecuentes. Sin embargo, y aunque las estadísticas más recientes no refieren un incremento considerable en la muerte por propia mano en los jóvenes, los estudios científicos ubican sobre todo en los nuevos tipos de familias (ambos padres trabajan, están divorciados o es uniparental) y en el sistema social imperante, las razones para el incremento de estos fenómenos. (Caballero, Ramos, González y Saltijeral, 2002).

El 31 de marzo del 2008, Rosa Elvira Vargas del periódico la Jornada, reportaba que muchachos como los *emos* surgen en respuesta a los cambios en la sociedad. El tiempo que hoy los padres no les dan a sus hijos, lo suplen con dinero. Puede decirse que son reflejo de una clase media que, en lugar de dar afecto, lo están pagando. Entonces, hay que ver ese fenómeno como una rebelión, pues por primera vez la depresión se manifiesta abiertamente. El mensaje es: *somos seres humanos*.

En este reportaje, las doctoras Ileana Petra Micu, del Departamento de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, e Isabel Reyes Lagunes, del área de posgrado de la Facultad de Psicología, ambas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ubican en la búsqueda individual del adolescente los cambios en su comportamiento, sus sensaciones de soledad e incompreensión y su natural adhesión a grupos con los que se sienten afines, como sería el caso de los *emos*.

Para la doctora Petra Micu: "Al momento de separarse de su familia, el muchacho debe buscar un grupo transicional. Buscan a aquellos con quienes se sienten a gusto. Es el caso de los *emos*, que por lo demás no son hostiles; manifiestan, sí su emotividad, pero eso no implica que sean más susceptibles al suicidio. Incluso, el hecho de que están en un grupo puede ayudarlos" (Vargas, 2008).

Estudiosas ambas de la etapa adolescente, manifestaron gran preocupación por el problema de las adicciones que cada vez se presenta a edades más tempranas, y no soslayan que pueda ser respuesta a una severa depresión.

De acuerdo con la Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados del Instituto Nacional de las Mujeres y el Instituto Nacional de Psiquiatría, 2006 existen diferencias relacionadas con el género y el tipo de arreglo familiar en cuanto a la violencia. Las mujeres pueden agredir, pero la mayor parte de la violencia física, sexual y psicológica es cometida por el hombre contra la mujer. A continuación se presentan algunos datos relevantes:

- El grupo de hijos e hijas, reciben más agresiones y violencia en comparación con el grupo de padres o madres.
- Las madres son quienes cuidan en mayor medida a los hijos e hijas y ejercen mayor violencia física.
- El maltrato emocional es más frecuente hacia las hijas, y se da más en familias estructuradas por mamá y padrastro que por papá y madrastra.
- Entre familias formadas por papá y mamá, el maltrato emocional es de 51.4% hacia los hijos y de 56.2% hacia las hijas, mientras que el físico es de 19.4% hacia los hijos y 17.7% hacia las hijas.
- En los hogares de sólo papá el maltrato físico es de 8.8% para los hijos y 10 % para las hijas. La escolaridad del papá y el involucramiento parental son factores de mayor riesgo de violencia.

(Villatoro, Quiroz, Gutiérrez, Díaz y Amador, 2006).

Según estimaciones hechas por el Banco Mundial (2004) sobre la carga global de enfermedad indican que, en las economías de mercado establecidas, la victimización de género es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva.

Además, la violencia es una causa de muerte e incapacidad entre mujeres en edad reproductiva tan grave como todos los tipos de cáncer y una causa de mala salud mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinados. Los resultados de la Encuesta sobre Violencia en la familia realizada por la Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, A. C. (COVAC) en 1995, muestra que los niños (61.2%) son identificados como los miembros de la familia que pueden sufrir con mayor frecuencia maltrato físico o mental, seguido por las madres (20.9%) y las demás mujeres de la familia (9.7%), entre las que se encuentran las hijas, cuñadas, primas, etc. Esta encuesta reveló que el 21% de los informantes dijo conocer a alguien maltratado en su familia y que el 35% reconoce haber vivido un problema de violencia intrafamiliar en los últimos seis meses. (Perea, Loredó y Corchado, 2005).

Asimismo, algunos estudios resaltan la violencia doméstica que afecta a niños y mujeres, como uno de los grandes problemas actuales que preocupa a diferentes profesionales de la salud. La violencia que se ejerce contra las mujeres no distingue grupos socioeconómicos, edad, regiones geográficas o niveles educativos, se le observa en las calles, en los lugares de trabajo, en las escuelas y más aún, su presencia se manifiesta en lugares tan privados como es el seno familiar. (Caballero, Ramos, González y Saltijeral, 2002; INEGI, 2004; INSP, 2004; OMS, 1999).

Uno de los aspectos más notables de la violencia ejercida sobre la mujer es que en gran parte se da en su entorno más cercano, el hogar, y proviene de su pareja conyugal. Los actos violentos a los que recurren con mayor frecuencia los hombres contra las mujeres son los golpes, las amenazas, agresión verbal, encierro doméstico, prohibiciones, ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, llegando incluso en casos extremos a las amenazas de muerte y a los homicidios.

Con respecto a las mujeres, las manifestaciones de violencia más frecuentes son: a) en forma física, golpes en el cuerpo, golpes en la cara, la limitación en el gasto, y la reclusión; b) en forma sexual se presentan la violación, el hostigamiento y las agresiones a la sexualidad de la mujer, y c) en forma verbal (emocional), el maltrato se da a través de los gritos, insultos, burlas, comparaciones, amenazas y groserías.

Otra fuente que puede darnos una idea sobre este problema son las estadísticas de matrimonio y divorcios de 1997 que publica el INEGI (2004). En éstas, pese a que hay un registro importante de casos pues en ese año todavía la violencia intrafamiliar no era causal de divorcio, se registraron 1,741 divorcios relacionados con situaciones de maltrato, y de estos el 77.3% fueron solicitados por mujeres.

Respecto a la violencia infantil, de acuerdo a los datos del sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) entre 1996 y 1997 se reportaron 28,498 niños maltratados en diferentes grados de severidad. La violencia intrafamiliar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima en la víctima; además, repercute en otros ámbitos de la sociedad, como la escuela y el trabajo donde se manifiesta en el bajo rendimiento o el abandono escolar y en el tiempo de trabajo perdido. Lo anterior constituye un obstáculo para el desarrollo de un país, ya que impide el disfrute pleno de los derechos humanos. (DIF-PREMAN, 2005).

El estado emocional de las personas está asociado a situaciones de conflicto cotidianas en el entorno social, incluyendo el ámbito familiar. Como uno de los resultados de estos trastornos, se encuentran los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Los intentos de suicidio son llamadas de atención que deben ser atendidas oportunamente. En cambio el suicidio es una decisión individual para terminar con la vida. Ambas conductas hacen referencia a un problema de salud mental que afecta directamente a la familia por la combinación de variables psicosociales. Además, se trata de un comportamiento en contra de las creencias y las normas que puede ser asociado a aspectos socioeconómicos. (González-Forteza, et al. 2002).

En México durante 1997, ocurrieron 340 intentos de suicidio, de los cuales el 42.1% fue realizado por hombres y el restante 57.9% por mujeres. En el mismo año hubo 2,456 suicidios, de éstos el 83.6% fueron cometidos por hombres y sólo el 16.4% por mujeres. Los datos referentes a edad de la población que ha intentado suicidarse, muestra que hay una mayor frecuencia de intentos en la población de 15 a 29 años (68.3%).

A nivel nacional en 1997, el 42% de los intentos de suicidio pueden relacionarse con problemas familiares. Para el caso de población femenina, el disgusto familiar representa el 51.3%, es decir uno de cada dos intentos se debió a esa causa, el 11% por problemas amorosos. Para los hombres en el 36% de los casos se ignora la causa, y el 29% declararon disgustos familiares, es decir, casi la tercera parte cometieron intento de suicidio por problemas familiares. Otra característica que es importante mencionar es el estado civil de las personas que intentaron suicidarse. Las estadísticas, también muestran que la mayor parte se concentra en la población casada (46%), le siguen los solteros (41%) y los que están en unión libre. (González-Forteza, et al. 2002).

El ámbito escolar no está exento de las problemáticas familiares. El 8 de Abril del 2008, Rocío González Alvarado del periódico La Jornada, reportaba sobre escuelas públicas de educación básica en la delegación Alvaro Obregón ubicadas en zonas de alta marginalidad. Estas escuelas enfrentan no sólo enfrentan el deterioro de sus inmuebles, sino también el hecho de que su entorno se haya convertido en nichos propicios para la delincuencia, el narcomenudeo y la venta de alcohol. Las autoridades escolares describían la dificultad de solucionar los problemas debido a que la mayoría de sus estudiantes provenían de familias desintegradas quienes reflejaban en la escuela todo el descontento. Los estudiantes son descritos como listos para las discusiones con las autoridades pero poco dispuestos a plasmar sus conocimientos en el papel.

La preocupación nacional e internacional por las diversas situaciones mencionadas refleja implicaciones sociales y políticas, que focalizan a la institución familiar como un asunto de interés público, lo que ha conducido, en la última década, a diversas reformas en el marco legal y a la elaboración de programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados en la atención de la familia en diferentes niveles de atención (prevención, intervención y rehabilitación).

En 1989 se establecen las agencias especializadas del Ministerio Público para la atención de los delitos sexuales de violación y atentados al pudor, estas agencias existen en 13 estados de la República y en dos se cuenta con mesas especializadas de la Procuraduría

General de Justicia del Distrito Federal: el Centro de Terapia y Apoyo y el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar. Asimismo, se conforma la Unidad Especializada de Atención y Orientación Legal a las Víctimas del Delito y sus Familiares, dependiente de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Desde 1990, con la reforma del Código Penal en materia de delitos sexuales, se consideró de suma importancia incluir en las leyes el establecimiento de normas que prevengan y protejan a las víctimas de la violencia familiar, promoviendo la participación de representantes de nuestro país en eventos en los que se ha abordado este tema, como la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, la Convención de Belem do Pará, la Convención de los Derechos de los niños en 1992 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer de Beijing en 1995. (Guerra, 2005).

Es en 1996 cuando se presenta por primera vez una propuesta de modificaciones legales en materia penal, civil y de procedimiento sobre el tema a los legisladores, la cual fue aprobada el 13 de diciembre de 1997 y a partir de este momento se crea la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, que impulsó el establecimiento de un Consejo, dos Unidades de Atención y un Albergue para atender a las víctimas. Esta ley fue reformada en junio de 1998, donde cambió su nombre para establecerse como Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, ampliando así su marco de atención, ya que se trata de una ley de carácter administrativo que tiene por objetivo la asistencia y la prevención del problema. (Diario Oficial de la Federación, 1996)

En esta última reforma, la ley facultó, entre otros puntos, a la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal para diseñar el programa General de Asistencia y Prevención de la Violencia familiar, operar y coordinar las Unidades de atención a la violencia familiar (que actualmente son 10 distribuidas en igual número de delegaciones), fortalecer la prevención de la violencia familiar y seleccionar y capacitar al personal de las instituciones públicas y privadas que trabajan en la materia de la ley. (Guerra, 2005)

Como se ha visto hasta aquí, conocer las estructuras de las familias y conceptualizar sus funciones de acuerdo a las condiciones y problemáticas sociales a las que se enfrenta en

determinados momentos, nos ayuda a integrar un diagnóstico completo y ofrece nuevas luces en el tratamiento, prevención e investigación de los problemas emocionales.

1.3. LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA SEÑALADA

Contar con un acercamiento general como el que se planteaba en el apartado anterior no es suficiente para la intervención en las familias, pues aunque contemos con una descripción adecuada sobre las familias mexicanas, otro elemento importante será el enfoque o postura teórica que decidamos seguir en el tratamiento con las mismas.

El enfoque teórico nos orienta sobre las características de las familias que consideraremos trascendentes, aquello que consideraremos un problema, el proceso que seguiremos para influir en la problemática y a fin de cuentas aquello que consideraremos un cambio terapéutico. Orienta pues, nuestra práctica profesional. En el siguiente capítulo se abordarán los enfoques teóricos sistémicos y posmodernos en la terapia familiar.

La evolución de la terapia familiar en nuestro país ha permitido que el trabajo terapéutico que antes era comprendido con base en modelos que iban desde las posturas psicodinámicas hasta las conductuales, pueda en la actualidad contar con alternativas de descripción y tratamiento a través de las teorías sistémicas y posmodernas donde es posible contemplar la existencia de factores individuales, familiares, sociales y políticos que inciden en la problemática de las familias mexicanas.

Entre los años 1950 y 1970, el trabajo psicoterapéutico en la ciudad de México estaba regulado y controlado por los grupos psicoanalíticos de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) y el Instituto Mexicano de Psicoanálisis (IMP), quienes fueron los pioneros. Para finales de los sesenta surgen otros grupos con el mismo marco teórico: la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica (AMPP) y la Asociación Mexicana de

Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG). Sin embargo se contaba también con la contraparte epistemológica del modelo conductual. (Sanchez y Gutiérrez, 2000).

Según Lara Tapia (1996), durante esa época estaba casi prohibido por los grupos médicos el ejercicio de la psicoterapia a nivel profesional. Lo que significa que si no se contaba con una preparación médica y una especialidad (en psiquiatría o psicoanálisis) no se podía dar terapia.

En 1968 se tiene un movimiento antipsiquiátrico por Franco Basaglia en la ciudad de Trieste en Italia. Este movimiento tiene por objeto crear una atención alternativa para los enfermos mentales, que pueda anular paulatinamente las funciones del manicomio tradicional. El movimiento antipsiquiátrico repercutió en gran parte del mundo occidental y propone: a) la desinstitucionalización de la salud mental y con ello el abandono de los rótulos estigmatizantes, b) la impugnación de las reglas rígidas de tratamientos impuestos, c) la suspensión del trato jerárquico y autoritario entre profesionales-pacientes, d) la crítica y el abandono de la represión como castigo, y e) la abolición del electroshock (Ceberio y Linares, 2000).

La historia del modelo sistémico en los Estados Unidos tiene varios relatores: Bowen (1960), Bell (1961), Guerin (1976), Gurman y Kniskern (1991). Todos ellos coinciden en algunos hechos: los modelos de terapia parecían haber agotado sus posibilidades para explicar algunos problemas clínicos, entre éstos, la esquizofrenia o los problemas relacionados con la alimentación como la obesidad, la bulimia o la anorexia. Algunos terapeutas, como Ackerman (1958,1966) y Bowen (1960), empezaron a considerar que los problemas emocionales se generaban en la interacción familiar, en el medio que los rodea y la dinámica de la psique, y comienzan a ampliar su foco hacia el grupo familiar.

La Terapia Familiar en México

Puede decirse que el movimiento de terapia familiar en México se inicia en la segunda mitad de los años sesenta, cuando empezaron a regresar psiquiatras formados en Estados Unidos y Canadá. Uno de los iniciadores de la terapia familiar fue Raymundo Macías, que

regresó de Montreal, Canadá, después de realizar su residencia en psiquiatría de enlace y capacitación en Terapia familiar bajo la supervisión de Nathan Epstein. Poco tiempo después empezó a dictar una cátedra titulada "Terapia y dinámica familiar", no sólo en el posgrado de psiquiatría, con el Doctor Guillermo Dávila, sino también en el posgrado de psicología de la UNAM.

Como director del Departamento de Psicología en la Universidad Iberoamericana, Macías fundó el curso especialización en terapia familiar, en el que, junto con Roberto Derbez y Lauro Estrada, inicio en 1969 la formación de los primeros especialistas en terapia familiar. Este programa, tenía duración de un año y estaba dirigido a especialistas en psiquiatría y disciplinas de la salud mental, con varios años de experiencia en psicoterapia. (Macías, Espejel y Avilés, 2000).

En 1972 Raymundo Macías se separo de la Universidad Iberoamericana y formó el Instituto de la Familia, A. C., junto con Derbez, Estrada y Chagoya, formado por Salvador Minuchin en Filadelfia. Las escuelas sistémicas, empezaron a contar la historia desde la fundación de este instituto, y posteriormente del instituto Mexicano de la familia, en 1975. A pesar que en sus orígenes ninguno de los dos institutos trabaja con el modelo sistémico, si lo hizo el IFAC tiempo después, por lo que lo consideramos la primera escuela de formación para terapeutas familiares en México. Durante la primera década, el ingreso al IFAC era cada dos años, pero a partir de 1982 se abren las inscripciones cada año, y posteriormente el programa se amplió a tres años a partir de 1990, y así se ha mantenido desde entonces (www.ifac.com.mx).

Originalmente, el curso de entrenamiento estuvo basado en el modelo psicodinámico familiar desarrollado por Epstein en Canada, y tomo algunas ideas del modelo de Ackerman en Nueva York; posteriormente se incorporaron al programa elementos del enfoque comunicacional del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California. Específicamente se tomaron ideas y técnicas del modelo experiencial de Virginia Satir, del estructural de Salvador Minuchin, del estratégico de Jay Haley, de los modelos de terapia breve, más tarde de los modelos de Milán y de Roma, y recientemente se han incorporado ideas del constructivismo y del posmodernismo, siempre dentro de una

perspectiva ecosistémica. Para explicar esta conjunción de teorías y de técnicas, Macías, Espejel y Avilés. (2000), nombran a su modelo dinámico-sistémico-integrativo, el cual tiende hacia una concepción holística al incluir una dimensión espiritual.

En 1975 se formó el Instituto Mexicano de la Familia (IMF) con Mariano Barragan y Luz Teresa Millán. De él egresaron solamente dos generaciones, por que el instituto posteriormente cambió su nombre por el de Instituto Mexicano de la Pareja (IMP), con el cual sigue funcionando en la actualidad. Barragan ha desarrollado un estilo propio enmarcado dentro de la corriente jungiana, y no participa ya en las actividades ni en los foros de la terapia familiar sistémica.

La primera universidad que ofreció formación en terapia familiar con nivel de maestría fue la Universidad de las Américas (UDLA), gracias a Miren Izaurieta, Martha Pardo y María Luisa Velasco. El programa comienza a funcionar en 1980 y se construye con un enfoque estructural sistémico, con duración de dos años.

Otro de los pioneros formadores de escuelas de terapia familiar es Ignacio Maldonado, que llega a México en 1974, donde recibe el apoyo de su compatriota la psicoanalista Mary Langer. Posteriormente en 1994, Maldonado funda el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF). Esta escuela incorpora inicialmente a terapeutas provenientes de Argentina, Chile y Uruguay. El trabajo clínico en el ILEF se realiza bajo tres orientaciones: a) la teoría social, b) el psicoanálisis y c) la corriente sistémica. Otra particularidad del instituto fueron los cursos internacionales, realizados en Tepoztlán durante 1988 y la primera mitad de los años 90. En ellos han participado como invitados: Salvador Minuchin, Peggy Penn, Jorge Colapinto, Carlos Sluzki y Peggy Papp, entre otros. (Eguiluz, 2004)

Al inicio de los años ochenta, Anatolio Freidberg, junto con José Lichtein y Dolores Villa, funda el Instituto de Enseñanza e Investigación en Psicoterapia Personas. Este instituto comienza siendo un centro de formación en psicoterapia gestalt, aunque en 1984 da un giro hacia la formación sistémica de terapia familiar y de pareja, además de ofrecer un diplomado en orientación familiar.

María Luisa Velasco en 1987 funda el Instituto Cencalli, que funciona sólo dos años para reaparecer en 1992 con el nombre de Instituto de Terapia Familiar Cencalli. El programa de terapia familiar de Cencalli fue el primero en lograr el reconocimiento como maestría por la Secretaría de Educación Pública (SEP) en 1995, además de ofrecer cursos, especialidades y diplomados cuyos contenidos son afines al posgrado.

En 1986, Mary Blanca Moctezuma funda el Instituto Mexicano de Terapias Breves (IMTB). El objetivo del instituto, tal como aparece en su página web, señala lo siguiente: "Este programa tiene por objeto la formación de terapeutas breves con orientación sistémica a nivel de posgrado; se imparte en tres modalidades: presencial, intensiva y a distancia". Fue el primer programa en México en ofrecer un entrenamiento teórico-práctico en esta área de la psicoterapia.

A fines de la década de los ochenta, la Universidad Nacional Autónoma de México abre una nueva modalidad de enseñanza: los diplomados. La entonces Unidad de Extensión Académica, a cargo del sociólogo Manuel Pontes impulsa cursos que cubrieran huecos en el programa de psicología, donde destacan los cursos organizados por la Mtra. Rosario Espinoza Salcido (en donde también colaboraron María Luisa Cepeda, Susana González y Luz de Lourdes Eguiluz), pues son el antecedente para que a finales de 1988 se instituyera la especialidad en Terapia Familiar con una duración de 360 horas, a cargo de la Maestra Rosario Espinoza. Este programa actualmente se imparte bajo la modalidad de diplomado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala e interior de la república bajo la responsabilidad académica de la Mtra. Rosario Espinoza y la Mtra. Susana Gonzáles.

La creación de este diplomado, al ser de los primeros en impartirse dentro de una institución de educación superior, sirvió de impulso a otras instituciones tanto fuera como dentro de la UNAM. En 1994, la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología de la UNAM organizó el Diplomado de Terapia de Pareja con enfoque sistémico y en el 2004 el Diplomado de Terapia Narrativa, ambos bajo la coordinación académica de Irma von Wobeser. Actualmente estos diplomados se siguen impartiendo en la misma institución y su fundadora ha sido relevada por Patricia Contreras en el primero y Miriam Zavala en el segundo, quienes fueron alumnas de las primeras generaciones.

Es así como podemos considerar que durante la década de 1980 se consolida la enseñanza del modelo sistémico en México. Margarita Roach es una de las fundadoras de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF), en 1981, la cual surge como respuesta a la necesidad de reunir las diversas corrientes y personas que las encabezan, y difundir el modelo sistémico. Esto último se logra con la publicación de la revista "Psicoterapia y Familia" a partir de 1989.

Para 2003 la AMTF reconoce la calidad de los programas de nueve institutos o escuelas otorgándoles el reconocimiento oficial que los acredita como entidades formadoras de terapeutas familiares. Estas escuelas son:

- Instituto de la Familia, A. C.
- Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia.
- Instituto de Investigación y Entrenamiento en Psiquiatría Personas.
- Instituto de Terapia Familiar Cencalli.
- Instituto Crisol, A. C.
- Instituto Regional de Estudios de la Familia.
- Universidad del Mayab, Maestría en Terapia Familiar.
- Universidad Autónoma de Tlaxcala, Maestría en Terapia Familiar Sistémica.
- Centro para Desarrollar la Investigación de la Psicoterapia Sistémica (CEDIPSI).

A principios de la década de 1990, inicia el Centro de Investigaciones Psicosociales, Crisol y posteriormente se fundo una segunda sede en Cuernavaca, Morelos. El fundador de ambas cedes es el chileno Javier Vicencio, médico de formación y con entrenamiento en terapia familiar en la Clínica Tavistock de Londres. El instituto ofrece dos diplomados uno en orientación familiar y otro en terapia de pareja. (Macías, 1988)

Para finales de la década de los noventa Sylvia London, Margarita Tarragona, Elena Fernández e Irma Rodríguez fundan el grupo Polanco, conocido también como grupo Campos Eliseos. Su programa de formación, tiene un enfoque construccionista y se apoya en las ideas posmodernas, conceptualizando la psicoterapia como un proceso

colaborativo, en donde la relación terapéutica, los objetivos y los resultados de la terapia se construyen a través del intercambio lingüístico entre el cliente y el terapeuta.

En 1997 cuatro mujeres interesadas en la teoría sistémica y constructiva fundan el Centro de Investigación para Desarrollar la Investigación de la Psicoterapia Sistémica, mejor conocido como CEDIPSI. Patricia Cadena continúa al frente del centro cuya organización contempla cuatro áreas: académica, de investigación, de atención comunitaria y de relaciones públicas.

En 1999 Helen Selicoff, Gloria Licea e Ivonne Paquetín crean el Instituto de Psicoterapia ALINDE. Actualmente siguen trabajando juntas en el instituto en actividades de docencia, supervisión y terapia según la modalidad de equipo reflexivo.

En la ciudad de Jalapa, Veracruz, se encuentra la sede del Centro de Atención Psicológica a la Familia, A.C. (CAPAF), el cual fue fundado en 1994 por Martha Campillo, docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana. Aunque este centro no pertenece a ninguna universidad, sus estudios están avalados por la SEP.

La formación tiene duración de dos años más el tiempo requerido para terminar su tesis. Cinco de las materias del programa contemplan el trabajo clínico con familias y los egresados puede llevar un año de supervisión trabajando con familias, el cual se realiza bajo distintas modalidades: a) narración de casos clínicos con comentarios del supervisor, b) grupo con familia simulada que representa el caso clínico que se ha trabajado, c) juego de roles aplicando alguna técnica modelada previamente por el supervisor, y d) observación de los videos del trabajo con familia que lleva el alumno.

La maestría en terapia familiar adscrita a la Universidad del Mayab en Yucatán fue fundada en 1997 por José Luis Luna Martínez en colaboración con Dora Ayora Talavera y Rocío Chavestre, los tres egresados del primer grupo de formación.

El Centro de Terapia Familiar y de Pareja, S.C. (CEPAF) fue fundado por Felipe Gutiérrez en la capital del estado de Puebla, el cual organiza dos veces al año encuentros y congresos

nacionales e internacionales, que incluyen conferencias magistrales, talleres, cursos y conferencias simultáneas. (Eguiluz, 1998)

Para finales del año 2001, a través del directorio del Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), se dieron a conocer once Universidades que cuentan con algún programa de formación de terapeutas familiares:

- Universidad Autónoma de Coahuila. Especialidad en terapia familiar.
- Universidad Autónoma de Tlaxcala. Maestría en orientación y terapia familiar.
- Universidad del Valle de Atemajac. Maestría en terapia familiar.
- Universidad Autónoma del Estado de México. Maestría en estudios de la familia.
- Universidad Autónoma de Zacatecas. Maestría en terapia familiar.
- Universidad de Guanajuato. Especialidad en terapia familiar.
- Universidad del Mayab. Maestría en terapia familiar y de pareja.
- Universidad Autónoma del Noroeste. Maestría en terapia familiar.
- Universidad de Guadalajara. Maestría en terapia familiar.
- Universidad Latina de México. Maestría en terapia familiar.
- Universidad Autónoma de la Laguna. Maestría en terapia familiar y de pareja.

En la actualidad, el modelo sistémico se ha extendido de las escuelas privadas a las públicas y ha pasado de ser privilegio de unos cuantos que podían pagar el alto costo de la colegiatura y la supervisión, a estar ahora al alcance de gente que demuestre su interés por aprender.

La Universidad Nacional Autónoma de México, tomando como base la experiencia en los diplomados de terapia sistémica impartidos dentro de la institución y mencionados anteriormente, la experiencia en programas de maestría antes del 2001 con el trabajo de Gilberto Limón de la Facultad de Psicología y la del programa del Instituto Mexicano de Terapias Breves, integra el curriculum para la residencia en Terapia Familiar dentro de su programa de Maestría y Doctorado el cual se imparte actualmente en la Facultad de Psicología y en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

El programa contempla 145 créditos distribuidos en 42 de tronco teórico metodológico y 103 de actividades específicas de la residencia que incluye cursos formales escolarizados y práctica clínica supervisada en vivo (alrededor de 800 horas al finalizar el programa). Está considerada como una maestría de tiempo completo (20 a 30 horas semanales) y está contemplada dentro del padrón de excelencia del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

La incorporación de las escuelas públicas a la formación de terapeutas familiares ha colaborado en hacer de la investigación un factor prioritario, pues se hace investigación sobre los distintos modelos de terapia y se miden los resultados de la supervisión y de la terapia a través de entrevistas. Este es un indicador del interés de vincular la práctica clínica, la investigación y enseñanza. (Eguiluz, 2004)

Al hacer un recuento del desarrollo de la terapia familiar en México, se puede observar que las mujeres han tenido un papel sumamente relevante, han formado escuelas, instituciones y universidades y pareciera que la psicología específicamente la corriente sistémica, se le facilitara más al género femenino, ya que el pensamiento es menos lineal y más flexible.

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

Durante la Residencia de Terapia Familiar en la FES Iztacala, el trabajo clínico con familias se realiza en tres escenarios: Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), Clínica Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco. (CCHA).

2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS ESCENARIOS

La **Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I)**, fue remodelada para el 2002 y está ubicada en el primer piso del edificio de Endoperiodontología. Las supervisoras encargadas de este escenario clínico son: Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky, Dra.

María Suárez Castillo, Dra. Iris Xochitl Galicia Moyeda y Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo. Cuenta con dos cubículos conectados mediante un espejo de visión bidireccional, una de las áreas está dedicada a la atención a las familias y cuenta con una videocámara con micrófono, sillas y un teléfono que mantiene al terapeuta en comunicación con el equipo de supervisión;

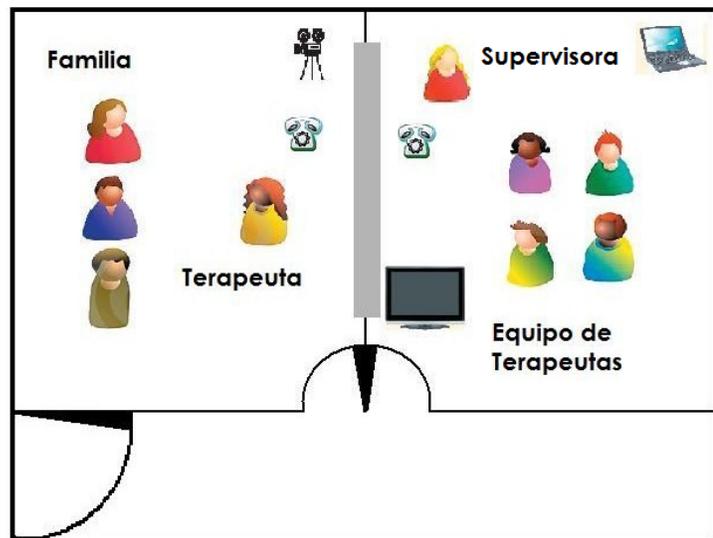


Fig. 1 Clínica de Terapia Familiar FESI

el otro lado es utilizado por el equipo de terapeutas quienes observan a la familia y también está diseñada como área de trabajo, en este lugar hay una televisión, una videograbadora, un teléfono, sillas y una computadora, así como al archivo de las familias atendidas (ver Figura 1).

La **Clínica Familiar Tlalnepantla** del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ofrece el servicio de Terapia Familiar desde 1994 por parte del diplomado de Terapia Familiar, perteneciente a la División de Educación Continua de la FES-I, y desde el 2001 se estableció un convenio para que los estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar también pudieran brindar el mismo servicio. Las supervisoras

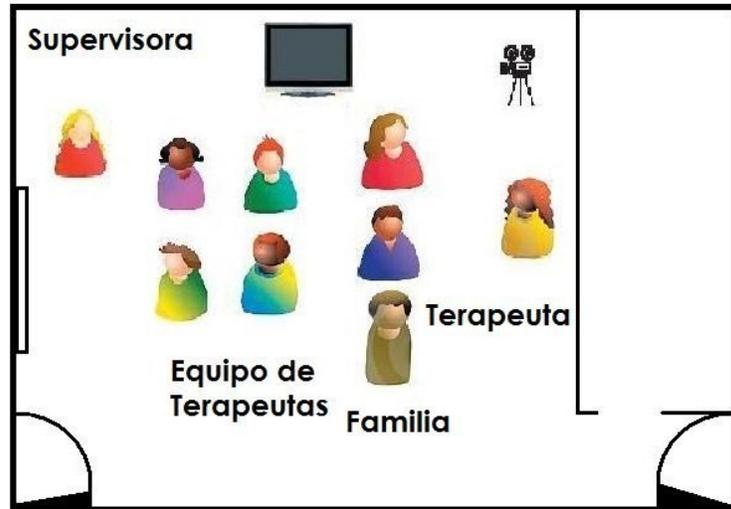


Fig. 2 Clínica de Terapia Familiar ISSSTE

encargadas de esta sede son: Mtra. María Rosario Espinosa Salcido y Mtra. Carmen Susana González Montoya, además de contar con la participación de la psicóloga encargada del área de psicología de la clínica.

El espacio dedicado a la atención a las familias, a diferencia de la clínica en la FESI, es compartido con el equipo de terapeutas (ver Figura 2). La familia se encuentra sentada a espaldas del equipo de terapeutas y el terapeuta a cargo de la familia frente al equipo terapéutico. El supervisor o el equipo se comunican con el terapeuta mediante un pizarrón de manera escrita y en algunas ocasiones en voz alta desde el lugar en el que se encuentre. De igual manera se cuenta con una videocámara, una videograbadora y una televisión que permiten grabar las sesiones de trabajo.

En el **Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco (CCH-A)**, desde el 2002 se estableció un enlace de colaboración por medio del Departamento de Psicopedagogía para que los estudiantes de la residencia pudieran brindar atención psicológica dentro de las instalaciones. El área de trabajo se localiza en el segundo piso del edificio de los Sistemas de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación (SILADIN). Las supervisoras

encargadas de esta sede son: Mtra. Carolina Rodríguez González y Mtra. Juana Bengoa González.

El espacio de trabajo (ver *Figura 3*) cuenta con tres áreas, dos cubículos conectados mediante un espejo de visión bidireccional y una tercer área dedicada a las



Fig. 3 Clínica de Terapia Familiar CCHA

sesiones de discusión previas y posteriores a las sesiones clínicas con el equipo de terapeutas. En la sala externa se atiende a la familia, y cuenta con una videocámara, un teléfono y sillas; en el otro lado el equipo de terapeutas observa a la familia y cuenta con televisión, una videograbadora, un teléfono y sillas.

2.2. ANÁLISIS SISTÉMICO DE LOS ESCENARIOS

La Clínica de la FESI, brinda el servicio a trabajadores y estudiantes de la institución, sin embargo la población atendida principalmente son personas de la comunidad cercana a las instalaciones. La principal fuente de referencia es la CUSI, ubicada frente al edificio de periodondología, quienes canalizan los casos que sean considerados candidatos para terapia familiar.

Por este motivo, no es poco frecuente encontrar familias que han sido atendidas en la CUSI por algún otro motivo de consulta y que han sido canalizados debido a los tiempos del semestre de los estudiantes de licenciatura o porque han terminado algún otro tratamiento con un enfoque conductual.

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

El servicio se brinda dos veces a la semana en el horario matutino y se establece un costo bajo para las sesiones (50 pesos), el cual es cubierto en las cajas de la CUSI, donde se lleva el registro de los pagos efectuados.

El trabajo realizado en la clínica del ISSSTE, se realiza dentro del área de psicología de la clínica. Los pacientes son referidos al área de Terapia familiar por las distintas áreas (Medicina familiar y Trabajo Social principalmente), como parte del servicio a los derechohabientes. En algunas ocasiones, la encargada del área de psicología realiza una entrevista previa con el objetivo de brindar la mayor cantidad de datos posibles al equipo de terapeutas y facilitar la planeación de la primer sesión.

Durante en trabajo clínico se elaboran dos reportes de sesión, uno para el equipo de terapeutas, supervisoras y encargada del área, el cual lleva todos los detalles de las sesiones, y uno general para ser incluido en el archivo de la familia dentro del expediente de la clínica. Esto se hace con el objetivo de asegurar la confidencialidad de las familias.

El trabajo realizado en la clínica del CCH Azcapotzalco está directamente vinculado con el departamento de psicopedagogía de la institución, quienes refieren a los estudiantes al área de terapia familiar en caso de considerarlo necesario. A diferencia de la clínica del ISSSTE, no se pide un reporte de cada una de las sesiones, por lo que no es necesario elaborar dos tipos de reporte por sesión. Sin embargo, se cuenta con un archivo dentro del consultorio en caso de que el departamento de psicopedagogía necesite algún reporte.

Como se puede ver, los servicios brindados en las clínicas del ISSSTE y CCHA son exclusivamente para la población que forma parte de las instituciones, ya sea como derechohabientes o como estudiantes, a diferencia de la clínica de la FESI, donde se atiende a la comunidad de la institución de igual manera que a la comunidad abierta.

Otra diferencia dentro de los escenarios, principalmente en la clínica del ISSSTE está relacionada con el ambiente médico. Pues mientras que en la clínica de la FESI y el CCH el servicio está más inserto en un servicio "académico", el servicio del ISSSTE está dentro

de una institución de salud, por lo que los discursos dominantes de salud enfermedad son más frecuentes.

Esta diferencia presenta la ventaja de que la mayoría de las recomendaciones del equipo de terapeutas, supervisoras o terapeuta son vistas como una especie de receta médica y por lo tanto hay más probabilidades de que las familias decidan seguirlas, sin embargo, en los casos donde se presenta el motivo de consulta vinculado con algún problema de salud, puede resultar un obstáculo para deconstruir los discursos sobre la enfermedad.

Por otro lado, la posibilidad de llevar a cabo este tipo de trabajos en las instituciones de salud pública, impulsa la incursión del trabajo de psicoterapia en espacios donde hasta la fecha se ha mantenido marginado. Estas prácticas, las cuales son impulsadas en la residencia de Terapia Familiar, permitirán dar impulso a políticas públicas vinculadas más a la prevención o atención primaria de la salud.

II. MARCO TEÓRICO

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

1.1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

Entendiendo a la *epistemología* como el conjunto de “reglas que gobierna el funcionamiento de la cognición humana” (Keeney, 1991, pag. 27), podemos decir que a través de estas reglas se pretende identificar (qué es) aquello que conocen, piensan y deciden los seres humanos, así como la manera de llegar a ello. Es decir nos provee de un marco de interpretación de la realidad que además de decirnos cuáles son los elementos que la componen, guía los procesos necesarios para conocerla. Desde aquí, la invitación de Gregory Bateson (1993) a conocer y ser capaz de enunciar nuestros propios presupuestos, puede interpretarse como una invitación al “percatamiento conciente de la propia epistemología” (Keeney, 1991, pag. 28), invitación que toma especial importancia en el campo de la terapia familiar sistémica y posmoderna debido a las implicaciones éticas del trabajo *con* las familias, pues como Limón Arce dice (2005) se trata de una actividad que además de mantener congruencia lógica con determinados tipos de pensamiento, conlleva normas sociales y valores. En los siguientes párrafos se exponen los principales fundamentos teóricos de la terapia familiar sistémica (y posmoderna).

LA REVOLUCIÓN SISTÉMICA

La intención de retomar este título de Limón Arce, es referir a todo un cambio epistemológico del estilo que Kuhn propone en "Estructura de las Revoluciones Científicas" (1962), o al que se refiere Edward Bruner (1986) cuando habla de las construcciones de nuevas narrativas, pues podemos entender el origen de la Terapia Familiar Sistémica como una de las respuestas a una revolución de pensamiento que pasó de entender al individuo desde una epistemología lineal progresiva (subjetivo-interno u objetivo-externo) a entenderlo desde sus interacciones con su contexto (Eguiluz, 2001).

Revisar a la terapia sistémica como una revolución científica permite dar un sentido diferente a este momento histórico de inicios del siglo XX, donde el tratamiento de las familias seguía utilizando explicaciones lineales, ya fuera desde las "relaciones objetales" de Melanie Klein, desde las "relaciones vinculares" de Margaret Mahler o desde las explicaciones psiquiátricas sobre disfunciones enzimáticas o neuronales. A este momento histórico, Keeney (1991) lo identifica como la epistemología de transición entre la epistemología lineal y la epistemología recursiva (sistémica). También podemos localizar en este momento la creencia de que la terapia familiar sistémica se ocupaba de problemas familiares, estableciendo implícitamente un límite entre los problemas individuales y aquellos que afectaban a las familias, cuando de hecho, la propuesta de la terapia sistémica es una nueva forma de ver los problemas en general, es decir, no se pretendía que se estableciera una frontera entre los problemas individuales y los familiares, sino invitar a ver el síntoma dentro del contexto de la familia. El inicio de esta inquietud lo podemos identificar en los reportes del personal psiquiátrico referentes a pacientes diagnosticados con esquizofrenia durante las etapas de recuperación y reinserción a las familias, en donde era constante encontrar recaídas.

Aunque varios fueron los autores que permitieron que se desarrollara el pensamiento sistémico, el responsable de estructurar la Teoría General de los Sistemas fue Ludwig von Bertalanffy a finales de los 1940's. Para este autor, la palabra "sistema" incluye desde la célula, hasta el universo, por lo tanto, el observador es el responsable de determinar los límites del sistema al que se refiera (Bertalanffy, 1986).

Un sistema es un conjunto de elementos en interacción constante, en donde un cambio en cualquiera de ellos producirá otro en todos los demás. Además de esto, entiende que en todos los sistemas existen procesos de retroalimentación, ya sea con el medio circundante (a los que llama sistemas abiertos, como los sistemas sociales) o con él mismo (a los que llama sistemas cerrados, como las máquinas).

Los sistemas abiertos tienen las siguientes características: 1) son **totalidades**, en donde el sistema es tanto la suma de las partes, como las interacciones que se establecen entre ellas; 2) están **orientados** hacia un objetivo, como podrían ser la supervivencia o el estatus; 3) tienen **equifinalidad**, es decir, que dependiendo de las interacciones dinámicas, los sistemas abiertos puede alcanzar el mismo estado final desde inicios y caminos diferentes; 4) son **recursivos**, o vinculados verticalmente con sistemas más sencillos o más complejos (como podrían ser subsistemas de hermanos en las familias o sistemas culturales) y 5) están **equilibrados** entre el cambio y no cambio con la finalidad de que el sistema sobreviva, por lo cual el proceso de retroalimentación debe mantener un equilibrio entre homeostasis (constancia) y morfogénesis (modificación) (Keeney, 1991).

Entender los problemas que enfrentaban las familias y los individuos desde este marco conceptual, exigía entender al problema como parte del sistema, convirtiéndolo en uno de sus elementos y por lo tanto con una función dentro del sistema y en interacción con todos los demás integrantes. Cuando se integra la teoría cibernética esta función se entiende como la supervivencia del sistema. Es así como en el trabajo con las familias, aunque hubiera un paciente identificado, como en el caso de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, el problema era mantenido a través de las interacciones de todos los integrantes del sistema familiar (Laing y Esterson, 1967).

