



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCOTRADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

PATRIARCADO FAMILIAR Y VÍNCULOS AFECTIVOS
ENTRE VARONES

REPORTE DE EXPERIENCIA P R O F E S I O N A L

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
JOAQUÍN IVÁN TORRES ACOSTA

DIRECTORA: MTRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ
COMITÉ: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

MEXICO, D. F.

2010



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Mtra. Luz María Rocha
por mostrar interés y dedicación en la dirección del reporte. Sobre todo por el
momento en que aceptó dirigirlo.

A la Mtra. Silvia Vite
por su acompañamiento y orientación en la elaboración de este trabajo.

A mis compañeras y compañero en la residencia.
Una de las mejores experiencias de compañerismo que me ha tocado vivir.

A las profesoras y profesores de la residencia,
gracias por su dedicación y compartir su experiencia y conocimientos.

DEDICATORIAS

A mi familia, amigas y amigos
cuya presencia me motiva día a día.

A las personas y familias
que depositaron su confianza en los procesos terapéuticos de esta residencia.

Especialmente a mi maestra Blanca Reguero
que me representa la calidez, la guía, la congruencia, el ejemplo y
el amor de la Universidad.

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	6
1.1. Análisis del campo psicosocial. La problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar	6
1.1.1. Características del campo psicosocial	6
1.1.2. Principales problemas que presentan las familias	20
1.1.3. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa	25
1.2. Caracterización de las sedes	27
1.2.1. Descripción de los escenarios	27
1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios	30
1.2.3. Diagrama de operación del centro de servicios psicológicos	35
2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR	
2.1. Análisis teórico conceptual de la terapia familiar sistémica y Posmoderna	36
2.1.1. Fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna	36
2.1.2. Principios metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y posmoderna	49
2.1.3. Visión integradora de los modelos	88
3. COMPETENCIAS PROFESIONALES	
3.1. Habilidades clínicas terapéuticas	94
3.1.1. Caso 1	94
3.1.1.2 Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención al caso 1	125
3.1.1.3. Comentarios finales	113
3.1.2. Caso 2	117
3.1.2.1. Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención al caso 2	125
3.1.2.2. Análisis y discusión del tema: patriarcado familiar y vínculos afectivos entre varones	146
3.1.2.3. Análisis del sistema terapéutico total	156
3.2. Habilidades de investigación	159
3.2.1. Reporte de investigación cuantitativa	159
3.2.2. Técnicas de investigación cualitativa. Grupos focales y estudios de casos	169
3.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento	187
3.3.1. Productos tecnológicos	187

3.3.2. Programa de intervención comunitaria.	187
3.3.3. Participación en foros académicos	195
3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional	195

4. CONSIDERACIONES FINALES

4.1. Habilidades y competencias profesionales adquiridas	199
4.2. Incidencia en el campo psicosocial	201
4.3. Reflexión y análisis de la experiencia	204
4.4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo	208

BIBLIOGRAFÍA	210
---------------------	-----

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1. Análisis del campo psicosocial. La problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar

1.1.1. Características del campo psicosocial

Historia

Una de las principales funciones de los grupos comunitarios se refiere a facilitar la supervivencia de su población, cubriendo sus necesidades básicas encadenando generaciones que comparten características y costumbres conformando agrupaciones con una historia común. Las sociedades primitivas se conformaron de esta manera en torno a la procreación y la producción de alimento y cobijo. Ancestralmente, las comunidades persistieron debido a su capacidad de mantener un número necesario de personas para el cumplimiento de estos fines, concentrados en torno a una figura central. Aparentemente, los lazos afectivos en estas comunidades eran inexistentes y sólo emergían los instintos de conservación de la descendencia propia más como una respuesta genética, que como un constructo social. El factor que compartían los integrantes de estas comunidades se reducía a ser descendientes de la figura dominante, pero no se auto denominaban familia como lo conocemos actualmente.

Los conceptos de familia surgieron con base en preceptos religiosos que moldeaban la vida moral de las personas. Posteriormente en lo que se denominó la Reforma Protestante del siglo XVI, se le adhirió el carácter civil a los grupos familiares, lo cual se sumó al aspecto religioso, transformando a la familia en una institución de carácter moral y de tipo legal a través del derecho civil.

A finales del siglo diecinueve, la industrialización modificó el ciclo de vida y el rol de los padres de familia ya que, hasta antes de este período histórico, las familias campesinas se encargaban de la educación, recreo, socialización, trabajo y educación religiosa-espiritual de su descendencia. A partir de este momento, se delegó mucho de estas funciones a instituciones sociales, lo cual si bien, no significó un cambio radical en las conformaciones familiares, si lo fue en su dinámica de interacción y en la repartición de roles y responsabilidades en la socialización de los individuos.

Las familias en México

En el México colonial se impuso el concepto europeo de familia y las alianzas familiares constituían un mecanismo de control de poder y un medio para consolidar lealtades y neutralizar enemistades al interior de la sociedad novohispana. Para la población indígena fue difícil adaptarse a los conceptos familiares de la colonización ya que los nobles se resistían a tener sólo una esposa tal como lo ordenaba la iglesia católica, por citar una de muchas otras costumbres precolombinas. Como medida para contrarrestarlo, la más refinada sociedad criolla pretendió proyectar una imagen de ternura hogareña y honestidad familiar desaprobando toda manifestación distinta a este patrón europeo cristiano de la familia. Esta tradición se prolongó en los siglos venideros sufriendo sólo pequeñas modificaciones; las familias novohispanas lograron una sólida estabilidad, permanencia y significancia en el orden social aristocrático.

Este fenómeno cultural sentó las bases de un modelo de familia en México que obedecía a patrones distintos a las raíces de la mayoría de la población, lo cual fue conformando un concepto de familia que entrelazaba esta imposición social con tradiciones ancestrales de agrupación familiar. Gradualmente se moldearon las estructuras familiares urbanas influyendo en la mentalidad y comportamiento de quienes las conformaban; se fue generando un modelo ideal de familia que se sobreponía al otrora imperante modelo rural. De esta manera se gestó un prototipo

nuclear integrado por el padre, la madre y los hijos; en esta organización cada miembro cumplía funciones específicas ya siendo la figura de autoridad y provisión material, ya la figura de crianza y nutrición afectiva o bien los sujetos replicantes y herederos de los patrones de la madre o el padre de acuerdo a su género facilitando la replicación masiva de estos valores y funciones sociales. Sin embargo no se puede negar que este modelo basado en el arquetipo de la familia nuclear conyugal, se vio enfrentado a múltiples dificultades para encajar costumbres y valores étnicos. Es finalmente, un modelo impuesto a las culturas originales de nuestra región.

De esta manera, se forman estereotipos promovidos por las instituciones sociales con el propósito de moldear la adaptación a estas prácticas familiares que garantizaban el progreso social conveniente al orden social trazado por el Estado. La idealización resulto muy útil para facilitar esta adaptación de los grupos familiares urbanos.

Se puede definir el arquetipo de la siguiente manera: familia formada por una pareja de esposos que reside en un hogar independiente con sus hijos no emancipados fundada en un sistema monogámico basado en fidelidad recíproca y en una división del trabajo que determina la hegemonía masculina.

En la actualidad estos modelos han cambiado a un paso sumamente lento; las funciones y los roles tradicionales han dejado de ser funcionales y el orden económico ha dictado nuevas maneras de organización. La participación cada vez más activa y productiva de las mujeres ha traído como consecuencia que hoy en día se observen en los hechos, familias que en su conformación y organización distan mucho de este modelo histórico desarrollado anteriormente.

La adaptación a nuevos patrones de comportamiento y curso de vida en las familias nos refiere a una transición difícil de asimilar por la sociedad (mayor número de divorcios, familias uniparentales, jefaturas femeninas, sistemas sin jefatura de parejas conyugales, grupos familiares no consanguíneos o familias

homosexuales) y evidencian la existencia de grupos familiares multifacéticos que van dejando atrás esquemas tradicionales.

Este mosaico familiar va imponiendo la necesidad de ampliar el concepto de familia complejizando su entendimiento y su abordaje clínico y social.

En el siglo pasado, el número de personas promedio para cada familia se redujo debido factores educativos y de asistencia social que proporcionaron una mayor decisión de los padres en la procreación. Esto arrojó una modificación importante en cuanto a la conformación histórica de las familias que gradualmente ha modificado el patrón de familia conyugal reduciendo el número de hijos e hijas. Este análisis se amplía y cuantifica más adelante, lo destacable es la incorporación de un nuevo factor diversificante: la reducción en el número de miembros por familia.

En el recuento histórico de las agrupaciones familiares en la historia de la humanidad y particularmente en lo que se refiere a la evolución histórica en nuestro país, es evidente que su conformación, intereses de agrupación, así como la distribución y asunción de funciones se fueron amoldando a las necesidades y exigencias sociales, políticas y económicas de su contexto histórico. De igual forma aunque en menor medida, también los grupos familiares han contribuido a la conformación de sus entornos sociales. Por lo tanto, la historia de las comunidades se explica desde una relación mutua con su contexto, es decir, hay una influencia recíproca de las comunidades y su entorno.