Podemos decir que la teoría de los sistemas colaboró a contestar las preguntas en torno a las razones de las recaídas de pacientes psiquiátricos, comenzando a ver los problemas antes entendidos individuales, como síntomas de un mal funcionamiento en el sistema, pero que paradójicamente cumplían la labor de mantener vivo al sistema. El reto era entonces poder cambiar al sistema de forma tal que para su supervivencia no fuera necesario el síntoma, pero sin desintegrarlo en el proceso del cambio.

LA TEORÍA CIBERNÉTICA

Entender el equilibrio por el que lucha la familia para lograr su supervivencia, un equilibrio entre el cambio y no cambio, se facilitó a través de la Teoría Cibernética postulada principalmente por Norbert Weiner (1948). Podemos distinguir dos momentos: la cibernética de primer orden (sistemas observados) y la cibernética de segundo orden (sistemas observantes).

Esta teoría se originó hacia finales de la Primera Guerra Mundial al comenzar a ver las similitudes entre el hombre y las máquinas. Los sistemas de comunicación para el control de los disparadores y la transmisión de mensajes se vieron como una metáfora de los procesos biológicos y sociales al tomar en cuenta mecanismos que permitían la autorregulación, el intercambio de información y la corrección de errores (Eguiluz, 2001).

Es por esto último que la teoría cibernética se entiende como la ciencia del control y la comunicación, cuyo objetivo principal es entender cómo un sistema funciona de la manera que lo hace, más que explicar qué es y por qué lo hace. Concibe a la totalidad de las relaciones en los sistemas complejos como estructuras de control, las cuales le permiten adaptarse al medio cambiando o manteniéndose sin cambio (Eguiluz, 2001).

El interés de la Terapia Familiar por la metáfora de la cibernética se originó en el Mental Research Institute en Palo Alto, California, a través de los estudios de Bateson, Jackson, Haley y Weakland con pacientes esquizofrénicos y sus familias. Estos autores optaron por ver a la familia como un sistema autónomo que contaba con mecanismos de retroalimentación, dedicados a la corrección de errores y activados a través de cambios en el sistema. Como se mencionó anteriormente, esto implicó que el síntoma dejara de verse como un problema individual, y comenzara a verse como una señal de dificultades que experimentaba la familia y que le impedían evolucionar hacia una mayor complejidad pero que a la vez le permitía mantenerse (Anderson, 1997).

Una de las ideas que retoma la terapia familiar de esta teoría es la explicación que dio Wiener (1948) respecto al grado de organización de un sistema de acuerdo al grado de

entropía o probabilidad de caos. A partir de este concepto, se entiende que los sistemas tienden a ir de un estado homeostático o uniforme -aunque manteniendo ciertas variaciones locales o momentáneas- y diferenciado, a uno indiferenciado y caótico, entrópico. De acuerdo a este postulado, la Terapia Familiar entiende al sistema de la familia en una trayectoria constante entre estabilidad y caos, a lo largo de la cual se aprecia su capacidad de adaptación y aprendizaje constituyendo una pauta. Una muestra de esto es la idea del "ciclo vital de la familia", en donde cada etapa representa un reto de estabilidad y cambio para el sistema.

La cibernética contempla tanto la existencia del *mundo material* (por ejemplo cambio de casa, cambio de escuela o lugar de trabajo, cambio de pareja, nacimiento de un nuevo hijo, síntomas psiquiátricos, etc.), como el *mundo de la pauta* de lo material o su organización (por ejemplo, huida ante las dificultades, generación de un distractor que permita ignorar las dificultades). Es así como pauta y materia se relacionan en tanto que la pauta puede expresarse en distintas formas materiales, como se observa en los ejemplos anteriores, pero además de esto, exige ver a la pauta y a la materia como totalidades, no como entidades separadas, es decir, se puede entender el mundo de lo material, o conductual, sólo a partir de relacionar entre sí diferentes expresiones, y esta conexión es la pauta del sistema (Keeney, 1991; Bateson, 1993).

La primera cibernética, o la cibernética de primer orden, entendió a los sistemas como totalidades mantenidas a través de la retroalimentación y la conexión entre estabilidad y cambio. Mientras que la retroalimentación consiste en reintroducir al sistema los resultados del desempeño pasado permitiendo el control (estabilidad) y el aprendizaje (cambio), esto sólo es posible en una red recursiva, esto es, si en un momento anterior a la estabilidad hay un proceso de cambio o una situación de caos, y si el cambio tiene hacia el pasado (abajo) y hacia el futuro (arriba) estabilidad (Keeney, 1991). En otras palabras, el cambio sólo es posible si existe estabilidad y viceversa.

Tomando en cuenta estos postulados, la cibernética de primer orden mantuvo a la terapia en un lugar privilegiado para provocar el cambio y al terapeuta como el observador encargado de controlar estratégicamente el proceso de la retroalimentación

con el objetivo de mostrar los caminos adecuados para el cambio. Es por esto que a esta cibernética también se le conoce como cibernética de sistemas observados, pues se concibe que el terapeuta observa al sistema desde fuera.

Sin embargo, esta cibernética tenía la limitante de excluir al observador dentro del sistema, aspecto especialmente importante en aquellos sistemas orientados por el lenguaje, en los cuales el observador se integra al sistema cuando hace explícita su finalidad (o proponer de manera estratégica que se adopten ciertas metas) e inicia una interacción con el sistema, ya que provee retroalimentación que modificará las intervenciones del propio observador (Keeney, 1991).

Es así como surge la propuesta de la cibernética de la cibernética o cibernética de segundo orden, la cual incluye al observador como parte de un sistema más amplio (en un orden de recursión superior). Desde esta postura cualquier descripción que el observador haga del sistema es autorreferente, pues él es parte del sistema. Así la cibernética de segundo orden examina cómo el observador participa en lo observado, es por esto que a esta propuesta también se le conoce como la cibernética de los sistemas observantes.

LA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

Hasta aquí se han expuesto las aportaciones de la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética al campo de la Terapia Familiar, las cuales permitieron dejar de ver a las familias desde una perspectiva lineal, para verlas como totalidades en una constante lucha entre estabilidad y cambio. También se ha dicho que los patrones de interacción se incluyen dentro de este sistema, sin embargo fue el equipo del Mental Research Institute, con Jackson y Bateson a la cabeza, quienes propusieron una teoría de la comunicación humana que dio cuenta de las características de las interacciones que se daban dentro de los sistemas, permitiendo un mayor entendimiento del fenómeno de la familia.

Cuando Gregory Bateson propuso que dentro de la educación científica se comenzaran a abordar las pautas que conectan a todo el conocimiento científico en lugar de

fragmentarlo, abrió la puerta para un campo de investigación que permitió comenzar a prestar atención a las pautas que conectaban las interacciones de los miembros de las familias. Son Watzlawick, Beavin y Jackson en su libro "La comunicación humana" (1993) quienes hacen una integración de los resultados de estas investigaciones, las cuales se muestran en el siguiente cuadro.

TABLA 1. AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

AXIOMA	EXPLICACIÓN
Toda conducta es comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • No existe la no conducta • Comunicar es independiente de que se tenga la intención, conciencia o eficacia en comunicar • Conlleva un compromiso porque produce una conducta en el otro • Es imposible no involucrarse en la comunicación
La comunicación tiene contenido y relación	<ul style="list-style-type: none"> • El contenido se refiere generalmente a lo verbal o referencial, y es independiente de la veracidad de la información • Implica un mensaje asociado al tipo de relación que se desarrolla • Generalmente, aunque no siempre, lo no verbal da lo relacional • Es diferente confirmar la comunicación (contenido) que confirmar el self (relacional)
La comunicación es constante, los cortes temporales son arbitrarios	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación se puntúa (organización de la secuencia) desde la propia percepción, es subjetiva • La puntuación resulta vital para entender las interacciones
La comunicación es digital (verbal) y analógica (no verbal)	<ul style="list-style-type: none"> • Lo digital es lo abstracto, no hay analogía entre la cosa • Lo analógico en la parte semántica de la comunicación

AXIOMA	EXPLICACIÓN
<p>Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ante la igualdad se presenta la misma conducta de ambos lados (entre más de una conducta, más de la misma conducta) • La diferencia generalmente incluye a las conductas complementarias (entre más de una conducta, menos de la misma conducta)

CONSTRUCTIVISMO

El postmodernismo es una época histórica (aunque en realidad sigue en debate el hecho de que sea la que está vigente) que se convirtió en crítica del modernismo (proyecto que proponía la liberación del hombre a partir de la razón y el desarrollo de las ciencias objetivas). Dentro del proyecto posmoderno se han presentado diferentes producciones de conocimiento, diferentes propuestas teóricas, una de ellas es el constructivismo.

Durante la segunda mitad de los años 70 y primera de los 80, las ideas del constructivismo comenzaron a ganar terreno dentro de la terapia familiar. Rechaza la tradición según la cual el conocimiento refleja el mundo real, pues debido a las limitaciones del sistema nervioso, hay ciertos estímulos que son imperceptibles para el ser humano. Propone en su lugar la idea de una realidad cognoscible, o accesible (Limón, 2005)

Esta realidad cognoscible es aquella que surge de los "mapas mentales" (analogía tomada de Alfred Korzybski "el mapa no es el territorio") que el sujeto va desarrollando a través de sus manipulaciones (a nivel individual) del ambiente y que obedece a principios evolutivos de selección.

Haciendo *una pequeña trampita*, como propone Limón Arce (2005), el constructivismo se retomó como analogía para las estructuras sistémicas convirtiendo a estos mapas mentales en *mapas compartidos por las familias* que, junto con la estructura familiar,

validan su organización, argumentando que todo cambio en la estructura familiar modificaría su visión del mundo y este a su vez generaría un cambio en la estructura.

CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

Dentro del posmodernismo encontramos también el surgimiento del construccionismo social o socioconstruccionismo, el cual sugiere la naturaleza social del conocimiento, y por lo tanto, una multiplicidad de interpretaciones posibles. Desde esta postura, tampoco existe una realidad objetiva, sino realidades conversacionales. Niega que el sujeto sea un ser autónomo, pues se *significa* desde sus intercambios sociales. En otras palabras, las interpretaciones de la realidad se construyen a partir de las interacciones con el medio (por eso es social), y no a través de la manipulación del medio (individual) (Vygotski, 1931; 1973).

Desde el construccionismo la terapia se ve como: 1) una reconstrucción narrativa o reescritura biográfica (que abre la posibilidad de la generación de nuevos sentidos se sí mismos), 2) una elaboración conversacional (pues los nuevos significados surgen en un acto comunicacional), y 3) un cuestionamiento de las creencias dominantes (Berger y Luckman, 1968; Anderson, 1997; Limón, 2005).

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

MODELO ESTRUCTURAL

La familia vista desde el Modelo Estructural es considerada como un sistema organizado en torno a los modos de interacción de sus integrantes, compuestos a su vez por diferentes subsistemas u *holones*. A esta organización de las pautas de interacción se le

conoce como la *estructura familiar*, la cual permite el mantenimiento del equilibrio en la familia.

Los diferentes niveles de organización (y niveles de intervención para la terapia) de la familia u holones, son:

- Holón individual: compuesto por sólo un individuo, en donde se incluye el concepto que tenga de él mismo a partir de su lugar en la familia.
- Holón conyugal: compuesto por la pareja, en donde se incluyen la satisfacción de necesidades de ésta sin la intervención de terceros. En este holón, sus miembros pierden individualidad ganando pertenencia.
- Holón parental: compuesto por los cuidadores, generalmente la misma pareja, sin embargo en este nivel, la función es la crianza de los hijos. Es decir, la pareja tiene funciones de pareja y de cuidadores y se conceptualizan como holones diferentes.
- Holón fraterno: compuesto por los hijos, su función es la de proporcionar un espacio de aprendizaje de relaciones con iguales.

(Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981).

Otros aspectos de la estructura familiar son:

- Límites: fronteras emocionales y funcionales entre los distintos holones. Podemos encontrar límites claramente definidos o *flexibles*, permeables o *difusos* y no permeables o *rigidos*, cada uno de estos límites nos refiere a familias adaptadas, aglutinadas (sólo sentido de pertenencia) o desligadas (sólo sentido de individualidad), respectivamente.
- Jerarquías: distribución del poder entre los diferentes holones.
- Alianzas y Coaliciones: unión y apoyo entre los diferentes miembros de la familia, sin importar a qué Holón pertenezcan. Las alianzas se entienden como las uniones que llevan a objetivos favorables para las partes sin perjudicar a terceros, mientras que las coaliciones se entienden como la unión de fuerzas para perjudicar a alguien más o ganar jerarquía sobre éste.

- Triángulos: desvío de la atención sobre un conflicto en el holón conyugal hacia un tercero, generalmente los hijos. Este triángulo cumple la función de equilibrar las relaciones.

La función "óptima" de la estructura familiar es favorecer la adaptación del individuo a la sociedad a través de la transmisión de los mensajes sociales dando sentido de pertenencia e individualidad a sus miembros. Es por esto, que la estructura familiar se va adaptando de acuerdo a las diferentes etapas del desarrollo por las que atraviesa la familia (noviazgo, formación de la pareja, familia con hijos pequeños, familia con hijos adolescentes, salida de los hijos del núcleo familiar o nido vacío y vejez de los padres), a través de los cuales se redefinen roles, reglas y límites entre los diferentes subsistemas. Dichos cambios se dan de manera natural a través del rompimiento de la homeostasis o equilibrio, dando lugar a crisis que permiten la readaptación de la familia (Minuchin, 1974; Desatnik, 2004).

El Modelo Estructural distingue varios tipos de familia de acuerdo a la organización de las interacciones y el número de integrantes, las cuales son importantes de tomarse en cuenta al momento de hacer la planeación de intervención:

- Familias de *pas de deux*: se compone de dos personas, podemos pensar que tendrán vínculos intensos, creándose dependencia y resentimiento, si esto impide el crecimiento de las potencialidades de los miembros. El terapeuta intervendrá para deslindar la díada.
- Familias de tres generaciones: esta configuración aloja en la multiplicidad de generaciones la posibilidad de especialización funcional. Se observa apoyo, cooperación en las tareas familiares. El terapeuta tendrá cuidado al plantear la intervención para no separar a los individuos. La familia extensa influye sobre la familia nuclear sin necesidad de vivir juntos.
- Familias con soporte: cuando las familias son muy amplias, algunos de los hijos reciben responsabilidades parentales, es una forma de delegar autoridad, son representantes de los padres. Si éstos no sobrepasan su capacidad de acuerdo a

su nivel de madurez, resulta atractivo, ya que los hijos pasan a formar parte del sistema parental.

- Familias acordeón: uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados. Las funciones parentales se centran en una sola persona durante una parte de cada ciclo. Los niños pueden obrar promoviendo la separación de los padres, considerando incluso a una de ellos como "padre bueno" o "padre malo". Se tiende a expulsar al progenitor periférico.
- Familias cambiantes: cuando las familias cambian de domicilio constantemente pierde contacto con otros sistemas y es ella misma el apoyo de los miembros. También incluye aquellas familias en donde se cambia de pareja constantemente. El terapeuta diseñará intervenciones que permitan a la familia adoptar una estructura organizativa.
- Familias huéspedes: una familia es huésped cuando es una familia temporal, el huésped se incorpora al sistema como si fuera miembro permanente hasta que aparece un síntoma producto de la organización familiar.
- Familias con padrastro o madrastra: todos los integrantes del sistema tienen que pasar por un proceso de integración, las crisis aquí son parecidas a las de un organismo familiar reciente. El terapeuta asistirá a la familia introduciendo esquemas para una evolución gradual.
- Familias con un fantasma: cuando la familia ha sufrido muerte o deserción de alguno de sus miembros. Puede tratarse de un duelo no resuelto. El terapeuta puede ayudar a cristalizar una nueva organización.
- Familias descontroladas: uno de los miembros presenta síntomas en el área del control. El terapeuta supone la existencia de problemas en uno o varios campos, la organización jerárquica de la familia, la práctica de las funciones de los subsistemas y la proximidad entre miembros de la familia. Los problemas varían según el estado de desarrollo.
- Familias psicósomáticas: en esta familia se incluye una insistencia en los cuidados tiernos. La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. A veces estas familias parecen normales y participativas.

Los *síntomas* o *problemas* de la familia pueden tener dos funciones: 1) Buscar un equilibrio roto a raíz de las transiciones actuales del ciclo vital, o 2) Buscar un equilibrio entre relaciones que no lograron hacer las transiciones necesarias en el pasado (como sería el caso de los triángulos).

Los objetivos generales de la terapia estructural son desequilibrar la estructura familiar que ha dado lugar a estos síntomas (pues concibe que a partir del desequilibrio se facilite el cambio) y negociar con la familia una estructura nueva que favorezca la transición a nuevas etapas u organice de manera funcional las interacciones de los miembros. Esto se logra a través de las diferentes formas de coparticipación del terapeuta (el cual constituye un nuevo sistema con la familia), que se refiere a los grados de cercanía que puede llegar a tener el terapeuta con respecto al sistema familiar. Estos niveles son:

- *Posición de cercanía*: En este nivel el terapeuta entra por completo a las reglas de la familia y tiene intercambios comunicacionales con ellos siguiéndolas, lo cual a la vez limita su libertad de acción pero le presta intensidad.
- *Posición intermedia*: El terapeuta permanece como un oyente activo y neutral, sus intervenciones llevan como objetivo el rastreo de procesos y contenidos siguiendo el lenguaje empleado por la familia.
- *Posición distante*: El terapeuta toma el papel de liderazgo en cuanto a las reglas de la sesión, utiliza su conocimiento de la familia para promover una realidad familiar más amplia que sea flexible al cambio.

(Minuchin y Fishman, 1981; Desatnik, 2004).

Análisis de caso desde el Modelo Estructural: Análisis de la familia protagonista del filme "Una familia de tantas" de Alejandro Galindo (1948).

En el filme se presenta la vida de una familia mexicana típica de la época compuesta por una pareja, dos hijos y tres hijas. La Figura 4 muestra el mapa de la estructura familiar.

El padre se encuentra en la jerarquía más alta y los límites son rígidos, esto ocasiona que la desobediencia sea encubierta. Por ejemplo, las hijas llevan el desayuno a su hermana menor aunque él lo ha prohibido, mientras que la madre pasa por alto esta conducta.

Las madre está subyugada al padre y podemos ver la lucha de poder que se da entre la pareja cuando ella lo desobedece en lo oculto, como pasar

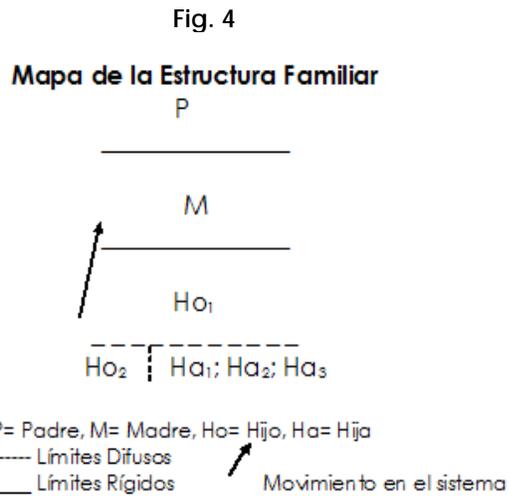
por alto la desobediencia de las hijas en lo referente al desayuno. Estas conductas hablan más del deseo de desafiar al padre que del deseo de ofrecerles libertad a las hijas, pues cuando éste las regaña no intercede por ellas.

Holón conyugal: el hijo menos duerme en la habitación de los padres, un ejemplo de triángulo.

Holón parental: las decisiones sobre la educación de los hijos recaen sobre el padre y la madre las acepta, sin embargo hay ocasiones donde no se sigue esta lógica, por ejemplo ante la compra de una aspiradora, la cual acepta a pesar de no haberlo discutido anteriormente con su esposo.

Holón masculino: este holón es el que goza de mayor jerarquía en general, pues aunado a las atribuciones del padre, el hermano mayor tiene más libertad en cuanto al tiempo de llegada, horas de dormir, espacios para ver a su novia y privilegios sobre el baño; y el hermano pequeño está al cuidado de las hermanas sin ninguna obligación dentro de la casa.

Holón femenino: deben seguir las ordenes de los hombres, cuidarlos y atenderlos; tienen establecidas sus rutinas (las cuales son supervisadas por el padre) y pueden ver a sus



parejas dentro de casa, ante la presencia de la madre y hasta cierta hora. La muchacha del servicio, cuestiona estas reglas y da un poco de flexibilidad, les da confianza de decir "mentiras piadosas" para evitar los palos.

Holón fraterno: aunque el hermano tiene mayor jerarquía que las hermanas, logran establecer una relación más horizontal cuando no están los padres, por ejemplo, cuando las hermanas le reclaman el que se tarde tanto tiempo en el baño.

MODELO ESTRATÉGICO

Aunque Jay Haley no considera a la terapia estratégica como un enfoque terapéutico particular, sino un común denominador a varias terapias (Haley, 1973), comúnmente la creación del modelo estratégico es atribuido a Jay Haley y Cloe Madanés. El común denominador del que habla Haley es el papel directivo que asigna al terapeuta, a partir del cual tiene que identificar problemas solucionables, establecer metas, diseñar las intervenciones y evaluar el resultado.

Los principios del modelo tienen sus orígenes en las ideas que Haley obtuvo a través de su trabajo y contacto personal con diferentes autores, principalmente Milton Erickson. Durante la década de los 50's, Haley colaboró con el grupo de Palo Alto, para más adelante retomar las ideas surgidas de la investigación del doble vínculo y la paradoja, las cuales marcarían el concepto de comunicación en la terapia estratégica. Sin embargo, incluye una crítica al doble vínculo, pues a pesar de ser una buena explicación, se ve limitada en lo pragmático, limitando las posibilidades de solución al desencadenar actitudes defensivas. Es por esto que prefiere la paradoja pues además de la descripción, permite generar estrategias de intervención sin necesidad de connotaciones negativas hacia los pacientes.

Haley mantuvo contacto con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo durante la década de los 60's, de los cuales rescata el concepto de familia en cuanto a las jerarquías y coaliciones que se presentan en ésta. Desde estas ideas, considera que los problemas que surgen en las familias se desencadenan de jerarquías trastocadas o coaliciones entre los

miembros de distinta jerarquía. Es por esto que las jerarquías y las coaliciones se convierten en el objetivo central de la terapia (Galicía, 2004).

En 1973, Haley publica su libro "Terapia no convencional", en el cual sintetiza las estrategias utilizadas en el trabajo con hipnosis de Milton H. Erickson, pues lo considera un pilar central en el desarrollo de la mayor parte de las psicoterapias. Las ideas de este último influyeron sobre el concepto que se tendría de terapia en el modelo desarrollado por Haley y Madanés, pues considera que el terapeuta debe ser directivo, es decir influyente, utilizando los recursos del paciente, en donde se incluye la "resistencia". Para Erickson y Haley, la resistencia es considerada una comunicación del inconsciente sabio (diferenciado del inconsciente freudiano) y es retomada como cooperación, al proveer de información al terapeuta.

En su revisión de la teoría de los sistemas, Haley objetó el papel que se daba a los mecanismos de autocorrección, considerando que de esta forma se favorecía la estabilidad y no el cambio. Sin embargo rescata de esta teoría lo referente a los patrones de comportamiento y la circularidad, pues considera que permiten la predicción y la planeación de intervenciones.

En este modelo se entiende que los problemas se originan en las interacciones de distintas unidades sociales, en las cuales se han cristalizado pautas de comportamiento. En estas unidades sociales incluye a los individuos, familias, terapeutas e instituciones, sin embargo advierte sobre un aspecto ético, pues considera que el foco de atención debe tomar en cuenta las posibilidades del terapeuta, de lo contrario participará en la cristalización del problema (Haley, 1990).

Respecto a las pautas cristalizadas, Cloe Madanés (1990 y 1993) propone cuatro niveles de interacción dentro de las familias:

- 1) Dominio y control: la relación se marca por el intento de dominar. En esta pauta se encuentran los problemas de conducta, drogadicción, delincuencia o comportamientos extravagantes, predominando sentimientos de temor y dolor. La

forma de encarar estas pautas consiste en redistribuir el poder en la familia, ya sea corrigiendo las jerarquías o fomentando mecanismos de negociación.

- 2) Ser amado: prevalecen los comportamientos que llevan implícito un deseo de ser amado, llevando a sentimientos de frustración y malestar, generalmente se expresa en enfermedades psicosomáticas, angustia, fobias, trastornos alimentarios o depresión. Las estrategias buscan alejar el conflicto del nivel físico para llevarlo a un plano abstracto, mental y relacional.
- 3) Amar y proteger: en estas pautas entran la posesividad, dominación, intrusividad o violencia en nombre del amor y la protección, lo cual genera sentimientos de culpa, malestar o falta de control. Mediante las tareas se buscará modificar el modo en que la familia protege y se demuestra su amor para lo cual puede ayudar cambiar los papeles.
- 4) ARREPENTIRSE Y PERDONAR: en estas pautas encontramos problemas como el abuso sexual, incesto o actos de sadismo, por lo que predominan sentimientos de vergüenza por lo que se ha hecho y la poca comunicación intrafamiliar, favoreciendo secretos, mentiras, resentimiento y autodenigración. La terapia buscará la redistribución de la vergüenza promoviendo el arrepentimiento y la restitución del daño (Galicia, 2004).

Un aspecto fundamental en el modelo es la importancia que da a la primera entrevista, pues considera que de ella depende el éxito o fracaso de la terapia, ya que es en ese momento cuando se define el problema. Por lo anterior se especifican 4 momentos importantes durante la primera entrevista:

- 1) Etapa social: respuestas sociales de todos los miembros de la familia sin hacer referencia al problema, el terapeuta presta atención a los estados de ánimo y la distribución geográfica, sin comunicar sus observaciones a la familia.
- 2) Etapa del planteamiento del problema: es el inicio de una situación terapéutica, se pide que cada uno haga una breve descripción del problema, se habla en un lenguaje comprensible para todos y respetando las jerarquías internas de la familia. En esta etapa tampoco se hacen interpretaciones, ni comentarios, ni consejos, sólo se observa cómo actúan y se expresan los miembros de la familia

respecto al problema. El terapeuta es el centro de la conversación sin permitir que se den diálogos entre ellos.

- 3) Etapa de interacción: los miembros de la familia dialogan entre sí sobre el problema a partir de las diferencias que surjan de la etapa anterior. El terapeuta tiene cuidado de hacer participar a todos en este diálogo manteniéndose a la distancia. En esta etapa pesan más los actos que las palabras, pues proveen de información valiosa para las intervenciones que diseñará más adelante. El foco de esta etapa son las secuencias y pautas de conducta que permitirán que salga a la luz la estructura de la familia.
- 4) Etapa de fijación de metas: se busca que la familia formule de manera clara los cambios que desea alcanzar en la terapia. El terapeuta establece un contrato, el cual entre más claro sea, mejor organizada estará la terapia, pues la familia se sentirá más obligada a cumplir las tareas asignadas. Para este modelo se considera que ninguna categoría de diagnóstico tradicional es un problema soluble, por lo que se prefiere plantear el problema en términos de las formas en que se manifiesta. Este contrato servirá para evaluar los resultados de la terapia.

(Haley, 1976; Galicia, 2004).

Al final de esta primera entrevista se acuerda la siguiente cita a la vez que se indica si es necesario que acudan a las sesiones otros miembros de la familia.

El enfoque utiliza como estrategia principal las directivas, las cuales pueden ser directas o implícitas, pues se entiende que a partir de ellas la relación entre el terapeuta y el paciente se intensifica al permanecer unidos durante el tiempo entre sesiones. Además de esto, de las directivas se obtiene información a partir de cómo reacciona la familia ante ellas y cómo intenta cumplirlas, por lo tanto se considera que favorecen que la gente se comporte diferente y tenga experiencias nuevas. (Haley, 1980).

Las **directivas directas**, pedir que se haga algo con el propósito de que se cumpla, se consideran adecuadas para familias que se muestran cooperadoras al cambio. Una de las dos estrategias es indicar a la familia que dejen de hacer algo, como una manera de impedir que el río de desborde. Estas tareas son difíciles de cumplir, pues requiere que el

terapeuta cuente con un gran prestigio frente a la familia. Se prefieren utilizar cuando se trata de problemas menores donde se cuenta con la cooperación de toda la familia.

Ejemplo:

T: En esta semana, usted (padre de familia), cuando al llegar a su casa vea que su esposa y sus hijos están de mal humor, va a dejar de acercarse a ella para tratar de contentarla, simplemente va a dejar pasar el tiempo necesario para que ella se sienta más tranquila.

La segunda tarea directa es pedir a la familia que haga algo diferente. Se puede considerar complementaria a la anterior, pues consiste en desviar el río a un nuevo cauce. Su propósito es cambiar las formas que tienen los miembros de la familia de tratarse introduciendo acciones que cambien las secuencias de acción que se encuentran cristalizadas. Se considera que los consejos no dan resultado, pues presuponen que se tiene un control racional sobre los actos.

Ejemplo:

T: En lugar de acercarse primero a ella, va a ir al cuarto de sus hijos y los va a invitar a salir a dar una vuelta, a jugar un rato con usted o a ver un poco la televisión, dependiendo de la hora.

El segundo tipo de directivas, las **indirectas o implícitas**, son aquellas en donde se solicitar a la familia completa o a una parte de ella que hagan algo con el propósito de que no lo cumplan. Se consideran adecuadas cuando la familia se muestra resistente al cambio debido a que se encuentran en una situación relativamente estable. A través de ellas se invita a la inestabilidad para motivar el cambio. Dentro de estas tareas encontramos a las paradojas, las metáforas y las ordalías.

En las *paradojas* se pide a la familia que cambie y no cambie dentro del mismo mensaje, de tal manera que hagan lo que hagan se de el cambio. Comunican en un nivel analógico que el terapeuta está convencido de que la familia puede resistir el cambio, pero que a la vez no lo está.

Ejemplo:

T: Quiero que vuelvan a aquella época en que se sentían miserables; siéntanse como entonces y vean si hay algo de aquella experiencia que quieran salvar.

En las *metáforas* se utiliza una situación simbólica donde se indica analógicamente el sentido del cambio deseado.

Ejemplo:

T: Había una vez una mamá oso que vivía con sus 4 oseznos en un bosque. Generalmente la vida era tranquila en el bosque, sin embargo, cada año, llegaban los cazadores y la vida se tornaba complicada. La mamá oso temía constantemente que los cazadores pudieran matar a alguno de sus osos, o que debido a sus descuidos provocaran un incendio. La mamá oso, no estaba tan errada en sus temores, pues el año pasado sucedió una de las cosas que temía, un grupo de cazadores dejaron prendida una fogata y un incendio se inició. Ella recuerda que asustada, despertó a su 4 oseznos y tomó en brazos al más débil de ellos, mientras indicaba con gritos desesperados a los otros 3 por donde ir para salir del bosque y ponerse a salvo. Ella corría tras de sus 3 cachorros mientras apretaba contra su pecho al más débil, hubiera deseado tener más brazos para cargar a los cuatro, pero no era así, así que se veía limitada a dar instrucciones desde lejos y apretar fuertemente al débil. Cuando después de una hora muy larga lograron salir del bosque, vio que los tres cachorros que iban delante de ella se lamían las heridas, pero se tranquilizó cuando vio que los tres estaban vivos. Sin embargo, grande fue su tristeza, cuando al separar de su pecho al más débil, descubrió que lo había ahogado entre sus brazos.

En las *ordalías* se ofrece a la familia una alternativa peor a la que utilizan de forma cristalizada para encarar el conflicto, lo cual impulsa a la solución del problema.

Ejemplo:

T: Durante este tiempo, si su hijo se va de fiesta y como de costumbre se tarda en llegar, no se va a meter a la cama a esperar a que llegue para dormirse. Va a esperarlo en la sala de su casa, mientras lee en el periódico la sección de accidentes. Cuando su hijo llegue, va a recibirlo como de costumbre y cuando él se vaya a dormir, usted va a seguir en la sala en vela. Va a estar ahí hasta el día siguiente cuando su hijo se despierte.

En cuanto al diseño de las tareas, estas deben diseñarse de modo sencillo para que puedan ser cumplidas, estar al alcance de la familia, solicitarse de una manera clara y precisa y trabajar sobre sus resultados en la siguiente sesión, lo cual incluye enfatizar cuando no hayan sido cumplidas. Por lo tanto se requiere de una reflexión extensa sobre el problema y la secuencia que se presenta en la familia para que el impacto sea sobre ambos.

Puesto que las directivas son las herramientas centrales del modelo, es imprescindible que la familia se encuentre motivada para llevarlas a cabo, lo cual implica que esté convencida que a partir de ellas tendrá algún beneficio individual, familiar o recíproco. Para lograr esto se puede:

- Anclarla en lo que se ha aprendido de los clientes en el transcurso de las sesiones.
- Hacerlos hablar de sus intentos fallidos para que se contrapongan con la tarea.
- Estar de acuerdo con ellos en que la situación es bastante mala, acentuando la angustia, incluso proyectándola hacia el futuro.
- Presentarla como una continuación de los intentos que han llevado a cabo.
- Iniciar la tarea dentro de la sesión para que puedan continuarla fuera de ella.
- Adecuar las tareas al estilo de vida de las familias.
- Valerse de la posición de experto.

(Haley, 1976; Galicia, 2004).

TERAPIAS BREVES

El Modelo de Terapia Breve tiene dos vertientes, la Centrada en Problemas y la Centrada en Soluciones. Sus bases en el pensamiento constructivista de Milton Erickson y Gregory Bateson permitieron priorizar la creación de una *realidad realizable* frente a la capacidad de comprensión de los terapeutas, es decir muestra su eficacia en lo pragmático más que en lo teórico.

De Milton Erickson retoman el rechazo a la resistencia de la familia como un obstáculo a vencer, prefiriendo utilizar la resistencia para el cambio; la adecuación de la terapia para satisfacer las necesidades y acoplarse a la idiosincrasia del cliente, más que imponer una nueva, a través del uso de los recursos y soluciones del paciente. Todo esto, enmarcado en la idea de que hay más de una forma de concebir el problema.

La influencia de Gregory Bateson se percibe en la importancia que dan a la relación recursiva entre significado y conducta, donde el terapeuta genera las condiciones necesarias para que surjan comportamientos alternativos en lugar de provocar aquellos que crea convenientes según su propia idiosincrasia (Espinoza, 2004).

Terapia Breve Centrada en Problemas

El modelo de terapia breve centrada en problemas surge de los trabajos de Jonh Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fish en el Mental Research Institute (MRI), hacia finales de los años 60's, con el objetivo de generar un modelo de intervención que consistiera en soluciones rápidas y eficientes para los problemas de las familias, que pudieran ser comprendidas y aplicadas por otros terapeutas.

Las ideas que sustentan el modelo son las siguientes:

- Su trascendencia se mide en lo pragmático.
- No busca causas históricas, patologías, ni normas.

- Toda conducta es configurada y mantenida por los esfuerzos de los sistemas de interacción.
- No busca esclarecer la verdad, sino redefinirla y presentar otras opciones.
- No existen ganancias secundarias del síntoma.
- Se acepta todo lo que el paciente ofrece y se utiliza de manera positiva.
- Los problemas surgen por un mal manejo de las dificultades o una mala adaptación a las transiciones.
- Una dificultad mal manejada es en un intento de solución.
- Un pequeño cambio tendrá efectos colaterales, por lo que se trabaja con un sólo problema.
- Reducción al máximo de presupuestos e inferencias.
- Distingue entre cambio tipo 1 (dentro del mismo sistema de ideas, generalmente el cambio de conducta) y cambio tipo 2 (cambio del sistema, generalmente es un cambio de significado).
- Distingue como paciente a aquel que presenta los síntomas y como cliente a aquel que está más interesado en el cambio, y trabaja con éste último.
- Se trabaja durante aproximadamente 10 sesiones con tiempo variante entre ellas.

(Watzlawick, Weakland y Fisch, 2003; Espinoza, 2004).

Puesto que el modelo trabaja con problemas, hace una distinción entre dificultades y problemas, pues considera que las dificultades, aunque situaciones indeseables, se pueden resolver por sentido común o son insolubles en un nivel real, por lo menos en ese momento. Por otro lado, los problemas son situaciones de crisis que *parecen* insolubles pero que están siendo mantenidas por un mal manejo de las dificultades, ya sea:

1. Porque se intenta una solución negando que exista un problema, no se actúa cuando es preciso.
2. Porque se intenta un cambio ante una dificultad, se actúa cuando no es necesario.
3. Porque se intenta un cambio tipo 1 cuando lo que se necesita es un cambio tipo 2, o viceversa.

El modelo cuenta con dos categorías generales de intervención: Las Intervenciones Principales y las Intervenciones Generales, sin embargo no considera que sean las únicas opciones para la planificación del tratamiento. Las intervenciones principales se utilizan cuando se tiene la información suficiente como para distinguir cuál es el intento de solución que se está llevando a cabo, mientras que las generales pueden utilizarse en cualquier momento del tratamiento independientemente del tipo de problema (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

En las intervenciones principales, cada intento de solución contempla tareas terapéuticas encaminadas a modificarlo. En el primer intento de solución, *cuando se ha intentado forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo*, el cliente y el paciente es la misma persona, la cual sufre de algún déficit en el rendimiento físico, una dolencia corporal o mental (rendimiento sexual, problemas de apetito, sudor excesivo, depresión, falta de creatividad, etc.). Cualquiera que sea el caso, se trata de actividades humanas cuyo rendimiento es fluctuante para la mayoría de las personas y para las cuales las soluciones, comúnmente, aparecen de forma espontánea, sin necesidad de control.

Puesto que el problema se ha originado al intentar una solución cuando no es necesaria, la conducta problemática es la solución intentada ante la queja, las tareas terapéuticas encaminadas a "encarar" la queja consisten en que la persona deje de esforzarse por controlar la conducta, ya sea pidiendo que lleve a cabo una acción que sea incompatible con la problemática, o pidiendo que permita que la queja aparezca sin ofrecer resistencia. Lo importante en estas acciones terapéuticas es que parezcan lógicas para el cliente, para lo cual se le puede decir que es con fines diagnósticos o como un paso hacia el control definitivo.

Ejemplo:

T: En casos de duelo, hemos visto que para poder seguir, es importante dar varios pasos antes, uno de ellos es escuchar a la tristeza cuando ésta todavía se puede controlar, sobre todo porque muchas veces ayudan a hacer una especie de homenaje a la persona que se fue. Así que estas semanas nos vamos a dedicar a hacer un homenaje a tu abuela, tal vez así, las posibilidades de que

los planes para tu vida estén bien planeados, aumenten. Te voy a pedir que ahora, cuando sientas estas ganas de llorar, saques hojas blancas tamaño carta y una pluma azul, y te pongas a escribir todo lo que tengas ganas de decirle a tu abuela, no importa si mientras escribas estés llorando, lo importante es que no pares hasta que se te pasen las ganas de llorar, que no pares para nada, aunque dejes los párrafos a la mitad y empieces otros. Y así durante todo el día todos los días, cada que sientas ganas de llorar. Así podremos ir teniendo muchas ideas para ir formando el discurso final de este homenaje.

El segundo intento de solución se presenta cuando *se intenta dominar un acontecimiento temido, aplazándolo*, es decir, el cliente pospone llevar a cabo conductas que, aunque implican cierto grado de fracaso, éste es muy reducido. Por lo general el cliente genera una profecía que se autocumple, pues anticipando su fracaso, se prepara para él. Las soluciones más comúnmente intentadas son todas aquellas que implican una preparación excesiva para el acontecimiento, en donde se exige un control absoluto de la situación temida, limitando así las posibilidades de que se enfrente la situación. Las tareas terapéuticas tendrán que encaminarse a pedir al paciente que se enfrente a la situación, pero exigiendo un fracaso o un control incompleto de ésta.

Ejemplo:

Supervisor: Por supuesto que es una hipótesis que es importante que pruebes, sobre todo por lo trascendente del tema. El problema es que si dejas pasar el tiempo, a veces el impacto también disminuye, más que si haces mal la pregunta. Tal vez sea útil que hagas estos ensayos dentro de la sesión y no en tu cuaderno, así que en la próxima sesión les vas a plantear esta idea que tienes, así de confusa como está, es más, entre más confusa mejor porque así la van a pensar más. Vas a decirles tu idea cada que veas que es pertinente, pero, si en alguno de esos momentos te surge una pregunta "muy bien estructurada", no la hagas, primero la revisamos aquí entre las dos.

El tercer intento de solución se presenta cuando se *busca llegar a un acuerdo mediante una oposición*. Estos problemas se generan dentro de interacciones y se presentan cuando ante dificultades que requieren de una mutua colaboración una, o ambas partes, tratan de imponer la postura propia, facilitando que surjan actitudes de defensa en lugar de las de colaboración. Se presentan comúnmente entre padres e hijos, cónyuges o compañeros de trabajo. Las soluciones intentadas giran en torno a exigir a la otra parte se comporte de determinada manera. Puesto que las soluciones giran en torno a una competencia entre jerarquías, las soluciones terapéuticas consistirán en que el cliente se coloque en un nivel inferior a la otra persona. Es importante que se provean explicaciones sobre el cambio de actitud, pues de lo contrario, la otra parte seguirá creyendo que la competencia sigue en un nivel escondido y por lo tanto seguirá defendiéndose.

Ejemplo:

T: Claro, debe ser una situación muy penosa, sobre todo si es en público y deben recurrir a una nalgada. Pero creo que el niño ya se sabe todas sus explicaciones, y lo peor de todo es que sabe que al final va a ganar... pierde porque lo castigan, pero gana porque no se despide. Me parece que ustedes tienen que ser más inteligentes que él. Parece que su objetivo principal es que su hijo saque ese niño bueno que es en el fondo, pero no se ha logrado porque entre más le piden ustedes que sea un niño bueno, más se esfuerza por esconderlo y mostrar los berrinches. Tal vez si ustedes lo sorprenden, las posibilidades de que ese niño bueno que es en el fondo se muestre aumenten, y me parece que la mejor forma de sorprenderlo es dejando de pedirle que se despida de la gente, ustedes pueden despedirse como normalmente lo hacen, y la gente normalmente se despide de los niños, en ese momento ustedes pueden decirle "despídete si quieres", eso va a ser totalmente sorpresivo para él y a lo mejor decida sacar ese niño bueno que en el fondo es, así ustedes habrán ganado. Sé que es sólo un aspecto de lo que pasa con su hijo, pero podemos probar

en estos momentos y ver si sirve para otras situaciones más adelante.