A pesar de que se cuenta con el acervo informativo de cómo se han comportado los grupos comunitarios y las familias, la realidad es que la revisión de las familias como objeto formal de estudio, es muy breve. Formalmente se puede hablar de mediados de la década de 1950 (Anderson, 1998). Ya que antes de esto, el estudio se reducía a unidades aisladas de familias o grupos de elite que no reflejaban a la totalidad de familias existentes. El estudio reciente de las familias

ha permitido un acercamiento más realista y por lo tanto se han podido trazar ideas que conllevan a una definición de lo que es la familia y a una descripción de su estructura y composición.

Definición y descripción

Lo que siguen compartiendo las familias antiguas, actuales, extranjeras y mexicanas, son las funciones de posibilitar la individualización de sus miembros y proveerles un sentido de pertenencia. Para su mejor entendimiento es fundamental concentrarse en una línea de definiciones congruentes entre sí, además de conocer la estructura de estos sistemas familiares, es decir, acercarnos al conocimiento de la organización en que se sucede su funcionamiento, comunicación y relaciones afectivas.

De acuerdo con Anderson (1998), resulta relevante para el estudio de la familia, no tanto el seguimiento histórico de su estructura como la manera en que se ha conformado el significado de ésta, es decir la idea de familia que tienen sus propios miembros que la conforman. Para ello resalta la función de las instituciones sociales, como medios de comunicación, Iglesia y Estado a manera de protagonistas en la conformación de símbolos e ideales de familia. Con el propósito de continuar con la revisión histórica de la familia y comenzar a revisar sus definiciones, nos basaremos en el modelo de familia occidental que encuentra sus raíces en los grupos consanguíneos post industrializadas de Europa occidental y de América del norte.

Las diversas definiciones de la familia coinciden en tomar en cuenta los aspectos biológicos, antropológicos, históricos y culturales para determinar las modalidades actuales del grupo y para comprender el papel que está desempeñando en la sociedad que le toca participar.

Por otro lado, existen estudios acerca de la familia que se dividen en al menos dos aspectos: el demográfico y el de la interacción de las familias, entendiendo estos

dos fenómenos como los generadores de cambios trascendentes en cuanto a qué personas han conformado las familias y cómo se han relacionado.

Asimismo, la familia se puede definir como una unidad sistémica inserta y relacionada con otros sistemas humanos cuyas funciones oscilan entre la propia sobre vivencia y el enfrentamiento de las relaciones hacia fuera del sistema; por lo tanto, todo grupo familiar atiende indistintamente, dos perspectivas, una interna y otra externa.

Desde una perspectiva externa, la familia cumple funciones encaminadas a acomodarse a la cultura específica en que coincide y a extender sus vínculos hacia otras instituciones y agrupaciones como la familia extensa, la escuela, los centros de desarrollo y la comunidad, mientras que en un sentido interno, la familia desempeña funciones que se enmarcan más en la protección, nutrición afectiva y satisfacción de las necesidades básicas de sus miembros. Entre las necesidades que suponen ser cubiertas por la familia se pueden mencionar aquellas que se refieren a la subsistencia, el alimento, la habitación, educación, etc.

Para Minuchin (1995) estas funciones psico-sociales han cobrado una importancia mayor en el mundo occidental ya que la familia como *“la más pequeña unidad social”*, tiene la capacidad de proveer a sus miembros las condiciones necesarias para crecer y adaptarse a los estratos sociales mayores representados por la vida social.

En este juego de relaciones internas y externas, los grupos familiares apuntalan la conformación de una identidad y pertenencia hacia la propia familia en primera instancia, y posteriormente, la preparación para la separación y por consiguiente, la transmisión de esa identidad y procuración de elementos contrastivos en los procesos de socialización extra familiares. La gran mayoría de los sistemas familiares transita necesariamente por estos aspectos que repercuten en ámbitos personales y relacionales de sus miembros. Esta repercusión añade un elemento

más a los factores tomados en cuenta por los estudiosos de la familia: el factor psicológico de las relaciones familiares al interior y exterior de la misma.

El estudio de las dinámicas que ocurren dentro de los grupos familiares y el análisis de la participación que la familia tiene en la sociedad permiten un mayor entendimiento de este fenómeno y al mismo tiempo brinda elementos para intervenir eficazmente a favor de una mejor civilización.

En cuestiones de interrelación, la familia representa el primer espacio para que las personas inicien y ensayen vínculos de tipo social. Esta interacción está regulada por diversas normas y leyes que a su vez van caracterizando al grupo mismo y al individuo de acuerdo a la forma en que le sean transmitidas y cómo éste las asuma y cumpla. Las relaciones interpersonales que se suscitan en la familia las convierten en un sistema relacional abierto, es decir que sus miembros están en constante interacción. De manera que el cambio de alguno de sus miembros va seguido de cambios en los demás miembros, lo que a su vez provoca cambios en el primero y así sucesivamente. (Bertalanfy, 1981).

En cuanto a las fronteras para nombrar a un grupo de personas como un grupo familiar, existen diversas formas de delimitar lo que constituye una familia. En términos de estructura y conformación, se define cómo el ámbito en el que interactúan personas relacionadas entre sí por lazos de parentesco ya sea por consanguinidad; afinidad; costumbre y legales. Entre estas personas se establecen diferentes obligaciones y derechos para satisfacer las necesidades básicas con peculiaridades para cada uno de ellos dependiendo el sexo, la edad y su posición en la familia (INEGI, 2006).

Minuchin y Fishman (1998), definen a la familia como un sistema, que tiene subsistemas diferenciados. Cada individuo es un subsistema, como lo son las díadas o subgrupos más amplios; dentro de la familia, tres unidades poseen significado particular: los subsistemas conyugal, parental y filial.

El *subsistema conyugal* se refiere a la unión de dos adultos con el propósito de formar una familia, en la cual se pierde parte de individualidad, pero se gana pertenencia; algunas de sus pautas de interacción están dadas como premisas de vida y otras son el resultado de un acuerdo formal. El *subsistema parental* se refiere a las interacciones que incluyen la crianza, cuidado y funciones de socialización de los infantes. Así como tomar decisiones que atañen a su supervivencia y protección.

El *subsistema fraterno* ó *de los hermanos* constituye un grupo en donde negocian, comparten, compiten y se entrenan en sus relaciones interpersonales fuera de su núcleo familiar.

- De acuerdo con la línea de adscripción de la descendencia las familias se pueden clasificar de la siguiente manera:
- Patrilineal: La descendencia adscrita a la familia del padre.
- Matrilínea: La descendencia adscrita a la familia de la madre.

En lo referente al aspecto económico las familias pueden ser:

- Patriarcales: El poder económico sustentado en la figura del padre.
- Matriarcales: El poder económico descansa en la figura de la madre.

En terrenos afectivos y de nutrición emocional, las familias se pueden denominar como:

- Matricéntricas: Aquellas en que la centralidad emocional es emanada de la madre.
- Patricéntricas: Las que observan una nutrición afectiva por parte de la figura paterna.
- La tipología de personas que constituyen un grupo familiar también proporciona elementos para clasificar a una familia:

- Nuclear: Compuesta por padre, madre e hijos de ambos sin que existan uniones previas con hijos.
- Semi extensa: Es una familia primaria con quienes viven uno o varios integrantes de la familia de origen de alguno de los dos cónyuges.
- Extensa: Permaneció uno de los cónyuges en el seno de la familia propia, después conformar la familia propia o de procreación.
- Reestructurada: Está formada por una pareja donde uno o ambos cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, independientemente de que vivan juntos.
- Uniparental: Conformada con una de las dos figuras parentales con descendencia.
- Conyugal: Que existan en el grupo familiar ambas figuras parentales en relación conyugal.

Otro elemento para definir una familia desde la perspectiva psicosocial se refiere a enumerar las funciones que cumple una familia para el desarrollo de sus miembros. Aquí se describen sólo algunas de las más mencionadas por diversos autores:

Las funciones básicas que se espera la familia satisfaga son:

- a) Proveer satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia: alimentación, techo, abrigo y protección.
- b) Constituir la matriz emocional de las relaciones afectivas-interpersonales: la constancia positiva es fundamental para la autoestima, seguridad y confianza básica del ser humano.
- c) Facilitar el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar: a partir del trato personal individualizado se incorpora la identidad en el grupo familiar y después, esto se generaliza en grupos más amplios.
- d) Proveer los primeros modelos de identificación psicosexual.

- e) Iniciar en el entrenamiento de los roles sociales: en tanto a la existencia de una estructura jerárquica con la toma de decisiones y responsabilidades; dependiendo de la edad y estilos de vida familiar.
- f) Estimular el aprendizaje y la creatividad: incorporar nuevos elementos del exterior en forma positiva.
- g) Ser transmisora de valores, ideología y cultura: estimulando y respetando el proceso de individuación.

La familia conforma el referente primario emocional del individuo y de las relaciones familiares:

- Enseñanza de la actividad productiva y recreativa; promoción de la creatividad, la autoestima, la concentración.
- Modela las relaciones sociales y en su entorno se practican modelos de relaciones sociales y de relaciones interpersonales.
- Facilita la identidad personal con base en la auto percepción en relación al grupo familiar y al mismo tiempo moldea el propio concepto de familia.