El cuarto intento de solución consiste en *intentar conseguir sumisión a través de la libre aceptación*, sobre todo se presenta en las relaciones personales que mantiene una comunicación paradójica, pues una de las partes busca que el otro haga las cosas de manera espontánea, lo cual le quita la espontaneidad. Este tipo de intercambios limitan las posibilidades de rechazo o aceptación de la petición de manera directa, convirtiéndose en intercambios que generan problemas. Dentro de estas interacciones se concibe que una de las partes es incapaz de ser espontánea y se busca ayudar a solucionar el déficit exigiéndolo. Las intervenciones terapéuticas estarán encaminadas en pedir a los clientes que pidan las cosas directamente apelando a la intención de ayuda.

Ejemplo:

Terapeuta: Claro que esta decisiones tienen que ser de común acuerdo. Pero esto se complica por los problemas que tiene con su hija, tal vez los primeros meses decirle que primero los resolviera era adecuado, pero no estoy segura de que ahora lo sea, principalmente porque ahora ya estás confundida. Parece que él no está lo suficientemente fuerte para tomar la decisión por todos los problemas que tiene, y cuando tú le dices que se tome su tiempo, sin querer lo estás cargando de más problemas por resolver. Él necesita de tu ayuda ahora más que nunca, y porque lo amas, necesitas plantearle la pregunta directamente, preguntarle si todavía se quiere casar y cuándo. Tal vez así, sea más probable que la confusión que tienen ambos se solucione, sea cual sea su respuesta.

El quinto y último intento de solución que se contempla en el modelo se presenta cuando *las sospechas del acusador se confirman con la autodefensa*, se contemplan dos partes el acusador y el acusado. Se acusa sobre una conducta que ambas partes consideran errónea, sin embargo, la defensa de la parte acusada confirma las sospechas de la acusadora, generándose un círculo vicioso de defensa y acusación que se autorrefuerza.

Para romper este círculo vicioso se puede aceptar la acusación pero de manera absurda o diseñando una interferencia que impida que ni la acusación ni la defensa se puedan corroborar en un nivel real.

Ejemplo:

Terapeuta: Veo que para ti es importante poder ver a tu papá, y también veo que has utilizado toda tu creatividad para tratar de convencer a tu mamá que no son ciertas sus sospechas. Creo que no hay mucho que perder, porque de cualquier manera ya no puedes ver a tu papá, así que tal vez ha llegado el momento de intentar una solución desesperada, claro que necesitaremos de tu creatividad y valentía. Así que la próxima vez que tu mamá te acuse de haber recibido a tu papá en casa, le vas a decir, que tiene TODA la razón, pero eso no es todo, y ahí es donde va a entrar la creatividad, porque la tienes que convencer de que en esa visita ficticia, tu papá y tu hicieron cosas TAN absurdas, que sean imposibles de creer, por ejemplo que se pusieron a brincar en los sillones, o que hicieron galletitas o que se pusieron a jugar a la comidita, lo que se te ocurra, y ahora tú te vas a justificar diciendo que como tu ya no lo puedes ver el fin de semana, y él es un hombre con TODO el tiempo libre ahora que se quedó sin trabajo, pues se te ocurrió invitarlo a tomar el té entre semana. Es una solución desesperada, pero quizá así las posibilidades de que tu mamá te deje ver a tu papá el fin de semana aumenten. Vamos a ver qué pasa estas semanas.

Como ya se dijo antes, las intervenciones generales pueden utilizarse en cualquier tipo de problema y en cualquier momento del tratamiento, aún cuando falten datos para determinar el intento de solución que se está llevando a cabo en la familia. La primera intervención consiste en *no apresurarse*, generalmente se le utiliza en la primera sesión, sobre todo con pacientes que se esfuerzan mucho por el cambio o ejercen presión sobre el terapeuta. Lo importante en esta intervención, es dar las razones lógicas suficientes para que el paciente no se esfuerce por generar un cambio de manera rápida.

Ejemplo:

T: Es importante que vayan poco a poco, cada quien a su ritmo, porque específicamente en temas de violencia, se corre el riesgo de irse demasiado rápido y dejar de ver aspectos importantes que después pueden ser trampas que lleven de nuevo a la violencia. Vayan poco a poco para que puedan fijarse muy bien en las posibles trampas que se les presenten en este camino largo y difícil.

En la segunda intervención general se pregunta a los clientes sobre *los el peligro de una mejoría* con el objetivo de utilizar la resistencia que ha mostrado el paciente a llevar a cabo algunas tareas terapéuticas, para que lleve a cabo las siguientes. Muchas veces tiene efecto sobre la motivación al cambio.

Ejemplo:

Terapeuta: Ahora que escucho su dificultad para llevar a cabo la tarea, pienso que tal vez nos fuimos demasiado rápido. Quizá tengamos que dar unos pasos atrás antes de intentar una nueva tarea. Me gustaría que en estas semanas piensen cuales podrían ser los peligros en cada una de ustedes si se da un cambio: ¿Qué peligros vas a enfrentar si tu mamá empieza a confiar más en ti? y ¿cuáles va a enfrentar usted si su hija empieza a hacerse más responsable de sus medicamentos? Tal vez, estos peligros nos estén diciendo cosas más trascendentes que el confiar o no confiar. Piensen en todas las posibles consecuencias del cambio, por más descabelladas que les parezcan.

Un *cambio de dirección*, se presenta como una intervención adecuada cuando durante el tratamiento el cliente se ha mostrado reticente al camino que propone el terapeuta, pues en tales situaciones no se está avanzando hacia la solución del problema. Cuando se presente esta situación, es importante que el cambio de dirección se aplique lo antes posible y se ofrezcan explicaciones al cliente de este cambio. Esta intervención se inserta en la idea general del modelo de utilizar todo lo que el cliente ofrece sin casarse con una única postura para el tratamiento.

Ejemplo:

Terapeuta: Me gustaría que nos detuviéramos un poco aquí. Creo que ya entendí. Hasta ahora creía que te interesaba poder seguir trabajando con tu arte durante las recaídas, y he estado intentando descubrir junto contigo las formas de sacar provecho de las voces, pero ahora veo que para ti es más importante controlar las voces o excluirlas de tus momentos de producción artística. ¿Funcionaría más esto para ti?

Normalmente el terapeuta brinda sugerencias que ayuden a solucionar el problema, sin embargo, en ocasiones resulta útil ofrecer *sugerencias para que el problema se complique aún más*. Este tipo de intervenciones pueden utilizarse al inicio del tratamiento o durante el, cuando el paciente se muestra resistente a las tareas que se han propuesto o a intentar algo nuevo; o al final del tratamiento para reforzar el cambio. Por otro lado también ayudan a que el paciente se de cuenta de su papel activo en la aparición del problema.

Ejemplo:

Terapeuta: Ustedes me han dicho que su hijo es muy rebelde en casa y que hagan lo que hagan no les hace caso ni obedece sus reglas. Parece que estamos ante un problema muy difícil y como por ahora no puedo decirles como solucionarlo porque hace falta información, tal vez durante estos 15 días ustedes podrían ayudarme. Me gustaría que en este tiempo hagan todo lo posible para que el problema empeore, es decir, para que su hijo se vuelva más rebelde, hagan todo lo que se les ocurra. Esta información que ustedes traigan nos va a ayudar después para saber qué es lo que no tenemos que hacer. ¿Se les ocurre algo ahorita?

Aunque en las terapias prolongadas, la terminación del tratamiento forma una parte importante, pues se considera que es el final de una relación significativa que se ha establecido entre paciente y terapeuta, los modelos de terapia breve no lo consideran así debido al poco tiempo que se mantiene la relación terapéutica. Recordemos que

para las terapias breves el objetivo terapéutico es eliminar o disminuir la dolencia con la que llega el cliente y no una reconstrucción de la personalidad, por lo que generalmente será el terapeuta quien indique el momento de la terminación apelando al acuerdo del cliente. En caso de que el cliente no esté de acuerdo en la terminación, se puede establecer un nuevo contrato para un problema nuevo después de dejar pasar un tiempo entre ambos tratamientos. Existe la posibilidad de que el tratamiento termine por petición del paciente, ya sea porque la queja ha cesado, porque no está satisfecho con la terapia o por circunstancias independientes al tratamiento. En cualquiera de estos casos el terapeuta puede realizar algunos comentarios (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Cuando se termina el tratamiento con el problema resuelto

La propuesta de terminación del tratamiento no se formula de manera determinante, pues es importante conocer la opinión que tiene el paciente al respecto. Algunos pacientes están preocupados por la persistencia de los cambios y al hacer demasiados esfuerzos por mantenerlo, logran que reaparezca el problema. El terapeuta puede ayudar al paciente a no inquietarse al definir la reaparición del síntoma como algo positivo, normal o esperado. Este tipo de intervenciones ayudan a mantener abiertas las puertas para futuras ocasiones.

Cuando se termina el tratamiento con el problema no resuelto

Cuando un límite de tiempo preestablecido es el que determina el final del tratamiento, se puede dedicar la última sesión a hacer un último esfuerzo para resolver el problema o para averiguar por qué no han funcionado las intervenciones.

En las ocasiones en que es el cliente el que propone la terminación del tratamiento, el terapeuta debe evitar tratar de convencer al paciente de continuar y entablar una discusión en torno a esto. Es importante que acepte la postura del cliente, aunque puede indicar de forma sutil que esa decisión es una forma de resistencia, y que no dé

sugerencias en ese último momento. Este tipo de despedidas permitirán que el paciente acuda a un nuevo tratamiento si más adelante cree necesitarlo.

Por otro lado si este tipo de peticiones vienen de pacientes que se han mostrado poco colaboradores con el tratamiento, es útil aceptar su petición pero indicando que se acepta porque existe el peligro de que el problema se solucione si se continúa con el tratamiento. En tales circunstancias se pueden citar ejemplos de la poca colaboración aludiendo a la "sabiduría inconsciente" del paciente. Este tipo de comentarios facilita que el cliente afronte su problema incluso si termina el tratamiento.

Parece útil recordar ahora que los modelos de terapia breve trabajan con los clientes, es decir con aquellos que están más motivados al cambio, por lo que la petición de pacientes no colaboradores de terminar el tratamiento indican que se ha estado trabajando con la persona equivocada (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Terapia Breve Centrada en Soluciones

El Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones comparte sus bases teóricas con el modelo Centrado en Problemas en cuanto a una realidad realizable, un modelo pragmático. Toma como base los pensamientos de Milton Erickson sobre la hipnosis, los estudios del Mental Research institute (MRI, Estados Unidos) sobre el papel del lenguaje en la construcción de la realidad (da importancia a las preguntas y no a las aseveraciones) y la terapia estratégica, el pensamiento posmoderno (introduciendo el principio de incertidumbre) y un estilo de cooperación con la familia. Surge en la década de los 1980's en el Centro de Terapia Breve de Milwaukee, E.U., siendo sus principales representantes Steve de Shazer y William O'Hanlon, posteriormente se incorporan Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchick, Alex Molnar, Insoo Kim Berg, Jonh Walter y Michele Weiner-Davis (Espinoza, 2004).

Desde este modelo se contempla que los presupuestos (o pre – juicios) con los que inicia la relación terapéutica tiene influencia en el tipo de problemas a resolver que se plantean, en la información que se origina en la entrevista y en las soluciones a las que se

accede. Los presupuestos del modelo buscan favorecer la cooperación del cliente y generar profecías que se auto cumplen en lo positivo y útil, por lo que se considera que:

- El cliente cuenta con los recursos y fuerzas para resolver sus quejas, la labor del terapeuta consiste en descubrirlos desde una postura de detective curioso y lograr que se utilicen mediante descripciones que ayuden a los clientes a identificar las soluciones repetibles a las que ya tiene acceso, incluso en áreas "ajenas" al problema.
- El cambio es constante, inevitable y recursivo, lo que permanece estático en ocasiones es la forma de ver la situación, la labor del terapeuta es transmitir esta impresión a través de medios verbales y no verbales, ampliar e identificar el cambio, pues una pequeña modificación tendrá efectos en otras áreas y no será necesario mucho tiempo.
- No es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla, las soluciones son accesibles desde las excepciones y no desde las explicaciones (por más creativas y completas que sean).
- Los clientes son capaces de establecer sus propios objetivos pues no hay una única forma "correcta" de vivir, el terapeuta ayuda a que estas metas sean claras, alcanzables y útiles tomando en cuenta aspectos éticos y no morales.
- Los significados que se atribuyen a la conducta son correspondientes con las alternativas a las que se tiene acceso, la labor del terapeuta es introducir incertidumbre sobre los significados poco útiles para abrir las alternativas. Este último principio pone al lenguaje en un punto central del modelo, pues se considera que a través de él se pueden reedificar problemas o soluciones. El objetivo terapéutico será entrar al lenguaje del cliente a través de su modalidad sensorial para desde ahí poder cuestionar la realidad.

(O'Hanlon y Davis, 1990; Espinoza, 2004).

O'Hanlon y Davis (1990) proponen las siguientes categorías de pregunta para las sesiones:

PREGUNTAS SOBRE CAMBIOS PREVIOS A LA SESIÓN: rescata los cambios que ya se han producido y da información sobre el camino preferido del cambio.

MARCO TEÓRICO

Ejemplo:

T: ¿Qué ha cambiado en casa desde que hablamos para concertar la cita?

Mamá: Ya no estoy tan angustiada, espero que aquí podamos solucionar el problema con mis hijas.

T: ¿Cómo logró estar más tranquila?

PREGUNTAS PRESUPOSICIONALES: buscan encausar las percepciones del cliente hacia las soluciones, se contempla el uso de preguntas abiertas, pues a preguntas cerradas, respuestas simples como no o sí.

Ejemplo:

T: ¿Qué han hecho para detener la violencia en casa? (en lugar de ¿han hecho algo para detener la violencia?)

Mamá: me voy a mi cuarto y me pongo a pensar en lo que me está enojando...

EXCEPCIONES AL PROBLEMA: distinguen entre las ocasiones en las que se ha presentado el problema y las que no, resaltando lo que ya ha funcionado y descubriendo los recursos.

Ejemplo:

T: ¿En qué son diferentes las ocasiones en las que se toma su tiempo para reflexionar en su cuarto sobre lo que le molesta?

Mamá: Después de eso me acerco a mi esposo para pedirle ayuda con los hijos.

AMPLIAR EXCEPCIONES: una vez que el cliente ha descubierto las excepciones, se busca ampliar la descripción para seguir descubriendo recursos y soluciones.

Ejemplo:

T: ¿Cómo logra darse este tiempo a pesar de estar enojada?

Mamá: Pienso que mis hijas sólo me tienen a mí y que nada voy a conseguir si la corro de la casa.

PREGUNTA DEL MILAGRO: cuando las excepciones en el pasado o presente no son accesibles, se hacen preguntas sobre el futuro sin problemas a partir de una solución "mágica". Ayuda a describir detalladamente objetivos realizables y rescata o que ya se está haciendo para lograr el "milagro".

Ejemplo:

T: Imagine que una noche mientras usted duerme el destino le concede su deseo de resolver el problema, ¿cómo se daría cuenta cuando despierte que este deseo se le ha cumplido?

Mamá: Ya no tendría que despertar a mis hijas para que se levantaran para ir a la escuela, no habría pleitos en el desayuno...

T: ¿Qué de este milagro ya han logrado? Aunque sea en algunas ocasiones.

PREGUNTAS SOBRE EL PROBLEMA: cuando las excepciones en cualquier tiempo son inaccesibles, preguntar detalladamente sobre el problema pero poniendo atención en los contextos específicos en los que aparece el problema y limitando sus áreas de intervención, lo cual deja también a la luz las áreas libres del problema.

Ejemplo:

T: Describame detalladamente la última vez que tuvieron un pleito con su hija y que todo terminó en golpes. ¿Cómo fue, qué pasó, quiénes estaban, qué dijeron, dónde estaban?

Mamá: Estábamos en la sala esperándola porque no llegaba de la escuela y ya era tarde...

T: Mientras estaban ahí sentados esperándola todas esas horas, ¿qué cosas se les ocurrieron para resolver el problema?

PREGUNTAS DE ESCALA: ayudan al cliente y al terapeuta a medir la propia percepción sobre los cambios y metas. Se pueden utilizar en cualquier momento del tratamiento para verificar el avance y resaltar el constante cambio.

Ejemplo:

T: Si cero fuera nada de soledad y 10 una soledad muy grande, hoy, después de esta plática que me comenta tuvo con sus esposo, ¿de qué tamaño estaría?

Mamá: como en un 4.

T: Y la semana pasada ¿de qué tamaño estaba?, ¿Cómo logró que disminuyera tanto tan rápido?, ¿De qué tamaño le gustaría que estuviera?, ¿Qué pasará en su vida cuando esté en 3?

PREGUNTAS DE AFRONTAMIENTO: rescata los recursos de los clientes para continuar con su vida a pesar de la existencia del problema, cuestiona las creencias de una imposibilidad o desesperanza.

Ejemplo:

T: ¿Cómo le ha hecho para poder educar a estas hijas tan sociables a pesar de que usted se siente tan sola?

Mamá: Bueno, yo platico mucho con ellas, trato de que salgamos de visita o nos visiten, cuando estamos en una reunión las presento con mis amigos...

Algunas tareas terapéuticas que ayudan a intervenir sobre el patrón de la queja son las siguientes:

TAREA DE FÓRMULA PARA LA PRIMERA SESIÓN: se pide al cliente que especifique lo que desea que siga igual, esto ayuda a enfocar la atención a los aspectos positivos de la vida o las áreas libres de problema, desde donde son más accesibles las soluciones.

Ejemplo:

T: De aquí a la siguiente sesión, va a convertirse en una reportera de su familia, va a preguntar a todos en casa y a usted misma, sobre las cosas que no les gustaría que cambiaran en casa. La siguiente sesión me trae la lista que haya elaborado después de las entrevistas que va a hacer a todos.

TAREA DE LA SORPRESA: se pide al cliente que invente algo que sorprenda a las personas cercanas a él, lo cual está generalmente fuera del patrón del problema.

Ejemplo:

T: Le voy a pedir que en esta semana se acerque a sus hijas de alguna forma que no lo esperen, algo diferente a lo que ha hecho hasta ahora.

En la siguiente sesión se puede preguntar:

¿Qué efectos positivos tuvo en la relación con sus hijas la sorpresa que les dio?

TAREA GENÉRICA: se pide al cliente que ponga atención en lo que hace que lo ayuda a acercarse a la meta que se ha planteado en terapia.

Ejemplo:

T: Durante este tiempo ponga mucha atención en los pensamientos, conductas o actitudes que la ayudan a ser más cercana y empática con sus hijas.

(O'Hanlon y Davis, 1990; De Shazer, 1994).

MODELO DE MILÁN

Podemos localizar los antecedentes del Modelo de Milán durante la década de los 1950's, con la formación en Medicina General y Psicoanálisis ortodoxo de Mara Selvini Palazzoli bajo la supervisión de Gaetano Benedetti en la que el foco de atención era la relación paciente - terapeuta (transferencia). Las influencias que tendría esta formación permitirían que, al encontrarse con resultados limitados en los procesos terapéuticos, como fueron los casos de pacientes con diagnóstico de anorexia y esquizofrenia, el paso al pensamiento sistémico fuera más fácil para ella que para otros psicoanalistas ortodoxos lacanianos, klenianos o jungianos, pues desde la escuela norteamericana (Frieda Fromm, Harry Stack Sullivan) pondría énfasis en el papel de las relaciones interpersonales para el desarrollo de psicopatologías; desde la escuela inglesa (Fairbairn, Guntrip) se rescatarían las relaciones objetales (transferenciales y contratransferenciales); y desde los

fenomenólogos del análisis existencial (Binswanger, Buber, Jaspers, Heidegger) se acercaría al estudio del yo con el tú.

En un primer momento, cuando conjunta la investigación con la terapia, incluyendo a todos los miembros de la familia en el contrato terapéutico y a un equipo de observadores para estudiar la comunicación y las relaciones familiares en el momento del síntoma, se guiaban por la teoría de la comunicación a partir de dos vertientes: el estudio de Lyman Wynne y Margaret Singer de familias con un miembro esquizofrénico donde los tests de padres e hijos podían emparejarse sin necesidad de ver los nombres; y las investigaciones del grupo de Bateson sobre comunicación humana basada en los tipos lógicos de Russell. A estas alturas, el trastorno mental del paciente era visto como el resultado del estilo de comunicación familiar, convirtiéndose en "víctima" y "usuario" de la modalidad comunicativa (Diferente a lo que Laing y Esterson desde el pensamiento lineal ven como "chivo expiatorio") (Selvini, 1990; Rodríguez, 2004)

De 1967 a 1971, trabajó con Paolo Ferraresi, se considera una etapa de transición, el terapeuta es visto como un pedagogo que utilizando las interpretaciones *enseña* a comunicar *correctamente*. De 1972 a 1978, trabajó con Boscolo, Cecchin y Prata, dejando las interpretaciones para convertirse en provocadores, catalizadores del cambio (desde adentro del sistema), el trabajo de esta etapa encuentra su cumbre en "paradoja y contraparadoja".

La teoría de la comunicación encuentra limitantes en la práctica clínica al no poder asociar el estilo de comunicación con la sintomatología. La manera que Selvini encuentra para superar esta limitante es acceder a la metáfora del juego, donde el estilo comunicacional es sólo uno de los factores a observar y no el centro, entran así al mapa los hechos, cronología, conductas, convicciones, motivaciones, etc. Cuando la patología se convierte en uno de los movimientos del juego y las modalidades de comunicación son un modo de jugar, las intervenciones no verbales (ritos, prescripciones) cobran valor (Selvini, 1990).

Las primeras experiencias de terapia familiar como psicoanalista. (1967; fundación del centro para el Estudio de la Familia)

Ante las frustraciones teóricas y prácticas en el trabajo psicoanalítico individual, decide abandonar su práctica anterior e iniciar la "terapia familiar conjunta", siguiendo todavía el modelo psicoanalítico pero observando más allá del individuo. Durante esta época, los conceptos que orientaron el trabajo clínico fueron los de transferencia, contratransferencia y mecanismos de defensa, pero desde un grado de complejidad más elevado que el del análisis individual.

De 1965 a 1970, Selvini se dedica al estudio de las distintas escuela en Terapia Familiar (Ackerman, Haley, Bowen, Minuchin, Satir, etc.), después de lo cual distingue su postura de la de aquellos autores que catalogan a las familias como enfermas, pues concibe que entran en juego otros sistemas de nivel superior o igual al de la familia. Es así como en sus intervenciones terapéuticas no están guiadas por un juicio de valor de lo que "debe ser" sino por el objetivo de liberar de un juego sin fin y paralizante (nivel ético), iniciando sus cuestionamientos al pensamiento psicoanalítico (Selvini, 1990; Rodríguez, 2004).

Del comunicacionalismo a las primeras intuiciones sobre el juego

El artículo de "El obsesivo y su cónyuge" (Selvini y Ferraresi, 1969) pone de manifiesto el traslape de las ideas psicoanalíticas (en cuanto a la descripción de los individuos) y lo que serían los primeros esbozos de las ideas comunicacionales (en cuanto al análisis de la relación de pareja), al mantener ambas descripciones en niveles relativamente autónomos, se hacen accesibles las primeras hipótesis sistémicas.

Este énfasis en la comunicación (dejando a un lado el pensamiento psicoanalítico), resaltan después la importancia que tendría la metacomunicación de las manifestaciones observables de la comunicación y la definición del contexto para que los mensajes tuvieran significado ("Contexto y metacontexto en la psicoterapia familiar").

En la definición del contexto y en la búsqueda de significados, cobran importancia las creencias o premisas compartidas por la familia y la historia de su conformación, sin embargo el abordaje de esta historia se hace desde múltiples niveles, una forma diferente de aquella de la tradición psicoanalítica.

Para 1971, se habrá abandonado el papel pedagógico educativo del terapeuta. La visión binocular de la familia se verá favorecida por las observaciones del equipo que permitirán catalizar el cambio (Selvini, 1990).

La elección del modelo sistémico batesoniano y las primeras terapias interventivas

En 1971 se da el rompimiento con la tradición psicoanalítica para adoptar el modelo sistémico, desde la interpretación de Bateson, junto con Boscolo, Cecchin y Prata, formando un equipo de 7 años, independiente del trabajo de otros terapeutas familiares, convirtiéndose así en investigación pura que se caracterizó por las intervenciones cumbre al final de la sesión después de una larga discusión privada con el equipo (Selvini, Boscolo, Cecchin Prata, 1988).

Durante este tiempo se dieron cuenta que hacía falta una única intervención adecuada en puntos cruciales para producir cambios radicales en la familia. Es así como surgen las estrategias terapéuticas que se sintetizan en "Paradoja y contraparadoja", las cuales pasan de un privilegio al nivel verbal (interpretaciones para la comprensión) a un privilegio al nivel no verbal (rituales que apuntan a la acción antes que a la comprensión). La obra "Paradoja y Contraparadoja" (1988) sintetiza las siguientes intervenciones finales:

1. Connotación positiva: es una metacomunicación acerca de las reglas del sistema, busca encontrar el punto positivo del síntoma para después poder prescribirlo sin contradecirse, separando las características del sistema de los comportamientos de las personas (por ejemplo: deseo de unión familiar y dificultad en el desarrollo), permite definir las relaciones, incluida la terapéutica, sin peligro a la descalificación, colocando a los miembros en una posición complementaria (contraria a la posición simétrica existente).

Teóricamente es considerada la puerta de entrada para que el terapeuta acceda a la epistemología sistémica aliándose temporalmente a la tendencia homeostática sin ignorar al síntoma.

2. Prescripción en la primera sesión: es una tarea inocua que busca definir el contexto terapéutico tomando las redundancias de la sesión, se evitan las críticas moralistas. Sirven para evaluar el nivel de motivación para el tratamiento, delimitan el campo reobservación, facilitan la planeación de sesiones siguientes, desde la misma tendencia homeostática se prueban conductas distintas que descubren nuevos patrones de interacción. En algunas ocasiones se opta por prescribir tareas complejas y no inocuas para provocar crisis, si la angustia de la familia es grade, se puede prescribir el síntoma una vez que haya sido connotado positivamente.

3. Los rituales familiares: utiliza los mitos familiares que se han convertido en convenciones incuestionables aprovechando situaciones dramáticas para que se cumplan. Se centran en la familia nuclear separándola de la extensa, utiliza las reglas del mito pero permitiendo la metacomunicación y eliminando las coaliciones secretas. En estos rituales participan todos los miembros de la familia para utilizar la ideas de la unión familiar, se prescribe el síntoma pero poniendo límites (tiempo, lugar, etc). Busca cambiar la regla fundamentas sin recurrir al lenguaje, por lo tanto es específico para cada familia.

4. De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo: se pasa la etiqueta de "enfermo" a uno o más de los hermanos, se etiqueta al paciente identificado como el único que se ha dado cuenta del peligro en el que están sus hermanos gracias a su sensibilidad e intuición, las conductas "deseadas" de los hermanos son las que los ponen en peligro acaparando la atención y poniendo en riesgo su evolución. Estas intervenciones producen reacciones dramáticas en la familia pues plantea el dilema de si sólo uno de ellos esta "loco" o ninguno, se trabaja con la simetría encubierta que ha pasado de los padres a los hijos. Es una maniobra intermedia que mantiene a los padres detrás de la escena, para después anclar el cambio en sus buenas intenciones, que no pueden rechazar.

5. Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos: es una maniobra para familias con hijos únicos, los conflictos entre padres e hijos se pasan a la relación entre el hijo y el terapeuta.

6. Los terapeutas aceptan sin objeción una mejoría sospechosa: aceptando la mejoría sin objetar, se decide terminar el tratamiento con actitud críptica, es una manera de adelantarse a la familia a la presión de terminar el tratamiento. Se aprovecha la ventaja de contar con más sesiones para poner a prueba la autenticidad de la mejoría, pero indicando que se debe dejar pasar un tiempo, se pone a la familia en una paradoja donde aparentemente ellos deciden el fin del tratamiento cuando en realidad ha sido el terapeuta.

7. Cómo recuperar a los ausentes: se valida la ausencia pero se convierte en el foco de esa sesión y las siguientes, desde donde se analiza la información, agregar un último paso a la sesión llevando la conclusión de la terapia al domicilio para que estén todos. Esta estrategia anula la efectividad del miembro ausente. Si a las siguientes sesiones se presenta el miembro ausente, no se habla sobre la ausencia.

8. Cómo eludir la descalificación: puesto que la maniobra más grande es la descalificación, la cual impide definir la relación, el terapeuta define la relación abiertamente para después descalificar aludiendo al peligro. Es una maniobra donde se busca disfrutar de las derrotas.

9. El problema de las coaliciones negadas: las coaliciones perversas se descubren de forma alusiva, se desvisten de tonos morales y se connotan positivamente desde su intención afectiva incluyendo a todos los miembros del sistema. Se valida la coalición pero sin indicar que se debe seguir así, sólo se presenta como un reflejo de lo que se observa en la sesión.

10. Los terapeutas declaran la propia impotencia sin reclamárselo a nadie: ante los cambios rápidos, las descalificaciones y los olvidos, el terapeuta se declara incompetente para ayudar sin culpar a la familia, pues esto la colocaría en una posición de superioridad,

sin embargo, se fija una siguiente sesión. Pone al descubierto la regla fundamental de no abandonar el juego pues nunca nadie gana, poniendo fin al juego de nunca ganar a la vez que se muestra partidario de la homeostasis. Con esta maniobra, el terapeuta motiva a la familia a regresar proporcionando más información con el objetivo de volver a invitar al juego.

11. Los terapeutas se autoprescriben la paradoja extrema: igual que la connotación positiva es una contraparadoja a la paradoja extrema de "sólo pueden ayudarme no siendo quien son", en donde el terapeuta acepta la invitación al juego familiar atrapándose junto con ellos, pero manteniendo una posición de ventaja, el terapeuta acepta la invitación de ser quien no es, pero aclara que será algo difícil, esto pone en evidencia lo absurdo de la petición.

12. Los terapeutas abandonan el rol paterno prescribiéndolo paradójicamente a los miembros de la última generación: se pide abiertamente a los miembros de una generación más joven que ayude al sistema tomando el rol paterno que hasta el momento le ha sido otorgado al terapeuta. Durante el tratamiento se han eliminado los síntomas en los hijos, aunque a veces alguno de ellos salga al rescate, el terapeuta asume el rol parental (ayuda) que antes se encontraba depositado en los hijos, los conflictos de la pareja se intensifican y entonces se prescribe el rol parental a los hijos, justificando esta petición en los cambios que han logrado ellos y sus papás no, además de la incapacidad del terapeuta para hacerlo. Los niños abandonan el campo terminando el juego, se confirma a los padres en su rol parental al regresarlo del terapeuta al sistema (Selvini, Boscolo, Cecchin Prata, 1988; Selvini, 1990; Rodríguez, 2004).

La anorexia nerviosa

Para el año de 1974, se caracteriza como un nuevo periodo de transición donde el trabajo con muchachas anoréxicas pone de manifiesto el énfasis que el equipo comenzaba a dar al nivel no verbal, es decir al abandono paulatino de la metacomunicación sobre el juego familiar por el uso de una estrategia ritual alternativa al juego (ritualizado también) que se lleva a cabo en las familias (Selvini, 1990).

Para 1977, Selvini acepta la unicidad e irrepetibilidad de las intervenciones que se habían propuesto en Paradoja y contraparadoja, aunque acepta que las familias con miembros esquizofrénicos son similares en cuanto a la imposibilidad de la definición de la relación, las desconfirmaciones y la lucha simétrica, también acepta que cada familia será única debido a la idiosincrasia de cada grupo, y por lo tanto las estrategias con una familia pueden no producir los mismos efectos en otra.

Para esta etapa, estaría más interesada en que la familia hiciera algo diferente, y menos en que entendiera lo que pasaba. Esto implicó que el terapeuta estuviera más enfocado en las reglas del juego de la familia y consciente de que, al haberse estructurado en un nivel analógico, era imposible que se comunicaran. Es así como comienzan a utilizar los rituales familiares, pues aportan a las familias modos alternos de interacción, sin necesidad de explicaciones verbales sobre las reglas disfuncionales del juego familiar. Las intervenciones del terapeuta son un catalizador para el cambio. (Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1998).

Durante este segundo periodo se utiliza la serie de prescripciones invariables. Tomando en cuenta que en las familias con pacientes anoréxicas, bulímicas o restrictivas, se da un excesivo control recíproco a causa de la falta de confianza, empatía e intimidad, se prescriben las "desapariciones sorpresivas" de los padres dejando notas que expliquen su extensión y llevando un registro meticuloso de las reacciones. Los efectos de esta intervención eran los de proveer información sobre las posiciones específicas de los miembros, la detección de disfunciones en la familia (embrollo de los afectos e instigación), implicación de la hija en la pareja, construyendo un modelo histórico de 6 estadios (Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1998a; Selvini, 1990).

Elaboración de hipótesis: la investigación sobre los juegos familiares

Paulatinamente hay una migración de la concepción de terapia Interventiva (desde las interpretaciones y las intervenciones al final de la sesión) hacia una terapia donde la elaboración de hipótesis es, por un lado negociada con la familia, y por otro más o menos cercana al juego familiar (Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1998b; Selvini, 1990).

En 1978 Boscolo y Checchin se separan de Selvini y Prata debido a un interés en la formación terapéutica y la enseñanza, un interés distinto al de los inicios del equipo. Durante un tiempo continúa la colaboración esporádica, lo que produjo que se comenzaran a generar ideas distintas entre los miembros, en 1980 se da la separación definitiva, aunque comparten las instalaciones del centro por otros dos años, en 1982, Selvini y Prata fundan el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia (Selvini, 1990; Cecchin, Lane y Ray, 2002).

Las limitantes de la prescripción invariable eran que en familias con reacción hostil hacia el paciente identificado no había efectos, no se podía llevar a cabo en familias de composición diferente y algunas parejas no seguían la prescripción quedando fuera de la terapia. Ante esto, un nuevo equipo conformado por Selvini, Cirillo, Mateo Selvini y Sorrentino, deciden conjuntar la revelación del juego familiar junto con la prescripción invariable.

Entendiendo que cuando las familias no siguen la prescripción invariable es por el juego familiar, se decide sacar a la luz este juego y se esperan sus efectos terapéuticos. Los efectos que encontraron fueron saltos cualitativos al retomar el por qué del síntoma, el pasado, las defensas, las necesidades insatisfechas y las familias de origen, conformándose así un pensamiento multidimensional en tres vertientes: personalidad individual, familia y síntoma. Desde este pensamiento, la personalidad se aprecia en las relaciones presentes, pero es producto de las pasadas que cristalizan el equilibrio emocional actual (Selvini, 1990).

Interrogatorio Circular

Podemos identificar los distintos momentos del modelo de Milán en torno a tres hipótesis que marcaron cada uno de los momentos:

1. La familia es un sistema gobernado por reglas constituidas por ensayo y error a través del tiempo.
2. Toda conducta es comunicación
3. Las conductas, la comunicación y las respuestas no son patológicas, sino una expresión de las reglas y la forma de mantenerlas.

La pregunta central de la investigación-intervención se constituyó por la forma en la que se descubrirían las reglas y cómo se podrían cambiar. La opción principal que encontraron fue el interrogatorio circular el cual estaba guiado por tres ejes:

Hipótesis: elaboradas a partir de la observación de conductas verbales y no verbales, conectando las conductas de la familia con su significado, ayudan a seguir patrones relacionales. Se incluye la prueba de hipótesis por lo que constituyen un método de evaluación. La elección de las hipótesis se hace en torno a la utilidad para la familia, son sistémicas, es decir todos los miembros están incluidos y es un supuesto sobre la función relacional.

Neutralidad: con todos a la vez, sin juzgar ni criticar, eludiendo los intentos de alianza con el terapeuta. No se considera frialdad o falta de involucramiento, sino curiosidad para explorar nuevas posibilidades (diferentes puntos de vista). La función del equipo es ayudar al terapeuta a no caer en alianzas.

Circularidad: búsqueda de información sobre relaciones, diferencias y cambio. Produce diferencias que dan información, el terapeuta está incluido en el circuito que moviliza la información, lo cual permite reestructuración y cambio (Rodríguez, 2004).

POSTURAS POSMODERNAS

Para hablar de la posmodernidad, es necesario hablar de la modernidad, pues la propuesta posmoderna surge como una protesta a la primera rescatando la estética cultural. El proyecto de la modernidad que domina el siglo XVIII, como lo describe Habermas (1983), es el esfuerzo intelectual heredado de la Ilustración que busca el desarrollo de una ciencia objetiva con miras a la liberación y enriquecimiento de la vida cotidiana priorizando la razón en la búsqueda de un mayor control a favor del hombre.

La modernidad busca la desmitificación, desacralizar el conocimiento, perdiendo el alma en el proceso y generando un vacío espiritual. Se acogió el cambio, lo efímero, huidizo y fragmentario, proliferando doctrinas sobre la igualdad, libertad, la fe en la inteligencia humana y la razón universal, una concepción, "increíblemente optimista" (Harvey, 1998, pag, 28). Sin embargo, en el siglo XX este optimismo es aniquilado cuando esta lucha por la liberación del hombre se convierte en un sistema de opresión universal a nombre de la liberación de la humanidad, cuando surge el debate sobre quienes podían reclamar la posesión de la razón y en qué condiciones esa razón se ejercía como poder (Harvey, 1998, Foucault, 1999a, 1999b, 1999c; Parry, 2001). Los críticos de la modernidad como Burke, Malthus, De Sade, Max Weber, cuestionan los aspectos opresores de la "libertad" racional, argumentando que este tipo de crecimiento no conduce a la libertad, sino a la creación de una jaula de hierro. Naufragaba así, la ideología de la Ilustración.

La racionalización llevó a la desaparición de los liderazgos personales y abrió paso a la burocracia, dejando al individuo solo frente a un aparato imponente e impersonal al mismo tiempo que buscaba satisfacer sus necesidades. Sin embargo, estas necesidades se podían satisfacer a través de un producto previamente empaquetado y que sólo hacía falta comprar, los "otros" se convierten en un medio para satisfacer las necesidades, y no en un "otro" con necesidades y deseos propios, perdiendo la posibilidad de construir un yo (Parry, 2001).

Parry (2001) menciona la pérdida de tres otros en el proyecto de la modernidad: la pérdida de dios, al priorizar la razón frente a lo místico, la pérdida de la muerte, al

aumentar la esperanza de vida, y la pérdida de los diferentes, o grupos marginados y dominados, entre los que encontramos a las mujeres, el extranjero, el judío, el negro, el homosexual y la tierra.

Para la Modernidad, el conocimiento busca ser una representación o copia fiel del mundo real, un descubrimiento de los hechos existentes a través de los sentidos, los cuales generan representaciones mentales fieles, existe pues, una correspondencia entre la realidad y los sellos mentales generados por los sentidos. Es por esto que el conocimiento se considera singular, universal, ahistórico y acumulativo, en donde el lenguaje es un sistema de signos (incluidos conceptos y esquemas) que media la realidad social, es decir, el lenguaje es también una copia fiel de ésta (Anderson, 1997, Law y Madigan, 1998).

Las características de los discursos modernos es el ser monovocales, sustentándose en valores como la objetividad, la certidumbre, el cierre, la verdad y la estabilidad, cada conocimiento experto busca descubrir los fundamentos de nuestro conocimiento del mundo exterior. Desde estas posturas, el sujeto es autónomo respecto a lo que conoce y describe, es decir, no tiene ninguna influencia en lo observado (Anderson, 1997).

Las implicaciones que tiene la modernidad para la terapia, en palabras de Harlene Anderson (1997) son que "el terapeuta se convierte en un experto en observar, revelar y deconstruir la historia tal como *realmente* es y tal como *debería* ser" (pag. 65). El estudio del ser humano se realiza buscando principios de la conducta humana que son universales e inmutables. Dentro de las posturas terapéuticas que retoman el modernismo en diferentes niveles encontramos las terapias centradas en el individuo con premisas lineales (Psicoanálisis, Conductismo, Humanismo) y la teoría Sistémica y Cibernética con premisas circulares (Cibernética de Primer Orden, Cibernética de Segundo Orden).

Para inicios del siglo XX, la obra de Nietzsche aborda temas como la anarquía, la destrucción, la alienación individual y la desesperación, asignar a la razón de la Ilustración el privilegio de definir la esencia eterna e inmutable de la naturaleza humana ya no es posible. Es así como surge la opción de colocar la experiencia estética por encima de la ciencia y la razón, otorgando un nuevo papel al modernismo cultural (Harvey, 1998).

Parry (2001) diferencia la modernidad del modernismo, para este autor, la modernidad es el proyecto que inicia en el siglo XVI, culmina en el siglo XVIII y se agota en el siglo XX, mientras que el modernismo es la expresión artística dentro de este proyecto. El proyecto de la modernidad prioriza la interioridad de la persona, descuidando lo externo; los artistas modernistas convirtieron su movimiento en la forma de expresar el mundo interno, caracterizado por el vacío espiritual. El artista moderno podía desempeñar un papel creativo en la definición de la esencia humana, pues desde dentro de la modernidad, dentro de la *destrucción creadora* que menciona Nietzsche, podría rescatar el espíritu de su época y transformarla, los sentimientos estéticos y artísticos tendrían la capacidad de ir más allá del bien o del mal. El artista desde el modernismo cultural podría concentrarse en temas corrientes de la vida urbana, comprender sus rasgos efímeros y, sin embargo, extraer del momento transitorio los elementos de eternidad que contiene, podría encontrar lo universal y lo eterno (Harvey, 1998).

David Harvey (1998) ubica la obra *Soft City* de Jonathan Raban publicada en 1974, como el parteaguas que marcó un cambio en la forma en que se abordaban los problemas de la vida urbana, algo denominado "posmodernismo" (Harvey, 1998, pag. 17). En esta obra, Raban utiliza la imagen de la homogeneidad de las ciudades para señalar el riesgo al totalitarismo, a la fusión inevitable de valores y una tendencia a la jerarquización burocrática y corporativa; define a las ciudades como una serie de escenarios, en donde la posibilidad de desempeñar diferentes roles se vuelve liberador e inquietante a la vez, pues se disuelve la vida social y hay una imposibilidad de manejar la plasticidad de las ciudades (señales, estilos, sistemas de comunicación veloces) dando paso a la violencia.