Hasta aquí la revisión de algunos elementos básicos para definir y comprender la conformación de las familias, todos ellos producto de los estudios de reciente data sobre este particular. De manera complementaria es importante revisar los datos demográficos de la familia; para fines prácticos de este reporte, esta revisión se concentrará en los elementos actuales que conforman la radiografía demográfica de las familias en México y particularmente en la ciudad de México.

Las conformaciones familiares se han visto drásticamente modificadas en los años recientes. Ya sea por el número de hijos, el cual ha venido disminuyendo, por el género en la jefatura familiar o por los divorcios de los padres. La orientación sexual no ha sido ajena a estas modificaciones. Los avances sociales que se han presentado en los recientes treinta años respecto a la aceptación social de las orientaciones sexuales distintas a la heterosexual, ha traído consigo una visualización de las conformaciones familiares cuyos miembros son del mismo

sexo. Las parejas que deciden libremente vivir juntas compartiendo sus intereses, orientación sexual, economía, proyectos, entre muchos otros elementos, están siendo cada vez más visibles para la sociedad, lo cual no implica que no existieran antes.

La transición social de aceptación a estas familias diversas es el resultado de muchos cambios graduales en la manera de abordar la diversidad sexual, desde el remoto 1973 en que la homosexualidad fue retirada como trastorno dentro del Manual Diagnóstico de enfermedades mentales, (DSM-IV) hasta el Decreto de Ley de Sociedad de Convivencia para el Distrito Federal publicada el 16 de noviembre de 2006 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

No obstante que la sociedad ha experimentado estos cambios estructurales en la manera de abordar la diversidad sexual, en terrenos legales o médicos, es conveniente apuntar que en la convivencia social las familias diversas viven particularmente un alto grado de rechazo y discriminación cuya aceptación social se encuentra todavía muy distante.

La expresión social de la diversidad sexual se encuentra en una transición hacia una vida cada vez más pública, encontramos que la mayoría de los hijos de padres homosexuales nacieron en el contexto de una relación heterosexual que terminó cuando uno de los cónyuges reconoce o vive públicamente su verdadera orientación sexual. En otras ocasiones las personas no heterosexuales están decidiendo solas o en pareja convertirse en padres o madres adoptivos o incluso utilizar las nuevas técnicas reproductivas. Por lo tanto, en los hechos están existiendo familias con hijos que viven al interior la realidad de la diversidad sexual, lo cual complejiza más el entendimiento y la clasificación que se pretende dar a las conformaciones familiares. Asimismo, las personas homosexuales y bisexuales están visibilizando cada vez más la necesidad de que se respeten sus derechos, entre los que reclaman está el derecho a criar a sus propios hijos, abogando por la custodia, y el derecho a la adopción.(Salinas, 2008) Es por eso

que reconocer y aceptar los derechos de las familias homosexuales es un reto que nuestra sociedad tiene en el horizonte cercano y que continuará en el centro del debate social y particularmente en la labor clínica resulta fundamental abrir espacios para la atención a toda la gama de familias que el ser humano genera.

Las características y estructura de las familias obedece a la época en que se conforman, así como la idiosincrasia en la que surgen; en México están registradas 22.3 millones de hogares, esto es 97 948 423 personas (INEGI, 2006). La composición de estos hogares es diverso, el 74% de los hogares familiares es de tipo nuclear, mientras que el 26% es de tipo extenso. Llama la atención que esta modalidad se ha venido incrementando.

Así tenemos que un 60% de las familias está conformado por una pareja con hijos, el 17.3% son familias encabezadas por un solo jefe de familia (madre o padre), el 10% son parejas sin hijos, finalmente, el 3.7 de los hogares, lo conforman aquellas familias con un jefe de familia sin hijos, pero en convivencia con otro tipo de familiares (nietos, sobrinos, progenitores).

La tendencia en la conformación familiar se dirige al adelgazamiento estadístico de los hogares nucleares (mamá, papá e hijos), mismo que en nuestro país, constituye el modelo de familia tradicional y que, no en pocas ocasiones sobre todo en términos publicitarios y mediáticos, se asocia con la normalidad y funcionalidad familiar. En contraste a esta disminución, los hogares con jefatura femenina se han incrementado considerablemente (5.1% anual) lo cual nos habla de una ausencia masculina en los hogares mexicanos.

El incremento de las familias extensas merece un análisis aparte. Este tipo de familias definida como la organización de diversos miembros de más de una generación y que conviven bajo el mismo techo, genera una multiplicidad de intereses, creencias, valores y costumbres entre sus miembros. A diferencia de las familias nucleares, la jefatura en las familias extensas es más complicada de

definirse y ejecutarse. Es decir que, al existir miembros de mayor edad que el(la) jefe(a) familiar, la organización al interior tiende a complicarse.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) el tamaño promedio de los hogares a nivel nacional es de 4.8 elementos; no obstante en ciudades con alta concentración de habitantes, como el Distrito Federal, el número de elementos es ligeramente menor al promedio nacional (4.2). A pesar de esta pequeña diferencia, es importante tomar en cuenta las dificultades que representa vivir en una ciudad compleja con las circunstancias intrínsecas a una ciudad en la que se centralizan los aspectos económicos, culturales y laborales entre otros. A estas dificultades, se debe agregar la exposición al estrés que implica vivir en un lugar con una alta sobrepoblación con grandes índices de inseguridad, desempleo, hacinamiento y contaminación. Todos estos factores en convivencia cotidiana son susceptibles de generar conflictos relacionales, así como situaciones de sufrimiento social.

El factor económico reviste importancia al momento de analizar el campo psicosocial de la terapia familiar. Los ingresos de las familias en el Distrito Federal, representa también un generador de situaciones críticas al interior de las mismas. En comparación con otras entidades federativas, el 40.6% de las familias perciben ingresos promedio superiores a los cinco salarios mínimos, un 34.6% percibe de dos a cinco salarios mínimos y el resto de la población obtiene hasta dos salarios mínimos mensuales.

La situación del desempleo en la ciudad de México es la siguiente: de acuerdo con los reportes del INEGI, para el primer trimestre del 2006, un total de un millón 241 mil personas se encontraban en situación de desempleo abierto. Del total de las personas que cuentan con una fuente de trabajo, el 27 % no cuenta con seguridad social, carecen de registro ante las autoridades laborales y/o se dedican al trabajo informal, lo que dificulta el acceso a un estilo de vida saludable y con una menor probabilidad de vivir situaciones de aflicción.

Estos factores, representan una fuente más de estrés que colocan a los miembros de las familias capitalinas con altas probabilidades de generar situaciones de perturbación que no sólo se refieren a problemáticas de tipo individual, sino que representan dificultades de interacción en los grupos familiares. Estas crisis familiares, van desde situaciones generacionales, conyugales, conflictos fraternales, adaptación a ciclos vitales, entre muchos otros eventos críticos; lo que precisamente constituye el campo de acción de la terapia familiar. La pareja conyugal habitualmente constituye la jefatura de la familia, por lo tanto, mucho de lo que ocurre en su relación se refleja y transmite a los demás miembros de la familia.

Desde un mandato socio cultural, la pareja heterosexual que conforma un subsistema conyugal experimenta una relación paradójica, debido a la marcada diferencia de los roles asignados a cada género, las parejas suelen pasar serias dificultades para armonizar esta situación, y generalmente es la mujer quien realiza un ajuste para reacomodar las interacciones en función de mantener adecuadamente la relación y la desigualdad de género es un aspecto de conflicto y consecuentemente de aflicción familiar. (Rocha Jiménez 2007)

Conclusión

La familia no puede ser entendida como algo estático, fijo, sin cambios. Todo lo contrario, es un sistema en evolución, sometida a presiones internas provocadas por el desarrollo de sus integrantes y de subsistemas, igualmente hace frente a las presiones externas y a las demandas de adaptación de las instituciones sociales que tienen impacto en los individuos que la conforman.

La práctica cotidiana del terapeuta familiar supone atender a familias con diferentes características, las cuales obedecen a la gran variedad de estratos sociales, económicos y culturales que conviven en la ciudad de México y la zona colindante. Tomar en cuenta este factor socio cultural, es de vital importancia para

comprender ampliamente la labor del terapeuta familiar y el panorama en el que desempeña su labor.

No importa si se trata de una familia nuclear, uniparental, o extensa, los factores estresantes están presentes y cada familia es susceptible a vivir un episodio crítico. El contacto permanente de la familia en su totalidad y de cada miembro con elementos externos, puede causar estrés o bien, el contacto permanente al interior junto con la constante evolución del grupo y sus integrantes, hacen susceptible al sistema de generar vivencias catalogadas como problemas.

Cada que una familia enfrenta como organismo vivo estas facetas de cambio y transformación, experimenta un desequilibrio. En los momentos en que se experimenta una crisis, puede ser que la familia la resuelva mediante sus propios medios. En otras ocasiones, la crisis desborda los propios medios familiares y es probable que requiera la participación de un agente externo capaz de generar un cambio en dicho sistema.