La posmodernidad surge como una protesta a la monotonía que implica el mundo modernista, un mundo lineal, positivista, de verdades absolutas, de uniformidades y planificación racional, privilegiando la heterogeneidad y las diferencias como fuerzas liberadoras en la redefinición del discurso cultural. El pragmatismo de Rorty (1979), las ideas sobre la transformación de la ciencia de Kuhn (1962) y Feyerabend, las ideas sobre las prácticas de poder de Foucault (1999a, 1999d), la reaparición de la preocupación

ética, la política y la antropología, marcaron un rechazo a interpretaciones teóricas universales (Harvey, 1998).

Desde la posmodernidad se cuestiona la posibilidad de que exista una sola realidad (valores universales y homogéneos). Considera que estamos cada vez más inmersos en un mundo con múltiples perspectivas acerca de la realidad, la cual es múltiple, contextual, histórica y paradigmática. Se caracteriza por la incertidumbre, impredecibilidad y lo desconocido, el cambio se acepta y se da por supuesto. Defiende la idea de que el conocimiento es una construcción social, en donde conocimiento y conocedor son interdependientes y donde el conocimiento del mundo no se da de manera directa sino a través de nuestras experiencias expresadas en el lenguaje (Anderson, 1997, Limón, 2005).

Los discursos de la posmodernidad son pluralistas, prescinden de la noción de verdad, todo está sujeto a cuestionamiento. Los valores que sustentan el proyecto son la incertidumbre, lo desconocido, la impredecibilidad, rechazando el progreso por el progreso y el mejoramiento por el mejoramiento, el "Yo" y el "otro" regresan a un primer plano (Anderson, 1997; Parry, 2001).

La posmodernidad es el momento en el cual el individuo experimenta una máxima libertad y a la vez un mínimo poder personal, el desafío es entonces, definir hasta qué punto se está dispuesto a permitir que Uno (visión única) tenga poder frente al marginado o correr el riesgo de quedar sin la seguridad que ofrece el Status Quo (Parry, 2001).

La herencia de la modernidad dejó a las historias en el lugar de lo imaginario, lo no real, lo no racional, dando pie a una des-narración del mundo. El proyecto posmoderno se propone retomar las historias desde la propuesta de Bruner (1986) de usar la narración para el mundo de lo vivo y dejar a la ciencia y la tecnología el mundo de lo no vivo, el mundo paradigmático.

Con la idea de múltiples realidades, la postura postmoderna introduce en la terapia la idea de "lo todavía no dicho" en contraposición con "lo dicho" pues asume que el lenguaje es constructor de realidades. Las terapias postmodernas se caracterizan por

colocar al consultante y al terapeuta en una relación horizontal, de respeto y de curiosidad, en donde ambos son expertos (Anderson, 1997, Parry, 2001).

Cabe aclarar que el postmodernismo no es una postura nihilista, solipsista o relativista, pues “prescindir de la noción de verdad no significa que *nada exista*; adoptar una posición pluralista no significa que *todo valga*” (Anderson, 1997, pag. 72). El postmodernismo es en realidad una invitación a una crítica constante, incluso de él mismo. Las terapias posmodernas consisten en una revisión de historias al cuestionar lo que se da por sentado, lo basado en la sumisión y discursos de poder que mantienen al sistema en funcionamiento mientras los deseos propios permanecen marginados.

Construccionismo Social y Psicoterapia

El construccionismo social surge como una corriente teórica, que sustentó las ideas del proyecto posmoderno. Buscó alejarse de las ideas cognoscitivistas, biologicistas y positivistas dominantes y presentar una teoría alternativa sobre los procesos mediante los cuales las personas describen, explican y dan cuenta del mundo en que viven, alejándose de la predicción y el control (Limón, 2005).

Relacionado con la psicología social, la política, el interaccionismo simbólico, la fenomenología y la hermenéutica, el construccionismo social se enfoca en la elaboración social de los significados. Las palabras tienen poder al ser empleadas por personas en relación, mientras que los significados son un proceso central y se construyen socialmente, a través del lenguaje y la comunicación (Anderson, 1997, Limón, 2005).

Podemos resumir las ideas del construccionismo social en cuatro premisas básicas:

1. *La realidad es socialmente construida*: cualquier práctica que ayude a construir una la idea de “realidad”, ya sean creencias, leyes, costumbres, hábitos de alimentación y vestido, encuentra sus orígenes en las interacciones sociales a través del paso del tiempo, de tal manera que la construcción de las realidades, tal cual las vivimos, son resultado de una acción conjunta.

Las comunidades llevan a cabo cuatro procesos que ayudan a que el conocimiento se construya y se mantenga: *tipificación*, el cual consiste en la organización de las percepciones en clases o tipos (por ejemplo: madres); *institucionalización*, proceso que convierte las tipificaciones en instituciones (por ejemplo: maternidad), ambas pueden cegarnos frente a otras posibilidades; *legitimación*, proceso que otorga carácter de realidad a las tipificaciones e instituciones (por ejemplo: publicaciones sobre el rol materno), y *reificación*, en donde se combinan los tres procesos anteriores y cuyo resultado es otorgar una realidad preexistente, ya no una construcción social (por ejemplo: instinto maternal).

2. *La realidad está construida a través del lenguaje*: el lenguaje construye los mundos y las creencias en los que habitamos las personas, ya que es en él donde las sociedades construyen sus ideas de lo que es la realidad. De acuerdo con esto, los únicos mundos que las personas podemos conocer, son aquellos creados a través del lenguaje, entendido éste como un proceso interactivo. El lenguaje indica así, cómo ver el mundo, y lo que tenemos que ver en él.

3. *La realidad está organizada y mantenida a través de narraciones*: las narraciones organizan, mantienen y ponen en circulación el conocimiento relativo al mundo y a nosotros mismos. De esta manera, la vida es conceptualizada como un proceso a través del cual nos contamos historias acerca de nuestras vidas y después vivimos nuestras vidas de acuerdo con estas narraciones.

Historiar la experiencia nos da la sensación de continuidad y le da sentido a nuestras vidas, a la vez que ordena la cotidianidad y proporciona los patrones con los que interpretamos las nuevas experiencias. Pero las historias que nos contamos, suceden en un contexto social e histórico, es por esto que decimos que las historias culturales le dan forma a las historias individuales.

4. *No hay verdades esenciales*: ya que la realidad no se puede conocer objetivamente, sólo es posible interpretar las experiencias del mundo, habiendo muchas posibilidades,

ninguna de ellas es verdadera, el "Yo" (self) es algo que ocurre en el espacio entre las personas (Bruner, 1986; Freedman y Combs, 1996).

Las implicaciones que tiene el construccionismo social para la psicoterapia son: ver a los seres humanos como narradores de sus propias historias, a través de las cuales construyen un sentido de sí mismos, el objetivo de la terapia será ayudar a las personas a experimentar argumentos nuevos frente a narraciones que pueden convertirse en historias incapacitantes, limitantes o que niegan el desarrollo, a través de argumentos nuevos que abran posibilidades para una nueva narración o historias alternativas; y debido a que los sistemas humanos son esencialmente generadores de lenguaje, la terapia es una elaboración conversacional, los significados que dan sentido a la vida de las personas surgen del acto conversacional, el terapeuta elucida y cuestiona, desde una postura de curiosidad e ignorancia genuinas, los acuerdos mantenidos en el lenguaje que dan forma a los problemas (Bruner, 1990; Anderson, 1997; Parry, 2001; Limón. 2005).

En la redefinición de la terapia desde el marco del construccionismo social, el proceso se libera de las técnicas y entra al ámbito de las construcciones interpersonales. La terapia se define socialmente, cuando el cliente acude al terapeuta y lo designa "experto" un "agente de cambio", el terapeuta no puede negar ni ignorar esta petición, sino aceptarla, pero teniendo en mente que no dirige el cambio unilateralmente. Esto permite por un lado abandonar la idea de pacientes resistentes y patologías, y por otro, convertir a la terapia en una práctica de poder, pero con responsabilidad científica, ética y social (Fruggeri, 1996).

Narrativa

La terapia narrativa surge en Australia y Nueva Zelanda a finales de la década de 1980 y principios de la década de los 1990. Sus principales representantes son Michael White y David Epston, el primero tenía antecedentes en terapia sistémica, toma como bases los principios epistemológicos de Bateson, Foucault y Derrida, en 1986 encuentra la metáfora de la narrativa de Jerome Bruner (1986). Por su lado, Epston, antropólogo y terapeuta

familiar, retoma la antropología, la analogía del relato, el texto y el concepto de narrativa (White y Epston, 1993; Suárez, 2004).

Podemos ubicar a la terapia narrativa en las posturas posmodernas, con bases teóricas en el construccionismo social en lo referente a la construcción de la realidad y el postestructuralismo en lo referente a la identidad. Ya antes se explicó el construccionismo social. Para el postestructuralismo importan los efectos reales de la búsqueda de “estructuras profundas” o normas que establecen cómo debe ser la vida de las personas sanas, lo que buscamos, creemos y de donde venimos tiene una influencia determinante en lo que vemos y encontramos, el lenguaje y sus usos tienen un papel primordial en la formación de nuestra vida, lo que las personas dicen, hacen y la manera en que se relacionan da forma a sus vidas, nuestras ideas y cualidades son productos culturales e históricos que han sido creados a través del tiempo en contextos particulares, nuestras identidades son continuamente creadas en las relaciones con los demás, con las instituciones y con las relaciones de poder más amplio, es decir son construidas constantemente y se componen de diversas narrativas, algunas contradictorias (Thomas, 2002).

Las implicaciones que el postestructuralismo lleva a la terapia de acuerdo con Thomas (2002) son asistir a las personas para que dejen de compararse con las normas sociales, cuestionar la objetividad, la expertez y las prácticas de interpretación del llamado “experto” poniendo en entredicho el modelo médico y las verdades absolutas a través en lenguaje que se usa en terapia, el cual será un lenguaje externalizante de ideas, problemas y cualidades en las conversaciones terapéuticas. Puesto que las identidades son construidas constantemente y a través de las conversaciones, toda conversación terapéutica va a formar la identidad, lo cual lleva a desarrollar prácticas de responsabilidad.

Mientras que el estructuralismo se enfoca en la pregunta *¿cómo eres?*, tratando de detectar motivos, necesidades, características, recursos, fuerzas, cualidades, atributos, talentos, impulsos o déficit, el postestructuralismo trata de contestar la pregunta *¿cómo te ves/ ven?*, investigando sobre intenciones, principios, compromisos, esperanzas, sueños,

valores, creencias, pasiones, propósitos o gustos. Desde la terapia narrativa el primero genera historias delgadas pues se encuentran seres terminados o estáticos, mientras que el segundo genera historias gruesas al abrir posibilidades hacia el futuro enraizadas en intenciones, valores y principios (Morgan, 2002).

Michael White retomó el trabajo de Foucault interpretándolo como una invitación a *ver lo ya visto de una forma diferente*. Entre las ideas que destacan para la terapia narrativa están:

- La disciplina individualiza a través de la espaciación, control de la actividad, rutinas, normalización de juicios y recompensas.
- Estamos sujetos a verdades "normalizadoras" que genera cuerpos dóciles.
- En la actualidad el poder actúa de forma sutil, pues funciona internamente consolidando las categorías de lo normal.
- El que tiene la razón tiene el poder y hay conocimientos subyugados.
- El lenguaje es el principal instrumento del poder.

(White y Epston, 1993).

A partir de estas ideas postestructuralistas y retomando la metáfora de la narrativa de Edward y Jerome Bruner, White y Epston desarrollan su propuesta de una "terapia de mérito literario" (White y Epston, 1993).

A través del estudio antropológico del cambio cultural "repentino" de los nativos americanos durante las décadas de los 30's y 40's, Edward Bruner (1986) trata de dar cuenta del cambio en general. Su tesis principal es que los etnógrafos realizan sus estudios de las poblaciones guiados por estructuras narrativas (lo que se dicen de la población estudiada) que dan sentido a la experiencia, pero que, a la vez, crean significados; por lo tanto la transición de una historia a otra, incluirá tanto el cambio en los conceptos teóricos (contenido) como en la forma en que la etnografía es construida (relacional).

Para Edward Bruner (1986) el cambio cultural es similar a las historias, con un pasado presente y futuro, implicando con esto, que el cambio tendrá que reorganizar la

percepción de la totalidad de la historia (su pasado, presente y futuro). Este proceso de construcción de nuevas narrativas sigue una secuencia similar a la que Kuhn (1962) propone para las revoluciones científicas o cambios paradigmáticos:

1. Predominio de la historia dominante, la cual mantiene subyugadas a las otras posibilidades, pero no implica que no existan.
2. Cambio de las condiciones contextuales que pone en evidencia hechos que la historia dominante no alcanza a explicar.
3. Coexistencia de distintas narrativas.
4. Una de las nuevas narrativas se vuelve dominante y desde ella se reexamina el pasado y el futuro.
5. Posicionamiento de la nueva narrativa: produce vocabulario, sintaxis y significados nuevos. Para que suceda esto, el cambio debe operar en el ámbito de nuestra mente en forma de ideas (conciencia) y al mismo tiempo contar con una base en la práctica social (acción).

Por otro lado Jerome Bruner (1986) hace un análisis de lo que sería importante para que las historias tuvieran un mejor impacto en el lector, terminando con una propuesta sobre las características de las narrativas que "convencen", las cuales son retomadas por White y Epston (1993).

Para este autor existen dos modalidades complementarias de pensamiento: los argumentos y los relatos. Los primeros convencen de su verdad, los segundos de su semejanza con la vida. Los argumentos (paradigmática o lógica-científica), "trata de cumplir el ideal de un sistema matemático, formal, de descripción y explicación" (Bruner, J, 1986, Pág. 24) empleando la categorización, conceptualización y procedimientos que aseguren la verificabilidad y la verdad empírica, además de estar dirigida por hipótesis de principios.

Los relatos por su parte, son la aplicación imaginativa de la modalidad narrativa, pues genera historias creíbles pero no necesariamente "verdaderas", pues se ocupa de las vicisitudes humanas, trata de situar la experiencia en el tiempo y el espacio. En un relato

se construyen dos panoramas simultáneamente: el panorama de la acción (agente, intención, meta, situación, instrumento, etc) y el panorama de la conciencia o identidad como lo retoma White (lo que saben, piensan y sienten los que intervienen en la acción). En pocas palabras, los relatos no tienen que ser verificables, sino creíbles.

Para que un relato sea creíble (bueno) debe de dejar abierta la producción de significados a través de:

- *Desencadenamiento de la presuposición*: crear significados implícitos dentro de un marco presuposicional en función del cual pueden “interpretarse” los relatos.
- *Subjetificación*: descripción de la realidad no desde el ojo omnisciente, sino del filtro de la conciencia de los protagonistas de la historia.
- *Perspectiva múltiple*: se ve al mundo simultáneamente desde un juego de prismas cada uno de los cuales capta parte de él.

(Bruner, 1986).

Estar en este mundo subjuntivo es estar intercambiando posibilidades humanas y no certidumbres establecidas.

Una de las conclusiones a las que podemos llegar a partir de la lectura de Jerome y Edgard Bruner, y es quizá la que convenció a White y Epston, es que la Gran Narración, consiste en abordar conflictos humanos que resulten accesibles a los lectores, pero a la vez, los conflictos deben presentarse con la suficiente subjuntividad para que puedan ser reescritos por el lector.

Para Alice Morgan (2000), escuchar el término de Terapia Narrativa puede referirnos a ideas como una forma particular de entender la identidad de las personas, forma de entender los problemas y sus efectos en la vida de las personas, formas particulares de hablar con las personas sobre sus vidas y sus problemas o a formas de entender la relación, la ética y las políticas en terapia. Cualquiera de estas ideas (u otras) que podamos elegir, nos referirá a las siguientes características:

- Es un acercamiento respetuoso y no culpigeno que entiende que las personas son expertas en sus propias vidas.
- Ve al problema como separado de la persona y asume que ésta tiene diferentes habilidades, competencias, creencias, valores y objetivos que la auxiliará para cambiar su relación con el problema.
- Se caracteriza por una curiosidad y deseo de preguntar sobre cosas que *genuinamente* no sabemos.
- Hay muchas direcciones que puede tomar una conversación (no hay *una* correcta).
- El cliente determina qué dirección sigue la conversación.

Para la terapia narrativa, las historias que tenemos sobre nuestras vidas consisten en *eventos unidos en una secuencia a través del tiempo de acuerdo a una trama*. Estos eventos son seleccionados (uno tras otro) de toda una gama de posibilidades por ser más similares entre ellos y las historias se hacen más fuertes conforme vamos "sumando" más eventos en el tiempo. La frase que resumiría esta idea sería tal vez "*La experiencia es más rica que la historia que contamos*" (White y Epston, 1993; Morgan, 2000).

Pero además, estas historias no se generan aisladamente del mundo, se co-construyen a través de lo que los otros dicen de nosotros (los discursos políticos, creencias, ideas y prácticas culturales), generando así una **historia dominante**, es decir una trama, que tendrá implicaciones para mis acciones futuras. Por lo que decimos que estas historias son constitutivas de la vida y le dan forma (Morgan, 2000).

No existe una historia libre de contradicciones o ambigüedades, una narración no es capaz de encapsular todas las contingencias de la vida, vivimos nuestras vidas y relaciones a través de varios relatos (alternativos y dominantes) y hay un proceso de negociación entre ellos dependiendo de la trama que sea dominante en determinado momento. Es por esto que los terapeutas narrativos están interesados en unirse con las personas para explorar las historias que tienen sobre su vida y sus relaciones, sus efectos, sus significados y el contexto en el cual han sido formadas (Morgan, 2000).

Dentro del contexto de la terapia es común encontrar lo que los terapeutas narrativos han llamado **historias saturadas de problemas**, las cuales a su vez llevarán a descripciones y conclusiones delgadas cuyos efectos serán negativos, pues no dejan espacio para las complejidades y contradicciones de la vida, impiden a las personas articular significados propios para sus acciones y el contexto en el que ocurren, marginan y desempoderan a las personas, pues giran en torno a deshabilidades, disfunciones, debilidades, etc., obscurecen relaciones de poder más amplias como los discursos culturales de sometimiento, y fortalecen a las historias saturadas de problemas (White y Epston, 1993; Morgan, 2000).

La terapia narrativa se propone generar **historias alternativas** que conlleven descripciones gruesas y ricas. Una de las primeras vías para lograr esto es la externalización del problema en torno a la cual se construyen varias de las conversiones narrativas y la reconstrucción de historias para generar una reescritura de la vida, donde el consultante es el autor principal.

Cuando White inicia la externalización del problema, todavía dentro de su época de terapeuta sistémico, o en la transición a la narrativa, lo hace como una técnica, sin embargo, a partir del uso del lenguaje externalizante (el cual habla de los problemas como ajenos a las identidades) se convierte en una postura teórica. Alice Morgan (2000) menciona que la externalización es común en la terapia narrativa, sin embargo no la considera indispensable, lo que sí considera indispensable es el giro en el uso del lenguaje, el cual implica una actitud y una orientación, considera que si se aplica únicamente como técnica (por ejemplo la entrevista al problema), los efectos son limitados.

Presentar a la externalización como una técnica lleva a compararla con otras estrategias terapéuticas (conductuales, gestálticas, cognitivas o racionales) cuando en realidad se trata de una postura epistemológica diferente, enraizada en las ideas de Foucault (1999b, 1999e, 1999f) que habla sobre los discursos dominantes que generan cuerpos dóciles. Para este autor, las personas son sometidas a partir de estos discursos y pierden libertad.

Es por esto que se prefiere hablar de un lenguaje externalizante, diferenciándolo de la técnica de externalización, en donde consultante y terapeuta co-construyen una postura epistemológica en donde se posibilitan acciones distintas a la trama dominante del problema. En este lenguaje, la persona y el problema son instancias diferentes, terapeuta y consultante mantienen una relación horizontal (el terapeuta no "inventa" la técnica para ayudar al paciente) en donde el terapeuta acompaña al paciente en el cambio epistemológico donde se descubren los discursos opresores y donde no hay parámetros que determinen lo que es o no un problema.

Es por esto que externalización y deconstrucción van de la mano, pues el lenguaje externalizante permite poner en un lugar aparte a la identidad y comenzar a descubrir los discursos subyugantes y cómo inadvertidamente han ido entrando en la vida de las personas, "volver exótico lo doméstico" (White, 1994, pag. 29) con el objetivo de llegar a invitaciones irresistibles a la desobediencia responsable y crítica.

White contempla tres categorías de deconstrucción: deconstrucción del relato, la deconstrucción de las prácticas de poder y la deconstrucción de las prácticas del saber. La deconstrucción del relato retoma la idea de que las historias constituyen y dan forma a la vida, sin embargo acepta también que son generadas en contextos culturales donde existen discursos dominantes que mantienen ciertos eventos excluidos (eventos extraordinarios) y por lo tanto hay inconsistencias y contradicciones a partir de las cuales se posibilita la re-escritura. Descubrir estos eventos será la labor del proceso terapéutico. A través de un antilenguaje que objetiviza a los problemas y ya no a las personas, se hacen accesibles descripciones sobre la historia del problema, los efectos del problema en la persona y las distintas esferas en las que convive, en su identidad (White, 1994, Morgan, 2000).

Los eventos únicos, o logros aislados, aquellos que han sido excluidos de la historia dominante, son la puerta de entrada para la deconstrucción, sin embargo es indispensable que estos eventos sean importantes para las personas, que sean evaluados como únicos por ellas, no por el terapeuta. A partir de esta puerta de entrada se puede comenzar a hacer una descripción gruesa en el panorama de acción, ligar con otros

eventos extraordinarios, y posteriormente preguntar para generar descripciones gruesas en el panorama de identidad o conciencia desde las categorías de identidad postestructuralista (White 1994, Morgan, 2000).

White (1994) propone que las preguntas reflexivas alientan a las personas a recordar aspectos olvidados, ponen en juego la imaginación y generan un vínculo entre el panorama de acción e identidad, permitiendo a las personas experimentarse en una nueva historia que conforma nuevos estilos de vida.

La deconstrucción de las prácticas de poder retoman las ideas de Foucault en su obra "Las mallas del poder"(1999b) y "Vigilar y castigar"(1999c) sobre las tecnologías del cuerpo, donde se aborda la metáfora del panóptico donde a partir de instituciones que disciplinan a través de la especialización (cada cosa en su lugar), el control de la actividad minuto a minuto, la rutina, la normalización de juicios y la recompensa, se generan cuerpos dóciles que hacen lo que se les dice, lo hacen sin que se les diga y lo hacen sin ser vigilados.

A partir de la externalización y deconstrucción, las personas son capaces de apreciar el grado en que dichas prácticas forman parte de sus vidas y de los otros, identificar las prácticas del yo y de las relaciones que empobrecen sus vidas y las de otros, reconocer hasta qué punto se han incorporado a sus vidas y las de otros y examinar la naturaleza de las relaciones locales. Comienza a experimentarlas como algo extraño a ella y está en posición de desarrollar otras prácticas preferidas (White, 1994). Por ejemplo, cuando Miriam, la adolescente de quien hablaré más ampliamente en el siguiente capítulo, comenzó a cuestionar la forma en que los discursos de la perfección y el deber habían llegado a su familia, también comenzó a ver distintas opciones de ser estudiante, en donde podría comenzar a disfrutar de otras actividades que hacía dentro de la escuela como platicar con sus amigas, hacer bromas e incluso hacer trabajos en equipo.

La deconstrucción de las prácticas del saber, retoma las ideas que Foucault expone en su obra "Historia de la locura en la época clásica" (1967) sobre los discursos dominantes y la existencia de grupos de poder que están en condiciones de ejecutar éste, por ejemplo los

médicos, sacerdotes, políticos, etc. Puesto que en las prácticas del saber es imposible cuestionar al experto, la deconstrucción implica una invitación a cuestionarlo a través de una reflexión crítica, invitando a los consultantes a retroalimentar al “experto” y cuestionarlo sobre sus intervenciones, y al terapeuta a pedir a las personas que los ayuden a comprender desde una genuina curiosidad (White, 1994).

Puesto que la terapia narrativa es una terapia de mérito literario, hay una necesidad de generar buenas historias. Esta es labor del terapeuta, sin embargo, una buena historia, según Bruner (1988) es aquella que permite que el lector, se convierta en un mejor escritor, pues dejan lagunas a interpretar que el lector utilizará para escribir su propia narración. White (1994) propone que para lograr esto, el terapeuta invita a los miembros de la familia a llenar esas lagunas preguntando sobre: *logros aislados* que generan *explicaciones únicas*, significados o sentidos que generan *redescripciones únicas* y especulaciones futuras a partir de éstas que generan *posibilidades únicas*, a la vez que se pregunta sobre la relación con el sí mismo y con los otros en cada una de las categorías, lo cual permite descripciones gruesas que comienzan a dar mayor fuerza a las historias alternativas, que llegan a convertirse en dominantes, sólo que estas historias ya han sido elegidas por las personas a partir de la reflexión y elección conciente, a diferencia de las historias problemáticas.

Colaborativa

La terapia colaborativa se caracteriza por definir a los sistemas humanos como sistemas lingüísticos, donde en el lenguaje y los significados generan y disuelven los problemas. Sus principales representantes son Harlene Anderson y Goolishan, para estos autores el terapeuta es un participante activo y arquitecto del diálogo, donde participan en el co-desarrollo de nuevos significados, realidades y narrativas desde una postura del genuino no saber (Grandesso, 2002; Anderson, 1997)

Para Anderson (1997) el trabajo terapéutico está inserto en un contexto, ya sean factores socioeconómicos, políticos o científicos, que define las decisiones sobre lo que es o no un

problema, la estructura de las sesiones y su frecuencia, así como los que deben participar. Este enfoque propone tomar estas decisiones en colaboración con el paciente.

La idea de que los sistemas humanos son sistemas de lenguaje, se basa en el hecho de que generamos significados en un proceso interpretativo e interactivo que sólo pueden explicarse dentro de la conversación. El sistema terapéutico, como sistema humano, también se genera en el lenguaje, dentro de las conversaciones y momento a momento, y se disuelven cuando la conversación cesa (Anderson, 1997).

Así como los sistemas humanos existen y se generan en el lenguaje, los sistemas de los problemas también, surgen cuando se ha llegado a un momento de cese del diálogo y hay una pérdida del sentido de autonomía. Es así como las personas comienzan a hablar de los problemas, como conforman el sistema del problema, cuando llega el momento en que cada quien tiene una descripción del problema demasiado diferente, o cuando las diferencias se contraponen, es cuando se dice que el diálogo se ha convertido en monólogo, univocal, donde cada quien intenta convencer al otro de la propia descripción. Es en este momento de "realidades encontradas" (pag. 115) que las personas llegan al consultorio. La descripción que se hace del problema da luz también a la forma de disolverlo, de disolver el sistema del problema, dependerá del terapeuta generar conversaciones que lleven a que el problema sea definido de manera tratable en donde las posibilidades de disolver el bloqueo dialógico se potencien. Además de esto, puesto que las descripciones sobre el problema no son descripciones individuales sino relacionales, al momento de disolver los problemas, se da pie a nuevas relaciones (Anderson, 1997; Beltrán, 2004).

Si las personas vivimos en sistemas relacionales múltiples, simultáneos, superpuestos, no jerárquicos como dice Anderson (1997), cada sistema tiene su propia agenda y sus propias expectativas, incluyendo al terapeuta. Para que el diálogo se favorezca y disuelva problemas, es importante colgar estos presupuestos a la vista e invitar a que sean cuestionados, aclarados o aceptados.

Como ya se dijo antes, las terapias posmodernas son posturas diferentes frente al proceso terapéutico y la relación con el consultante. El terapeuta es un creador y facilitador del diálogo manteniendo a todas las voces en movimiento. Para este enfoque los terapeutas:

- No son editores de narrativas, pues eso implicaría una función jerárquica donde el terapeuta se encarga de deconstruir historias.
- No son tablas rasas ni pantallas en blanco, pues se cuenta con experiencias previas que deben tenerse en cuenta para que no se conviertan en prejuicios.
- No son negociadores ni árbitros, el objetivo del enfoque no es sintetizar ni consensuar, sino multiplicar versiones.
- No son detectives que descubran la verdad, esto implicaría una postura experta y en realidad son participantes de la conversación.
- No son interventores ni pasivos, sólo estimulan el diálogo a partir de la influencia del cliente.

(Anderson, 1997).

Es por esto que se dice que este enfoque terapéutico permite el desarrollo de un estilo personal, donde las experiencias, ideas e historia del terapeuta pueden utilizarse para favorecer el proceso. Gracias a esta postura, el terapeuta también está en condiciones de ser modificado por el diálogo, pues se trata de conversaciones mutuamente reflexivas, donde el terapeuta evalúa constantemente las historias que sigue en su práctica y en su vida personal. Cada conversación mueve al terapeuta, a nivel profesional y personal, el compromiso ético de revisar y reflexionar es aún más importante, pues el terapeuta no está en la postura jerárquica de seguridad que pueden llegar a dar los modelos modernos, que establecen que el terapeuta no es influido. Podríamos decir, que la posmodernidad, habla de lo no dicho, no es que en la modernidad el terapeuta no fuera influenciado sólo que ahora se acepta, se estimula y se utiliza.

Equipos Reflexivos

Tom Andersen es uno de los principales representantes del trabajo terapéutico con equipos reflexivos. El ubica el origen de su trabajo en su desempeño como terapeuta en el

servicio de salud de Noruega en el año 1974. A partir de 1985 a raíz de su incomodidad personal como terapeuta y las formas de trabajo, comienza a experimentar formas diferentes desde la intuición. Retoma las ideas de filósofos alemanes como Heidegger y Gadamer sobre las comprensiones previas (pre-juicios) que median entre la persona y lo observado, y propone girar la atención a la conversación y el lenguaje, introduciendo así el círculo hermenéutico o los procesos reflexivos (en el amplio sentido de la palabra) a la terapia (Andersen, 1991).

Retomando las ideas de Bateson y Bülw-Hanses sobre las diferencias, Andersen retoma que existen tres tipos de diferencias frente a estas comprensiones previas que pueden generarse en una conversación: lo excesivamente habitual (más de lo mismo), lo excesivamente insólito y lo adecuadamente insólito. Para Andersen, sólo la última puede generar una diferencia, por lo que es importante centrarse en la conversación y las reacciones ante ésta (Andersen, 1991; Andersen, 2005).

Cada palabra tiene significado, pero en las relaciones cabe la pregunta de si tiene el mismo significado para todos, abriendo así las puertas a las posibilidades de significados diferentes. Andersen (1991) plantea un círculo de comprensión, en donde los órganos sensores del otro recibe la conversación y le asignan una explicación y descripción, esto lleva a decir y hacer algo por parte del otro, lo cual es recibido por nosotros a través de nuestros propios órganos sensoriales y que llevará a descripciones y explicaciones que generarán palabras y acciones en nosotros, que nuevamente serán recibidas por el otro. A partir de este círculo, Andersen hace dos preguntas para reflexión: "¿hasta qué punto soy responsable de abrir mis órganos sensoriales y, por tanto, ser perturbado por aquello que me "toca"? y ¿Hasta qué punto soy responsable de que la otra persona se abra para que yo la perturbe?"

Estas preguntas invitan a una reflexión ética sobre la responsabilidad del terapeuta y los límites de su trabajo, pues si bien es partícipe de la conversación, no se trata de que haga el trabajo del consultante. Considero que ésta es una responsabilidad ética más importante, pues implica el trabajo en la persona del terapeuta para no hacer por el otro

salir del sistema patriarcal dominante, cosa que de cualquier manera sería imposible, pero a la vez, acompañarlo en la apertura a nuevos significados.

Otra influencia importante también fueron los trabajos de Varela y Maturana, quienes dicen que las personas están fuertemente influenciadas por las estructuras biológicas, sin embargo advierten que estas estructuras están en constante cambio pero conservando funciones básicas que permiten la adaptación al medio. Los equipos reflexivos retoman esta idea al aceptar que las personas reaccionan ante las situaciones sólo de una manera posible de las que existen en el repertorio, sin embargo, estas reacciones pueden cambiar con el paso del tiempo cuando desaparecen formas viejas y aparecen nuevas (Andersen, 1991).

La estructura de las sesiones con equipo reflexivo comprende desplazamiento entre el hablar y el escuchar, al mismo tiempo que se mantienen conversaciones exteriores, se tienen interiores, generando múltiples descripciones que pueden llevar a ideas nuevas. Se comprenden al menos tres momentos:

1. El terapeuta mantiene una conversación con los miembros de la familia sobre lo que los ha llevado a sesión. Puede que algún miembro de la familia prefiera no conversar, en este caso, no se insiste y se entiende que esté en proceso de diálogo interno, incluso se admite la posibilidad de que esté teniendo una conversación totalmente diferente a la del momento.
2. El terapeuta junto con los consultantes intercambian posición con el equipo, pasan a la posición de escucha. Es momento de que el equipo hable sobre sus reflexiones durante la conversación, sin embargo es importante que se evite hacer interpretaciones, presuposiciones y hablar de temas que se hayan observado son incómodos para los consultantes, se habla de la conversación. Durante este tiempo, el equipo habla entre sí con el objetivo de mantener una distancia que permita a los consultantes reflexionar sobre lo que están escuchando o sobre lo que se ha hablado. El objetivo de que el equipo no vea directamente a los consultantes además de darles este espacio, es evitar que se sientan presionados a contestar a preguntas o comentarios del equipo.

3. Terapeuta y consultantes vuelven a la posición de habla, el terapeuta puede preguntar a los consultantes si quieren comentar o hablar sobre algo que hayan escuchado en el equipo o sobre conversaciones internas que hayan tenido durante ese tiempo.

Un cuarto momento puede dedicarse a preguntar a los terapeutas, en presencia de los clientes sobre sus pensamientos durante las conversaciones, sus intenciones al hacer las preguntas que hicieron e invitar a los clientes a preguntar y comentar sobre su experiencia dentro de las sesiones, lo cual permite una retroalimentación al equipo, Anderson (1997) y Andersen (2005), lo plantean como un proceso de co-investigación.

La configuración anterior es la original de los equipos reflexivos, sin embargo, considerando las circunstancias prácticas así como los deseos y preferencias de los participantes, Andersen (1991) propone otras modalidades:

1. Cuando el entrevistador está solo, puede decir en voz alta sus ideas a partir de los diálogos internos que tienen durante la conversación.
2. Cuando se trabaja en co-terapia, ambos terapeutas pueden conversar entre ellos sobre las especulaciones, sin ver a los consultantes, con el objetivo de mantenerlos en la ventajosa distancia de escuchas.

Existen cuatro interrogantes que guían el trabajo del equipo reflexivo referentes a los temas sobre los que se conversa, si son adecuadamente insólitos; quienes están deseosos de participar en la conversación y por esto es con los que se debe mantener; para qué quieren los consultantes utilizar la reunión y quiénes pueden hablar y escuchar la conversación, tal vez se decida dividir la sesión para conversar con subgrupos. Además de esto, el equipo, cuando se encuentra detrás del espejo, no habla durante la sesión, pues esto limitaría la atención de los miembros a una sola idea, si no hablan entre sí, surgirán más ideas diferentes (Anderson, 1997; Andersen, 2005).

La labor más importante del equipo reflexivo es ver las aperturas en la conversación que den pie a preguntas que faciliten la generación de nuevos significados a través de

analizar lo que se manifiesta y la forma en la que se hace. Esto permite adentrarse en las palabras y descubrir los significados asociados, así como otras palabras (Andersen, 2005).

Anderson (1997) dice que puesto que cada miembro del equipo es conciente que no existen versiones absolutas, al momento de plantear sus impresiones utilizan palabras como "no estoy seguro", "tal vez", "además", lo cual permite poner sobre la mesa el mayor número de versiones posibles que surgen en el equipo sin descalificar ni priorizar ninguna, es el cliente el que decidirá. Para esto es indispensable que las conversaciones del equipo reflexivo giren en torno a la conversación que se acaba de escuchar y no a las que pertenecen a contextos distintos, además de evitar hacer connotaciones negativas. Cuando algún miembro del equipo aporta ideas que puedan parecer determinantes, otro miembro del equipo puede cuestionarle sobre la forma en la que llega a esas conclusiones, con el objetivo de deconstruir el discurso y presentarlo como una de las alternativas. Sin ignorar las peticiones de consejos que en ocasiones pueden necesitar los consultantes, el equipo reflexivo también puede aportar "consejos", pero diferirá en la manera de presentarlos, pues no los presenta como "experto" sino como un compartir de experiencias, puede hablar de otras familias que ha atendido, de su propia historia, pero enfatizando que es sólo una idea y que no hay garantía de que eso sea lo que funcionará para esa familia (Andersen, 1997).

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

"Acostumbramos a decir que "llevamos" una conversación, pero la verdad es que, cuanto más auténtica es la conversación, menos posibilidad tienen los interlocutores de "llevarla" en la dirección que desearían."

Hans-George Gadamer.

1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

En el capítulo anterior se presentaron los modelos terapéuticos sistémicos y posmodernos que guiaron la práctica clínica durante la residencia. En este capítulo se analizarán dos de los casos tratados como terapeuta utilizando la propuesta narrativa.

Ya se ha hablado de los aspectos generales del modelo, sin embargo existen algunas especificidades que valdrá la pena explicar conforme se realiza el análisis. El objetivo de esto es presentar las intervenciones narrativas dentro de un contexto que facilite su comprensión.

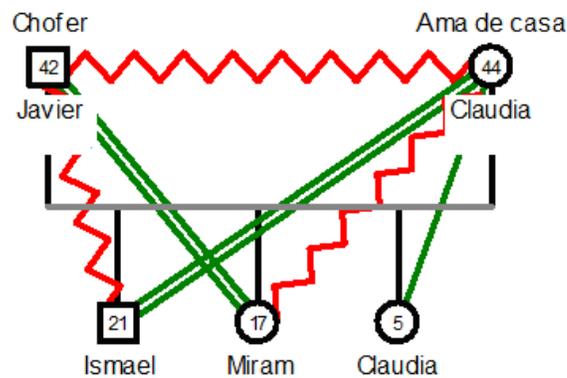
Se analizará cada caso de manera separada. Algunas de las estrategias utilizadas fueron similares, aquellas que generalmente caracterizan a las intervenciones narrativas, como es el uso del lenguaje externalizante. Sin embargo, la propuesta narrativa no pretende ser una receta a seguir paso a paso, esto genera que cada caso pueda abordarse de

manera única. Existen estrategias que pudieron haberse seguido pero que no se hizo, en estos casos, se hace referencia a otros casos clínicos trabajados durante la residencia en donde se pueden ejemplificar o casos trabajados en otros contextos cuando no se cuenta con un ejemplo dentro de la práctica de la residencia.

Con el objetivo de enfatizar la metáfora narrativa, he decidido nombrar cada caso de acuerdo a una trama y no con apellidos ficticios. Además de esto, cada etapa del trabajo terapéutico se identifica con un subtítulo que da una idea general del proceso de re-narración.

1.1.1 LA LUCHA DE UNA FAMILIA CONTRA LA PERFECCIÓN

Fig. 5 Familiograma Familia 1¹



SIMBOLOGÍA

-  Conflictos en la relación
-  Fuerte alianza o cercanía
-  Relación favorable

¹ Los nombres fueron cambiados para asegurar el anonimato de los usuarios. La simbología utilizada está de acuerdo al programa Geno Pro Beta.

La familia es canalizada a la clínica de terapia familiar del CCHA por parte del departamento de psicopedagogía de la institución a donde acudieron inicialmente. Miriam, la hija mayor había suspendido sus estudios de bachillerato en quinto semestre después de un problema que tuvo con uno de sus maestros.

Estaban interesados en solucionar el obstáculo que impedía que Miriam continuara sus estudios, pero a la vez estaban preocupados por su salud, pues ya en la secundaria había tenido que ser hospitalizada por una crisis médica debido al alto nivel de estrés en el que se encontraba.

La psicóloga de la escuela les había dicho que podría tratarse de una depresión, sin embargo los miembros de la familia no encontraban explicación a la baja de la hija, lo veían como algo inesperado, pues siempre había sido muy dedicada en sus estudios y obtenido calificaciones altas. Al respecto Miriam comenta que para ella era más difícil sacar un ocho que un diez, pues el ocho implicaba una presión mayor por no haber cubierto todo lo que tendría que haber hecho.

Miriam identificaba un problema que había tenido con un maestro al inicio del quinto semestre como el evento que desencadenó la crisis. El maestro pedía como requisito para aprobar la materia que entregaran todos los trabajos hechos en computadora, ella no contaba con una en su casa y la situación económica de su familia impedía comprarla. Llegó a sentir mucha presión por parte de su profesor y pocas posibilidades de encontrar soluciones alternativas. Después de esto llegó a su casa con un fuerte dolor de cabeza que no se le quitó en varios días y que la llevó a ser hospitalizada pues el cuadro se complicó con una falta de apetito. Al salir del hospital, con una gran sorpresa para los padres, decidió no regresar a la escuela.

Había acudido a psicoterapia donde trabajó la presión que sentía por parte de sus padres para regresar a la escuela y atribuyó sus dolores de cabeza a la misma. Como recomendación de la psicóloga, la familia decide esperar a que la hija se sienta más fuerte física y emocionalmente para poder regresar a sus estudios.

Cuando la familia asistió a la primera sesión de terapia familiar, Miriam había dejado de tener dolores de cabeza tan seguidos, lo que reavivaba la preocupación de los padres, quienes seguían sin encontrar una razón lógica a su baja.

El tema del estudio era un tema especialmente importante para la madre, quien a pesar de haber sido muy buena estudiante se vio en la necesidad de abandonar sus estudios por limitaciones económicas terminando una carrera técnica que no estaba en sus expectativas.

Comparando su historia como estudiante con la de Miriam, la madre no consideraba motivo suficiente la cuestión de la computadora para abandonar los estudios, pues a pesar de la crisis económica, podrían haber hecho un esfuerzo para comprársela si era obligatoria para la escuela. El padre estaba de acuerdo con su esposa, podrían haber pedido un préstamo para comprar la computadora, sin embargo también se sentía continuamente presionado en el aspecto económico. Miriam, por su lado, no estaba dispuesta a ocasionar un gasto extra a sus padres, pues sabía de los apuros por los que atravesaban y veía lo presionado que estaba su padre.

Aunado a la presión económica, los padres, y en especial la madre, tenían temor a que pasara con Miriam lo mismo que con su hermano mayor, quien al terminar la secundaria había abandonado sus estudios de bachillerato pues su novia estaba embarazada y debía trabajar. La deserción del hijo había sido una desilusión muy grande para la madre, pues esperaba que sus hijos terminaran al menos una licenciatura. A partir de este evento, Miriam comenzó a sentir una gran presión para ir bien en la escuela, pues creía que así cubriría las expectativas que su madre tenía en su hermano y en ella.

Desde la deserción académica de Miriam, se habían reavivado antiguos conflictos entre los padres respecto a los estilos de educar a los hijos. El padre mantenía generalmente una actitud más tranquila, conciliadora y en ocasiones permisiva, lo cual molestaba a la madre, pues era ella la que siempre quedaba como la mala frente a los hijos al exigirles las cosas. Sin embargo, ambos esperaban lo mismo de los hijos.

Era la madre quien tomaba la mayoría de las decisiones o presionaba para que se llevaran a cabo proyectos familiares. Ella había propuesto su matrimonio, presionado para la compra de una casa e incluso había pedido las sesiones de terapia familiar. El padre por su lado, terminaba haciendo lo que pedía su esposa frente a su insistencia y la presión que llegaba a sentir, sin embargo tenía la sensación de que nada de lo que hiciera era suficiente para su pareja.

Respecto a la reincorporación de Miriam a sus estudios, la madre era quien mostraba más insistencia, a través de comentarios directos o indirectos, mientras que el padre prefería hablar con ella y tratar de persuadirla.

Esta situación reavivaba una expectativa no cubierta en la madre que se relacionaba con una necesidad de reconocimiento no cubierta en su familia de origen. Esperaba que sus hijos fueran jueces entre ella y su esposo y terminaran reconociendo lo útil de la presión e insistencia para su superación académica y económica. En aquel momento se enfrentaba a ver que dos de sus posibles jueces parecían no aceptar esa tarea y comenzaba a poner esta expectativa en la hija menor.

Al iniciar el tratamiento la madre se encontraba desesperada y desilusionada; el padre confundido respecto a qué actitud tomar frente al problema que enfrentaban en ese momento; Miriam preocupada por poder superar la crisis y agobiada con el peso de las expectativas de los padres y la hermana menor preocupada por sus papás y su hermana pues los veía tristes y enojados.

1.1.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO - METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA DE ACUERDO A LA PROPUESTA DE LA TERAPIA NARRATIVA

Generando un giro en el lenguaje: Hablemos del problema

En las primeras dos sesiones asisten los padres y las dos hijas. El primer abordaje terapéutico que se realizó con la familia fue de acuerdo al modelo de Milán por tres razones principales, el estilo de comunicación de la familia, debido a que era modelo teórico que se revisaba en ese momento en la residencia además de ser la especialidad de la supervisora encargada, pero sobre todo porque la dinámica de la familia en aquel momento giraba tanto en torno al problema que pareció poco práctico comenzar el abordaje narrativo en esa primera etapa, se decidió pues por abordar el problema que agobiaba a la familia de una forma que pudiera destrabarse el diálogo sobre el mismo.

Sobre este tema Harlene Anderson (1997) conceptualiza a los problemas que afectan a las familias como los momentos en que el diálogo en torno a las dificultades se ha suspendido o se ha generado una quiebra conversacional. Esta situación ocasiona que las personas pierdan su sentido de autonomía y la fe en que son capaces de resolver el conflicto. Las conversaciones terapéuticas buscarán entonces generar el contexto necesario para que el diálogo se reanude y el problema se disuelva.

Para la tercera sesión se decidió iniciar el abordaje narrativo. Aunque desde los primeros momentos puede detectarse un lenguaje y postura terapéutica de acuerdo a este modelo, esta sesión se identifica como el momento de giro teórico, pues es en ella donde se comienza a trabajar con la identidad de Miriam desde una visión posmoderna, comienza la deconstrucción de la historia dominante y se mantiene una doble escucha, la cual permitiría posteriormente dar pie a la re-narración.

Al respecto Morgan (2000) plantea que para el terapeuta narrativo y los consultantes hay varios caminos a tomar durante el curso del trabajo terapéutico, ninguno de ellos es el *correcto*, sólo se presentan como opciones a seguir y se pueden seguir por algún tiempo antes de decidir cambiar de dirección. En el caso de esta familia, se pudo haber iniciado con la propuesta narrativa o continuado con el modelo de Milán, sin embargo, en aquel momento se consideró que las posibilidades que ofrecía la narrativa para la vida de Miriam favorecían una re-narración gruesa de la historia que hasta aquel momento dominaba la experiencia de la familia.

En la familia de Miriam se detectó un lenguaje ambivalente en dos áreas. En el área escolar, los padres expresaban abiertamente su apoyo incondicional a los hijos en el logro de sus propias metas académicas, se definían comprensivos a la presión de Miriam y a su decisión de haber suspendido sus estudios, su preocupación por resolver el problema que la detenía a regresar y ponían su salud en primer lugar; sin embargo, por otro lado, a través de comentarios aislados o sarcasmos, se mostraban desesperados por el regreso de Miriam a la escuela, ejercían presión sobre ella para que resolviera lo antes posible sus problemas, lo cual estaba afectado de nuevo su salud, y sobre todo, no existía la posibilidad de que Miriam decidiera darse de baja definitiva. El mensaje parecía ser: decide, libremente, cuándo quieres regresar a la escuela, tómate el tiempo que quieras para resolver el problema; pero, regresa lo antes posible a la escuela. Es decir, no estaban dando el tiempo necesario ni la opción de no continuar los estudios.

En el área de la dinámica familiar, había para la madre y el padre una carencia de reconocimiento y afecto por parte de sus propios padres que había desencadenado una necesidad de recibirla de la pareja y los hijos. La madre buscaba ser una madre perfecta, con pareja e hijos perfectos, mientras que el padre buscaba cubrir todas las peticiones de su esposa e hijos aunque eso lo pusiera en una situación estresante.

Esta dinámica había llevado a los padres a una lucha interminable por el reconocimiento, el cual, al no encontrarlo en la pareja, buscaban en los hijos, pidiéndoles que fueran jueces entre el padre *comprensivo* y la madre *perfeccionista*. Los hijos estaban en una situación paradójica, tendrían que decidir quien era el *bueno*, pero a la vez, este juicio no

sería suficiente, pues el reconocimiento que buscaban los padres no era el de ellos, sino el de los abuelos.

Con base en los datos obtenidos en el interrogatorio circular y el análisis descrito en párrafos anteriores, se realizaron las siguientes intervenciones de acuerdo al modelo de Milán:

Connotación positiva: Se le dice a la familia que la baja temporal de Miriam es el resultado de un deseo de llevar en sus espaldas el deseo familiar de superación, tratar de cubrir las expectativas que los padres tenían en su hermano y en ella; pero se cuestiona la posibilidad de lograrlo a pesar de ser muy sensible e inteligente y se menciona que es algo que ninguno de los padres ha pedido.

Esta intervención pone la baja de Miriam como un intento de cooperación fallido, no un ataque, y une a todos los miembros en un solo objetivo, la superación de la familia.

Tarea Innocua: Se pide a Miriam que piense en “las cargas” que le corresponden exclusivamente a ella, mientras que a sus padres escribirían las cosas que les gustaría aprender de su pareja.

Para la segunda sesión, Miriam había escrito “ver por mi misma y mi futuro”. Esto, aunque era un objetivo muy general, permitió eliminar de la carga las expectativas de los padres. Ninguno de los padres había elaborado la lista, y aunque se abordó el tema en sesión, dejó en descubierto la dificultad para reconocer al otro.

Descubrimiento del juego familiar: La supervisora entró a la sala de terapia para dar el mensaje que había elaborado el equipo. Se inicia con la validación de la historia de no reconocimiento al esfuerzo, sufrimiento y dolor que durante la sesión había comentado la madre.

Se marcó el inicio de la pareja como la búsqueda de ese reconocimiento que no se había recibido en las familias de origen, y cómo, en esta búsqueda habían presionado

tanto a la pareja que habían dejado de escucharse, volteando hacia los hijos para que emitieran un juicio justo.

Los hijos en una respuesta amorosa hacia ambos de los padres, habían decidido *parecer* burros para que cualquier juicio que pudieran emitir careciera de valor, sin embargo, lamentablemente, esto había llevado a que todos los miembros de la familia carecieran de reconocimiento.

Esta intervención, redefinición del problema, enfatiza la idea de que el problema de la familia no era la baja de Miriam sino la necesidad de reconocimiento que había llevado a todos los miembros de la familia a tratar de hacer todas las cosas de manera perfecta y buscar jueces, sin lograrlo.

Prescripción del síntoma: Cuando se realizó esta intervención, el problema ya no era la baja de Miriam, sino la búsqueda de jueces por parte de los padres y la doble carga para Miriam, por lo que la prescripción fue en ese sentido.

Se dijo a los padres que podían seguir buscando jueces en sus hijos pero que no los iban a encontrar, mientras que Miriam, podía seguir intentando llevar la doble carga, pero que por más esfuerzos que realizara no lo lograría.

También se advirtió a la familia sobre el riesgo que había de que en un futuro la hija menor dejara sus estudios para evitar ser un juez calificado de forma similar a como lo habían hecho sus hermanos.

Como se dijo anteriormente, después de la segunda sesión, posterior a las dos últimas intervenciones descritas, únicamente siguió asistiendo Miriam y las explicaciones que dieron fueron sus actividades de trabajo y en casa. Esta ausencia se podría deber a varias razones:

1. El descubrimiento del juego familiar pudo haber estado fuera de tiempo y la ausencia de la familia era una respuesta de defensa. No obstante, de acuerdo a

lo reportado por Miriam, sus padres habían hecho frente común y, aunque la presión a regresar había disminuido, ya no era la madre quien presionaba y el padre quien se mostraba comprensivo. Además habían comenzado a decirle que si no regresaba a la escuela fuera buscando otras opciones, pues no se le permitiría quedarse en casa sin hacer nada, lo cual liberaba de la expectativa de éxito académico como única opción.

2. No se abordó el tema de la deserción de Miriam como foco de las sesiones como esperaba la familia. Al final de la primera sesión hubo una petición directa de la madre de asesoría para Miriam para que regresara a la escuela, ante lo que se cuestionó la posibilidad de que lo hiciera mientras tenía una doble carga, sin embargo se reconoció su preocupación. De haber obligado a Miriam a regresar a la escuela como parte de las tareas terapéuticas, se habría corrido el riesgo de fortalecer el discurso dominante del éxito académico como puerta para el reconocimiento.
3. El uso del lenguaje del equipo de terapeutas y la supervisora era diferente al de la terapeuta. Sin embargo, la deconstrucción del relato permitiría más adelante el cuestionamiento de algunas intervenciones que se hicieran por parte de los terapeutas y que no encajarán con la historia preferida. Más adelante se explicará el uso de esta estrategia dentro del equipo reflexivo.
4. El motivo de consulta se había redefinido en las sesiones, ya no se trataba de la baja de Miriam, sino de la búsqueda de jueces y la doble carga. Esta fue la hipótesis sobre la que se siguió trabajando, uno de los motivos de consulta involucraba a toda la familia el otro únicamente a Miriam, pero obedecía a la historia familiar.

Si los padres hubieran continuado con las sesiones, cualquiera de los dos problemas que se habían definido hasta ese momento se podrían haber abordado de manera colectiva y visión narrativa, en donde cada miembro de la familia hablara de los efectos que la aparición del problema había traído a sus vidas.

De esta manera se podría investigar los significados específicos y diferentes que cada miembro de la familia tenía del problema con el objetivo de acordar un nombre que

integrara una definición compartida al mismo tiempo que se conservaran nombres específicos que cada uno identificara cercano a su experiencia individual –un nombre que fuera creíble- (Anderson, 1997).

Esta estrategia se siguió con otra familia en cuarto semestre, cuyo motivo de consulta también era la deserción escolar de la hija menor debido a un ataque de pánico. De igual manera que con la familia de Miriam, se connotó la baja de la hija como una respuesta a un problema mayor en la familia. Esta familia decidió nombrar al problema que atacaba a su familia como “el muro” y cuando se describió el problema, cada integrante de la familia ponía nombre a un “tabique” (soledad, enojo, miedo, tristeza, cansancio, falta de comunicación, etc.). Esta descripción permitió atacar al problema tabique por tabique y presentarlo como una tarea posible.

En la familia de Miriam eran ya dos problemas los que se habían identificado y puesto que los demás miembros de la familia dejaron de asistir, decidimos enfocarnos al problema de la doble carga -sin olvidar el problema del reconocimiento en la familia-, tomar la ausencia de la familia como un mensaje que permitiría que Miriam, se enfocara en aquello que era su carga exclusiva: preocuparse por ella y su futuro.

Cabe mencionar que durante las primeras intervenciones se manejó un lenguaje metafórico que permitió introducir el lenguaje externalizante. Se mencionó la frase de “la doble carga”, para referirse a la intención de Miriam de llevar en sus espaldas “las expectativas” sobre los logros de ella más los de su hermano.

La terapia narrativa no se define por las estrategias o intervenciones terapéuticas, sino por el uso del lenguaje que hace el terapeuta, un lenguaje externalizante, donde se habla de la persona y del problema como dos sujetos (gramaticalmente hablando) independientes. Esto implica que es labor del terapeuta introducir este giro en el lenguaje.

White (2002), en una entrevista que le hace Donald L. Bubenzer, menciona que cuando el relato de una familia está saturado por el problema, cuando llegan con un discurso totalizante, como el de la familia de Miriam, es conveniente iniciar con las conversaciones

externalizadoras, donde se introducen preguntas sobre el problema en la vida de las familias. Esto genera un giro en el uso del lenguaje que hace la familia, permitiéndole explorar identidades separadas del problema. Algunos ejemplos de este tipo de preguntas son:

- ¿Qué cosas de la familia ha mantenido oculto el problema?
- ¿Cuándo fue que comenzaste a sentir esta carga?
- ¿Cómo te sientes de estar en la balanza?
- ¿De dónde vendrá este traje de juez?

Iniciando el viaje: Quitemos la banda

Así pues, había en la familia de Miriam un discurso dominante que exigía la perfección para demostrar que se era alguien con valor. Era un discurso de larga historia y que había invadido tanto la vida de la familia, se había internalizado tanto, que ya no era necesaria la vigilancia de alguien más, la exigencia venía “desde adentro”.

Foucault, al hablar de discursos dominantes y de las disciplinas del poder en su obra “Vigilar y Castigar” (1999c), advierte sobre esto al comparar el ejercicio de la disciplina con el modelo del panóptico. A partir del siglo XVIII, el castigo físico deja de considerarse adecuado, por lo que la disciplina encuentra formas más sutiles de dominar las vidas de las personas, formas que van internalizando el discurso de tal manera que las personas terminan haciendo lo que se les pide, sin necesidad de que se les diga o sean castigadas, al menos físicamente por ello.

Miriam no necesitaba que alguien le dijera que tenía que ser buena estudiante, sacar buenas calificaciones, ser buena hija y ganarse cada bocado que llevaba a su boca. Ella, al igual que su familia, estaba dominada por el discurso de la perfección y la promesa de que si se cumplían estas exigencias, recibiría reconocimiento, sería considerada valiosa.

Dominada por este discurso, Miriam se preocupaba, como pocos adolescentes de su edad, por los problemas económicos de sus padres, buscaba satisfacer sus expectativas y

convertirse en la estudiante que su hermano no había podido ser, se preocupaba por el futuro de su hermana menor, le ayudaba en sus tareas, buscaba las cosas buenas de sus padres y los defendía frente a las críticas de familiares, no pedía permisos para ir a fiestas, dejaba de comer si un día no cumplía con sus obligaciones escolares.

Sin embargo, también estaba enojada, pues nada parecía ser suficiente. La perfección había dominado tanto su vida que comenzaba ya a cuestionarla, como aquel súbdito que ya no tiene nada más que perder, pero sí la posibilidad de ganar mucho.

Siguiendo una conversación externalizadora, comenzamos a cuestionar este discurso de poder. No se emitían juicios de valor sobre sus padres, pues no eran ellos los *enemigos*, ellos estaban dominados también por el discurso de la perfección y la presión, el sarcasmo, los reclamos eran señales de ello. Esto permitió que la relación de Miriam con sus padres, y en especial con su madre se fortaleciera durante el proceso, permitiéndole encontrar una imagen femenina con la que se identificara, ambas eran víctimas de la perfección.

Miriam significaba los dolores de cabeza como la reacción a la presión de estar pensando en sus tareas escolares y los problemas económicos y veía su baja como una reacción a esta historia de perfección, una manera de comenzar a ver por *ella misma y su futuro*.

Se enojaba porque a partir de la baja, parecía que ninguno de sus logros pasados le habían ganado algo de *crédito*. Desde la perfección, no importaba cuántos diplomas hubiera ganado, cuántos trabajos hubiera entregado, los esfuerzos que hubiera hecho para ahorrar de su gasto semanal, sólo importaba que en ese momento ya no asistía a la escuela.

Este enojo le impedía ver soluciones alternativas a las tareas de los maestros, reconocer que sus papás podían solucionar por ellos solos los problemas económicos o ver que su hermana podría hacer las tareas sin su ayuda.

La perfección estaba llevando a cabo su contraataque, buscaba mantener el control de la vida de Miriam y su familia. Hacía que el intento de recuperación de las riendas de su vida que Miriam había iniciado con su baja, comenzara a ser un problema. Miriam no se sentía merecedora de nada en casa, no quería comer, seguía con dolores de cabeza y estaba enojada con sus padres, ellos, por su lado, lo veían como un fracaso en su manera de educar a sus hijos, presionaban para que regresara a clases a toda costa. La perfección les decía "regresen al carril, si quieren volver a tener el reconocimiento", un reconocimiento que nunca habían tenido, ni tendrían.

Michael White (1994) sostiene que antes de iniciar una re-narración es importante, al menos, dos cosas, que la persona evalúe su vida a partir del efecto que el problema ha tenido en su vida, de lo limitante del discurso dominante para la definición de su identidad, y que exista una justificación, lo suficientemente significativa para la persona, que la *mueva* a iniciar la re-narración. Dicho de otra manera, es necesario que la persona se *dé cuenta* de los efectos del problema en su vida y que *decida*, con base en razones lo suficientemente significativas e importantes, hacer algo diferente.

Las sensaciones y sentimientos que acompañaban a Miriam, su enojo, su tristeza, el dolor de cabeza, la sensación de haberse abandonado tanto por mucho tiempo, de haber dejado de ver "por ella y su futuro" se convirtieron en la justificación para la re-narración de su identidad y en *aliados* constantes durante el proceso terapéutico.

Por otro lado, la decisión de haberse dado de baja, se resignificó como un logro aislado en la vida de Miriam que empataba con una historia de "ver por ella y su futuro", era un intento desesperado por cambiar la relación de poder y sería lo suficientemente fuerte como para mantener a Miriam en el viaje, pues había sido una respuesta lo suficientemente amenazante para la perfección como para poner en marcha estrategias de contraataque.

La estrategia principal de la perfección era poner una banda en los ojos de la familia para que no vieran las capacidades de los demás ni las propias, esto le permitía que el reconocimiento nunca llegara pero a la vez mantener viva la promesa. Incluso en las

reacciones de Miriam contra el discurso dominante la banda seguía presente, pues no veía las capacidades de sus padres para solucionar sus problemas de pareja o económicos, para poder auto-reconocerse, tenía que ayudarlos a ello; en ella, no veía que seguía siendo inteligente aunque no fuera a la escuela.

En este sentido, la *banda de la ceguera* (una banda compartida por la familia) era el primer enemigo a atacar, pues esto permitiría fortalecer la identidad de Miriam y alejarla del discurso de la perfección, fortalecería su independencia. Por esta razón, el equipo decidió contarle el siguiente cuento zen:

“Este cuento tiene que ver con la ceguera que la gente tiene a veces acerca de los recursos propios y ajenos.”

Dos monjes lamas, un viejo y un joven, que salieron de su monasterio para caminar, llegan a un pueblito muy pobre. El anciano le dice al joven:

- “Busquemos la casa más pobre”

Al encontrarla, tocan a la puerta y abre un señor descalzo. El piso de la casa era de tierra y se podía ver la carencia en la que él y su familia vivían. El dueño de la casa, al ver que eran viajeros, los invitó a pasar y les ofreció un vaso con agua.

- Perdón que únicamente les ofrezca agua, pero como podrán ver, soy muy pobre y no tengo nada.

- Y, ¿de qué vive usted? - preguntó el anciano.

- Pues mire usted, tenemos una vaca, parte de la leche que da la vendemos y con ese dinero compramos algunos víveres, otra parte la consumimos. Pero no tenemos dinero, únicamente alcanzamos a sobrevivir.

Cuando terminaron de beber, los monjes se despidieron para continuar su viaje. Al llegar a la siguiente colina, el anciano le dice al joven:

- Regresa a la casa, busca a la vaca y tírala a la barranca.

El joven, sorprendido contesta: “Pero, ¿cómo voy a hacer eso?, ¿es de lo único que viven! -. Pero como es bien sabido, los monjes lamas deben obedecer a los viejos pues reconocen en ellos la sabiduría, así que el joven regresó a la choza e hizo lo que su maestro le había pedido.

El joven se sintió tan culpable que un año después, salió del monasterio para visitar al señor. Al llegar al pueblo y acercarse al lugar donde recordaba haber visto la choza, se sorprendió, pues en el mismo lugar ahora había una casa muy elegante con piso de mármol. Aunque dudó que el señor y su familia siguieran viviendo en el mismo lugar, decidió tocar a la puerta para preguntar por ellos.

La sorpresa del joven fue mayor cuando la persona que abrió la puerta era el mismo señor que un año atrás le había ofrecido agua.

- Pero, ¿qué ha pasado?, ¿cómo es que ahora vive tan bien?

- Mire usted, hace un año, justo después de su partida, la vaca que teníamos cayó al barranco, cuando perdí lo único de lo que vivía, tuve que inventar formas nuevas para salir adelante. Ahora me va muy bien en el negocio.

El joven, sorprendido, regresó al monasterio con su maestro y le contó lo que había encontrado en el pueblo.

- ¿Cómo sabías que iba a encontrar otra forma de vivir?

- Únicamente hice lo que tú no, confié en que lo lograría.

Son varias las interpretaciones que se pueden hacer de este cuento, pero en el caso de Miriam, se buscaba generar una analogía entre la vaca del señor pobre y todo lo que Miriam hacía para ayudar a sus papás. La tarea de Miriam consistía en quitarse la banda y confiar en sus padres, confiar en que ellos serían capaces de resolver sus problemas por sí mismos, sin necesidad de un sacrificio que estaba afectando su salud.

Explorando nuevos terrenos: Darse la oportunidad de intentarlo

Al salir de la sesión, Miriam encontró a algunas amigas quienes estaban sorprendidas por su baja, pues la consideraban buena estudiante. Durante la conversación Miriam comenzó a ver lo *bueno que había construido por ella misma*, se dio cuenta de las cosas buenas que hacía con ellas como convivir, platicar o hablar de los maestros, se logró ver como una persona inteligente y capaz. Una semana después Miriam decidió reinscribirse para el siguiente semestre.

Esto se interpretó en el equipo como una señal de que Miriam había decidido quitarse la banda, pues en la conversación con sus amigas, había comenzado a ver lo que había construido durante su estancia en la escuela, aquello que disfrutaba de la escuela, aquello que había dejado atrás el día que decidió no regresar.

Sin embargo, era necesario revisar los motivos de su reincorporación, existía el riesgo de que hubiera decidido regresar a la historia de la perfección, darse por vencida y *regresar al carril*, pues entre el encuentro con sus amigas y su decisión final, había tenido una plática en casa.

Su padre le había dicho muy claramente que no contara con su apoyo si su decisión sería no regresar a la escuela, pues para él era "casi como ayudarla a darse un balazo". Contaba con él si decidía continuar con sus estudios, pues sabía que así "iba para arriba".

Harlene Anderson (1999), plantea la importancia de incluir en las sesiones las conversaciones que las personas han tenido con sus familiares, conocidos o amigos respecto al problema, pues esto permite incluir nuevas voces que permitirán destrabar el diálogo, encontrar distintas definiciones del problema o incluso encontrar versiones alternativas de las vidas de las personas, áreas que no han sido dominadas por el problema.

En el caso de Miriam, incluir las conversaciones que había tenido entre las sesiones antes de su reincorporación a la escuela, permitió descartar la posibilidad de que hubiera tomado la decisión desde la historia de la perfección, pues veía su regreso como "un intento, no como algo definitivo". No sabía si lo lograría o no, pero quería intentarlo, y esto no era compatible con la perfección.

A partir de este momento Miriam iniciaba el viaje como un intento. Esto era algo nuevo en su vida, pues anteriormente lo que iniciaba "debía" terminarlo. En las conversaciones con ella se resaltaba continuamente la idea del intento, de tratar de sobrellevar los obstáculos que encontraba en su reincorporación a la escuela y ver esto como la verdadera prueba, pues era una señal de que iba ganando terreno poco a poco a la perfección. Comenzó

a disfrutar de sus momentos libres entre clase y clase, hacer nuevas amigas, incluso se esperaba después de terminar sus clases para poder platicar.

Después de escuchar esta conversación, se organizó por primera vez en la sesión un equipo reflexivo donde se abordaron los siguientes puntos:

- Imágenes que surgen al escuchar la conversación: se veía a una chica que se quitó la banda y había decidido comenzar a ver sus capacidades, se comenzaba a ver inteligente y capaz para lograr el nuevo reto de intentarlo, sin la presión de lograrlo.

Esto permitió retomar la metáfora que se había construido y que se convertiría en un símbolo importante para las sesiones subsiguientes.

- Nombrar los recursos que se detectan en la conversación: lograba ver la ceguera familiar y hace algo al respecto, firmeza, valentía, decisión, ir hacia delante, dejar de lado las expectativas de los padres, tomar en cuenta las señales de su cuerpo.

Esto permitía enfatizar los recursos que se habían abordado y comenzar a ponerlos en el centro de la conversación, la perfección dejaba de ser la protagonista.

- Compartir descentrado: un miembro del equipo comparte su experiencia de repetir curso durante el CCH, habla sobre los temores, las situaciones difíciles, ver a compañeros en otros grados.

El objetivo de esta intervención era dar fuerza a la valentía de intentarlo y advertir sobre los posibles obstáculos que encontraría en su reincorporación a la escuela.

- Especulaciones sobre el panorama de identidad a partir del panorama de acción: al ver que Miriam veía su regreso como un intento, no como algo definitivo, el equipo se preguntaba si comenzaba a verse merecedora de darse oportunidades y capaz de formar sus propios caminos.

Esto ofrecía a Miriam versiones alternativas de su identidad que podría o no aceptar, pero que buscaban generar un tejido grueso de la historia alternativa, para lo cual no bastaba con sumar acciones, éstas deberían vincularse con la percepción que Miriam comenzaba a tener de ella misma.

Con el objetivo de fortalecer la idea de que Miriam comenzaba a caminar su propio camino y que este no sería fácil, se le contó el siguiente cuento:

Ana vivía en un pequeño pueblo enclavado en la montaña, lo tenía todo, amigos, dinero, comodidades. Una mañana tomó el único sendero que conocía, caminó durante varios días, cuando empezaba a anochecer llegó a un punto donde el camino se bifurcaba en dos direcciones totalmente opuestas. Tenía que decidir cuál elegir, se sentía un poco temerosa y cansada. Prefirió dormirse y esperar a la mañana siguiente para decidir. Durante la noche, soñó que el destino se le aparecía y, señalando los caminos, le decía:

- Si vas por aquí, todo será fácil; no tendrás que esforzarte por nada y en cambio lo tendrás todo; vivirás cómoda y segura; se te protegerá y cuidará, pero pagarás un precio: estarás sujeta a los deseos y condiciones de tus protectores y harás lo que a ellos les gusta y dejarás de hacer lo que no les gusta para que estén siempre contentos y te sigan cuidando. Si eliges, en cambio, el otro camino, tendrás la oportunidad de realizar tus deseos y serás libre para elegir qué hacer y qué no hacer, pero estarás sola, el camino será arduo, difícil, sólo encontrarás en el trayecto aridez y grandes obstáculos que escalar.

Súbitamente, Ana despertó. Dispuesta a hacer su elección, se paró justo en el punto donde se dividía el sendero, cerró los ojos, recordó su sueño y meditó unos momentos. En su rostro se dibujó una sonrisa, cuando ya se asomaba el sol por el horizonte casi a gritos dijo: *"¡Ya lo tengo! Abriré mi propio camino, tan ancho como yo quiera, iré cortando la maleza lentamente, paso a paso,*

tal vez en algún punto encuentre a alguien que me ayude a quitar la hierba o recorra conmigo alguna parte del camino. Sé que no será fácil, a veces habrá que trabajar muy duro y también tendré que regresar a regar o arrancar alguna hierba que trate de salir. Pero habrá momentos durante el trayecto, en que me sentaré a descansar y a disfrutar y me sentiré tan satisfecha por estar justo ahí donde quiero estar, recorriendo el camino que elegí; y nuevamente tendré fuerzas para seguir adelante."

El sol llegaba ya al cenit. Ana levantó la vista para contemplar el cielo azul, despejado. Sus ojos brillaron y después de unos momentos volvieron a la tierra. Ella eligió el punto exacto donde empezó a trabajar.

(Federico Pérez, en Cabrera, Jiménez, Ledezma, Nava y Olguín, 2008a)

Preparándose para el viaje: Elaboremos el mapa

Miriam comenzaba a vivir nuevas experiencias en su vida que se alejaban de la historia de la perfección, poco a poco comenzaba a dar pequeños pasos en la historia de "ver por ella misma y su futuro", migraba desde una identidad del "debo hacer las cosas perfectas", al "quiero tratar y darme la oportunidad".

Experimentaba sentimientos como paz, tranquilidad y felicidad. Resignificaba los meses anteriores, pensaba que haberlos pasado había valido la pena si eso había sido necesario para liberarse de la perfección y sentirse como se sentía.

Sin embargo, eso no quería decir que se encontrara totalmente libre de la historia dominante de la perfección, seguía habiendo peligros. La posibilidad de no pasar todas sus materias, tener que presentar extraordinarios para algunas materias o tomar cursos sabatinos, no terminar la preparatoria en el lapso de tres años y ver que sus compañeros de generación iban un semestre delante de ella, eran contradicciones para la etiqueta de una *buena estudiante*.

Se elaboró un mapa de migración de identidad (White, 2002a) que le permitiría preveer posibles tropiezos y que a la vez serviría como un documento terapéutico que le ayudaría a recordar la importancia de la decisión que había tomado, los pasos que había seguido y los recursos con los que contaba para fortalecer su viaje.

La estrategia del mapa de migración de identidad surge como otra de las metáforas de la terapia narrativa. La idea central del mapa consiste en entender la re-narración de la identidad como un viaje con inicio y meta retomando la tesis de Edward Bruner (1986) sobre el cambio cultural hacia nuevas narrativas a la vez de ofrecer una referencia gráfica de los sentimientos de desesperación y bienestar que se pueden llegar a experimentar. La tabla 2 muestra la comparación entre la propuesta del autor, las fases que se contemplan en el mapa y ubica el momento en el proceso terapéutico.

TABLA 2. ETAPAS DEL MAPA DE MIGRACIÓN DE IDENTIDAD

PROPUESTA DE E. BRUNER (1986)	MAPA DE MIGRACIÓN DE IDENTIDAD (WHITE, 2002)	MOMENTO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO DE MIRIAM
Predominio de la historia dominante.	Preseparación, caracterizado por sentimientos de desesperación	Dominio de la historia de la perfección y los efectos que ésta traía a su vida.
Cambio de las situaciones contextuales que ponen en entredicho la credibilidad de la historia dominante.	Separación, caracterizado por sensaciones de bienestar, es el momento en que la persona decide modificar la relación de poder.	Aquellos momentos en los que Miriam no encuentra el reconocimiento que la perfección había prometido y comienza a ver sus logros a pesar de no estar siguiendo las premisas de la perfección.

TABLA 2. ETAPAS DEL MAPA DE MIGRACIÓN DE IDENTIDAD (PARTE 2)

PROPUESTA DE E. BRUNER (1986)	MAPA DE MIGRACIÓN DE IDENTIDAD (WHITE, 2002)	MOMENTO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO DE MIRIAM
Traslape de historias.	Pos-separación y pre-reincorporación, es un momento de ambigüedad, se experimenta confusión, desorganización y desorientación. Los sentimientos son muy variables, existen momentos agradables y momentos muy desagradables.	Este era el momento en el que se encontraba Miriam al momento de elaborar el mapa. Caracterizado por la intromisión de las voces de la perfección al tomar sus cursos sabatinos, inscribirse a algún extraordinario o ver a sus compañeros de generación en semestres adelante, mientras intentaba vivir de acuerdo a la historia de "ver por ella y su futuro", "querer hacer las cosas", "darse la oportunidad", "escuchar a su cuerpo", "considerarse valiosa".
Una nueva narrativa se vuelve dominante.	Reincorporación. Los sentimientos que se experimentan comienzan a ser más estables.	Esto sería una de las metas en el viaje, cuando desde una de las historias alternativas a la perfección comenzara a re-evaluar su pasado, presente y futuro.
Posicionamiento de la nueva narrativa.	Pos-reincorporación, se experimentan sentimientos agradables.	La narración alternativa generaría nuevos significados ubicados en los panoramas de acción e identidad.

La Figura 6 muestra el mapa que se elaboró junto con Miriam. Identifica los momentos y emociones de bienestar o malestar que había pasado y los que podría pasar durante el viaje. En la esquina superior izquierda se anotaron señales de alarma o contraataque de la perfección que podrían presentarse, en la esquina superior derecha los aliados de los que podría echar mano durante momentos difíciles. De esta manera Miriam podría prevenir posibles “caídas” en el viaje y entenderlas como parte del viaje y no como retrocesos.

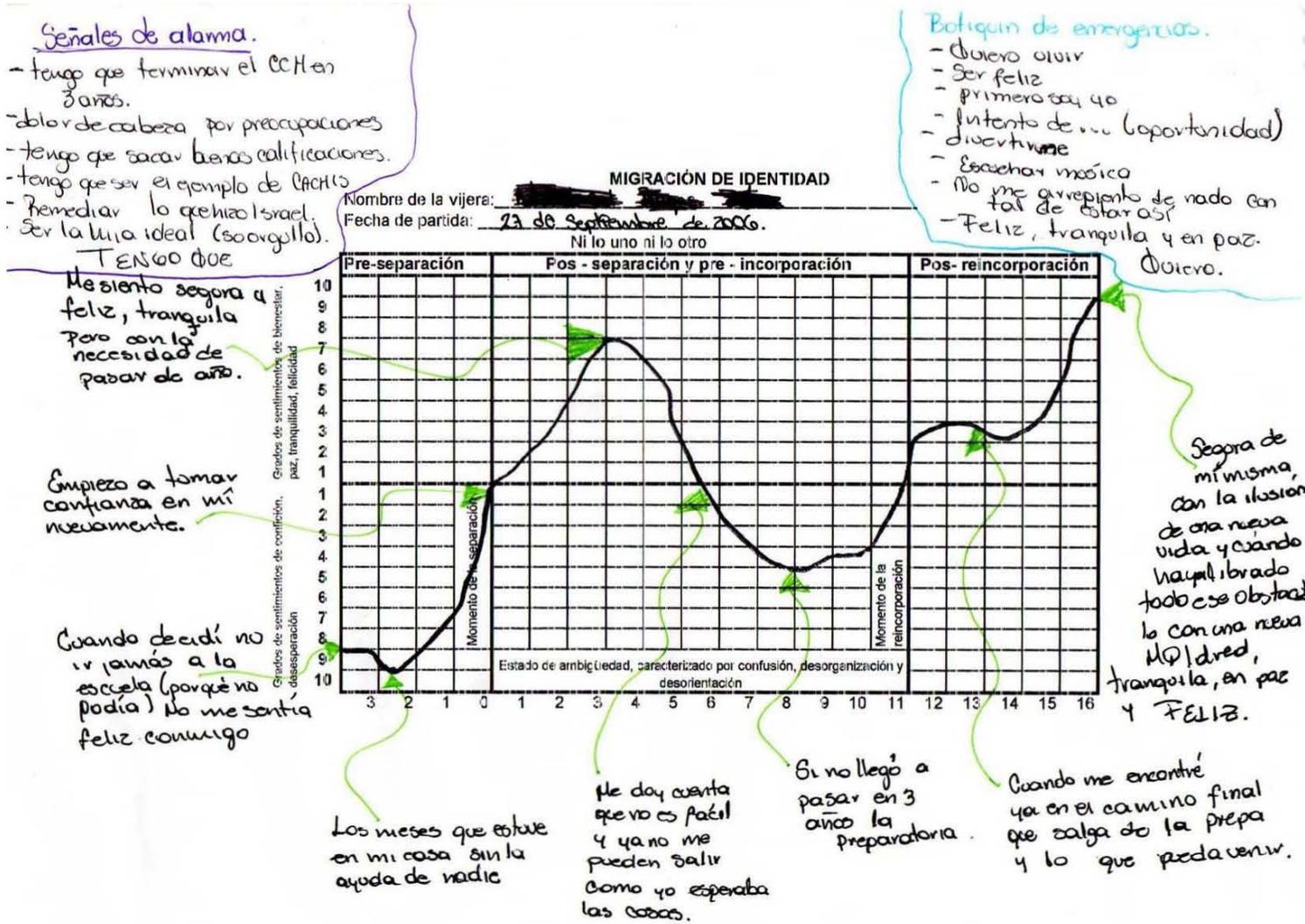
Engrosando la historia alternativa: Invitemos a testigos

Para la terapia narrativa, las realidades e identidades de las personas son socialmente co-construidas. Esto quiere decir que las personas no nacen siendo parte de una sociedad y con una identidad pre-definida, sino que hay una predisposición a la sociabilidad que les permitirá convertirse en parte de una sociedad específica y construir un yo de acuerdo a las experiencias que tenga con los otros.

Conforme el individuo interactúa con los miembros de la sociedad en que se desenvuelve, va *aprehendiendo* esa realidad, comprende al otro y a sí mismo en un proceso cognoscitivo y emocional. De ahí el impacto que puede tener en nuestras vidas los comentarios que nuestros seres cercanos o significativos hagan de nosotros. (Berger y Luckmann, 2006)

Cuando las identidades de las personas han sido narradas desde una historia problemática, existen varios aspectos de esta identidad que han permanecido ocultos para la persona, sin embargo, no siempre es así para las personas cercanas. Incluir las narraciones alternativas que los otros puedan tener sobre una identidad poco explorada, ofrece la posibilidad de fortalecer la co-construcción de una identidad libre del dominio del problema.

Fig. 6 Mapa de Migración de Identidad.



La inclusión de testigos externos en las sesiones de terapia narrativa obedece a esta idea. Sostener conversaciones con aquellos que logran ver aspectos ocultos de la identidad de las personas, permite engrosar la historia alternativa (White, 2005a). Sin embargo, considero que no pueden incluirse en cualquier momento del proceso. Es importante que se haga cuando la historia dominante ha sido lo suficientemente cuestionada por la persona, pues de lo contrario los comentarios que hagan los familiares o amigos carecerán de significado y existe el peligro de que sean vistos como un simple comentario indulgente.

Hacia el final del trabajo con Miriam, se le propuso que invitara a alguna amiga con la que pudiéramos platicar sobre ella estando ella presente. El foco principal de la conversación sería la impresión que causaba en su amiga, esto nos permitiría seguir explorando aspectos de la identidad de Miriam que comenzaban a retomar fuerza.

Miriam aceptó la propuesta y en la conversación con su amiga salieron a la luz la admiración que despertaba en ella el hecho de que hubiera decidido regresar a la escuela. Un aspecto no explorado que surgió en la conversación fue el sentido del humor que practicaban juntas, lo cual les permitía hacer frente a las dificultades escolares. Miriam se mostró sorprendida y a la vez contenta ante este comentario, pues contradecía la versión de la “niña amargada y matadita” que hasta entonces había creído y daba un nuevo dato para la historia de tratar de ser feliz. Algunas de las preguntas que se plantearon durante la conversación fueron:

- ¿Cómo te comentó Miriam que había decidido regresar a la escuela?, ¿Qué le dijiste? (panorama de acción)
- ¿Qué opinaste de su decisión de regresar? (Panorama de identidad)
- De lo que te contó Miriam sobre las razones para dejar la escuela y lo que había pasado en este año, ¿qué imaginas que haya tenido que superar para lograr regresar a la escuela? (panorama de acción)
- ¿Qué aspectos nuevos de Miriam descubriste a partir de esto? (panorama de identidad)

- ¿Qué aspectos de Miriam consideras que estuvieron presentes siempre? (panorama de identidad?)
- ¿Cómo ha contribuido Miriam a tu vida?, ¿qué tiene de especial que te gusta que sea tu amiga? (Panorama de identidad)
- ¿Existe algo en sus formas de ser que compartan, que las una en su amistad? (panorama de identidad)
- ¿Qué actividades hacen juntas en donde esto que comparten se muestre? (panorama de acción)

Equipo Reflexivo como Ceremonia de Definición: algunos regalos para el viaje

Barbara Mayerhoff (1986) propone las ceremonias de definición como rituales poderosos que permiten que las personas recuperen el poder perdido en la definición de sus identidades a partir de eventos de marginación. Durante estas ceremonias, las personas hablan sobre sus identidades preferidas frente a un grupo de personas que se convierten en testigos de este momento crucial.

Posteriormente White (2002a) propone la posibilidad de utilizar el equipo reflexivo como una ceremonia de definición a partir de cuatro tipos de intervención:

1. Incorporarse: los miembros del equipo expresan su comprensión sobre las circunstancias que llevaron a las personas a sesión y cómo han visto su desarrollo durante las mismas. Esto ofrece a la persona una versión de cómo es vista por los miembros del equipo, versión que posteriormente puede aceptar o rechazar durante el momento de la tercer entrevista.
2. Misterio: los miembros del equipo hablan sobre los acontecimientos extraordinarios y especulan sobre lo que podría pasar en un futuro de acuerdo con ellos. Se tiene cuidado de presentarlo como hipótesis, no como hechos, con el objetivo de despertar la curiosidad y mantener la posibilidad de rechazar aquello que "el terapeuta espera".