Uno de esos agentes es el(la) terapeuta familiar, una figura con el conocimiento teórico y práctico, capaz de intervenir en el sistema familiar y movilizar a los miembros de la familia de manera que desemboque en una organización que satisfaga a la familia en relación a cómo se encontraba antes de acudir a solicitar ayuda profesional.

1.1.2. Principales problemas que presentan las familias

Las problemáticas son diversas de acuerdo a las conformaciones familiares. No obstante tal espectro de posibilidades, el INEGI reporta que el sector en situación de mayor vulnerabilidad de los sistemas familiares, se refiere a la población juvenil que oscila entre los 15 y los 19 años de edad. Este sector de la población constituye una quinta parte del total (26%), esto nos habla de un sector muy

amplio que en la mayoría de los casos, no está conformado de manera independiente en términos instrumentales ni emocionales, lo cual indica que las crisis adolescentes, generan un efecto en sus familias de origen.

En el supuesto caso de que un adolescente presente dificultades que llamen la atención de sus familiares y éstos decidan por consecuencia, hacer uso de ayuda externa, cualquiera que esta sea, queda claro entonces, que la terapia familiar es una opción para responder efectiva y profesionalmente a un sector amplio de la población.

Violencia y abuso sexual

En lo que se refiere a la problemática, los temas que se perfilan como los de mayor incidencia entre la población mexicana, está la violencia familiar.

La violencia se define como el uso de la fuerza y el poder para someter y controlar a otros, particularmente a quienes se encuentran en estado más vulnerable del que somete, ya sea por la edad, sexo, fuerza física o relación de parentesco. Dentro de la familia la violencia se entiende como la acción u omisiones intencionales (o no) que son ejercidos y reiterados por parte de algún miembro de la familia, con la finalidad de provocar daño en su integridad, física, emocional, mental, sexual.

Violencia de género

La violencia hacia las mujeres ha sido objeto de numerosos estudios y discusiones internacionales que han tenido como consecuencia una clasificación más precisa y extensa. De acuerdo con Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) los diferentes tipos de violencia hacia las mujeres se pueden clasificar por los medios que utilizan las personas que las agreden y los daños que producen, cabe destacar que estas manifestaciones de violencia difícilmente se presentan de manera aislada lo cual complejiza el fenómeno,

- Los tipos de violencia son:
- Violencia física. Se refiere al daño a la integridad física como golpes de cualquier tipo (a veces a los senos, al vientre y a los genitales), las heridas,

las mutilaciones, las cachetadas, los pellizcos, las mordidas, los jalones de cabello, los aventones, etcétera.

- Violencia psicoemocional. Es la desvalorización, intimidación y control de las acciones, comportamientos y decisiones.
- Violencia sexual. Lesionan la libertad, seguridad, integridad y desarrollo psicosexual.
- Violencia económica. Se afecta la economía, a través de limitar o controlar los ingresos económicos.
- Violencia patrimonial. Ocasionan daños o menoscabos en tus bienes muebles o inmuebles y/o en el patrimonio.
- Violencia contra los derechos reproductivos. vulneran el derecho a decidir libre y voluntariamente sobre la función reproductiva.
- Violencia feminicida. Constituyen la violencia extrema contra nosotras, producto de la violación de nuestros derechos humanos, y que puede culminar, en el homicidio u otras formas de muerte violenta.

De acuerdo con Suárez (2003) existen al menos tres protagonistas del fenómeno de la violencia: la persona abusadora, la persona abusada y la(s) persona(s) testigo. Traslado esto al universo familiar, se entiende que la intervención terapéutica en la familia abarca a estos protagonistas.

La densidad de demandas de estos problemas, ha llevado a las autoridades a considerarlos como un problema de salud pública, lo cual es entendible ya que los fallecimientos relacionados con la violencia, se equiparan con aquellos que tienen que ver con los accidentes automovilísticos y algunas enfermedades como el cáncer. Lo alarmante de estos datos, es que se refieren únicamente a decesos femeninos con un rango de edad específico (15 a 44 años de edad). Lo que coloca a las mujeres como el género más vulnerable en temas de violencia doméstica a manos de hombres (90% de los casos). (Inmujeres 2004)

En contraste con lo anterior, las principales causas de fallecimiento en la población, se refiere a los homicidios (19.2%), aquí el sector más afectado es el masculino, ya que las víctimas resultan ser en una marcada mayoría, los varones. Y es evidente que esta causa guarda una relación directa con los patrones de transmisión cultural de la violencia.

Un primer vistazo a estos datos, nos indica que en el sector privado de las familias, son las mujeres quienes se encuentran en constante afrontamiento de las crisis, ya sea por ser el principal objeto de sufrimiento, o por ser en quienes tradicionalmente se delega la resolución de los problemas familiares, si no es que, son depositarias de la responsabilidad de disfunciones al interior del sistema familiar. Mientras que los varones, se ven envueltos en problemáticas de orden público, lo que los lleva a correr un riesgo mucho mayor de crisis o sufrimiento fuera del entorno familiar.

Farmacodependencias

El factor público que acompaña a las crisis en los varones explica de alguna manera el creciente problema en las familias que presentan al menos un varón con situaciones críticas de farmacodependencias, esto constituye una problemática de carácter ascendente en la población capitalina y que de acuerdo con el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) afecta predominantemente a varones. (3 a 1 respecto a las mujeres).

El fenómeno de las farmacodependencias encuentra su contraparte en las familias o parejas co dependientes o también denominadas facilitadoras del consumo; lo cual no quiere decir que éstas sean responsables del consumo; más bien construyen el consumo y la dependencia a sustancias a través de la relación que se da entre ellos.

Asimismo el fenómeno de las farmacodependencias viene acompañado de crisis en cada miembro de la familia que responde a su modo, el consumo de su

familiar. Por ejemplo, por cada joven que presenta un problema de consumo, es común que se presente un cuadro familiar en el que la madre se moviliza para buscar ayuda, motivada por la sensación de ser culpable del suceso, además de carecer del apoyo paterno ya sea por ausencia física o por desinterés en la situación o por entender culturalmente que la búsqueda de la solución recae naturalmente en la figura materna. Este esquema común que se presenta en las familias adictas, representa un conflicto que va más allá de entender y por lo tanto, abordarlo como un problema individual, de tal forma que los procesos terapéuticos familiares son una necesidad básica para atender el fenómeno y sin la cual, los resultados se reducen a aliviar sólo una parte del problema que es el consumo del individuo.

Adaptación al desarrollo evolutivo de la familia

El sistema familiar entendido como un sistema vivo, se encuentra en constante desarrollo y cambio en sí mismo y en cada uno de sus miembros. Por lo tanto, las respuestas que la cotidianidad le exige al sistema familiar se traduce en presiones relacionadas con la provisión y recepción de apoyo y soporte emocional, económico, social y moral. Esta dinámica somete constantemente a la familia a un doble proceso en el que se encuentran en constante interacción por un lado, el cambio que obedece a factores externos y por el otro, la estabilidad que brinda seguridad y mantiene la continuidad del sistema.

Los cambios que se presentan en los sistemas familiares que son generalmente vividos como crisis de adaptación al desarrollo evolutivo tienen que ver con:

- Problemas de aprovechamiento y conducta escolar.
- Relaciones conflictivas al interior de la familia ya sea conyugales, fraternales, generacionales, etc.
- Crisis económicas.
- Adaptación a nuevas etapas de la vida familiar.
- Muertes al interior de la familia.

Los sistemas familiares están constantemente sometidos al doble proceso de cambio y estabilidad: cambio por necesidades externas de la vida y estabilidad para asegurar la continuidad y permitir un adecuado funcionamiento de continuidad-crecimiento del sistema familiar. El dilema familiar reside en adaptarse adecuadamente a estos eventos sin ver amenazada su estabilidad tanto en la estructura como en sus relaciones.

De esta manera, la terapia familiar se avoca a atender la amplia diversidad de problemáticas que se generan en aquellos momentos en que la capacidad de organización de la propia familia es rebasada y se presenta una crisis entendida como un problema que requiere ayuda externa.

1.1.3. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa

Los procesos terapéuticos deben tener en cuenta diversos factores de las familias que buscan ayuda profesional, tales como: los antecedentes socioculturales, el extracto socioeconómico, el nivel de demanda de ayuda, entre otros. De esta manera, la planeación y ejecución de la terapia familiar debe adecuarse al estatus y cultura de dicho sistema familiar y no de manera inversa.

De acuerdo con los datos vertidos anteriormente respecto a la tendencia de la población y sus problemáticas más frecuentes, podemos afirmar que, cada crisis reportada en estas estadísticas afecta directamente a quienes cohabitan con la persona implicada, es decir, su familia. Como sistema relacional abierto en relación constante, la familia elabora pautas de interacción que conforman una estructura propia, la cual es indispensable como referencia de desarrollo y fuente de identidad para sus miembros. Las situaciones que alteran esta organización es generalmente vivida en las familias como momentos críticos que les exigen respuestas y adaptaciones para trascender tal evento. En algunas ocasiones, los

recursos propios del grupo familiar son suficientes para equilibrar el sistema y superar el evento crítico.