3. Paisajes alternativos: el equipo elabora preguntas en el panorama de acción e identidad a partir de acontecimientos extraordinarios, con el objetivo de engrosar la historia alternativa.
4. Deconstrucción: atendiendo la distribución desigual de poder que se genera en los contextos terapéuticos, el equipo se cuestiona mutuamente sobre sus intervenciones, especialmente en aquellas que se perciben enfáticas o pueden ser interpretadas como verdades absolutas. Esto se logra cuestionando a los terapeutas sobre sus experiencias personales, creencias, intenciones o imaginación, de tal forma que el comentario puede ser contextualizado.

En la sesión de cierre de Miriam, se llevó a cabo un equipo reflexivo como ceremonia de definición con el objetivo de hacer una síntesis del camino andado, hablar de los acontecimientos extraordinarios, de aquello que había descubierto sobre ella misma y de los nuevos territorios que comenzaba a explorar. Esta no era una experiencia nueva para Miriam, ya se había realizado en sesiones anteriores como se indicó en páginas anteriores.

Para el final de la conversación, cada miembro del equipo preparó un regalo que esperaba le pudiera servir durante el viaje y que representaban momentos específicos de las conversaciones donde la historia alternativa había mostrado una potencia especial. Los objetos entregados fueron los siguientes:

- Una bolsa de viaje en la cual podría cargar aquello que le pudiera servir en su viaje. Tendría la libertad de meter o sacar cosas conforme avanzara. Esto retomaba la idea de la *dobles carga*, le recordaría que en algún momento había cargado más de lo que necesitaba y ofrecía la posibilidad de revisar en cualquier momento del viaje lo adecuado o no de la carga.
- Un espejo de mano que podría utilizar en aquellos momentos en los que creyera que no estaba viendo sus cualidades, solo bastaba con abrirlo y ver su reflejo.
- Una banda que le recordaría aquella que se había quitado de los ojos. Se le planteó la posibilidad de tirarla o dejarla en la clínica, sin embargo decidió llevársela para poder tirarla en un futuro junto con su hermano cuando él hubiera logrado lo mismo.

- Un cuento de Michael Ende sobre la prueba que tiene que superar un joven para obtener las alas que le darán la libertad y los riesgos que corre en el camino.

Documentos terapéuticos: una carta para recordar

Para la sesión final se pidió a Miriam que elaborara una carta para chicas que como ella pudieran enfrentar una lucha contra la perfección. En esta carta ella relataría su experiencia del último año, cómo había hecho frente al problema y recuperado las riendas de su vida.

El objetivo de estos documentos es sustentar la historia alternativa. Al ser un documento escrito puede ser consultado por las personas en cualquier momento de sus vidas, pueden servir como recuerdos del proceso de re-narración, como testigos de los descubrimientos únicos, como guías frente a nuevos retos o incluso como fuentes de información sobre problemas que aparezcan en el futuro.

En la última sesión, Miriam entregó la carta que se muestra en la Figura 7 a petición del equipo en la cual relató su experiencia a lo largo del proceso. La intención de la carta, como se le mencionó, era contribuir a la experiencia de otras chicas como ella que en algún momento pudieran atravesar con dificultades como la suya.

Esta práctica busca testificar las experiencias de las personas en una comunidad más amplia que el contexto inmediato (terapéutico y familiar). Da cuenta de la experiencia de las personas en la lucha contra la influencia del problema en sus vidas, y esto sirve de recuerdo para la propia persona, pero a la vez permite que personas que atraviesan con dificultades similares se enriquezcan con ella. Podemos encontrar proyectos que obedecen a esta idea en la liga anti-anorexia organizada por el Dulwich Centre en Australia en donde los participantes comparten sus descubrimientos sobre algunas estrategias del problema para dominar las vidas de las personas (no olvidemos que estamos hablando de discursos sociales dominantes) así como algunas estrategias que han desarrollado para contrarrestar sus efectos (Epston y Maisel, 2000).

Fig. 7 Carta entregada por Miriam al término de las sesiones (Parte 1)

Antes que nada quiero decir que doy infinitas gracias a todas estas personas que como profesionales y amigos estuvieron a mi lado en un lapso de mi vida bastante difícil y sobre todo que ellos me apoyaron, creyeron y me ayudaron en este recorrido tan doloroso y triste.

No es fácil ver como tú sola te destruyes pero mucho menos es fácil saber que tú sola te vas a levantar y que tienes que hacerlo por que no hay otro camino.

Yo pase por un momento muy triste, que gracias a los problemas que había con mis padres, de dinero y con mi hermano y su vida, y junto con ello la pesada carga de ellos, la mía, mi hermana y todo ese conjunto de tensión, problemas, escoridad, caminos sin salidas, y para terminar la presión de escuela, maestros y ese quinto semestre, a un año de salir de la preparatoria, más agravaba aquella situación yo decidí no aguantar problemas, no soportar más eso y no regrese más a la escuela después de un mes y medio de estar en doctoros, tomar, anti-depresivos, limpieas y todo eso, que fueron los peores días de mi vida yo ya no podía más y todo empezó por un maestro que me exigía la computadora que yo no podía tener.

Después del 27 de septiembre seguí con terapias y encerrada en mi casa y gracias a mi madre que nunca me dejó sola fue que salí pero fueron días tan horribles, que yo jamás imagine vivir, ese 27 de septiembre, que ya no regresé a la escuela nunca lo olvidaré y todos los días siguientes fueron peores mi familia, tíos y abuelos bombardeándome con una savta de tonterías y cosas que yo no comprendía como es que se metían en mi vida.

Pase por tantas cosas hasta que un día mi mamá le habló a una de mis maestras que era psicóloga, la firmos ha cer a la escuela y fue para mí lo peor regresar a un mes de salirme, la maestra a la cual quiero mucho me canalizó a psicopedagogía y ahí una psicóloga, llamada Consuelo me dio una terapia que en mi vida olvidaré, de ahí pase a terapia familiar hasta el 24 de noviembre con mis padres y su cara de angustia me presenté de nuevo en aquel lugar al que lleve a odiar, así pasaron las semanas, los regaños, las habladas de mi familia, tíos que yo tuve el valor de aguantar.

Fig. 7 Carta entregada por Miriam al término de las sesiones (Parte 2)

Hasta el 8 de enero, fue que comencé a notar las cosas que dejé, lo bueno que tenía, ese justo día fue para mí también la terapia más pesada, por ir sola, mis padres ya se habían fastidiado de mí y se habían rendido. Mi padre ese día también habló conmigo por décima vez, pero esta vez fue distinto porque me dijo cosas muy fuertes que no pensé que era yo, Mildred la niña aplicada, inteligente que llevaba por diez.

Me di la oportunidad de intentar regresar a la escuela y lo logré pero será diferente, debo confesar que me daba mucho miedo que iba a pasar, mis padres se les iluminó la vida y a mi hermana también le dio mucho gusto solo que ella tenía 5 años para comprender lo que estaba pasando.

Era un reto totalmente porque tenía que pasar dos semestres en uno pero sobre todo era reconstruir todo aquello que yo había tirado.

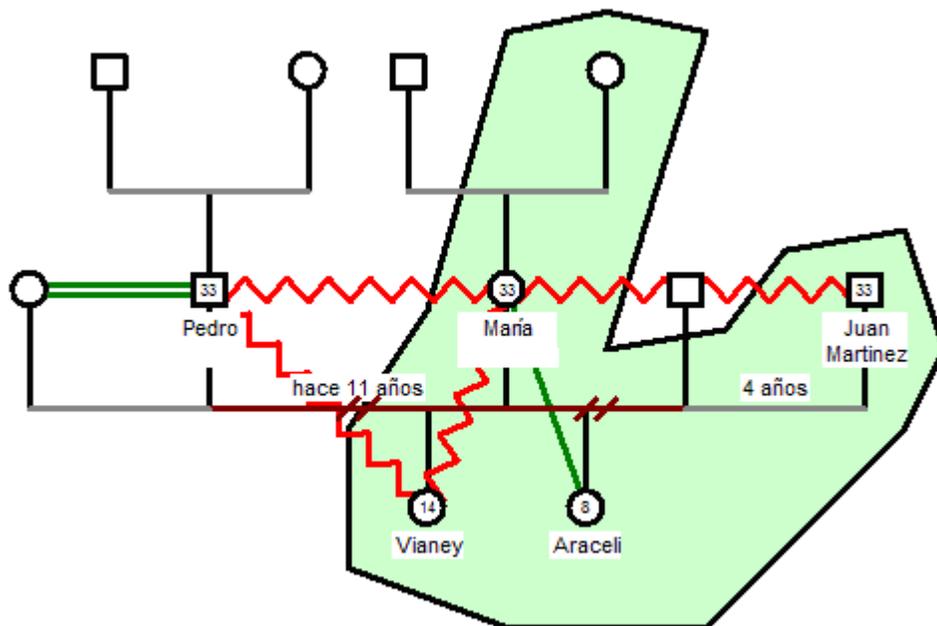
Le doy gracias a todas las personas que estuvieron conmigo. Mis padres, a mi madre en especial gracias a ella estoy aquí, a mis tías Lilia y Clara por su apoyo y palabras tan dulces que me dieron, a la psicóloga Ana, que me apoyó incondicionalmente, y sin conocerme siquiera a su grupo de colegas mil gracias, y a Carolina también por que si es dura un poco pero todo ello me ayudó a salir, y por último a mi gran amiga Patricia que jamás encontraré a alguien como ella que estuvo conmigo cuando más la necesitaba, gracias a todas estas personas y más doy gracias por su apoyo y cariño.

Ahora me encuentro tan feliz y tranquila que no me arrepiento de nada y si lo tuviera que pasar para estar así lo pasaría mil veces más.

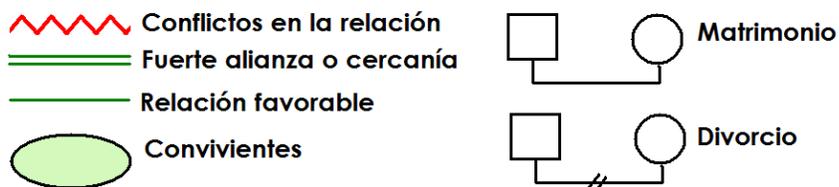
Solo quiero decir que siempre hay una luz en el camino y no se va a pasar nada si dejas de hacer esas cosas por tu tranquilidad aunque será duro volver a iniciar pero lo harás con el apoyo de todos tus seres queridos, no estas solo, yo no lo estaba.

1.2.1 SOBRE LOS ALIADOS QUE TRAE LA SOLEDAD CUANDO INVADIR A LAS FAMILIAS

Fig. 8 Familiograma Familia 2²



SIMBOLOGÍA



La familia es canalizada a la clínica de Terapia Familiar de la clínica del ISSSTE por el departamento de psicología. El motivo de consulta inicial eran problemas de rebeldía con la hija mayor que desencadenaban escenas de violencia entre Vianey y sus padres.

² Los nombres fueron cambiados para asegurar el anonimato de los usuarios. La simbología está de acuerdo al programa Geno Pro Beta.

Los padres se habían separado hacía 11 años. La madre se había casado en una segunda ocasión, matrimonio del cual había nacido Araceli, la hija menor. Después de un segundo divorcio, hacía 4 años había formado una nueva pareja con Juan, sin embargo actualmente la relación no era armoniosa. Pedro, por su parte había vuelto a casarse pero no había tenido más hijos y reportaba tener una muy buena relación con su actual pareja. Al respecto, María pensaba que la pareja de Pedro no lo dejaba acercarse a su hija, lo que ocasionaba discusiones entre los padres de Vianey.

Lo que preocupaba especialmente a María en aquel momento era que Vianey había comenzado a salirse de casa durante las discusiones sin avisar. Se iba a casa de su abuela paterna, con quien había vivido por algún tiempo y llevaba buena relación, y se quedaba ahí por algunos días. Estos momentos eran de especial preocupación para María.

Después de la última fuga de Vianey, María y Pedro le habían dicho que pondrían límites y que no permitirían que volviera a salirse de casa sin avisar, sin embargo María seguía preocupada por la posibilidad de que las fugas se repitieran.

La relación entre madre y ambas hijas se mostraba tensa en los momentos de establecer obligaciones en casa, lo que estaba afectando la relación en general. Esta distancia era menor con la hija pequeña debido a que ella acepta más las caricias y apapachos de María.

María y su madre habían comenzado a tener dificultades a partir de la muerte del padre (con problemas de alcoholismo), con quien era cercana. María pensaba que su madre no había atendido bien a su padre y aún le dolía que no fuera al panteón a visitar su tumba,

Al momento de iniciar el trabajo terapéutico la vida de María y su familia estaba invadida por las continuas discusiones, lo que comenzaba a mermar la confianza en María de ser una buena madre, los pensamientos sobre su fracaso como madre eran cada vez más invasivos, había dejado de sentir apoyo en su pareja y esto le impedía poner reglas y

límites claros a sus hijas, normalmente después de una discusión, terminaba cediendo a los sentimientos de culpa y se olvidaban las reglas acordadas.

1.2.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO - METODOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA DE ACUERDO A LA PROPUESTA DE LA TERAPIA NARRATIVA

La familia establece un pacto

Debido a la situación de violencia que se reportaba, se decidió seguir la propuesta de Jenkins (2001) y rescatar los valores de ambos padres respecto a la educación de los hijos teniendo cuidado de separarlos de las conductas de agresión. Ambos coincidían en una intención de proteger a Vianey de los peligros, enseñarla a ser responsable y cuidar de sí misma. Por otro lado las conductas de riesgo de Vianey (salirse de la casa sin avisar) se describieron como una autoagresión.

Al terminar la primera sesión se realizó un ritual con la familia donde todos se comprometieron a evitar conductas de violencia y tratar de resolver los conflictos que pudieran presentarse sin el uso de golpes o salidas de casa.

Los efectos de este pacto, fueron un poco contradictorios, pues a pesar de que los padres habían abandonado las conductas violentas, Vianey seguía sin obedecer las reglas de casa. Sin embargo, ambos padres habían decidido seguir un objetivo común y no descalificar las acciones del otro, aclaraban a Vianey que esperaban que cumpliera las reglas y habían dejado de retomar los conflictos entre ellos durante las conversaciones sobre la conducta de su hija. El que Vianey siguiera con las costumbres anteriores se describió como la resistencia de la violencia para abandonar a la familia, lo que representaba un reto extra para María y Pedro.

Vianey y Pedro dejaron de asistir a las sesiones, y aunque la ausencia de Vianey fue redefinida junto con María como una señal de comenzar a preocuparse por sus asuntos (pues debía presentar exámenes en la escuela), la ausencia de Pedro reavivó el sentimiento de soledad de María, por lo que el equipo decide enfocarse en el trabajo con este problema.

Entrevista al problema: Un nuevo enemigo se descubre

La soledad parecía llevar hasta la desesperación a María, pues al sentirse sin apoyo en situaciones de conflicto con la hijas, regresaban las escenas de violencia y agresiones verbales que terminaban, nuevamente en ceder ante la culpa y olvidar las reglas.

Durante las conversaciones externalizadoras con María, las escenas en donde la violencia volvía a dominar la vida de la familia, comenzaron a perder la fuerza en definirla como una "mala madre", pues a pesar de que seguían las agresiones, éstas tardaban más en aparecer, lo cual era señal de una mayor resistencia por parte de María, el camino de la posibilidad de expulsar a la violencia de manera definitiva se hacía más cercano.

Otra señal de este nuevo impulso se comenzó a ver cuando María se mantenía firme en las reglas establecidas en casa a pesar de haber perdido un poco de terreno frente a la violencia. Esto permitía que las intenciones de María respecto a la educación de las hijas pasaran de una historia de soledad-agresiva a una de amor-firme.

Eran momentos difíciles, pues las reglas no encontraban una audiencia especialmente dispuesta en las hijas. Sin embargo, se comenzaron a descubrir aliados como la seguridad, la firmeza y la confianza, quienes comenzaban a acompañar a María en estas situaciones donde anteriormente únicamente parecía estar la soledad.

María comienza a identificar a la soledad como el problema principal que invadía su vida y que la llevaba a situaciones de violencia. Durante las sesiones se había tenido cuidado de utilizar un lenguaje externalizante al hablar de la soledad como un problema ajeno a la identidad de María. El efecto de esta práctica fue que ella misma comenzó a hablar de

la soledad como un personaje distinto de ella, lo que permitió llevar a cabo una entrevista al problema con el objetivo de lograr su externalización.

La idea de la externalización del problema fue introducido por Michael White en el campo de la terapia familiar a principios de los 1980's como una contrapráctica frente a la internalización de los problemas, donde las personas son definidas a partir de los problemas que afectan sus vidas.

La externalización entiende a los problemas como contruidos socialmente y productos de una cultura y una historia. Esta idea lleva a conversaciones donde importa saber cómo fue que el problema comenzó a verse de manera internalizada, en qué situaciones de vida de las personas llega y qué situaciones de vida permiten que permanezca.

Un factor importante en la externalización es nombrar al problema, pues en la medida en que el nombre asignado sea cercano a la experiencia de las personas, las conversaciones serán más significativas. En el caso de María el problema se nombró como "la soledad", un nombre que a pesar de haber sido introducido por el equipo, era cercano a la experiencia de María, pues comenzaba a hablarla de manera externalizada. De no haber sido "la soledad" el nombre indicado para el problema de María, ella hubiera podido cambiarlo y una señal de lo inadecuado del nombre hubiera sido que ella hubiera continuado describiéndose como una persona sola y no como afectada por la soledad.

La externalización del problema es una de las puertas para las historias preferidas, pues generalmente va acompañada de una sensación de alivio y cuando las personas descubren que ellas no son el problema, comienzan a ver sus habilidades, cualidades y formas en las que pueden enfrentarlo (Carey y Russell, 2002).

White (2005b) propone una especie de *entrevista al problema* como una estrategia para externalizarlo. La idea general de esta práctica es ver al problema como un personaje con forma, voz, personalidad, objetivos, aliados, enemigos, etc.

A través de un juego de roles, en donde se necesita de al menos dos personas (una de ellas será el entrevistador y otra tomará el papel del problema), se lleva a cabo una entrevista donde se busca obtener la mayor cantidad de datos posibles sobre la descripción del problema, los efectos del problema en la vida de las personas y los efectos de las personas en la vida del problema.

Esta entrevista obedece al mapa de posición 1, o mapa de re-autoría, donde se contemplan cuatro categorías de investigación: descripción del problema, efectos del problema en distintas áreas de la vida de las personas, evaluación de los efectos y justificación de la evaluación (White, 2005c).

A lo largo de la entrevista se abordan las primeras dos categorías. Posteriormente, durante la revisión de la misma, la reflexión sobre el impacto que ha traído a la persona el escuchar, se abordan las últimas dos.

Con María se llevó a cabo una entrevista a la soledad, en donde después de un ejercicio de inducción hipnótica, ella tomó el lugar del problema y le prestó su voz para poder llevar a cabo la entrevista. En el transcurso de esta entrevista, se tuvo especial cuidado del uso del lenguaje, pues había un riesgo de volver a internalizar al problema ya que era María quien estaba tomando el rol del problema. Para esto, se mencionaba continuamente el nombre de soledad al dirigir la pregunta, mientras que se hablaba de María en tercera persona. Al finalizar la entrevista, se vuelve a utilizar la inducción hipnótica manejando la imagen de la soledad alejándose del lugar donde estaba sentada María.

La tabla 3 muestra los datos obtenidos de la entrevista:

TABLA 3 . DATOS OBTENIDOS EN UNA ENTREVISTA AL PROBLEMA (PARTE 1)

TEMA DE LAS PREGUNTAS	DATOS OBTENIDOS
HISTORIA Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.	<ul style="list-style-type: none"> • Vive en el corazón de María y tiene forma de un círculo muy grande • Decide llegar cuando ve a los papás de María discutir • Llega primero con la hermana de María porque la ve más débil de carácter • La tristeza que estaba presente cuando María veía que su papá tomaba, le abre las puertas para entrar a su vida • Logra quedarse en su vida porque la convence de que nadie le hace caso y le contagia el miedo a quedarse sola
PREGUNTAS SOBRE LA INFLUENCIA DEL PROBLEMA EN LA VIDA DE MARÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Le decía que escuchara los comentarios negativos que otros hacían sobre su papá • Le recuerda que Pedro no la apoya cuando hay un intento de cambio • Le dice que ella está sola para resolver los problemas • Trata de desesperarla, que les grite, les pegue, para que después le duela a ella • Le dice que no puede con la situación • Le dice que Vianey es rebelde • Saca provecho de los problemas que María tiene con su mamá
OBJETIVOS DEL PROBLEMA PARA LA VIDA DE MARÍA:	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerar frente a la violencia • Encontrar salidas falsas o peligrosas (casarse, una pareja que golpee) • Impedir que María o su familia vean los peligros • Llevar a que María busque hablar con todas las personas aunque no le hagan caso, fortaleciendo la idea de que nadie le hace caso • Contagiar a Vianey

TABLA 3 . DATOS OBTENIDOS EN UNA ENTREVISTA AL PROBLEMA (PARTE 2)

TEMA DE LAS PREGUNTAS	DATOS OBTENIDOS
DEBILIDADES DEL PROBLEMA:	<ul style="list-style-type: none"> • Que María busque a sus amigas • La intención de María de cambiar para estar bien con sus hijas, ser cariñosa y ser firme en sus decisiones • El deseo de María de querer tener comunicación y unidad con sus hijas pues ay peligro de que descubra que la quieren
ALIADOS DEL PROBLEMA:	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Pereza • Rebeldía • Miedo • Discusiones • Resentimiento
SITUACIÓN ACTUAL:	<ul style="list-style-type: none"> • Esta desgastada por los continuos intentos de María de sacarla de su vida • En peligro de perder la batalla • Ha disminuido de tamaño, anteriormente estaba más grande que María
ESTRATEGIAS DE MARÍA PARA SACAR A LA SOLEDAD DE SU VIDA:	<ul style="list-style-type: none"> • Hablarle con cariño a sus hijas • Cuidar a sus hijas de forma cariñosa y cercana. • Apoyar a sus hijas • Buscar estar bien ella para que sus hijas también estén bien • Querer salir adelante • Acercarse a Vianey y no vencerse tan fácil, aunque se enoje Vianey, decirle lo que siente • Que le cuente a Vianey su experiencia con la soledad • Ponerse a trabajar para distraerse • Ponerle reglas a su hija y ser firme • Dejar de discutir con el Sr. Pedro

TABLA 3 . DATOS OBTENIDOS EN UNA ENTREVISTA AL PROBLEMA (PARTE 3)

TEMA DE LAS PREGUNTAS	DATOS OBTENIDOS
DERROTA FINAL:	<ul style="list-style-type: none"> • Si María vence a la soledad, ya no va a poder estar en la familia • Cuando María esté bien con sus hijas y su esposo • Cuando María ya no diga groserías, les pegue a sus hijas o les grite • Cuando la familia salga a pasear y no le hagan caso a la pereza • Cuando se den cuenta que Vianey se está contagiando de la soledad • Cuando todos se apoyen en su casa
PUNTOS FUERTES DE MARÍA:	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene impulso para salir adelante y no vencerse • Es una mujer trabajadora • Comienza a recordar las cosas buenas de su vida: paseos, juegos, que su papá jugaba con ella.
ALIADOS DE MARÍA:	<ul style="list-style-type: none"> • Las ganas de salir adelante • La felicidad de estar bien con sus hijas • La firmeza • La cercanía • La comunicación con sus hijas • La seguridad • El amor a sus hijas

La historia preferida comienza a escribirse

A partir de los datos obtenidos de la entrevista, María logra descubrir nuevos aliados que le permitirían ir disminuyendo los efectos de la soledad en su vida. Después de esta sesión, decide salir de vacaciones con su pareja y sus hijas, lo que le permite descubrir los momentos que disfrutaban juntos.

Conforme María continuaba en esta lucha, fueron surgiendo acontecimientos extraordinarios, uno que marcó en especial las sesiones, fue una plática que había tenido con Vianey sobre lo que se había estado trabajando durante la entrevista a la soledad.

A partir de este evento se elabora el mapa de posición 2 propuesto por White (2005c), en el cual, siguiendo las mismas categorías de preguntas del mapa 1, se describen los acontecimientos extraordinarios. La tabla 4 muestra los datos obtenidos en la conversación.

TABLA 4. MAPA DE POSICIÓN 2. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

EVENTO EXTRAORDINARIO	EFFECTOS DEL EVENTO EXTRAORDINARIO
<p>Platica de María con Vianey sobre la soledad, ambas comparten sus experiencias en una historia compartida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • María descubrió que debía dar a sus hijas un estilo diferente de cariño. Mientras que con su hija pequeña funcionaban las caricias, con Vianey funcionaban más las pláticas • Vianey comenzó a sentir más cercana a su mamá y dejaba de salirse sin permiso de casa • María comenzó a preocuparse por su salud y asistía con regularidad a sus consultas médicas • Las discusiones se hicieron menos frecuentes en la pareja
EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DEL EVENTO EXTRAORDINARIO	JUSTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN
<p>María descubría que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No era una mala madre y esto la ayudaba a sentirse más segura y feliz • Era capaz de encontrar soluciones no violentas que favorecían la convivencia con sus hijas • Habían sucedido cosas positivas en su vida a pesar de la influencia de la soledad 	<p>Continuar en esta historia le permitiría a María:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser una madre amorosa pero firme a la vez • Enseñar a sus hijas buenos hábitos y a protegerse • Borrar aquellos recuerdos de tristeza y soledad en su vida • Recordar los momentos felices con su padre • Contribuir a una historia de compañía para sus hijas

El cuarto punto, referente a la justificación de la evaluación resalta aquellas intenciones, deseos y sueños, en general las posibilidades que a partir del evento extraordinario se generan. En la tabla únicamente se enlistan los temas que surgieron durante la conversación, sin embargo, cada punto fue abordado de manera más extensa con el objetivo de fortalecer el desencadenamiento de desarrollos futuras.

Posibles desarrollos futuros

María no pudo asistir a la sesión de cierre debido a una cita con su doctor, sin embargo se realizó una llamada telefónica en donde se le pidió su evaluación del avance logrado y se le hacen algunas preguntas sobre los posibles desarrollos a partir de los eventos extraordinarios.

Sobre los cambios en casa mencionó que Vianey había reprobado algunas materias en la última evaluación. Ella había decidido tomar algunas medidas, las cuales se habían cumplido. A diferencia de otras ocasiones no se sentía culpable pues sabía que era lo que Vianey necesitaba. Se había descubierto como una persona segura y fuerte, la tristeza ya no era tan frecuente y tomaba las recaídas como impulso.

Se le hicieron algunas preguntas de escala. Consideraba que la familia había avanzado en su convivencia de un 0 a un 5, la soledad había disminuido su tamaño a un 3 y ella se sentía en un 6, pues había descubierto al optimismo, la firmeza, la reflexión y la empatía como aliados.

Consideraba que tendría que seguir siendo cariñosa con sus hijas pero firme a la vez, además de reflexionar sobre los castigos que pondría a las hijas para poder cumplirlos

Al final de la llamada telefónica se le invita a hacer una visita al consultorio de psicología de la clínica donde el equipo le ha dejado los siguientes documentos terapéuticos:

Carta elaborada para María:

Diciembre, 2006.

Doña María:

Reciba un afectuoso saludo de parte de todo el equipo de terapeutas que ha tenido el privilegio de escuchar su historia y sorprenderse con la maravillosa protagonista. Como le comentaba por teléfono, le dejo con la doctora Araceli este cuento y un pequeño regalo que espero la acompañe en el viaje que continuará junto con sus hijas y otros seres queridos.

Mi abuelo vive en un pueblo de Hidalgo y los paseos en el campo son constantes. La tradición de los viejos del pueblo para estas ocasiones es cargar en un morral algunos objetos que resultan siempre muy útiles. Muchas veces los nietos hemos insistido a mi abuelo que olvide lo del morral para ahorrar tiempo y carga, pero mi abuelo insiste en llevar el morral. Muchas veces nos ha demostrado como las cosas que carga hacen en realidad el viaje más cómodo y fácil, aunque tengamos que dedicar un poco más de tiempo en los preparativos.

Cuando alguna dificultad se presenta, mi abuelo siempre tendrá algo en su morral para ayudar, a veces será una navaja para cortar alguna fruta, otras una fruta para calmar el hambre, otras una botella de agua para apagar la sed, y muchas otras ha sido una resortera para divertimos un rato y tomar un descanso de la larga caminata.

Hace unas semanas me envió este pequeño morral que le dejo. Se me ocurría que tal vez, así como acostumbra mi abuelo, usted podrá utilizarlo para cargar en él todas las cosas que puedan hacer el viaje que inició hace algunos meses contra la soledad, más ligero, revelador y liberador. Se me ocurre que algo de lo que puede cargar ahí sea su capacidad de reflexionar, ponerse en los zapatos del otro y pensar en lo que a usted le hubiera gustado que le dijeran en una situación similar, la cercanía y cariño con sus hijas, el saber que sus hijas necesitan lo mismo pero de forma diferente, el poder retomar algunas cosas que le ha enseñado la soledad pero sabiendo que usted la puede controlar, el no tomar decisiones abruptas, el hablar directamente, en fin... todo aquello que usted mejor que yo sabe. Tal vez quede lugar para una brújula y un botón mágico.

Le dejo un fuerte abrazo y un cordial saludo, fue un placer trabajar con usted

Su terapeuta:

Ana Olguín Ángeles.

Cuento:

EL MISTERIO DE ROJILA.

Había una vez una preciosa gatita de angora que se llamaba Rojila y vivía en una hermosa casa. Sin embargo, no era del todo feliz, porque en casa las cosas no siempre sucedían como ella hubiera deseado.

En su familia había peleas frecuentes y ocurrían todo tipo de cosas desagradables. En ocasiones, su hermano mayor la provocaba y la hacía rabiar muchísimo; otras veces era su madre quien vociferaba o incluso le prohibía actuar según sus gustos. Resumiendo, Rojila raramente disfrutaba en su casa la paz que ella hubiera deseado, y con frecuencia se sentía muy sola con sus problemas.

Sus amigos de la escuela observaban que Rojila sonreía muy poco. A veces, por la forma en que bostezaba en clase, les parecía que estaba muy cansada. Eran afortunados los amigos que podían hablar con ella, porque Rojila era poco parlanchina. Rara vez decía lo que pensaba.

Un día Rojila llegó a clase muy diferente. ¡Qué cambio! ¡Apenas podía creerse! Curiosamente, después de ese día, Rojila sonríe con frecuencia; tiene mucha energía para el trabajo y los amigos se agolpan a su alrededor para escuchar todo lo que dice. ¡Tiene tantas cosas que contar! ¿Qué ha pasado? ¿Por qué ese cambio de conducta? ¡Misterio!, sólo Rojila lo sabe realmente.

Algunos cuentan que Rojila vio las cosas de otra manera porque un hada buena le dio mucho valor para enfrentar las dificultades. Otros dicen que un mago le dio el don de cambiar su visión de las cosas, ya que Rojila posee ahora un botón mágico que puede utilizar en cualquier momento y tan a menudo como quiera.

Oí decir que este botón mágico estaba colocado en la bolsita que desde ese día carga Rojila en su brazo derecho. Rojila sólo tiene que tocar un poco la bolsa y el botón mágico realiza maravillas.

¡Y qué maravillas! ¿Su hermano mayor es fastidioso? ¿Su mamá es impaciente? ¿El papá está enojado? Poco importa lo que suceda, Rojila tiene su botón mágico y lo utiliza. Lo usa tan a menudo como sea necesario. Y cada vez que utiliza su botón mágico, se siente mejor y todo mejora. Así continúa el misterio de Rojila. Utiliza su botón mágico y cada vez hay más dicha en su corazón.

Ahora, a pesar de todas las dificultades que encuentre, Rojila sonríe y tiene muchas cosas que contar a sus amigos.

Hasta aquí se ha presentado el análisis del trabajo realizado con dos familias de acuerdo a la propuesta narrativa y aunque en ambos casos se siguieron estrategias diferentes, una conversación que hubiera podido realizarse con el objetivo de fortalecer la re-narración preferida, es la conversación de re-membranza.

Las conversaciones de re-membranza, parten de la idea de las identidades co-construidas a partir de las interacciones con personas significativas en momentos específicos (White, 2005a).

La vida de las personas se ve como un "club de vida", donde cada uno de los miembros ha contribuido o contribuye a definir el self de la persona. Al retomarse la metáfora durante la re-narración, se invita a las personas a reevaluar la "membresía" de los socios, es decir a cuestionar el impacto que han tenido las personas significativas en la concepción de sí mismo que tiene la persona en el presente.

Esto permite revisar relaciones importantes en el pasado -tanto por su impacto negativo como positivo-, los eventos asociados y las conclusiones de identidad, para después decidir qué tanto poder seguirá teniendo de ahí en adelante. Las personas pueden decidir revocar membresías o bajar de categoría, rescatar a miembros cuyas voces han permanecido ocultas por la voz de la trama dominante o incluso invitar a nuevos miembros a formar parte de su club de vida.

Cuando las personas se involucran en una conversación de re-membranza, rescatan eventos pasados que dan fuerza a la trama preferida y que permiten rescatar identidades olvidadas a partir de múltiples voces, pero además de esto, descubren las contribuciones que han hecho en la vida de los otros significativos. Es por esto, que se considera una práctica acorde a la idea de identidades co-construidas.

En las historias de María y Miriam, las conversaciones de re-membranza hubieran permitido, por un lado, rescatar a personas significativas que no estuvieran sorprendidas frente a sus nuevos logros y que pudieran ser testigos de sus nuevas identidades a partir de experiencias que habían compartido con ellas o sus familias, y por otro, cuestionar las versiones que sobre ellas tuvieran aquellas personas que pudieran mostrarse reticentes a verlas de una manera diferente.

En ambos casos, como se mencionó al inicio, como en la narración de cualquier historia, se siguieron caminos diferentes, estrategias o ejercicios distintos; en ambos, no obstante,

se distingue el uso del lenguaje externalizante durante las conversaciones terapéuticas, pues es algo que distingue la práctica narrativa.

Sin embargo, retomando la cita de Gadamer al inicio del capítulo, incluso en estas conversaciones, la posibilidad que tiene el terapeuta de dirigir las en un sentido determinado, puede cuestionarse, pues se trata en realidad de una negociación constante, o al menos se espera que así sea. A pesar de que se elaboraron planes para cada sesión, es de esperar que durante el desarrollo de las mismas se haya negociado su contenido y desarrollo.

Las propuestas posmodernas, especialmente la conversacional, establece que el terapeuta no elabore hipótesis o planes respecto a los consultantes y las conversaciones, sin embargo, en la cotidianidad, esto es prácticamente imposible. El ser humano elabora explicaciones, cierres preceptuales o pre-juicios sobre los acontecimientos que enfrenta, y la práctica clínica no es la excepción.

Al respecto, la propuesta de la terapia narrativa, no consiste en eliminar este factor que forma parte de la identidad de los terapeutas, pues se nos ha educado para tratar de explicarnos los problemas con los que llegan los pacientes. Eliminar la generación de hipótesis contribuiría a limitar la identidad terapéutica. Sin embargo, si invita a generar hipótesis que no sean patologizantes, que no identifiquen a la persona o a la familia con el problema y sobre todos, que sean verdaderas hipótesis, es decir, que exista la verdadera intención de ponerlas a prueba y cuestionarlas.

Abordar las hipótesis de esta manera, permite que éstas no sean secretos para los consultantes, es decir, el terapeuta puede plantearlas dentro de sesión, lo cual permite que sea el consultante el que decida si es una descripción o explicación preferida y, de no ser así, buscar una alternativa durante la conversación.

1.3 ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL

Durante mi experiencia en la práctica supervisada a lo largo de la residencia considero que el sistema terapéutico total se conformó por los siguientes subsistemas:

- 1) Sistema terapéutico: Terapeuta al frente del caso y familia atendida
- 2) Sistema de supervisión: conformado por las supervisoras
- 3) Sistema de terapeutas: conformado por mis compañeros de generación
- 4) Sistema terapéutico personal: conformado por mi terapeuta y mi grupo de supervisión externo a la maestría con el que vengo trabajando desde hace cuatro años

Sistema Terapéutico

Durante los dos casos atendidos como terapeuta me sentí cómoda, pues considero que logré establecer un joining cercano con los integrantes de las familias.

En un inicio, debido a la diferencia de edad y a la poca experiencia de vida en lo referente a una familia propia, había ocasiones en las que me sentía poco preparada para actuar desde una postura experta. Sin embargo considero que el diplomado de Terapia Narrativa y la postura colaborativa que propone Harlene Anderson (1997), me permitieron entender que el paciente es experto en su vida y el terapeuta en la técnica, ayudándome a ganar seguridad el momento de preguntar o proponer tareas terapéuticas.

Hubo ocasiones en que consideré que estaba isomorfizada con el sistema de la familia, pues entraba en la dinámica de defensora o daba la voz sólo a uno de los integrantes de la familia ignorando a los demás. Ante esto consideré un gran avance darme cuenta dentro de las sesiones, pues esto me permitía regresar sobre la marcha, además de entender el sentimiento de la familia. Desde donde lo veo ahora, para que lograra esto fue necesario el trabajo personal en mi terapia.

En el trabajo realizado con los casos presentados en el análisis de páginas anteriores, y quizá una de las razones para su elección, fueron los sentimientos de cercanía e incluso simpatía y afecto que llegué a sentir por cada uno de los integrantes de la familia.

Considero que un gran reto personal fue lograr desarrollar la habilidad de incluir a los niños en las conversaciones terapéuticas, pues al inicio mi interacción con ellos se limitaba al joining, limitando la posibilidad de obtener información importante para el caso.

Los motivos de consulta de las familias me invitaban a pensar sobre mis posturas personales, específicamente frente a los casos donde se presentaba la violencia y la sobre exigencia. Respecto a la violencia me obligué a reflexionar y estar atenta sobre patrones de violencia que rechazo, pero a la vez mantenerme cercana con las personas. En lo referente a la sobre exigencia, me ayudó a reflexionar sobre mi propia sobre exigencia, creo que desde una postura privilegiada como la que señala Michael White, me di la oportunidad de aprender de Miriam y eso enriqueció mi vida.

Sistema de Supervisión

En general me sentí cómoda con el sistema de supervisión, pues desde el inicio las supervisoras generaron un ambiente de participación en el equipo además de aportar sus comentarios sobre el caso desde una postura de expertos, pero manteniendo a la vez una cercanía con nosotros cuando era necesario.

En este sentido considero que me fue más cómodo trabajar con las parejas de supervisoras cuyas preguntas, comentarios e ideas eran afines, sin que esto implicara que fueran las mismas, considero más bien que hubo una riqueza de ideas, lo cual nos permitía entender desde diferentes perspectivas el caso.

Otro aspecto que me pareció importante y de gran trascendencia en nuestra formación, fue establecer el enfoque terapéutico general con el que se abordarían los casos, sin excluir la posibilidad de utilizar otros, pues nos permitió tener una mejor claridad sobre el caso.

Se logró establecer un clima de respeto y ayuda, pues la participación, comentarios y preguntas que me proponían en el pizarrón o por teléfono, me permitían acceder a terrenos nuevos o entender mejor las líneas de trabajo ya abordadas sin que esto impidiera que integrara sus comentarios al ritmo que me parecía más adecuado dentro de las sesiones y respetando mi estilo como terapeuta.

Conforme avanzábamos en la residencia las supervisoras cuidaron que nuestras intervenciones o propuestas estuvieran sustentadas en la teoría o técnica y no únicamente en la intuición, lo cual permitió ir desarrollando un mejor análisis de los casos.

Considero que fue importante que las supervisoras conocieran los familiogramas y un poco de la historia de los terapeutas, en especial en la práctica del CCH, pues esto permitía distinguir los factores que podrían entorpecer el trabajo de los terapeutas y contextualizar las retroalimentaciones. Sin embargo, en lo personal hubiera preferido comentarios más confrontativos, pues, sin necesidad de convertirse en un contexto terapéutico, hubiera potenciado más la reflexión sobre las necesidades del trabajo personal.

Sentí un cambio considerable en las supervisiones del último semestre, pues se daba más espacio a los comentarios del equipo, lo cual permitió la conformación distinta del equipo de terapeutas.

Sistema de Terapeutas

Fue en el sistema de terapeutas donde sentí un mayor aprendizaje, pues todos tenemos experiencias distintas que enriquecían nuestros comentarios y arrojaban luz sobre aspectos que para alguno de nosotros pasaran desapercibidos.

Sin embargo, fue también en este sistema donde sentí más cuestionamientos sobre mi participación, pues en ocasiones llegué a considerar que mis participaciones eran más frecuentes de lo que era cómodo para mis compañeros. Ante esto, había ocasiones en que decidía quedarme callada para no incomodar, sin embargo, a lo largo de la

residencia fuimos desarrollando acuerdos de participación que eran cómodos para todos.

Durante la residencia hubo una escisión en el equipo, lo que ocasionó que una de nuestras compañeras se mantuviera al margen al momento de hacer comentarios. Esto ocasionó un empobrecimiento en las ideas que se manejaban en el equipo, lo cual se trató de compensar con discusiones más prolongadas al terminar las sesiones.

Conforme las supervisoras limitaban sus comentarios y buscaban una mayor participación en el equipo, se fue desarrollando una mayor confianza, que se veía reflejada en los seguimientos donde las supervisoras ya no estaban presentes.

A partir de la confianza que se fue desarrollando en el equipo las retroalimentaciones fueron incluyendo poco a poco aspectos de la vida personal que podrían estar influyendo en las intervenciones del terapeuta. Sin embargo tuvimos cuidado de no caer en excesos, pues no se trataba de un grupo terapéutico.

Este estilo de trabajo me permitió desarrollar una mayor confianza en el equipo pues sabía que si en algún momento involucraba aspectos de mi historia en el trabajo con las familias, ellos me lo señalarían. Sin embargo, hubo ocasiones en donde señalarlo no era suficiente, por lo que decidía recurrir al sistema terapéutico personal.