En los momentos en que no ocurre esto, se precisa la intervención profesional a través de la intervención eficaz en los sistemas familiares. Esto representa una respuesta para la aflicción de las familias, así como la garantía de que continúen con su función social. Por lo tanto, la terapia familiar sistémica incide directamente en beneficios sociales y de salud pública.

Tomando como referencia que el fundamento de la terapia familiar es modificar la organización de la familia, de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique (Minuchin, 1974), dicha experiencia terapéutica se presenta como la opción viable para reactivar los recursos de todo un sistema familiar y contribuir así al desarrollo comunitario, comprobable en la obtención de un cambio satisfactorio para la familia respecto al momento de intervención.

Con la intención de optimizar este importante recurso que representa la terapia familiar sistémica, es necesario considerar invariablemente aquellos componentes importantes tales como: la evolución histórica de la familia, el ciclo vital en que se encuentre, las cuestiones sociales relacionadas con la etnicidad, raza, género y clase social, problemas relacionados con la equidad de género en el matrimonio, los problemas de adaptación en las relaciones familiares (Berman, Clarkin, Rait, 2003).

La contribución de la terapia familiar en las problemáticas sociales que se han descrito anteriormente se refiere a mantener a las familias funcionando efectivamente en las tareas de desarrollo que garantizan su funcionalidad. Entre las tareas de desarrollo más importantes se encuentran:

- Construir la matriz emocional de las relaciones afectivas-interpersonales que genera la confianza básica del ser humano.

- Facilitar el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar: a partir del trato personal individualizado se incorpora la identidad en el grupo familiar y después, en grupos más amplios.
- Proveer los primeros modelos de identificación psicosexual.
- Iniciar el entrenamiento de roles sociales, en tanto la existencia de una estructura jerárquica con la toma de decisiones y responsabilidades, dependiendo de la edad y estilos de vida familiar.
- Estimular el aprendizaje y la creatividad: impulsar la manera de incorporar nuevos elementos del exterior en forma positiva.
- Ser transmisora de valores, ideología y cultura, estimulando y respetando el proceso de individuación satisfacer las necesidades biológicas de subsistencia: alimentación, techo, abrigo y protección.

1.2. Caracterización de las sedes

1.2.1. Descripción de los escenarios

Clínica de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (Facultad de Psicología de la UNAM)

La clínica cuenta con su propia coordinación lo que permite el funcionamiento integral de las siguientes áreas de atención psicológica: terapia grupal, terapia de pareja, terapia de familia, terapia individual, terapia infantil y atención a sobrevivientes de agresiones sexuales.

Físicamente la clínica se encuentra constituida por cuatro cubículos con cámara de Gesell y sistema de circuito cerrado y video grabación, seis cubículos para trabajo individual y tres cubículos de retroalimentación biológica.

- En cuanto a la atención a usuarios la clínica sigue los siguientes pasos:

- Solicitud: debido a la gran demanda del servicio se da una fecha específica para que los posibles usuarios llenen una ficha de solicitud de servicio.
- Primera evaluación: las fichas son evaluadas para, de acuerdo al motivo de consulta, decidir a que área de atención serán canalizadas.
- Asignación: se asigna cada ficha al área y terapeuta correspondiente, quien fija la fecha para el inicio del tratamiento.
- Esta sede atiende a una gran cantidad de usuarios con las siguientes características:
 - Externos: canalizados por otros centros de atención o que acuden por la gran difusión que existe del servicio, principalmente en medios de comunicación.
 - Trabajadores, docentes y estudiantes de la UNAM.

Puesto que se trata de un centro de atención a la comunidad las cuotas son relativamente bajas, por lo que la mayoría de quienes solicitan el servicio no cuentan con recursos económicos para costear un tratamiento privado.

Cabe señalar que hay una gran demanda del servicio, lo que representa una dificultad ya que la atención se retrasa hasta por varios meses; en los casos en los que la atención es solicitada por una crisis, al momento de llamar a la familia para la primera sesión es común que no acudan por haber solucionado la situación o simplemente por haber perdido interés en el tratamiento.

En el Centro trabajan estudiantes de las diferentes residencias del Programa de Maestría en Psicología así como profesorado de la Facultad. Los casos son asignados de acuerdo a la demanda, es decir se asignan los expedientes a través de la coordinación del Centro, tratando de satisfacer lo más pronto posible la demanda.

En este escenario se trabajó en cámara de Gesell, bajo la guía de un (a) supervisor(a) y el apoyo de un equipo terapéutico conformado por los mismos compañeros de generación.

Tomando como referente la experiencia de la Residencia en Terapia Familiar se pudo observar una gran gama de problemas presentados por los usuarios de este servicio.

Las problemáticas que se presentan en cada familia se pueden relacionar con cada una de las etapas del ciclo vital de la familia:

Familias sin niños

Cuando una pareja ha sido recientemente creada encontramos principalmente que la pareja acude a terapia por problemas de relación con la familia extensa; también se observa que acuden por problemas de adaptación a la nueva situación que enfrentan al formar un nuevo sistema. Esto podría deberse a que no hay una negociación previa en cuanto a lo que cada uno espera del matrimonio y a que cada quien acude con expectativas diferentes respecto a la formación del nuevo sistema; otro factor de crisis lo encontramos en los sistemas de creencias que cada individuo trae de su propia familia y que llegan a contraponerse.

Familias con niños pequeños

Uno de los principales motivos de consulta se refiere a problemas de rendimiento escolar o de conducta en alguno de los menores. Son comunes, también los problemas relacionados con el establecimiento de límites y los que se relacionan con jerarquías. En cuanto al tema de los límites es común encontrar que en estas familias hay un niño involucrado en el sistema conyugal, lo que puede generar el síntoma.

Familias con hijos adolescentes

Problemáticas de tipo relacional en adolescentes (principalmente bajo rendimiento escolar, deserción, problemas de socialización y conductas predelinuenciales) en

los que encontramos que no hay límites claros o bien éstos no son adecuados a la etapa que corresponde al sistema; encontramos que hay una relación estrecha entre estos síntomas y una problemática a nivel conyugal.

Adicionalmente a las problemáticas relacionadas con la dinámica familiar, se solicita el servicio por problemas con la pareja, comúnmente relacionados con infidelidad, con la dificultad de decidirse por una separación y con problemas de violencia familiar.

Finalmente encontramos a quienes acuden al servicio solicitando atención individual; en este rubro hemos atendido a jóvenes con problemas escolares de nivel universitario, quienes acuden por diagnósticos como depresión, problemas para definir la orientación sexual. También se atendieron casos de jóvenes universitarios que se encuentran en el papel de ser padre o madre solteros, lo que genera conflictos con la familia extensa o con la pareja.

Un común denominador en las familias atendidas a lo largo de la residencia es el bajo nivel socioeconómico que se asocia a la dificultad para la solución de algunas situaciones y que incluso las amplifica. La pérdida del empleo de alguno de los progenitores es un centro de tensión para la familia; la situación económica también provoca conflictos con la familia extensa ya que en un número importante de casos atendidos encontramos que la familia debe compartir el espacio físico con los progenitores o con los hermanos, lo que crea conflictos al interior del núcleo familiar.

1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios

Solicitudes atendidas en la residencia de Terapia Familiar, segunda generación

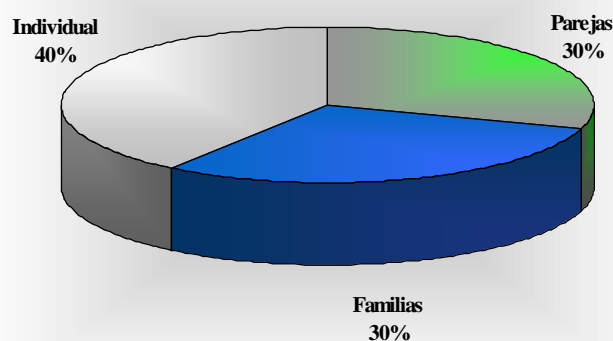
Durante la segunda generación (2003-1 – 2004-2), de la maestría en psicología con residencia en terapia familiar, se dio atención a 42 solicitudes presentadas en la recepción del Centro de servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila. Estas solicitudes fueron canalizadas por la persona encargada del centro, al área de terapia familiar y fueron atendidas por los alumnos de esta residencia bajo la supervisión de los terapeutas así capacitados y adscritos al programa como docentes.

Se trabajó en 11 co-terapias y 31 casos fueron atendidos con un terapeuta responsable; y en los 42 casos, el equipo terapéutico y el supervisor se encontraron del otro lado de la cámara, con el consentimiento de los pacientes, previamente firmado.

Las principales fuentes de referencia a través de las cuales acudieron los pacientes fueron: 1) por ser trabajadores de la UNAM, 2) canalizados de Centros de Salud como el Instituto Nacional de Comunicación Humana y 3) canalizados por terapeutas privados.

40% asistió a terapia individual, 30% a terapia de pareja y el mismo porcentaje a terapia familiar. Cabe hacer mención que en todos los casos se trabajó, bajo el enfoque sistémico aún en los casos de terapia individual.