Sistema Terapéutico Personal

Este sistema se convirtió en el espacio donde trabajaba mi papel como terapeuta, así como la historia personal que en ocasiones interfería con mi trabajo. Durante los primeros semestres decidí limitar mis dudas personales a este sistema y dejar para la supervisión en vivo lo referente exclusivamente al caso.

Incluyo a este sistema en el análisis pues cubrió una necesidad que tenía de una reflexión más profunda y que impactó de manera importante mi formación terapéutica, pues

además de aportar ideas generales para los casos que después compartía con el equipo en la residencia, fortaleció mi identidad tanto personal como profesional.

2 . H A B I L I D A D E S D E I N V E S T I G A C I Ó N

2 . 1 R E P O R T E D E L A I N V E S T I G A C I Ó N R E A L I Z A D A U T I L I Z A N D O M E T O D O L O G Í A C U A N T I T A T I V A

Historias de Violencia y Resiliencia

Ana Magdalena Olguín Ángeles y Yolanda Suasnavar Lima

En su libro "Los patitos feos", Boris Cyrulnik (2001) pone de relieve la posibilidad de salir fortalecidos después de algún trauma, a esta fortaleza se le conoce como "Resiliencia". El término se puede entender en dos dimensiones: la posibilidad de vivir una situación de crisis, enfrentarla y resolverla de manera efectiva y funcional, y, por otro lado, la posibilidad de lograr evitar vivir situaciones traumáticas pese a que las condiciones del medio presenten un riesgo constante (Masten y Caotswoth, 1995, en Aracena et al. 1996; Cyrulnik, 2001).

Vassallo, Smart, Sanson y Dussuyer (2004) a raíz de su estudio con adolescentes que presentaban conductas delictivas, clasifican los factores protectores en: De los atributos personales, del ambiente familiar y del ambiente escolar / social. Por otro lado Paige y Kitzis (2003) recalcan los siguientes factores de riesgo para los adolescentes: Abuso de sustancias, Índices de término de estudio bajos, Situación familiar problemática y Problemas judiciales (pandillas). A estos factores podemos agregar los que estudian Finkelstein y et al. (2005) en poblaciones infantiles: consumo de sustancias por alguno de los padres, violencia (observada o directa), enfermedades mentales.

Para Alice Morgan (2000), la terapia narrativa entiende que las personas cuentan con diferentes habilidades, competencias, creencias, valores y objetivos que auxilian en la forma de relacionarse y reaccionar ante los diferentes problemas que existan. Por otro lado se entiende que las historias que las personas tienen sobre sus vidas son *eventos unidos en una secuencia a través del tiempo de acuerdo a una trama*, esta idea lleva a entender dos cosas: 1) que las historias dejarán de lado ciertos aspectos de la experiencia que no sean acordes con la trama dominante y 2) que la experiencia es más rica que la historia que contamos (White y Epston, 1993; Morgan, 2000). Siguiendo una postura narrativa, se investigaron aquellos factores protectores que fueran significativos para permitir que surgieran historias alternativas a la violencia en una población de padres y adolescentes de una escuela secundaria pública.

El objetivo del estudio era determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las historias de violencia de los padres y las de los hijos, así como entre los factores protectores y de riesgo. Para esto se pidió a los adolescentes que evaluaran la existencia de factores protectores, factores de riesgo y ejercicio de violencia dirigida hacia él, por parte de sus padres o uno de ellos, a través de sus conductas en casa u otros ambientes, durante la infancia. Paralelamente se pidió a los padres que evaluaran esto mismo en sus historias de origen.

Se utilizaron dos cuestionarios en escala Lickert elaborados especialmente para este estudio, uno dirigido a adolescentes y otro a padres de familia. Ambos basados en el Inventario de Potencial de Maltrato Físico Infantil (I.P.M.F.) diseñado y validado en forma preliminar en Chile por Aracena et al. (2000). Dichos cuestionarios contemplaban 170 reactivos distribuidos en 8 secciones, tal como sigue: Historia de origen, Estrategias de solución de conflictos durante la infancia, Eventos estresantes, Interacción padre-hijo, Estabilidad emocional, Expectativas respecto a las conductas adecuadas en los hijos, Percepción de características negativas en los hijos y Redes de apoyo. El diseño empleado fue susceptible a la diferencia entre sujetos, transversal con dos grupos no equivalentes. Se tomó como variable independiente el estatus en la familia (padre de familia o hijo) y como variables dependientes los resultados en las diferentes secciones del cuestionario.

Una vez obtenidas las puntuaciones de los participantes en las diferentes secciones del cuestionario, se corrió la Prueba T para muestras independientes con el objetivo de identificar diferencias estadísticamente significativas entre padres e hijos respecto a los diferentes factores protectores o de riesgo. Únicamente se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para las variables de historia de origen negativa, estrategias negativas para resolver problemas durante la infancia y redes de apoyo en la actualidad. Una de las variables que no muestran diferencias estadísticamente significativas es la referente a la interacción positiva que mantienen padres e hijos, lo cual indica que en esta variable, tanto padres como hijos evalúan positivamente su relación.

Acorde con los resultados del estudio de Aracena, et al. (2000), se encontró que unos de los factores de riesgo para situaciones violentas es el nivel de estrés y la inestabilidad emocional. Sin embargo, en lo referente a las expectativas en cuanto a los hijos, refieren que a mayores expectativas existen más posibilidades de maltrato, sin embargo los padres de este estudio, reportan tener expectativas altas respecto a los hijos y no se muestran tendientes al maltrato. Por lo anterior podemos decir que el que los padres tengan expectativas altas sobre los hijos no es determinante para el maltrato.

Respecto a los factores protectores, Vassallo, Smart, Sanson y Dussuyer (2004) indican que uno de estos factores son los referentes al ambiente escolar y social. Dentro de estos factores podemos incluir a las redes de apoyo positivas, para este estudio fue el único factor que se mostró determinante para favorecer que los padres de adolescentes eviten ejercer violencia sobre sus hijos.

Como indican Freedman y Combs (1996) y Morgan (2000), existen aspectos contradictorios a la trama violenta dominante a partir de los cuales se abren posibilidades para generar nuevas tramas. Teniendo en cuenta estos resultados podemos concluir que el trabajo que se está haciendo en las redes de apoyo ha permitido a los padres dar significados distintos a las estrategias de educación violentas lo que puede permitir que la historia dominante de violencia pierda su fuerza y surjan historias alternativas para la educación de los hijos que pongan en entredicho la eficacia de las estrategias violentas. Ante estos resultados y retomando lo que Finkelstein, et al. (2005) sobre la inserción de

programas comunitarios que atiendan a los hijos y padres de familia en paralelo, consideramos que el trabajo en redes ha permitido generar soportes comunitarios para erradicar la violencia.

Consideramos que el trabajo en redes permite disminuir los costos de atención, pues al generar grupos autogestivos el papel del psicólogo es el de facilitar las soluciones y no el de proveerlas. Por otro lado los beneficios de autonomía que trae consigo el trabajo autogestivo, permitiría acceder a niveles de atención y prevención en comunidades marginadas.

2.2 REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA UTILIZANDO METODOLOGÍA CUALITATIVA

Los significados en torno a historias de violencia y la liberación de sus efectos

Ana Magdalena Olguín Ángeles y Yolanda Suasnavar Lima

Desde la perspectiva Narrativa la narración de determinadas experiencias da cuenta de la experiencia, de los significados que se dan a ésta y de la identidad de las personas (Morgan, 2005). Respecto al tema de la violencia o el abuso, Michael White (2002), afirma que los discursos proveen de interpretaciones de las experiencias de abuso que llevan a determinadas conductas, las cuales a su vez contribuyen a la versión dominante, es decir hay una relación circular entre la interpretación y las conductas de las personas que fortalecen determinadas identidades. Es por esto que se afirma que las historias constituyen (dan coherencia) y dan forma a la vida (a futuro). Acceder a versiones alternativas, haría posible que las personas ingresen a un relato más positivo de quiénes podrían ser, que cambiaran las formas de expresar sus experiencias de abuso y por lo tanto la forma de sus vidas.

Son varias las explicaciones que se tienen sobre violencia y abuso, desde la perspectiva construccionista, estas explicaciones no son evaluadas en términos de su verdad o

falsedad, sino en su utilidad para asistir a las personas a interpretaciones beneficiosas para su vida. Jenkins (2001), resume estas explicaciones en cuatro grupos: individuales, interaccionales, del desarrollo y socioculturales. Las explicaciones que son útiles invitan a la responsabilidad del abusador, señalan soluciones y se relacionan con todos los niveles del contexto (individual y social).

Para el trabajo con las nuevas interpretaciones, Michael White (2002) propone el trabajo con un equipo de apoyo, en el cual no es indispensable el terapeuta. El equipo puede estar constituido por personas que hayan pasado por experiencias similares, familiares o amigos. La función de este equipo es proveer a las personas de nuevas versiones sobre su identidad, así como proponer acciones para reducir el impacto en la vida de la violencia vivida.

Cuando Jenkins (2002) habla de las posibles soluciones para la víctima de abuso, distingue a aquellas que son hechas desde una elección libre de las que son hechas desde una obligación moral impuesta por discursos culturales dominantes y señala cómo cada uno de estos discursos tienen distintas implicaciones para las víctimas.

Para Jenkins (2002), cuando la violencia se da durante la infancia, los adultos alrededor de él son los que les posibilitan acceder a cualquiera de estos significados de la violencia y su posible solución. Es por esto que consideramos que las personas que acceden a significados desde la libre elección, a partir de las interacciones con redes de apoyo, logran acceder a identidades fortalecidas, es decir, desde la definición que hace Cyrulnik (2001), se trata de personas resilientes, pues logran salir fortalecidos después de una experiencia traumática.

La idea de esta trabajo surgió de la investigación cuantitativa descrita anteriormente, a raíz de un caso en donde la madre había vivido violencia por parte de la madre en la infancia y que mantenía una relación positiva con su hija adolescente. Retomando lo que propone White (2000) sobre el trabajo en la reescritura de experiencias de violencia con ayuda de grupos de apoyo, y desde una postura post-estructuralista, propuesta en la terapia narrativa, que ve a la identidad como co-construida, en constante cambio y no

esencialista (Morgan, 2000), se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué significados se han construido sobre la violencia hacia los hijos a partir de la historia de origen violenta y la experiencia con redes de apoyo en diferentes etapas del desarrollo, y qué relación con los hijos en la actualidad se ha formado a partir de estos significados?

Se siguió una orientación teórico metodológica hermenéutica (Mella, 1998), un diseño proyectado (Valles, 2000), el muestreo que se llevó a cabo fue teórico (Flick, 2004) siguiendo la estrategia de casos extremos. Se llevó a cabo una historia de vida única (Montero 1990), a través de una entrevista a profundidad semi-estructurada (Vázquez y Angulo, 2003). Para obtener y analizar la información de la presente investigación se elaboraron cinco categorías generales respecto a violencia, elementos asociados a ésta y factores protectores durante diferentes etapas de vida.

Durante la investigación y a través de toda la información proporcionada por la persona entrevistada, se pudo observar que ella logró hacer cambios importantes en sus construcciones y significados respecto de la violencia y su percepción de la misma en relación con los hijos, de tal forma que se puede decir que aprendió a desarrollar una personalidad resiliente, demostrando que las situaciones adversas pueden ser minimizadas a través de factores protectores como son las redes de apoyo.

Los factores protectores así como sus propios recursos internos, le permitieron reconocer y aprovechar un estilo de interacción afectivo con personas de su entorno, lo cual facilitó que pese a haber sufrido situaciones de violencia, la señora pudiera rescatar un aprendizaje que posteriormente le determinaría su proceder y desempeño en su rol de madre.

Con el propósito de contrastar resultados y obtener conclusiones más específicas se hizo una triangulación de datos, por una parte se consideraron las respuestas de los cuestionarios aplicados en el estudio cuantitativo, tanto de la señora entrevistada como de su hija y por otra la información vertida en la entrevista por la señora.

Toda esta información nos permitió observar que efectivamente el efecto negativo de las situaciones de violencia que vivió la mamá, pudo ser contrarrestado por el peso tan importante que tuvieron en ella las diferentes redes de apoyo (sus abuelos, su tía, su prima, sus hermanos, vecinos), lo que le ha permitido ahora en su rol de madre no repetir los mismos esquemas que ella tuvo en la infancia; situación que se ve cotejada por las respuestas de su hija en el cuestionario, referentes a estrategias de solución de conflictos y relación con la madre, en los cuales puntúa alto indicando que su mamá aplica buenas estrategias para resolver los conflictos y que la relación se presenta como agradable y positiva.

Se observa que las redes de apoyo como factores protectores pueden ser de cualquier persona, no necesariamente la madre, ya que precisamente en esta historia de vida, quien más agredía era la madre, pero el apoyo se encontró en diversas fuentes como los abuelos, la tía, los hermanos y hasta los vecinos, lo que permitió que la señora pudiera romper patrones de violencia y ahora ser una madre amorosa y que impulsa a la vez el desarrollo de sus hijos.

Se sabe que una fuente de apoyo y a la vez de resiliencia, puede ser una persona, un lugar, un acontecimiento, o cualquier otro evento que provoca un renacer del desarrollo psicológico tras el trauma o situaciones difíciles (Masten y Caotswoth, 1995, en Aracena y Cols., 2000; Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1996; Cyrulnik, 2001). De manera regular se trata de un adulto que encuentra al niño y empieza a abrir posibilidades que permitan acceder a la construcción de una identidad en donde la violencia sea rechazada y evaluada como un acontecimiento injusto (Jenkins, 2002).

Sobre la explicación de la violencia ejercida durante la infancia por parte de la madre, siguiendo la clasificación que hace Jenkins (2002), la entrevista muestra que el tipo de explicaciones que se daban durante la infancia eran explicaciones interaccionales, pues se centraba en las características de la víctima, como eran el ser una mala hija. Sin embargo vemos que durante la infancia y la adultez las explicaciones que se dan son individuales, pues se centran en defectos de carácter o personalidad del agresor, por ejemplo el decir que está loca. Por otro lado, coexisten explicaciones desde teorías del

desarrollo, lo cual se ve reflejado en explicar la agresión durante la infancia como el resultado de una historia violenta durante la propia infancia del agresor, por ejemplo cuando la señora entrevistada dice que su madre la agredía porque en la infancia había sido agredida por los abuelos.

Otra conclusión que surge de la entrevista es referente a las opciones de perdón, renuncia y reconciliación. De los comentarios en torno a la relación que actualmente se mantiene con el agresor, se puede entender que las experiencias con las redes de apoyo permitieron acceder al perdón, la renuncia y la reconciliación desde una postura de libre elección (Jenkins, 2002), pues se reporta que actualmente no se mantiene una relación cercana con la madre, se mantiene el resentimiento pero se "sigue adelante" al haber construido una identidad en donde se considera como injusta el sufrimiento de agresiones, así como se rechazan versiones en donde la víctima es responsable de las agresiones.

3. HABILIDADES DE ENSEÑANZA, DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

3.1 PRODUCTOS TECNOLÓGICOS

Como parte de las actividades de formación complementaria de la residencia, se elaboraron diversos productos tecnológicos dirigidos a una variedad de población, desde población especializada, hasta público general. Esto obedece a la misión y visión de la Universidad Nacional Autónoma de México sobre la difusión de la ciencia y el conocimiento así como a una estrategia para la prevención de la salud.

Manuales

Durante la residencia se elaboraron tres manuales ideados como material didáctico para utilizar en grupos de psicólogos o terapeutas familiares en formación. Los tres manuales presentan de manera general los principios teóricos y metodológicos de los modelos abordados. Se describen breves ejemplos contextualizados en sesiones terapéuticas con el objetivo de aportar ideas a los lectores sobre las acciones que pueden llevar a cabo en sus propias sesiones terapéuticas.

Cabe mencionar que no se consideran sustitutos de una revisión más extensa de los modelos, sin embargo pueden servir como una introducción a su estudio. Es por esto que al final de cada uno se presenta una lista de referencias donde se puede conocer más sobre el modelo abordado en el manual.

Manual Modelo Estructural

Durante el primer semestre se elaboró de manera individual un manual dirigido a psicólogos cuyo objetivo fue exponer las técnicas del Modelo estructural: Cuestionamiento del síntoma, Cuestionamiento de la Estructura Familiar y Cuestionamiento de las realidades.

En el manual se presentan las diferentes técnicas a través de diálogos mantenidos con 4 familias y una pareja de consultantes. Por objetivos didácticos, se hicieron cortes temporales donde se enfocaron cada una de las técnicas. Aunque queda claro que durante la práctica cotidiana es prácticamente imposible hacer estas distinciones, el objetivo de estos cortes fue focalizar la atención del lector a cada técnica ofreciendo una breve descripción de la técnica al inicio y posteriormente la presentación del caso. Para lograr incluir el sentido de continuidad en el tratamiento y aplicación del modelo, se utilizaron los cinco casos en distintos momentos terapéuticos dentro de una misma sesión o en diferentes sesiones.

Durante la técnica de Lados Fuertes, que forma parte del cuestionamiento de la realidad, se consideró importante utilizarla en los 5 casos clínicos, pues desde una perspectiva narrativa de la terapia, es precisamente desde aquí donde inicia la construcción de las historias preferidas al rescatar aquellos aspectos de la realidad que hasta ese momento han pasado desapercibidas para los consultantes, además de ofrecer al terapeuta los aspectos de la familia que pueden ser utilizados para el cambio, pues recordemos que desde el marco de la cibernética para que se de el cambio es preciso que exista un momento de estabilidad anterior.

Manual de Terapia Breve Centrada en Problemas

Durante el segundo semestre se elaboró de manera individual este manual con el objetivo de exponer las estrategias del modelo a psicoterapeutas en formación. A lo largo de las primeras páginas se presenta una introducción al modelo exponiendo los antecedentes históricos y teóricos, así como los principios que guían las tareas terapéuticas.

La estructura del manual obedece a una exposición didáctica de las estrategias principales y generales en las que se dividen las intervenciones terapéuticas del modelo. Se presenta una breve explicación de las soluciones intentadas seguida de la explicación de la estrategia terapéutica. Posteriormente se muestra el extracto de un diálogo mantenido entre terapeuta y consultante durante el cierre de la sesión terapéutica en donde se indican las soluciones intentadas por el cliente hasta el momento, así como las tareas a seguir con el objetivo de solucionar el motivo de consulta.

En la última sección del manual se exponen los posibles escenarios para la finalización del tratamiento, así como las posibles razones si es que éste se da antes de que el terapeuta lo indique o antes de que el problema esté solucionado. El propósito de ésta sección fue dejar claras las posibilidades con que cuenta el terapeuta para mantener su capacidad de maniobra si en un futuro el consultante o cliente regrese a consulta si el problema se presenta de nuevo o si tiene de nuevo la intención de solucionar el problema.

Los casos que se utilizaron para los ejemplos del manual fueron retomados de las prácticas dentro de la maestría en las distintas sedes y en el ámbito de la consulta privada, por lo que se omitieron los nombres de los clientes con el objetivo ético de cuidar el anonimato.

Manual de Terapia Breve Centrada en Soluciones

A finales del tercer semestre se elaboró de manera individual un manual dirigido a psicólogos y terapeutas familiares en formación sobre el modelo de Terapia Breve Centrada en soluciones.

A lo largo del manual se plantean de manera general, los principales sustentos teóricos y metodológicos del modelo así como los tipos de preguntas utilizados en el modelo y las principales intervenciones. Se describen breves ejemplos a lo largo del manual.

Puesto que este modelo es considerado como una derivación de la Terapia Breve, la explicación teórica que se presenta refiere al manual anterior (Terapia Breve Centrada en Problemas), por lo que se considera conveniente abordar de manera secuencial ambos manuales.

Videos

De manera colectiva se elaboraron cuatro videos didácticos con el objetivo de presentar de manera visual las técnicas de intervención de los modelos en acción. Tres de los videos son considerados material complementario de los manuales, sin embargo pueden ser utilizados de manera independiente puesto que cuentan con una sección donde se presenta de manera general los principios teóricos.

Video didáctico: Modelo Estructural

A finales del primer semestre se elaboró de manera colectiva un video dirigido a psicólogos. El propósito del video fue presentar las técnicas del Modelo Estructural de

manera visual, las escenas que se presentaron en el manual fue una selección de las propuestas hechas por los cinco terapeutas a lo largo de sus respectivos manuales.

Por razones de tiempo de duración del video no se incluyeron todas las técnicas sino sólo 9, distribuidas en tres técnicas de cuestionamiento del síntoma, tres de cuestionamiento de la estructura y tres de cuestionamiento de la realidad. Por esta razón se propone como material complementario para el manual anteriormente descrito. Al inicio del video se presenta una breve descripción del modelo.

Video didáctico: Terapia Breve Centrada en Problemas

Para el segundo semestre se elaboró un video didáctico para el modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas como complemento didáctico del manual. El video tiene una duración de 30 minutos y se expone de manera visual los contenidos del manual.

Puesto que este producto fue elaborado de manera colectiva los casos presentados a lo largo del video son distintos a los que se presentan en el manual, lo que permite tener un bagaje de ejemplo clínicos más amplio, que a la vez permite un mejor entendimiento de las tareas terapéuticas asignadas.

La estructura del video es similar a la estructura del manual, es decir, se divide en tres secciones: introducción, estrategias principales y estrategias generales. A lo largo del video se presenta de forma visual el nombre de la técnica mientras que de fondo se escucha la explicación de la misma. Posteriormente se presenta la escena en donde se ejemplifica el final de la sesión donde se asignan las tareas terapéuticas indicadas para cada caso.

Por razones de tiempo, no se incluyó la sección de terminación del tratamiento, es por esto que se recomienda que se utilice el manual junto con el video para tener una aproximación más completa al modelo expuesto.

Video didáctico: Terapia Estratégica

Como actividad complementaria del seminario de Terapia Estratégica cursado durante el segundo semestre se elaboró de manera colectiva un video de 30 minutos de duración sobre dicho modelo dirigido a terapeutas familiares en formación.

La estructura del video contempla 4 secciones:

1. Introducción: exposición de antecedentes históricos y principios teóricos.
2. Etapas de la entrevista inicial: etapa social, etapa del planteamiento del problema, etapa de interacción y etapa de fijación de metas.
3. Directivas directas: pedir que deje de hacer algo, pedir que haga algo diferente.
4. Directivas indirectas: paradoja, metáfora, ordaía.

Puesto que este video no cuenta con un manual de apoyo, se decidió utilizar únicamente dos casos clínicos atendidos durante las prácticas de la residencia en las distintas sedes, omitiendo nombres por razones éticas. El objetivo de esta estrategia es facilitar a la audiencia un mayor entendimiento del caso y las directivas indicadas, por lo que de acuerdo al modelo se eligió para las directivas directas una familia cooperadora (caso 1) y para las indirectas una familia resistente al cambio (caso 2).

Se decidió incluir las etapas de la entrevista pues se consideró como parte fundamental para el éxito del tratamiento. Para esta sección se utilizó el caso 1 pues la sección siguiente se abordaba ya en el momento del tratamiento.

De manera similar al primer video, se presenta de manera visual el nombre de la directiva mientras de fondo se escucha la explicación de la misma, posteriormente se presenta la escena correspondiente.

Debido a que se contempló un video que expusiera la continuidad del tratamiento, se utilizaron distintas sesiones, indicando durante la escena el efecto que había tenido la tarea anteriormente indicada.

Video didáctico: Terapia Breve Centrada en Soluciones

En el cuarto video elaborado durante la residencia, se presenta el modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones, siguiendo la misma metodología de los productos anteriores se presentan los principios metodológicos del modelo, sin embargo en esta ocasión se hace uso de frases coloquiales o dichos populares que dan una idea sobre los principios que orientan el modelo,

Se considera como un producto complementario del manual elaborado para el mismo modelo, sin embargo, dado que fue elaborado como producto colectivo, los ejemplos clínicos abordados son diferentes.

Folleto

Como material complementario de las conferencias impartidas al público en general se elaboraron dos folletos con el objetivo de poder ser distribuidos al final de las charlas a los asistentes y que contaran con la información más relevante.

Así mismo se elaboró un tercer folleto sobre calidad de vida para ser distribuido al público en general y un cuarto folleto como invitación al taller de Comunicación no violenta. A continuación se describe el contenido de los cuatro materiales.

Control y manejo de estrés

Este tríptico fue repartido al final de la conferencia en sala impartida en el ISSSTE, como parte de las actividades desarrolladas durante el primer semestre en la sede de práctica clínica de la residencia.

Se presentan las reacciones fisiológicas frente al estrés como respuestas adaptativas que han permitido la sobrevivencia del ser humano frente a situaciones estresantes, sin embargo se invita a una reflexión sobre los estilos de vida actual en donde las situaciones

estresantes que antes eran pasajeras o temporales se han convertido en constantes, llevándonos a desarrollar síntomas clínicos que afectan la salud física y emocional.

De igual manera se enlistan algunas estrategias que se pueden seguir para prevenir que el estrés afecte la calidad de vida y se invita a los lectores a acudir a su centro de salud para recibir asesoría o solucionar posibles problemas de salud.

La sexualidad del adolescente

Este tríptico fue elaborado para ser distribuido al final de la conferencia impartida a padres de familia en la secundaria Mahatma Gandhi.

Al inicio del folleto se plantea una situación real de un embarazo adolescente y se abordan preguntas reflexivas sobre el mismo. Se abordan las características biológicas, psicológicas, sociales y familiares que tiene la sexualidad adolescente, los riesgos que se enfrentan durante esta etapa y algunas prácticas de riesgo que viven los adolescentes.

Al final del folleto se exponen algunas estrategias que pueden seguir las madres y padres de familia desde sus casas y se hace una invitación a acercarse al departamento de orientación de su escuela.

Calidad de vida

Se elaboró un tríptico de manera colectiva para ser distribuido al público en general como material disponible en salas de espera de consultorios médicos y psicoterapéuticos. Se exponen de manera general el concepto de calidad de vida, los factores que comprende una buena calidad de vida y se presenta un cuestionario para una autoevaluación de la calidad de vida con el objetivo de despertar la reflexión en los lectores sobre sus estilos de vida saludables o no.

Comunicación no violenta

Se laboró este tríptico como invitación al taller que se impartió en el primer semestre a estudiantes de secundaria. Se plantea la justificación del taller así como la posibilidad de desarrollar estrategias de enfrentamiento a los conflictos a través de las actividades que se desarrollarán en el taller. Este folleto fue entregado a la orientadora de la escuela donde se realizó el taller con el objetivo de que ella lo entregara a los alumnos y padres de familia que considerara importante invitar.

Carteles

Calidad de vida

Este cartel se elaboró de manera colectiva durante el primer semestre como material complementario del folleto sobre el mismo tema descrito en el apartado anterior. El objetivo de dicho cartel fue atraer la atención de los usuarios de los consultorios sobre el tema de calidad de vida. Se presenta de manera gráfica los factores que favorecen la calidad de vida.

Material didáctico

Dominó: Preguntas Narrativas

Durante el primer semestre se elaboró un dominó como material didáctico a utilizar durante la exposición del Modelo Narrativo en la materia de Modelos de Intervención. El objetivo de este material es identificar los distintos tipos de preguntas que se elaboran en Terapia Narrativa durante la elaboración del Mapa de Posición 1 propuesto por Michael White (2000).

Cada participante cuenta con un igual número de fichas, el objetivo del juego es unir como en las fichas de dominó el mismo tipo de preguntas, pueden ser preguntas elaboradas o sólo el nombre que se de asigna a cada categoría de pregunta: preguntas de descripción, preguntas de efectos del problema sobre la vida de las personas, preguntas de evaluación y preguntas de justificación.

El juego se puede jugar con las fichas cerradas de manera tradicional o con las fichas abiertas con el objetivo de facilitar la discusión de los participantes. El juego termina cuando ninguno de los participantes tienen fichas.

Juego de línea del tiempo de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

La cuarta Generación diseñó en semestres pasados este juego. La población a la que va dirigida es terapeutas familiares en formación. El juego consiste en una serie de preguntas sobre los diferentes modelos que se revisan a lo largo de la Residencia en Terapia Familiar, así como de los principales representantes de cada modelo. Las preguntas se enfocan en representantes, obras más importantes, fechas y principios de los modelos.

Durante el segundo semestre, de manera colectiva se revisó el contenido del juego y se agregaron algunas preguntas "comodín" para cada modelo. También se diseñó el tablero necesario para el juego, así como el enmicado de las tarjetas.

3.2 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Conferencias

Control y manejo de estrés

Durante el primer semestre se impartió una plática en sala en la clínica del ISSSTE a los derechohabientes. Con una duración de 15 minutos se plantearon las respuestas fisiológicas del estrés como una respuesta adaptativa en principio, sin embargo si estas respuestas se mantienen por un tiempo prolongado pueden llegar a causar malestares físicos, médicos o psicológicos.

Se contestaron preguntas de los asistentes y se proporcionaron algunas estrategias de control y manejo de estrés. Al terminar la charla, se invitó para recibir más informes en el departamento de psicología.

Así mismo se entregó el tríptico diseñado para esta conferencia y se dejaron algunos ejemplares con la psicóloga de la institución.

La sexualidad del adolescente

Durante el segundo semestre se impartió la conferencia "Sexualidad del Adolescente" en la Escuela Secundaria General "Mahatma Gandhi". Los contenidos de la conferencia fueron en torno a los cambios físicos, psicológicos y sociales del adolescente. Impartida a padres de familia, se propició un espacio de discusión para las problemáticas que tienen actualmente con sus hijos en la adolescencia. La duración de esta conferencia fue de 2 horas y media.

Entrevista sobre ciclo vital de la familia: Nido Vacío

Como parte de las actividades del seminario Teorías y Modelos de Intervención II, se realizaron 2 entrevistas a dos familias que atravesaban por la etapa del nido vacío y nido repleto. Esta actividad se realizó en equipo, y se estableció como objetivo contrastar la descripción que de esta etapa hace Salvador Minuchin y Jay Haley con lo que actualmente pasa en estas familias.

Se puso especial importancia a los valores que se sostienen en la familia, las etapas de crisis en cuanto a la salida de los hijos, y las redes de apoyo con las que cuenta la familia, se concluyó lo siguiente:

- La religión constituye una red de apoyo importante para ambas familias, no obstante, los mensajes que se retoman por la familia en etapa del nido vacío a comparación de la familia en etapa del nido repleto, son diferentes, pues se encontró que en la primera familia se retoma la metáfora de "enseñarlos a volar", permitiendo acceder a sistemas de apoyo; mientras que en la segunda familia, se retoma el mensaje de "perdonar al prójimo", que implica que ante las crisis se fortalezca la idea de que sólo dentro de la familia podrán hacer frente a los retos, impidiendo la independencia de los hijos.
- Se observó que en ambas familias los hermanos constituyen un sistema de apoyo, sin embargo la justificación que se da a este apoyo es distinta, en la familia en nido vacío, se justifica como parte de la solidaridad, mientras que en la segunda familia se justifica como parte de la unión familiar.
- Otro aspecto importante que se observó fue respecto a la perspectiva de género, pues en la familia en nido repleto la única opción con que cuentan las mujeres es la del matrimonio, limitándoles otras posibilidades de independizarse de la casa paterna.

Al finalizar las entrevistas se proporcionó a las familias participantes una retroalimentación de los datos encontrados.

Talleres

Taller comunicación no violenta

Como parte de las actividades comunitarias realizadas durante el primer semestre, se realizó una réplica del Taller de Comunicación no violenta vivenciado en la materia de Teorías y Modelos de Intervención I.

El trabajo en el taller estuvo distribuido en dos sesiones de tres horas cada una, dirigido a estudiantes de secundaria.

El objetivo general del taller fue que los participantes mejoraran las habilidades de comunicación y negociación durante los conflictos que les permitieran:

- Solucionar de manera no violenta los conflictos
- Construir relaciones basadas en el entendimiento
- Crear entendimiento mutuo en personas con culturas diferentes
- Prevenir y resolver conflictos de manera que se incremente el entendimiento mutuo y la confianza
- Introducir cambios minimizando la resistencia y promoviendo la cooperación

Este taller se planeó en colaboración con la Dirección de Desarrollo Social de la Delegación de Tlalpan a través del programa de "Escuela para Padres y Fomento a la Lectura" que se llevaba a cabo en el 2005. Como uno de los trabajos en paralelo del programa, se extendió la invitación a los padres de familia participantes para que inscribieran a sus hijos e hijas adolescentes al taller de CNV mientras ellos, en su grupo base, abordaban la temática "La violencia en la familia". El objetivo de este trabajo era integrar el aprendizaje que están llevando a cabo los papás al resto de la familia, pues se consideró importante el desarrollo de habilidades en cada uno de los miembros del sistema.

La mayoría de los conflictos presentados por los participantes se relacionaban con las autoridades escolares, por lo que al final del taller se realizaron representaciones de

dichos conflictos donde los participantes incluían soluciones alternativas con base en los temas abordados en el taller.

Los comentarios de los participantes sobre lo aprendido en el taller giraron en torno a la necesidad de buscar soluciones alternativas a la violencia durante los conflictos, el reconocimiento de las emociones y necesidades propias y de los demás, así como a la necesidad de desarrollar la empatía.

Taller teórico-vivencial de Terapia Narrativa

Al terminar la maestría se inició un taller introductorio a la terapia Narrativa con una duración de 20 horas, distribuido en diez sesiones de 2 horas semanales en el Consejo Mexicano de Psicólogos Clínicos, Jurídicos y Psicoterapeutas, A.C.

Este taller estuvo dirigido a psicólogos y psicoterapeutas como parte de las actividades de actualización profesional que se llevan a cabo en dicha asociación. Los objetivos del taller fueron:

- Familiarizar a los participantes con el pensamiento posmoderno y sus implicaciones en la psicoterapia
- Proveer de estrategias terapéuticas desde una postura narrativa a través de técnicas vivenciales
- Impulsar la reflexión ética sobre la labor del psicólogo

3.3 ASISTENCIA A FOROS ACADÉMICOS

Como asistente

- Seminario "Pensamiento Filosófico y psicoterapia"

Consejo Mexicano de Psicólogos Clínicos, Jurídicos y psicoterapeutas, A.C.

Duración: 90 horas

2005 – 2006

Durante el seminario se revisaron las diferentes posturas filosóficas que han tenido incidencia en el campo de la psicoterapia. Se realizó una revisión extensa de la obra Michael Foucault, el constructivismo, el construccionismo social. Durante el seminario se realizaron reflexiones teóricas sobre el impacto de los modelos teóricos en la práctica ética del psicólogo.

- Congreso Resiliencia en México, 2005

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Durante el congreso se presentaron diferentes trabajos de investigación sobre el tema de resiliencia con metodología cualitativa y cuantitativa. La asistencia a dicho congreso sirvió como un primer acercamiento al tema con el objetivo de abordarse en la investigación cuantitativa del semestre.

- Curso “El uso de las herramientas de la terapia narrativa en el trabajo con problemas de adicciones y violencia”

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, División de Educación Continua.

Duración: 7 horas

Enero, 2006

Impartido por la Mtra. Mercedes Martínez Cruz y el Mtro. Mark Gordon, ambos terapeutas del Clifton Centre en Melbourne, Australia; se abordó el trabajo terapéutico en los temas de adicciones y violencia.

Respecto al trabajo con adicciones se revisó la Ceremonia de definición propuesta por Michael White, donde el objetivo es rescatar los valores, principios, propósitos y planes que tengan los consultantes para engrosar las historias alternativas al uso de drogas. El terapeuta dio una breve exposición de los pasos durante el trabajo contra las adicciones, en donde advirtió que los avances son paulatinos y que al principio de los tratamientos tardan en llegar. Es por esto que recomienda las ceremonias de definición para engrosar los avances y la nueva identidad.

En la parte correspondiente a la violencia familiar, la terapeuta expuso el modelo de Jenkins como auxiliar en el trabajo con hombres que ejercen violencia. La visión revisada en este curso, donde el principal objetivo del trabajo terapéutico será una invitación a la responsabilidad, sirvió como fundamento de la investigación realizada con metodología cualitativa.

- Curso "Metodología cualitativa para proyectos de investigación"

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Departamento de Apoyo a la investigación y posgrado.

Duración: 6 horas

Febrero, 2006

Se presentaron los diferentes diseños de investigación que se pueden utilizar en la investigación cualitativa. El curso sirvió de apoyo para el proyecto de investigación que se desarrollaría en el siguiente semestre en la materia de Metodología.

- Taller "Nuevas reflexiones acerca de la Terapia Familiar"

Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A.C.

Duración: 12 horas

Mayo, 2006

Impartido por el Dr. Salvador Minuchin, se expusieron los cuatro pasos del modelo que actualmente sigue en su práctica: escuchar y desafiar lo que la familia dice del paciente identificado focalizando al paciente y desafiando realidades; explorar sobre lo que la familia ha hecho hasta ahora para permitir que se presente el problema; explorar sobre historias familiares que den cuenta de lo que las personas son ahora y de cómo ven la realidad y, explorar sobre las soluciones que surjan de la familia para resolver el problema.

- Diplomado "Terapia Narrativa"

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, División de Educación Continua.

Duración: 240 horas

Mayo 2005 – Mayo 2006

A cargo de la Lic. Ingrid Elizabeth Von Wobeser H. La estructura del diplomado consistió en 7 módulos evaluados individualmente: Fundamentos filosóficos de la Terapia Narrativa I, Fundamentos filosóficos de la Terapia Narrativa II, La intervención en la terapia narrativa I, Niños, adolescentes y sus familias, La intervención en la terapia narrativa II, Género, pareja y violencia y Temas selectos desde la terapia narrativa. A partir de Enero del 2006, se inició el periodo de prácticas supervisadas en vivo paralelamente a las clases teóricas.

- Seminario de terapia Familiar "El lenguaje Sistémico" y "Anorexia y Bulimia"

Valencia & Gómez en colaboración con el Centro Milanés de terapia Familiar.

Duración: 15 horas

Septiembre, 2006

- VIII Congreso al encuentro de la psicología mexicana, IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología.

AMAPSI

Marzo, 2007

Como Ponente

- "Historias de violencia y resiliencia"

VIII Congreso al encuentro de la psicología mexicana, IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología.

AMAPSI

Marzo, 2007

Presentación del trabajo de investigación realizado con metodología cuantitativa en la materia de Metodología.

- "Los significados en torno a Historias de Violencia y la liberación de sus efectos"

VIII Congreso al encuentro de la psicología mexicana, IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología.

AMAPSI

Marzo, 2007

Presentación del trabajo de investigación realizado con metodología cualitativa en la materia de Metodología

- Mesa redonda: "Estilos de supervisión"

Primer congreso interinstitucional: hacia la integración de la Psicología"

Instituto Politécnico Nacional, Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomás.

Octubre, 2007

Se participó en la mesa exponiendo las características de la supervisión desde el enfoque narrativo.

- Taller Introductorio: Herramientas en la Terapia Narrativa

V Congreso de Investigación Formativa, en homenaje al Dr. Jerome Bruner

UNAM, Facultad de psicología, División de Estudios Profesionales

Febrero, 2008

Como parte de las actividades complementarias del congreso se impartió un taller vivencial dirigido a estudiantes de psicología con una duración de 5 horas. El objetivo del taller era familiarizar a los estudiantes a través de ejercicios vivenciales con la terapia narrativa y presentar un vínculo de los temas que han comenzado a abordar en sus materias de metodología y psicología social con la práctica terapéutica.

4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

4.1 DISCUSIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS CONSIDERACIONES FINALES QUE EMERGEN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

La palabra ética se deriva del vocablo griego *ethos* y se refiere a la elección de una forma de vida de acuerdo con valoraciones reflexionadas (Cabrera, Jiménez, Ledezma, Nava, Olguín, 2008a). Es decir, no implica únicamente seguir las reglas establecidas -como sería en el caso del psicólogo regirse de acuerdo al código ético del psicólogo-, sino pensar sobre lo adecuado o inadecuado de nuestras acciones en un momento determinado.

Con la ética hacemos uso de nuestra libertad y nuestra razón, pues **decidimos** esforzarnos por **comprender** por qué ciertas acciones son adecuadas o no y, puesto que damos cuenta racionalmente de la dimensión moral del ser humano, logramos saber más acerca de nosotros mismos y alcanzar un mayor grado de libertad (Cortina y Martínez, 1998; Cabrera, Jiménez, Ledezma, Nava, Olguín, 2008b).

Seguir un comportamiento ético implica preocuparse por el bienestar de los demás y el propio y, por lo tanto, refleja la responsabilidad y la integridad personal. Aristóteles lo planteaba como la felicidad individual y colectiva, las teorías éticas modernas definen esta felicidad enfocándose más en los conceptos de justicia, paz y libertad frente a los retos de la diversidad (Cabrera, Jiménez, Ledezma, Nava, Olguín, 2008a; 2008b).

De lo anterior podemos decir que un comportamiento ético del terapeuta beneficiará no sólo a los usuarios, sino a él o ella misma, pues la reflexión ética sobre la práctica clínica, impactará a la esfera profesional y personal al decidirse como un estilo de vida. Se explicará en extenso este punto cuando se aborde más adelante el trabajo personal del terapeuta.

Cuando Michael Foucault (1999b) habla de los “cuerpos dóciles”, hace referencia a la forma en que en la actualidad ciertos discursos dominantes marcan la normalidad y la anormalidad, es decir, constituyen un instrumento del poder. En su obra “Vigilar y castigar” (1999c), da cuenta de cómo ahora el control se da por medios sutiles, ya no hay necesidad del uso de la fuerza, pues ha sido sustituido por el conocimiento y el uso del lenguaje.

Michael White (1994) retoma el trabajo de Foucault y hace una invitación a los terapeutas para reflexionar sobre discursos culturales que están dados por hecho y que normalmente no se cuestionan, proponiendo así la deconstrucción. Por su parte, según Leonie Thomas (2002), las terapias postestructuralistas se interesan en reflexionar sobre los efectos reales que ciertas acciones terapéuticas, por ejemplo los diagnósticos, pueden tener en la vida de las personas.