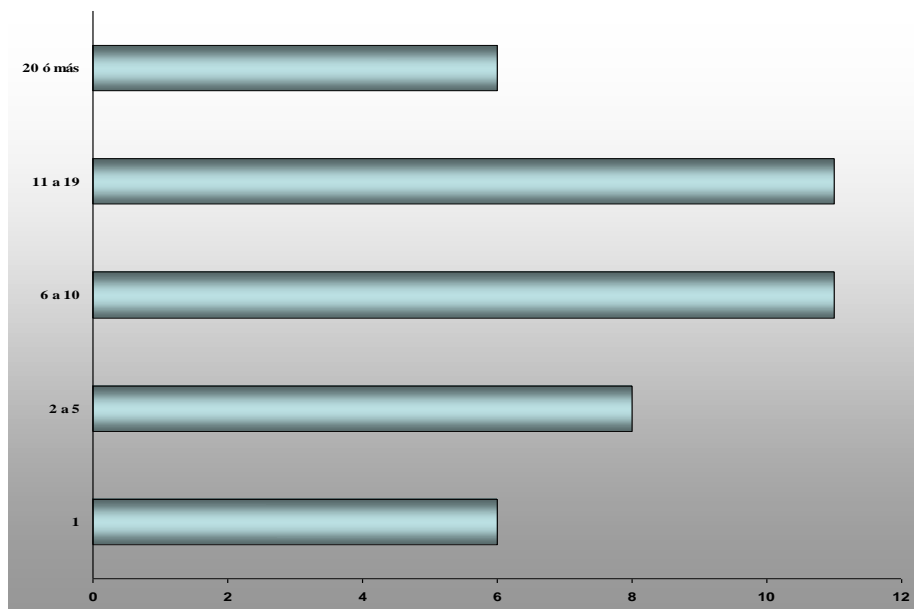
Tipo de terapia trabajada



El número de sesiones varió desde una, que fue la cita de primera vez, hasta 29; teniendo como promedio 10 sesiones terapéuticas. En la gráfica de la siguiente página se puede observar que seis de los casos, acudieron solamente a su cita de primera vez, ocho casos asistieron entre 2 y 5 sesiones, once acudieron entre 6 y 10 sesiones, once casos entre 11 y menos de 20 sesiones; y seis acudieron a veinte o más sesiones.

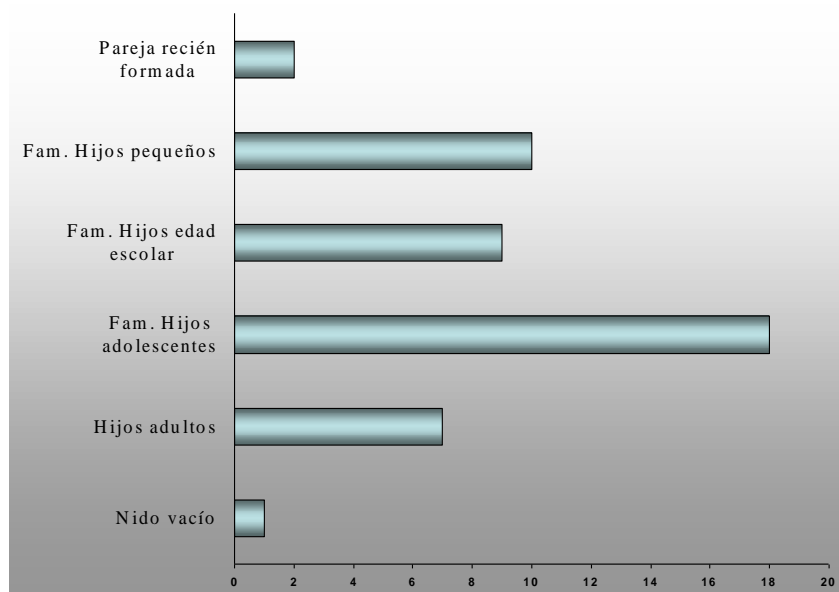
Esto muestra que más del 60% acudió a por lo menos seis sesiones, en las cuales hubo tiempo necesario para trabajar sobre la demanda terapéutica, aunque en algunos casos, no se haya dado de alta. Sin embargo se puede apreciar en la siguiente gráfica, que del total de solicitudes atendidas, el 57%, fueron dadas de alta al satisfacer el motivo de consulta. Y el 43% no concluyó el proceso, por deserción sin aviso, cambio de residencia, cambios en horarios de escuela o trabajo, o por referencia a otra institución.

Número de sesiones a las que asistieron



Durante la residencia, se tuvo la oportunidad de trabajar en los diferentes estadios de desarrollo familiar. Algunas familias se encontraban en dos ciclos a la vez, por ejemplo hijos pequeños e hijos en edad escolar; esto se toma en cuenta, contabilizando cada uno. Así resultó que dos familias se encontraban en el ciclo de parejas recién formadas, diez fueron familias con hijos pequeños, nueve con hijos en edad escolar, dieciocho con hijos en edad adolescente, siete familias con hijos adultos y una en la etapa del nido vacío.

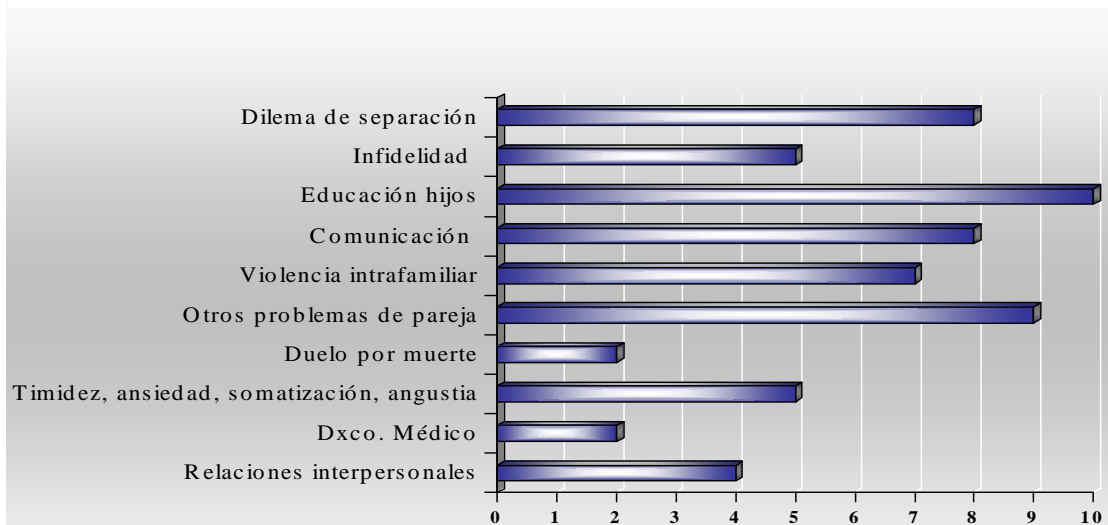
Ciclo vital familiar de quienes acudieron a consulta



A lo largo de la residencia, existió una gran variedad de problemáticas presentadas por las familias y personas que fueron canalizadas a Terapia Familiar. Como se puede observar, las disertaciones referentes a la educación de los hijos y las hijas, constituyó la máxima presencia en las consultas. Por otro lado, la esfera conyugal estuvo altamente presente en los consultorios del Centro de Servicios, de tal forma que los dilemas de separación se abordaron recurrentemente, con los problemas conyugales que trae consigo dicho dilema: la comunicación y la infidelidad.

Sin que sea menos importante, destaca la presencia significativa de los problemas relacionados con la violencia familiar como altamente presente en los conflictos relacionales y de principal atención en la residencia de Terapia Familiar

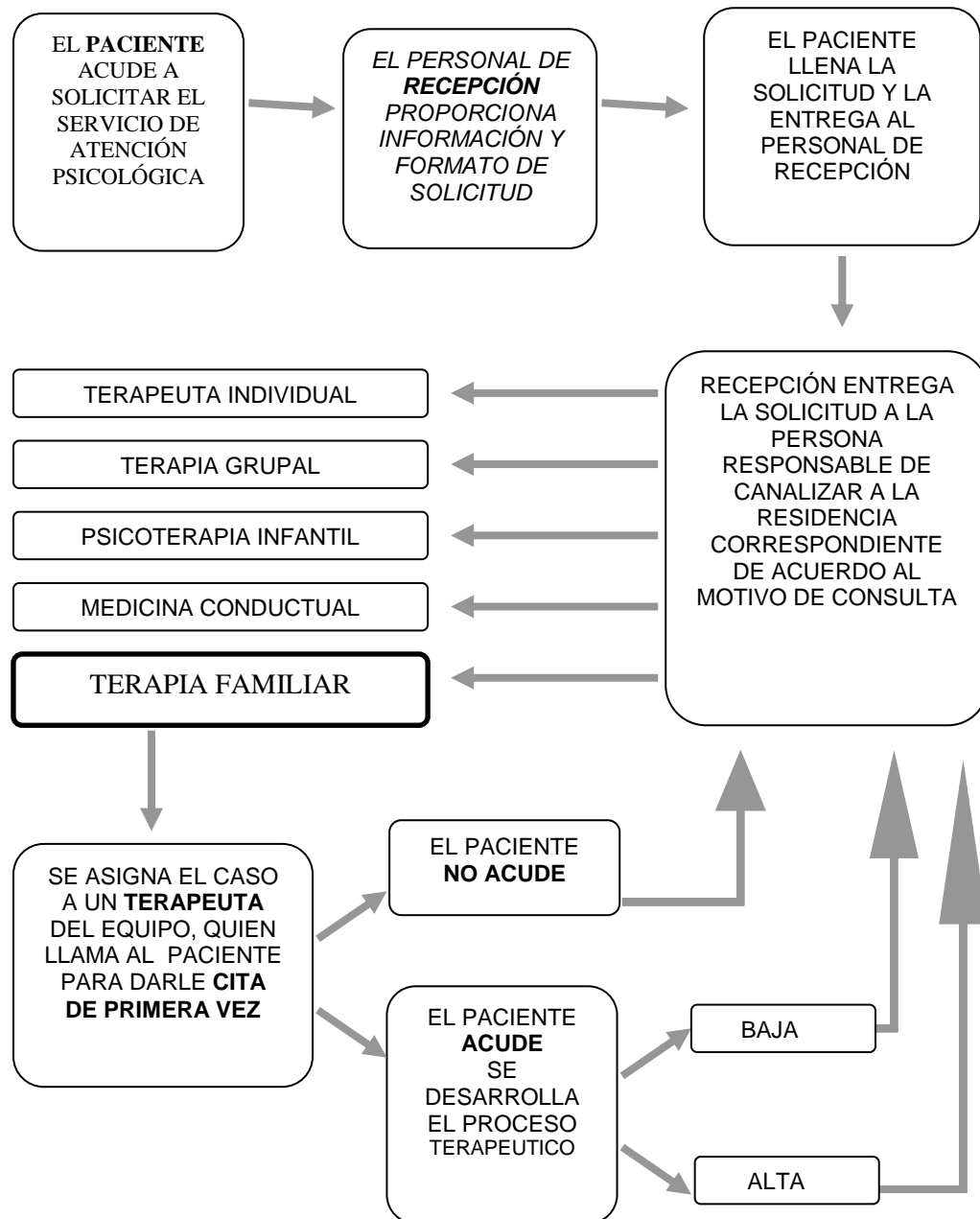
Problemáticas atendidas en quienes acudieron a consulta



* Tomando en cuenta la(s) demanda(s) terapéutica(s) trabajada(s) en los procesos.

1.2.3. Diagrama de operación del centro de servicios psicológicos

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR

2.1. Análisis teórico conceptual de la terapia familiar sistémica y posmoderna

2.1.1. Fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna

La Terapia Familiar Sistémica como se entiende actualmente es el resultado de conceptos teóricos y metodológicos que se han venido acuñando a lo largo del tiempo y que se derivan de distintas disciplinas científicas, sociales y psicológicas. Lo cual conforma un cuerpo teórico–conceptual que investiga, explica y aplica técnicas en un objeto social como es la familia. El campo de la terapia familiar conformó sus bases teóricas con las aportaciones de científicos más que de psicoterapeutas. De igual manera, la terapia familiar se vio influenciada por las aportaciones teóricas que se perfilaban hacia un cuestionamiento cada vez más acentuado de los modelos reduccionistas o mecanicistas que construyeron la solidez de las ciencias llamadas duras.

Teoría General de Sistemas

Dentro de estas teorías se puede mencionar de manera especial a la Teoría General de Sistemas (TGS) como la piedra angular para el nacimiento de los conceptos teóricos que terminarían conformando lo que actualmente es denominado Terapia Familiar Sistémica.

La propuesta de la TGS consiste en abordar los acontecimientos, hechos o fenómenos considerando el contexto en el que se desarrollan y las interacciones que los constituyen, esto implica que estamos ante una propuesta integral. De esto podemos aseverar que el objetivo de la TGS era el de construir un lenguaje común que permitiera la comunicación entre diferentes ciencias especializadas. Este paradigma vislumbra a los organismos vivos como un todo y rechaza su observación aislada para promover su entendimiento total, relacionándolos entre sí y promueve una mirada integral que toma en cuenta su interacción contextual (Bertalanffy, 1993). La mirada en amplitud, postula la TGS, permite observar más que sólo el estudio de cada elemento de manera aislada.

Las principales aportaciones de la TGS a la terapia familiar bien se pueden definir de la siguiente manera: 1) La familia es una unidad organizada con reglas propias; 2) En dicho sistema familiar, existen subsistemas; 3) Las jerarquías con que cuenta el sistema, delinea sus subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades; 4) Los patrones son los que se rigen los sistemas familiares no son lineales y las acciones individuales son interdependientes y se influyen entre sí y 5) deben su estabilidad al mecanismo de homeostasis, sin embargo, como sistema abierto observan un comportamiento evolutivo y de cambio permanente.

Las aportaciones de la TGS impactaron sustancialmente en la concepción de individuos enfermos y consecuentemente en los modelos médicos tradicionales; con la visión sistémica, la familia se convertía no sólo en una gran influencia para el síntoma, sino que formaba parte de la situación problemática y conservaba en sí misma como sistema, el entendimiento y resolución de la misma. El comportamiento individual pasa a ser dimensionado en su contexto actual y como respuesta a toda una organización interaccional.

Existe un consenso relativo entre quienes han historiado los orígenes de la Terapia Familiar Sistémica en señalar que la raíz de las discusiones y

exposiciones acerca de este campo tuvieron inicio en 1946, año en el que se llevaron a cabo una serie de conferencias que se extendieron hasta 1953.

La conferencia inicial denominada “Los mecanismos de Retroalimentación y los sistemas de causalidad circular en la biología y las ciencias” representa simbólicamente el nacimiento de los fundamentos de la terapia familiar. La tesis central de aquellas disertaciones giraba en torno al cuestionamiento del modelo tradicional de causa y efecto.

Las conferencias de Macy, como se le llama actualmente a ese punto de partida histórico debido a que fueron auspiciadas por la Fundación Josiah Macy Jr, concentró las ideas e intereses de una gran variedad de científicos. Las disciplinas que convergieron fueron tan diversas como las matemáticas (Norbert Weiner y John Von Neuman); la neurofisiología (Arturo Rosenbleuth y Lorente de No); la antropología (Margaret Mead y Gregory Bateson) hasta la psicología clínica con Erik Erikson. (Selvini 1990)

Para Lynn Hoffman (1998) la Terapia Familiar ha sido influenciada por una revolución epistemológica en la que los esquemas de pensamiento lineal tradicionales han sido abandonados, esto quiere decir que al mismo tiempo que se debatía sobre conceptos cibernéticos, se cuestionaba la manera hasta ese momento tradicional o moderna de hacer ciencia.

Las innovaciones teórico conceptuales fueron gradualmente expandidas en trabajos independientes y a través de un seguimiento en su estudio y discusiones, Gregory Bateson antropólogo australiano y principal impulsor de las citadas conferencias, jugó un papel determinante para que las aplicaciones de la cibernética rebasaran la construcción de sistemas artificiales y fueran también aplicadas en sistemas naturales, es decir en grupos de personas que al interactuar conforman un sistema que también se autorregula y se retroalimenta.

La Cibernética

La cibernética surgió como un concepto teórico práctico innovador en el entendimiento y control de las máquinas, entendidas como sistemas autorregulados y en concordancia con su entorno; no paso mucho tiempo para que estos conceptos se equipararan con las relaciones sociales y el comportamiento humano. Los conceptos cibernéticos tomaron un carácter interdisciplinario que enriqueció su estudio y aplicación. Es cierto que en un nivel popular, la cibernética está asociada más con aspectos de robótica o de ciencia ficción que con una ciencia interdisciplinaria que aborda los sistemas de control y de comunicación tal como es definida en las enciclopedias actuales.

Las discusiones y explicaciones acerca de las relaciones interpersonales y en los grupos humanos basadas en la cibernética, se ampliaron. Gregory Bateson entendió que las acciones cibernéticas se corporizan en los individuos y cobran mayor importancia al conformar sistemas humanos, Basaba su interés en la manera en cómo se promovían los cambios en dichos sistemas, así como la estabilidad que perseguían como finalidad auto correctiva. No solo le interesaba acceder al conocimiento de qué cambios permitían los sistemas humanos para garantizar su estabilidad y permanencia, a Bateson estudiaba este fenómeno como explicación de la perpetuación de una cultura.

La cibernética fue formalizada por Norbert Wiener en su obra *Cibernética o el control y comunicación en animales y máquinas*, desarrollado en colaboración con el mexicano Arturo Rosenblueth y otros como William Rosh Ashby. Sin embargo, las implicaciones de la Cibernética se popularizaron a través de la obra de Wiener de 1950, titulada *Cibernética y Sociedad*, en ella manejaba una analogía entre las máquinas de vapor y las instituciones sociales. Keenney (1994) señala que la cibernética "...pertenece a la ciencia de la pauta y la organización, que se diferencia de cualquier búsqueda de elementos materiales, objetos, fuerzas y energías. En la cibernética, cualquier cosa, o más bien cualquier idea es real".