Estas propuestas son invitaciones a la reflexión ética, pues implica que observemos nuestras acciones como terapeutas y pongamos en el centro de esta reflexión el bienestar colectivo. Somos profesionistas en el área de la salud mental, pero también miembros de una cultura con una historia personal a partir de la cual hemos conformado nuestra identidad, y por lo tanto no estamos exentos de estar atrapados en discursos de poder o en historias familiares desde donde decidamos llevar a cabo ciertas acciones. Si no logramos detectar y deconstruir aquellos discursos que resulten limitantes para las vidas de las personas con las que trabajamos y las propias, corremos el riesgo de favorecer el status quo.

Es indudable que el lugar desde donde se mire el escenario terapéutico influye en los aspectos éticos que se rescaten o pasen por alto, sin embargo, a lo largo de la residencia, se tiene la oportunidad de experimentar desde diferentes posiciones: observadores, terapeuta y equipo de terapeutas, para algunos la experiencia se enriquece si se está en proceso terapéutico, pues permite vivirse desde la posición de paciente. Es así como los aspectos que desde una posición pueden pasar desapercibidos se compensan cuando se vive la terapia desde otras posturas.

A partir de la experiencia en la residencia y con el objetivo de organizar los aspectos éticos que surgen dentro de la práctica, se proponen tres categorías de análisis: aspectos éticos del trabajo del terapeuta dentro de las sesiones, aspectos éticos del trabajo y discusión con el equipo de terapeutas y supervisoras, y aspectos éticos sobre el trabajo personal del terapeuta. Sin embargo, en la práctica cotidiana, y más aún si seguimos la postura narrativa, en donde las vidas de los usuarios y los terapeutas se co-construyen a partir de las conversaciones terapéuticas, esta distinción pierde forma, y nos hace una única invitación, la elección de la reflexión ética como forma de vida.

Sobre el trabajo del terapeuta dentro de las sesiones

La importancia de incluir a todos los integrantes del sistema en las conversaciones terapéuticas. Desde la postura narrativa, los problemas afectan a cada integrante del sistema de distinta forma de acuerdo con sus narrativas personales, sin embargo, hay una parte de esta narración que es compartida. Cuando un problema afecta a un integrante de un sistema, de una forma o de otra impacta la vida de los y las demás integrantes, de la misma forma que lo harán las estrategias que surjan desde la narrativa alternativa.

Incluir a todos los integrantes del "sistema del problema" (Anderson, 1997) en las conversaciones terapéuticas es una herramienta terapéutica poderosa, pues permite enriquecer los "mapas de reautoria" (White, 2005c) al proporcionar más información desde las diferentes perspectivas. Si consideramos que contar con información de diferentes fuentes, analizarla e integrarla en las propuestas de solución es una característica de la diversidad cultural (Cabrera, Jiménez, Ledezma, Nava, Olguín, 2008b), contemplar esta práctica en el campo clínico del psicólogo, es una forma de fomentar la diversidad dentro de los sistemas familiares y culturales.

Una práctica contraria, en donde se privilegie una única versión del problema, por ejemplo escuchar sólo la narración que sobre los problemas de límites con los hijos tienen las madres, limitaría los alcances terapéuticos, fomentaría discursos patriarcales donde la educación de los hijos corresponde únicamente a las mujeres y se excluiría las versiones masculinas al respecto. La consecuencia final es que se estaría limitando la vida de las

personas en general; las vidas de las que son escuchadas en las sesiones, de las que no e incluso las vidas de los terapeutas, pues los primeros pierden la oportunidad de incluir a los otros en las nuevas versiones, los segundos la oportunidad de participar en las soluciones y los últimos la oportunidad de conocer y participar en nuevos y enriquecidos estilos de vida.

Desde la metáfora de la cibernética, los cambios terapéuticos en uno de los integrantes del sistema modificará a los demás y esto favorecerá una nueva configuración del sistema en su totalidad. Este principio sustenta la práctica dentro de los modelos sistémicos en donde no es necesario que todos los integrantes del sistema familiar estén presentes para poder hacer un trabajo sistémico, pues de una forma o de otra los efectos terapéuticos tendrán resonancia. Sin embargo los modelos posmodernos se distinguen por la *intención* de generar esta resonancia, una intención de impactar no únicamente la vida de los integrantes de la familia, sino de cuestionar los discursos de poder que sustentan el problema.

En el ejemplo anterior, y desde una postura posmoderna, es distinto que yo *confie*, con base en un modelo teórico, que la madre llegará a casa a incluir al padre en las soluciones, o que las modificaciones que se generen a partir del trabajo de la madre impactarán el rol del padre, a que tenga la *intención* de incluir la versión del padre sobre el problema, pues a partir de ella se abren las puertas a nuevas versiones familiares, pero también a nuevas versiones culturales donde se logran cuestionar los discursos patriarcales.

Esto no quiere decir que será necesario que todos los integrantes de la familia estén presentes en las sesiones, siempre hay formas de “traer a los ausentes”, no es indispensable la presencia física de las personas, sino sus versiones sobre el problema, y para esto podemos hacer uso de las preguntas reflexivas (White, 1994) o el interrogatorio circular (Rodríguez, 2004).

Establecer contacto con la parte humana de los pacientes. Si desde las posturas posmodernas se entiende que las personas no son los problemas, este punto parece

obvio, sin embargo, existen situaciones en donde resulta un verdadero reto, pues confronta a los terapeutas con valores universalmente compartidos, por ejemplo, los casos donde se trabaja con personas que ejercen violencia o han abusado sexualmente de un menor.

Existen discursos institucionales como los de las comisiones de Derechos Humanos, ONU, UNESCO, incluso discursos constitucionales, que nos invitan a rechazar categóricamente actos de violencia o abuso de poder, y aunque coexisten con otros que lo fomentan, es universalmente compartido que este tipo de prácticas "no se valen" y por lo tanto piden de nosotros acciones que muestren nuestro rechazo, por ejemplo, denunciar, señalar y encarcelar.

Sin embargo, dentro del trabajo terapéutico con personas que han ejercido abuso de poder, existe la posibilidad de alcanzar un objetivo aún más ambicioso, el de la restauración del daño. Esta restauración impacta a ambas partes, a la persona que sufre el abuso de poder y a quien lo ejerce.

Para esto será necesario establecer una relación de confianza y cercanía con el usuario que invite a la toma de responsabilidad de sus actos violentos dentro de una interacción con el terapeuta lo suficientemente nueva como para que invite a la reflexión y rescate de valores que fomenten la cultura de la *no-violencia*, la cual, a diferencia de la cultura pasiva, se distingue por la toma de acciones.

En este sentido, Jenkins (2001) propone a los terapeutas guiarse por los siguientes principios con el objetivo de invitar a tomar responsabilidad por la conducta agresiva:

- Declinar invitaciones de atribuir responsabilidad a factores más allá de la influencia del agresor
- Invitar a retar las restricciones para aceptar la responsabilidad de sus acciones, es decir, invitar a cuestionar los discursos de poder que están fomentando la violencia
- Reconocer y resaltar evidencias de la aceptación y responsabilidad de los actos violentos

Mantener en el centro de las conversaciones al usuario. Un trabajo terapéutico inicia con un motivo de consulta, el cual, en algunas ocasiones, a lo largo de las sesiones se va modificando. Desde una postura posmoderna preferimos decir que se va negociando, pues en las conversaciones interfieren las posturas del usuario y del terapeuta.

Como terapeutas desarrollamos habilidades, nos capacitamos y tenemos la responsabilidad de ver lo que el usuario no puede ver del problema que lo lleva a sesiones. Es por esto que en algunas ocasiones nos aventuramos a decir que “el verdadero motivo de consulta” es uno distinto al que reporta el “paciente”. Aún desde una postura posmoderna podríamos decir que estamos en un lugar diferente que nos permite detectar otras influencias del problema.

No podemos evadir esta responsabilidad que tenemos como profesionistas, nos han contratado para ver lo que no pueden ver, para conectar lo que no pueden conectar o para cuestionar lo que no pueden cuestionar, pero esto no nos da la certeza de que nosotros sí podamos hacerlo. Frente a esto, las terapias posmodernas nos plantean la opción de mantener lo suficientemente abiertas nuestras *agendas* (planes de sesión, conclusiones, expectativas, explicaciones) como para poder dialogarlas con las personas.

Un diálogo centrado en la persona, en donde aceptamos que no existen caminos únicos ni mejores (Morgan, 2000), que las personas son expertas en sus vidas y que nosotros como terapeutas sólo somos partícipes de las nuevas narrativas y no constructores de soluciones, es uno de los principales compromisos éticos del terapeuta posmoderno, pues implica estar abierto a la diversidad, la reflexión constante de nuestra práctica y la convicción de que son las personas los arquitectos de sus propias vidas.

Sobre el trabajo y discusión con el equipo de terapeutas y supervisoras

La importancia de la supervisión del profesionista es un factor ampliamente aceptado en los contextos de la salud mental. En las instituciones de salud, los equipos médicos cuentan con un comité que discute, analiza y propone el sentido que deben tomar los

tratamientos. Aún en las prácticas privadas se impulsa la supervisión o revisión de casos, pues se acepta que la visión de un colega enriquece la práctica.

En el área de la psicología clínica también ha comenzado a ser una práctica constante, no sólo por el impacto en los tratamientos sino porque los terapeutas son seres humanos que trabajan con seres humanos y en esta interacción entran en juego emociones, sentimientos, pensamientos o creencias que influyen directa o indirectamente en las decisiones del profesionista. Contar con un equipo de supervisión, por lo tanto, enriquece el trabajo del terapeuta.

Dentro de la residencia se tiene acceso a un estilo particular de supervisión, a un verdadero lujo, pues implica la supervisión en vivo y el trabajo con un equipo de terapeutas. Los costos de este estilo de supervisión fuera de las instituciones son elevados debido a la necesidad de compaginar horarios y cubrir los honorarios de varios terapeutas, es por esto que durante la residencia se adquiere un compromiso con el equipo de supervisión.

Este tipo de trabajo tiene un impacto directo sobre la calidad del servicio que se ofrece a las personas, pues a diferencia de las supervisiones que se dan a través del relato del terapeuta, donde se trabaja únicamente con lo que el terapeuta logra rescatar de las sesiones, la supervisión en vivo goza del privilegio de la investigación en acción.

Si el objetivo de la supervisión es aportar diferentes versiones de la realidad y desde las posturas posmodernas nunca se llega a una versión única de la realidad, el compromiso del equipo es mantener viva la discusión, lo cual implica un trabajo constante como equipo de terapeutas en el cuestionamiento de las prácticas del terapeuta.

Cuando Michael White propone los equipos reflexivos, hace referencia a la posibilidad de reflexionar de manera diferente a partir de las diferentes posturas. El equipo de terapeutas detrás del espejo, tiene la oportunidad de “perderse en sus pensamientos” conforme transcurre la sesión, lo cual, al compartirlo durante la discusión con el equipo, permite experimentar hipotéticamente distintas direcciones que pudo haber tomado la sesión y

así plantear nuevos cuestionamientos que permitan descubrir otras versiones sobre el problema.

Esto compromete al equipo de terapeutas a mantenerse informados sobre los casos clínicos, estar atentos a lo que dicen las personas en las sesiones terapéuticas y a expresar las conclusiones a las que se hayan llegado.

Sobre el trabajo personal del terapeuta

Los contadores trabajan con números, su principal instrumento de trabajo son las calculadoras y buscan siempre la mejor equipada, los arquitectos planean construcciones y buscan el mejor equipo de diseño, los médicos que investigan sobre bacterias y virus se interesan por tener acceso a lo último en tecnología. Los psicólogos trabajamos con personas y nuestro principal instrumento de trabajo somos nosotros mismos, ¿por qué no buscar el mejor instrumento de trabajo?

En páginas anteriores, cuando se abordaba el tema de los discursos culturales, se habló sobre el trabajo personal del terapeuta, pues como parte de una cultura hemos desarrollado creencias que pueden impactar en la práctica profesional. Mientras que la supervisión cubre la necesidad y la responsabilidad ética de reflexionar sobre los casos, el trabajo terapéutico cubre la necesidad y la responsabilidad ética de *trabajar en la persona del terapeuta*.

A lo largo de toda la maestría confirmé la necesidad del proceso terapéutico personal para poder desarrollar las intervenciones con *ética profesional*. Ya antes consideraba importante distinguir entre los problemas reales de las personas que pedían el servicio y los propios, pues esto posibilita acceder a distintas realidades, aclara el panorama. Sin embargo, algo que marcó mi estancia en la residencia, desencadenado de la práctica en el CCH, me permitió avanzar un paso más en este compromiso, pues se redefinió como un *comportamiento ético* al descubrir que con la terapia personal se busca "no sólo el bienestar de los demás, sino el propio" (Cabrera, Jiménez, Ledezma, Nava, Olguín, 2008a).

IV. CONSIDERACIONES FINALES

1. RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS

A través de las actividades desarrolladas en la residencia, y de acuerdo al programa de la misma, se buscan desarrollar diversas habilidades y competencias profesionales. Tomando como base el perfil del egresado propuesto en el programa y mi experiencia a lo largo de la residencia, tanto en las actividades básicas como en las complementarias, considero que se lograron desarrollar las siguientes:

Habilidades teórico conceptuales

A través de los seminarios teóricos se detectaron las principales características de los modelos y propuestas terapéuticas revisadas. La discusión grupal permitió ir generando un esquema propio desde el que pudiéramos comprender la aplicación del modelo, los problemas clínicos que contemplaba, las explicaciones que de él se podían derivar, los objetivos que se podrían alcanzar en sesiones terapéuticas, así como los contextos en los que sería más viable su aplicación.

Esta comprensión fue paulatina, desde actividades *ficticias*, como los juegos de roles o videos realizados, hasta las intervenciones clínicas reales. Abordarlo de esta manera permitió que las docentes encargadas de los seminarios pudieran retroalimentarnos en el momento específico, lo cual evitaba que se generaran errores que después sería difícil modificar.

Además de esto, la claridad del modelo me permitió sentirme más segura al momento de las intervenciones reales, pues, aunque contaba con experiencia clínica, el manejo de los modelos sistémicos era nuevo para mí. Considero que esto es de gran importancia, pues no se trataba únicamente de generar un bagaje de estrategias de intervención, sino un fundamento teórico que permitiera generar estrategias en diversos momentos, lo cual nos prepara para la práctica clínica real.

Habilidades clínicas

Conforme nos fuimos incorporando a la práctica supervisada, desde el papel de observadores en el primer semestre hasta el papel de terapeutas y equipo de terapeutas en los siguientes, las posibilidades de poner a prueba nuestra comprensión teórica de los modelos se fueron ampliando.

Sin embargo, creo que una de las primeras habilidades clínicas desarrolladas fue la capacidad de establecer un contacto humano con los usuarios de las clínicas. Dejaban de ser casos clínicos que se revisaban en los libros, o nuestros compañeros de seminarios representando un papel, y comenzaban a ser personas reales, con necesidades específicas y estilos de vida que debíamos incorporar al análisis del trabajo terapéutico.

Así pues, fuimos desarrollando habilidades para observar con el lente sistémico (y posmoderno hacia el cuarto semestre), negociar con las familias los motivos de consulta, discutir con el equipo -y en algunas ocasiones con la familia- las hipótesis a comprobar, el modelo que parecía ser más adecuado para tratar de abordar el problema presentado y las estrategias a seguir, pero cuidando siempre de mantener a las familias en el centro de las conversaciones.

Junto con esto, elaborar los reportes de las intervenciones terapéuticas, se convirtió en la práctica constante que a mi parecer tiene impacto en dos áreas:

- Se convierten en un espacio de reflexión sobre la propia práctica, pues implicaba hacer una síntesis de las sesiones -lo cual llevaba a seleccionar aquellos datos trascendentes para el caso-, generar hipótesis sobre el impacto de las

intervenciones y aquellas a trabajar, y una reflexión sobre el papel del terapeuta, lo cual permitiría detectar puntos a trabajar tanto en la parte profesional como la personal.

- Se convierten en un espacio donde se ponen en práctica las habilidades de redacción, pues al estar dirigidas al equipo de terapeutas y supervisoras, el escrito debía estar lo suficientemente claro como para lograr transmitir las ideas del terapeuta que lo elaboraba, lo cual se encuentra directamente relacionado con la difusión del conocimiento.

Habilidades de investigación y enseñanza

Los seminarios de metodología se convirtieron en el espacio donde a partir de los trabajos realizadas se podía dar cause a los intereses de investigación que se desprendían de las reflexiones de la práctica clínica y la revisión teórica de los modelos. Esto permitió pasar de la revisión teórica a la producción y difusión del conocimiento.

Así mismos, la presentación de trabajos en foros académicos dirigidos a psicólogos, en especial la ponencia sobre estilos de supervisión, permitió difundir la idea de la importancia de la supervisión en la práctica clínica, lo cual tiene un impacto directo sobre la formación de psicólogos, pues implicó un análisis sobre las necesidades en el proceso formativo del psicólogo.

Por otro lado, el taller sobre terapia narrativa, también dirigido a psicólogos, se convirtió en un espacio de difusión de una propuesta poco abordada durante las licenciaturas en psicología y que, por sus características, invita a la reflexión social sobre prácticas discursivas que tienen incidencia directa sobre los problemas que presentan las familias en las clínicas.

Habilidades de prevención

Como parte de las actividades complementarias de la residencia, se llevaron a cabo conferencias y talleres dirigidos a la comunidad. Esto implicó un análisis de las necesidades de la población, generar estrategias para vincular a la academia con la comunidad y la habilidad de establecer acuerdos con el sector público, en especial durante el taller de comunicación no violenta que realizó en coordinación con el proyecto de escuela para padres que en esa época se llevaba a cabo en la delegación de Tlalpan.

Ética y compromiso social

La actividad del psicólogo, en específico del psicólogo clínico, está íntimamente relacionada con la búsqueda del bienestar de las personas. Para esto es necesaria una reflexión constante sobre el impacto del trabajo del terapeuta en la vida de las personas, entre ellas el mismo terapeuta.

Ya varias de las consideraciones éticas se han planteado en el capítulo anterior, sin embargo, de manera personal me parece sumamente importante rescatar el referente al trabajo personal del terapeuta, pues considero que a partir de éste se desprenden los demás compromisos éticos.

A partir de la autorreflexión generada en el proceso terapéutico personal, se logra la comprensión de las necesidades del otro, de la importancia del respeto hacia los usuarios y la responsabilidad de una actualización profesional, pues es el reflejo del compromiso con uno mismo, como persona y como profesionista.

2. INCIDENCIAS EN EL CAMPO PSICOSOCIAL

Ya en el capítulo I se planteaban las características del campo psicosocial y cómo el trabajo sistémico y posmoderno ofrecen una alternativa para el abordaje de las problemáticas. A mi parecer, a partir de la revisión teórica y la experiencia en la supervisión, la principal aportación de los modelos sistémicos y posmodernos es la inclusión de un mayor número de factores al momento de analizar y proponer estrategias de intervención.

Desde una postura sistémica, los problemas no son definidos unidireccionalmente, pues se busca la interrelación de los distintos factores implicados, individuos, padres, hijos, estilos de educación, creencias personales, cultura, instituciones, etc. Esto genera un análisis más extenso y, por lo tanto, es de esperar que los resultados tengan impacto en instancias más allá del individuo o incluso la misma familia.

Por otro lado, las posturas posmodernas invitan a una reflexión sobre los discursos culturales dominantes que sustentan problemáticas personales, familiares, culturales o sociales. Este tipo de análisis permite generar propuestas en donde las personas son vistas como personas y no como seres patológicos que es necesario marginar.

Esto da pie a intervenciones de contraprácticas de poder en donde se busque eliminar los efectos negativos del discurso en las vidas de las personas. Por ejemplo en los problemas de violencia, permite generar estrategias de deconstrucción del discurso patriarcal en donde el hombre es dominante y la mujer sumisa, permitiendo así, generar relaciones diferentes entre hombres y mujeres.

El análisis y la intervención clínica en la problemática social en nuestro país desde esta visión, permitirá poco a poco generar cambios más perdurables, pues implican un cambio cultural. Es decir, no únicamente se modificará la vida del individuo o su familia, sino el contexto en el cual se desenvuelve, las instituciones con las que convive y las políticas sociales.

3. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA: IMPLICACIONES EN A PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO

Mi experiencia a lo largo de la residencia se convirtió en una verdadera experiencia de vida, pues tuvo implicaciones no sólo a nivel profesional sino personal. En un inicio consideraba que la maestría me permitiría tener un mayor bagaje de conocimiento, me aportaría estrategias terapéuticas que enriquecerían mi práctica clínica y experiencia en escenarios clínicos que hasta entonces no había tenido oportunidad de conocer, pero no contemplaba el impacto que a nivel personal tendría.

Durante el primer semestre se me hizo necesario redefinir mis expectativas e intereses. Antes de iniciar la residencia, me había inscrito en el diplomado de terapia narrativa, por lo que algunas de las lecturas que revisábamos durante el primer semestre no eran totalmente nuevas para mí, en ocasiones, durante las discusiones en los seminarios, tenía la impresión de que mis dudas, cuestionamientos e intereses no estaban en la misma sintonía que las de mis compañeros, por otro lado, el modelo terapéutico que revisábamos ese semestre no me era cómodo; todo esto me llevó a sentirme un poco "aislada" de mi grupo, pues, aunque habíamos logrado desarrollar una convivencia armónica, a mi forma de ver, éramos más un conjunto de individuos que un grupo en sí.

Era una situación que no me parecía cómoda, pues me daba la impresión de que me estaba perdiendo de cosas importantes al querer ir más rápido, la principal, era la convivencia con mis compañeros. Después del primer semestre, a partir de la reflexión sobre esta sensación, decidí que iría más lento en mis intereses, eso implicaba tomarme el tiempo para revisar cada uno de los modelos que revisábamos junto con mis compañeros, dejar la terapia narrativa para el momento adecuado.

Esto me permitió comenzar a integrarme más a mis compañeros, incluso descubría que había aspectos de los modelos que, en mi carrera por revisarlos, no había notado y que

ellos sí. Algunos modelos llegaban a despertar un nuevo interés en mí a partir de los comentarios de las maestras y mis compañeros. Comencé a sentirme parte del grupo.

Por otro lado, la experiencia en las clínicas, generó una dinámica diferente en el equipo de supervisión en comparación con el grupo. Descubrí a mis compañeros de equipo de una manera diferente que en las clases, incluso desde el primer semestre. Mientras que en el grupo me parecía que éramos más individuales, en los equipos de observación sí me sentía dentro del grupo. Quizá era porque todos compartíamos que eran de nuestros primeros acercamientos a la práctica supervisada, nuestros temores y dudas eran muy similares, esto me generaba una sensación de compañía que se contrarrestaba con la sensación de aislamiento que tenía anteriormente.

Así fue como comencé a integrarme con el grupo, en la parte teórica, decidí aprender también de las dudas de mis compañeros, en la parte práctica, compartir con ellos mis temores y dudas. En la parte profesional aprendía a convivir y discutir con colegas, en la parte personal, a integrarme a un grupo.

Cuando iniciamos las prácticas supervisadas ya como terapeutas a cargo, implicó una configuración diferente del equipo, pues ya no se trataba únicamente de compartir nuestros miedos y dudas, sino proponer ideas que enriquecieran el trabajo de nuestros compañeros, tomar en cuenta los comentarios de las supervisoras y negociar entre los diferentes estilos de trabajo tanto de mis compañeros como de las supervisoras.

En un inicio, como comentaba en el capítulo anterior, el análisis que se realizaba de los casos no me parecía suficiente. Estaba acostumbrada a un análisis más extenso debido a la práctica supervisada que tenía fuera de la maestría, un análisis en donde no se contemplaba únicamente las características del caso, sino las del terapeuta, de hecho, más enfocado hacia el análisis del trabajo del terapeuta, entender cómo era que el terapeuta decidía en su práctica. Sin embargo, conforme fui teniendo más sesiones de supervisión dentro de la residencia, comprendí que no era el espacio para revisar a fondo el trabajo del terapeuta, pues el compromiso principal era con las familias.

CONSIDERACIONES FINALES

Esto me permitió sacar el mayor provecho de las prácticas supervisadas en vivo y del trabajo con un equipo de terapeutas. Considero que es un verdadero lujo al cual únicamente se tiene acceso en programas como el de la maestría. A diferencia de la supervisión por relato, se tiene la ventaja de que los comentarios, intervenciones y propuestas de los terapeutas y supervisores están hechas en el momento en el que sucede la sesión.

Fue así como el programa de la residencia me ayudó a generar un vínculo entre mis retos personales y profesionales, pues hubo momentos en donde sabía que para poder lograr mis objetivos académicos debía antes trabajar aspectos personales como la sobreexigencia, las expectativas hacia mis compañeros y supervisoras, la dificultad para integrarme a un equipo con ideas diferentes a las mías y sobre todo el discriminar espacios en donde se debe realizar el trabajo personal y el profesional.

Rescato en especial la experiencia en los escenarios y las discusiones que se daban en el equipo, pues me permitió conocer a familias diversas en distintos contextos, desde aquellos más institucionales como el ISSSTE, donde estábamos insertos en un esquema médico, hasta los menos como la clínica de terapia familiar de la FES Iztacala.

A partir de la experiencia con las familias entendí que no existe un modelo único, que aunque puede existir un modelo que a mí como terapeuta me parezca más cómodo, la narrativa, esto no implica que lo sea para las familias. Ellas me ayudaron a darle sentido a cada uno de los modelos que revisamos en la residencia, a entender porqué era importante revisarlos, entenderlos, discutirlos, analizarlos y practicarlos.

Y así como al inicio de la maestría daba gracias a un adolescente que me había despertado la curiosidad y el interés por la terapia familiar, ahora doy gracias a las familias por haberme acompañado en este viaje.

REFERENCIAS

Ackerman, N. (1958). *The psychodynamics of Family Life*. Nueva York: Basic Books.

Ackerman, N. (1966). *Treating the troubled Family*. Nueva York: Basic Books.

Andersen, T. (1991). *El Equipo Reflexivo*. España: Gedisa.

Andersen, T. (2005). Procesos de reflexión: actos informativos y formativos. En: Friedman, S. (Comp.). *Terapia Familiar con equipo de reflexión*. Buenos Aires: Amorrortu.

Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Aracena, M., Castillo, R., Haz, A., Cumsille, F., Muñoz, S., Bustos, L. y Román, F. (2000). Resiliencia al maltrato infantil: variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos en el presente y que tienen una historia de maltrato físico en la infancia. *Revista de Psicología, Vol. IX, 2000*. Universidad de Chile.

Bailey, S., Whittle, N. (2004). Young People: victims of violence. *Annual Reviews of Psychology, Vol. 55, 2004* pp. 333 – 363

Banco Mundial (2004). *La pobreza en México, una evaluación de las condiciones, las tendencias y las estrategias del Gobierno*. México: Banco Mundial México.

Bateson, G. (1993). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.

REFERENCIAS

- Bell, J.E. (1961). *Family Group Therapy. Public Heath Monograf.* Washington: Government Printing Office.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En: Eguiluz, L, *La Terapia familiar: su uso hoy en día.* México: Pax.
- Berger, P., Luckmann, T. (2006). *La construcción social de la realidad.* Buenos Aires: Amorrortu
- Bertalanffy, L. (1986). *Teoría General de los sistemas.* México: FCE
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1993). *Los tiempos del tiempo.* Barcelona: Paidós.
- Bowen, M. (1960). *Family Therapy and Family Group Therapy.* Los Ángeles: Onson Lake Mills.
- Bruner, E (1986). Ethnography as narrative. En Turner V y Bruner E. *The anthropology of experience.* Chicago: University of Illinois Press.
- Bruner, J. (1986). *Realidad mental y mundos posibles.* Barcelona: Gedisa.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva.* Madrid: Alianza Editorial.
- Caballero, M.A., Ramos, L., González, C. y Saltijeral, M.T. (2002). Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. *Psiquiatría. Época 2, 18 (3), 131-139.*
- Cabrera, G.; Jiménez, I.; Ledezma, C.; Nava, J y Olguín, A.M. (2008a). *Formación Cívica y ética para segundo grado de educación secundaria.* México: Ángeles Editores

- Cabrera, G.; Jiménez, I.; Ledezma, C.; Nava, J y Olguín, A.M. (2008b). *Formación Cívica y ética para tercer grado de educación secundaria*. México: Ángeles Editores
- Carey, M y Russell, S (2002). Externalising: commonly asked questions. *The International Journal of Narrative Therapy and Community work*. 2002, No. 2.
- Castañeda, M. (2002). *El machismo invisible*. México: Grijalbo.
- Ceberio, M. y Linares, J.L. (2000). *Locura, marginación y libertad*. Buenos Aires: Ediciones Culturales Universitarias Argentinas.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002). *Irreverencia: una estrategia de supervivencia para terapeutas*. España: Paidós.
- Cortina A. y Martínez, E. (1998). *Ética*. Madrid: Akal
- Cyrułnik, B (2001). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. España: Gedisa.
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de salvador Minuchin. En: Eguiluz, L. (Comp.). *terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Pax.
- De Shazer, S. (1994). *En un origen las palabras eran magia*. España: Gedisa.
- Diario Oficial de la Federación (1996). *Ley de Asistencia y prevención de la Violencia familiar*. Publicada en la gaceta oficial del distrito federal el día 18 de julio de 1996 y en el Diario Oficial de la federación el día 9 de julio de 1996.
- DIF-PREMAN. (2005). *Maltrato infantil. Al interior del DIF, México*. Recuperado 20 de julio 2008 de www.dif.gog.mx.

REFERENCIAS

- Eguiluz, L. (1998). Historia de los pioneros y las escuelas de terapia familiar en México. En: Murueta, M., Arzate, R. y cols. (Coord). *Psicología de la familia*. México: UNAM-Iztacala y Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología.
- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica: Alternativas para investigar el sistema familiar*. México, UNAM: FES Iztacala.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax.
- Espinosa, M.R (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En: Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax.
- Epston, D. y Maise, R. (2000). Archive of resistance: anti-anorexia / anti-bulimia. Recuperado en febrero 2006 de <http://www.narrativeapproaches.com/antianorexia>
- Estrada, L. (1997). *El ciclo Vital de la Familia*. México: Grijalbo.
- Finkelstein, N., Rechberger, E., Russel, L., VanDemark, N., Noether, C., O'Keefe, M., Gould, K., Mockus, S., Rael, M. (2005). Building Resilience in children of mothers who have co-occurring disorders and histories of violence. *The journal of behavioral health services and research*, 32:2 April/June.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder. 4° Ed.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Editorial Morata. 75-86.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. México: FCE.
- Foucault, M. (1999a). Diálogo sobre el poder. En: *Ética, estética y hermenéutica. Obras esenciales III*. Barcelona: Paidós básico.

- Foucault, M. (1999b). Las mallas del poder. En: *Ética, estética y hermenéutica. Obras esenciales III*. Barcelona: Paidós básico.
- Foucault, M. (1999c). La incorporación del hospital en la tecnología moderna. En: *Ética, estética y hermenéutica. Obras esenciales III*. Barcelona: Paidós básico.
- Foucault, M. (1999d). Verdad y poder. En: *Estrategias de poder. Obras esenciales II*. Barcelona: Paidós básico.
- Foucault, M. (1999e). La locura y la sociedad. En: *Ética, estética y hermenéutica. Obras esenciales III*. Barcelona: Paidós básico.
- Foucault, M. (1999f). Sexualidad y soledad. En: *Ética, estética y hermenéutica. Obras esenciales III*. Barcelona: Paidós básico.
- Freedman, J y Combs, G. (1996). "The narrative metaphor and Social Constructionism: a Posmodern Worldview". En: *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. New york: W.W. Northon & Company.
- Freeman, J; Epston, D; Lobovits, D (2001). *Terapia narrativa para niños*. España: Paidós
- Fruggeri, L. (1996). El proceso terapéutico como construcción social del cambio. En: Mc Namee, S. y Gergen, K. (Comp.). *La terapia como construcción social*. México: Paidos
- Galicia, I. (2004). Terapia estratégica. En: Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax.
- González Alvarado Rocío. (2008, 8 de abril). Blanco de violencia, las escuelas publicas en la Alvaro Obregón. *La Jornada*. Recuperado el 18 de abril de 2008 de www.jornada.unam.mx

REFERENCIAS

- González-Forteza, C.; Villatoro Velázquez, J.; Alcántar Escalera, I.; Medina-Mora, ME.; Fleiz Bautista, C.; Bermúdez Lozano, P.; Amador Buenabad, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. En: *Salud Mental*, 25(6): 1-12.
- Guerra. A.A. (2005). Aspecto legal del maltrato infantil. En: En: Jiménez, M. (Coord) *Caras de la violencia familiar*. México: Gobierno del Distrito Federal / Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Grandesso, M. (2002). Terapias Posmodernas: un panorama. *Sistemas familiares*, 18 (3).
- Guerin, P.J. (1976). *Family Therapy: The first twenty years in Therapy*. Nueva York: Gardner Press.
- Gurman, A.S y Kniskern, D. (1991). *Handbook of Family Therapy*. Nueva York: Bruner/Mazel.
- Habermas, J. (1983). "Modernity: an incomplete Project". En: Foster, H. (1987) *The philosophical discourse of modernity*. Londres: Oxford.
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1990). ¿Por qué no hacemos terapia prolongada? En: Zeig, J. y Gillian, S. (Comps.). *Terapia breve: Mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Harvey, D. (1998). *La condición de la posmodernidad*. Madrid: Amorrortu.
- Imber Black, E; Roberts, J; Whiting, R. (1991). *Rituales terapéuticos y ritos en la Familia*. España: Gedisa.

- Instituto Nacional de estadística geografía e informática (INEGI). (2004) Encuesta nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003. México: INEGI
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2004). Encuesta nacional sobre la violencia contra la mujer, 2003. México: INSP
- Jenkins, A. (2001). *Invitation to responsibility*. Adelaide South Australia: Dulwich Centre Publications. Parte 1.
- Jenkins, A. (2002). Forgiveness and child sexual abuse: A matrix of meanings. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*. No. 1. 35-51.
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. México: Piados.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., Fontecilla, M. (1996). *Estado del arte en resiliencia*. Trabajo solicitado por Oficina Panamericana de la Salud Washington D.C. CEANIM.
- Kunh, T. (1962). *La Estructura de la Revoluciones Científicas*. México: FCE.
- Laing, R.D. y Esterson, A. (1967). *Cordura, locura y familia*. México: FCE.
- Lara, T. (1996). La psicología conductual: antecedentes y prospectivas. En: Sánchez Sosa, J., Carpio, C. y Díaz González, E. (Comp.). *Aplicaciones del conocimiento psicológico*. México: Facultad de Psicología, ENEP-Iztacala, UNAM, DGAPA, SMP.
- Law, I.; Madigan, S. (1998). "Discourse not language: the shift from a modernist view of language to a post-structural analysis of discourse in Family Therapy". En: Madigan, S. y Law, I. (1998). *Praxis: Situating discourse, feminism and politicts in narrative therapies*. Vancouver: The Cardigan Press.

REFERENCIAS

- Leñero, L. (1994). *Las familias en la ciudad de México: Investigación social sobre la variedad de las familias, sus cambios y perspectivas de fin de siglo*. México: Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia-DIF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF, Centro Mexicano para la Filantropía- CEMEFI, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C.
- Limón Arce, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia*. México: Editorial Pax.
- Macías, R. (1988). Notas para la historia de la terapia familiar en México. *Psicoterapia y Familia, Vol. 1, num. 1, pp-23-27*.
- Macías, R., E. Espejel y F. Avilés (2000). La integración de la enseñanza, la atención clínica y la investigación en la terapia familiar. Una aportación del Instituto de la Familia, A. C. En: Centeno, Barrientos, Juarez, Jimenez y cols. (Comp.). *La terapia familiar en México hoy*. México: Departamento de Educación Especializada de la UAT y AMTF.
- Madanes, C. (1990). Estrategias y metáforas en terapia breve. En: Zeig, J., Gillian, S. (Comps.) *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia*. Barcelona: Paidós.
- Margolin, G. y Gordis, E. (2004). Children's exposure to violence in the family and community. *American Psychological Society, Vol 13, No. 4*. (2004)
- McGoldrick, M. (1991). Women Through the Family Life Cycle. En: McGoldrick, M.; Anderson, C. y Walsh, F (Ed.) *Women in Families: a framework for family therapy*. Nueva York: Norton and Company.
- McNamee, Sh y Gergen, K. (1999). *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue*. California: Sage Publications. Pag. 3-28.

- Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico metodológicas de la investigación cualitativa*. Santiago: CIDE. 25-73.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S y Fishman, H.Ch. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Montero, M. (1990). Memoria e ideología. Historias de vida: memoria individual y colectiva. *Acta sociológica* 1, 11-35.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- Morgan, A. (2002). Discerning between structuralist and non-structuralists categories of identity: A training exercise. *The International Journal of Narrative therapy and Community Work*. No. 4.
- Muñoz Ríos Patricia. (2008, 16 de abril). Deben trabajar hasta 56 horas semanales para no perder el empleo. *La Jornada*. Recuperado el 18 de abril de 2008 de www.jornada.unam.mx
- Myerhoff, B. (1986). Life not death in Venice: Its second life. En: Turner, V. y Bruner, E. (eds) *The Antropology of experience*. Chicago: University of Illinois Press
- Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de Familia: conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Barcelona : Herder.
- O'Hanlon, W; Weiner-Davis, M (1990). *En busca de soluciones: un Nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós.

REFERENCIAS

- Opler, M. (1985). Influencias sociales y culturales en la psicopatología de los grupos familiares. En: Zuk, G. y Boszormenyi, I. (Comps.) *Terapia familiar y familias en conflicto*. México: FCE.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999). Reporto f Consultation an Child Abuse Prevention, WHO. (Documento WHO/HSP/PVI/)) Geneva, Ginegra.
- Paige, L. y Kitzis, S. (2003). Rural underpininnings for resiliency and linkages (RURAL): A safe school/healthy students project. *Psichology in school, Vol. 40(5), 2003*.
- Parry, T. (2001). Sin red: Preparativos para la vida posmoderna. En: Steven. (comp.) *El nuevo lenguaje del cambio (2001)*. Barcelona:Gedisa.
- Perea, M.A., Loredo, A.A. y Corchado, C.S. (2005). Situación actual de la atención a los menores víctimas de violencia: En: Jiménez, M. (Coord) *Las caras de la violencia familiar*. México: Gobierno del Distrito Federal / Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Prinz, R. y Feerick, M. (2003). Next steps in research on children exposed to domestic violence. *Clinical child and Family Psychology Review, Vol. 6, No. 3, September, 2003*.
- Ramírez Bertha Teresa. (2008, 27 de febrero). Necesario, reconocer nuevos tipos de familias: Batres. *La Jornada*. Recuperado el 18 de abril de 2008 de www.jornada.unam.mx
- Rodríguez Gabriela. (2008, 29 de Febrero). Ambivalentes: Las familias mexicanas. *La Jornada*. Recuperado el 18 de abril de 2008 de www.jornada.unam.mx
- Rodríguez, C (2004). La escuela de Milán. En: Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia Familiar su uso hoy en día*. México: Pax

- Rorty, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton: N.J.
- Sánchez y Gutierrez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: El Manual Moderno.
- Sánchez, D. A. (1996). *Recorrido histórico de la terapia familiar, tesis para obtener el grado de maestro*, Universidad de las Américas, México.
- Selvini, M. y Ferraresi, P. (1972). El obsesivo y su cónyuge. En: *Social Psychology*, No. 7, pp. 90-97.
- Selvini, M; Boscolo, G; Cecchin, G; Prata, J (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. España: Paidós.
- Selvini, M; Cirillo, M; Selvini, M; Sorrentino, AM. (1998a). *Los juegos psicóticos de la familia*. México: Paidós
- Selvini, M; Cirillo, M; Selvini, M; Sorrentino, AM. (1998b). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós
- Selvini, M; Cirillo, S; Selvini, A.M; Sorrentino (1998). *Los juegos psicóticos de la familia*. España: Paidos.
- Selvini, M (1990). *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidos.
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En: Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Pax.
- Thomas, L. (2002). Postestructuralism and therapy – what's it all about? *The International journal of narrative Therapy and Community Work*, No. 2

REFERENCIAS

- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis. 75-105
- Vargas Rosa Elvira. (2008, 31 de marzo). Los emos, respuesta a cambios en la sociedad y modelos de familias. *La Jornada*. Recuperado el 18 de abril de 2008 de www.jornada.unam.mx
- Vassallo, S., Smart, D., Sanson, D. y Dussuyer, I. (2004). At risk but not antisocial: Changes From childhood to adolescence. *Family Matters, No. 68, Winter 2004. Australian Institute of family studies*.
- Vázquez, R. y Angulo, F. (2003). *Introducción al estudio de caso: los primeros contactos con la investigación etnográfica*. Granada: Ediciones Ajibe.
- Villatoro, J.; Quiroz, N.; Gutiérrez ML., Díaz, M. y Amador, N. (2006). ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). México, D. F.
- Vygotski, L.S. (1931). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. En: *Obras escogidas, Tomo III. (1995)*. Madrid: Visor.
- Vygotski, L.S. (1973). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Pleyade.
- Watzlawick, P.; Beavin, J.; Jackson, D. (1993). *Teoría de la Comunicación Humana*. México: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2003). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder. 11° Ed.
- White, M. y Epston, D (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona; Paidós.

- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002a). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Madrid: Gedisa.
- White, M. (2002b). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Madrid: Gedisa.
- White, M (2005a,). Workshop notes: Re-memembering conversations. Recuperado en octubre 2005 de <http://www.dulwichcentre.com.au>
- White, M (2005b). Workshop notes: Externalising conversations exercise. Recuperado en octubre 2005 de <http://www.dulwichcentre.com.au>
- White, M (2005c). Workshop notes: Statement of position maps 1 & 2. Recuperado en octubre de <http://www.dulwichcentre.com.au>
- Wiener, N. (1948). *Cybernetic: or Control and Communication in the Animal and the Machine*. Nueva York: John Wiley and sons.

SITIOS WEB:

- Departameto del Desarrollo Integral de la Familia, D.F.: <http://www.dif.df.gob.mx>
- Dulwich Centre: <http://dulwichcentre.com.au>
- Instituto Mexicano de la Familia, A.C.: <http://www.ifac.com.mx>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: <http://www.inegi.gob.mx>
- Instituto Nacional de las Mujeres: <http://www.inmujeres.gob.mx>
- Periódico La Jornada: <http://www.jornada.unam.mx>
- Secretaría de economía: <http://www.economia.gob.mx>