Esto constituye el giro social que tornó el manejo teórico y la aplicación práctica de la Cibernética, giro en el cual Gregory Bateson ya toma un papel protagónico, sobre todo al trabajar conjuntamente con profesionales de la salud mental. Las ideas nacidas en las conferencias ahora estaban siendo llevadas a cabo concretamente en la atención clínica a través de la colaboración con psiquiatras como Jurgen Ruesch y paralelamente con John Weakland, Jay Haley y posteriormente con Donald Jackson (Eguiliuz, 2004). Todos ellos más interesados que el propio Bateson en aterrizar los conceptos teóricos en la atención clínica y en procesos terapéuticos, lo cual aportó una nueva visión materializado entre otras cosas, en estudios dirigidos a la comunicación terapéutica y al análisis de la manera en que se procesaba la comunicación en la interlocución con los pacientes esquizofrénicos. Prueba de ello es la aparición del artículo “Hacia una Teoría de la esquizofrenia” en 1976 y que representa el punto de partida del abordaje de problemáticas individuales como producto de relaciones familiares. La enfermedad mental vista desde el marco de las relaciones interpersonales y no sólo como síntomas individuales u orgánicos.

El traslado de conceptos cibernéticos a los sistemas familiares significaron las bases teóricas y conceptuales de lo que fue conformando los fundamentos de la Terapia Familiar. La *homeostasis*, entendida como el juego de conductas entre sus miembros que los conducen a una estabilidad y cambio asegurando su funcionamiento enlazó el interés por conocer de manera más profunda los niveles de aprendizaje en los individuos, cómo se *aprendía a aprender*, así como el estudio de la *comunicación humana* particularmente en contextos en los que los procesos comunicacionales involucraban trastornos psiquiátricos. La comunicación humana tomó un posicionamiento central en la interacción del ser humano y en la organización de los sistemas que conforma. Clasificando a la comunicación por niveles: niveles de significado, niveles de tipo lógico y niveles de aprendizaje.

A nivel de intervención clínica en familias, los estudios sobre comunicación humana se basaban en explorar el papel que la familia jugaba en el mantenimiento del síntoma del paciente particularmente en pacientes esquizofrénicos, introduciendo el cuestionamiento del trastorno mental como inherente al individuo y señalando su relación directa con patrones de interacción familiar. Gradualmente las investigaciones se fueron diversificando a otro tipo de familias encontrando relación directa entre sus estilos de comunicación y los padecimientos que las aquejaban.

Don Jackson aportó elementos sustanciales para la visión ecológica de los problemas familiares, sostuvo la idea de un *síntoma homeostático* que surge en el interior de un sistema de relaciones con una estructura compleja viable a ser aislada para ser entendida como principio rector. Para dicho entendimiento surgió el concepto de *doble vínculo* (Bateson, Haley, Jackson y Weakland, 1976) el cual tiene lugar cuando dos o más personas participan en una relación intensa que tiene un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de una, varias o todas ellas, y cuando el mensaje está estructurado de manera que afirme algo, afirme algo de su propia afirmación, ambas afirmaciones sean mutuamente excluyentes, y que, dada la relación existente entre las personas, le sea imposible a alguna de ellas abandonar el marco establecido. La confusión que se genera impide que la persona colocada en el nivel inferior pueda comunicarse acerca de tal paradoja (metacomunicarse) viéndose forzada a establecer una comunicación en un nivel lógico distinto, es decir hay una comunicación que sobresale a lo escuchado concretamente y que tiene alta vinculación con la relación de los participantes.

Teorías de la Comunicación

La comunicación es un campo de estudio dentro de las ciencias sociales que trata de explicar cómo se realizan los intercambios comunicativos y cómo estos intercambios afectan a la sociedad y comunicación. Es decir, investiga el conjunto de principios, conceptos y regularidades que sirven de base al estudio de la

comunicación como proceso social. Está en estrecha relación con otras ciencias, de las cuales toma parte de sus contenidos o los integra entre sí. Son muchas las discusiones abiertas en el campo académico sobre lo que en realidad constituye la comunicación y de allí que existan numerosas definiciones al respecto, muchas de las cuales se circunscriben a determinados campos o intereses de la ciencia. Pero en su definición más estricta, *comunicación* consiste en la transmisión de información de un sujeto a otro. -*quién dice qué a quién en qué medio y con qué efecto*-.

Se trata de un proceso ritual de comunicación existe, uno que no puede ser divorciado de un contexto social y una historia particular. La comunicación se fundamenta esencialmente en el comportamiento humano y en las estructuras de la sociedad.

La teoría de la comunicación es un campo relativamente joven, este es integrado en muchas ocasiones a otras disciplinas tales como la filosofía, la psicología y la sociología y es posible que no se encuentre un consenso conceptual sobre la comunicación vista desde los diferentes campos del saber.

La comunicación es un fenómeno de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales los seres vivos se comunican con sus semejantes para transmitir o intercambiar información. Comunicar significa poner en común e implica compartir.

Las principales características de la comunicación se pueden resumir de la siguiente manera:

- Dinámico: porque está en continuo movimiento y no se limita a una relación Emisor----->Receptor estático, pues los roles se intercambian.
- Inevitable: Pues es imposible no comunicar, incluso el silencio comunica.
- Irreversible: porque una vez realizada, no puede regresar, borrarse o ignorarse.

- Bidireccional: porque existe una respuesta en ambas direcciones.
- Verbal y no verbal: porque implica la utilización de ambos lenguajes -en algunos casos.

La comunicación se conforma en tres niveles: sintaxis (estructura de los signos), semántica (significado) y pragmática (efectos del mensaje); al centrarse en este último aspecto encontramos que esta teoría tiene su centro de interés en lo interaccional y de esta forma se incorpora a la terapia familiar sistémica. Además de la comunicación verbal y no verbal, el hombre también se distingue por la capacidad de comunicarse con el mismo a través del pensamiento; a esto se le llama comunicación interpersonal. El alejamiento en la atención a los procesos intrapsíquicos en el estudio de la comunicación, permitió iluminar de manera significativa los procesos interaccionales.

La principal aportación que la Teoría de la Comunicación hizo a la Terapia Familiar se refiere a los 5 axiomas desarrollados en la obra de Watzlawick, Beavin y Jackson (1997):

1. Es imposible no comunicar. Cualquier comportamiento comunica, la comunicación puede ser tonal, verbal, postular, entre muchas otras; por lo tanto la comunicación no solo puede ser intencional, conciente o eficaz, además que cualquier comunicación confiere una responsabilidad ya que define la relación que el emisor concibe con su receptor.
2. Todo proceso de comunicación presenta un nivel de contenido y uno de relación. Este último define la relación y se convierte por lo tanto en una *meta comunicación*. La comunicación transmite información (aspecto referencial) y también impone conductas (aspecto conativo). La conexión entre estos dos aspectos es crucial ya que las confusiones o contaminaciones entre la comunicación y la meta comunicación pueden llevar a un doble vínculo patológico.

3. La naturaleza de la relación descansa en la puntuación que hagan los comunicantes. Cada *bit* en la secuencia se convierte en estímulo, respuesta y refuerzo. Una gran cantidad de conflictos sobrevienen por la falta de acuerdo acerca de la puntuación de hechos.
4. La comunicación puede ser entendida tanto en términos digitales como analógicos. En el primero, se utiliza la palabra para nombrar algo de manera arbitraria, mientras que en lo analógico, se concentran todas las comunicaciones no verbales (tonos de voz, expresiones faciales, secuencia, ritmo, posturas, etc.).
5. las interacciones se pueden dar de manera simétrica o complementaria, según estén basadas en la diferencia o en la igualdad. En la primera encontramos las relaciones complementarias y las simétricas se fundamentan en la igualdad.

Terapia Familiar Posmoderna

El concepto de modernidad que inició en el siglo XVI, abarca un proceso filosófico y sociológico que buscaba responder a los paradigmas tradicionales como la religión, las clases sociales, así como una liberación de las preocupaciones por riesgos de enfermedades y altos índices de mortandad en condiciones insalubres. En diferentes esferas de la vida del ser humano, se empezó a dar una importancia suprema a los conocimientos derivados del método científico, por lo que las ciencias exactas se convirtieron en la vía infalible para la solución a los dilemas de la humanidad.

Las conclusiones científicas significaban verdades irrefutables y eran calificadas como neutrales y libres de subjetividad, lo cual enaltecía su carácter de definitivas y colocaba a la razón como el eje rector de los cuestionamientos sobre la vida, asimismo marcaba la dirección que debía tomar el desarrollo de la humanidad. La modernidad reviste gran importancia en el paso que significó dejar atrás el estancamiento de reflexiones fundamentadas científicamente que caracterizó a la Edad Media. La psicología no fue ajena a esta necesidad de sustentar

científicamente su labor y se encaminó en el terreno de la modernidad para investir a la psicología como ciencia del comportamiento humano.

Particularmente en el terreno clínico, la psicología persiguió desde distintos enfoques una taxonomía de las enfermedades mentales para acceder a un grado de mayor control al mismo tiempo que delineaba gradualmente una frontera simbólica para etiquetar dicotómicamente lo sano y lo enfermo. Este paradigma permeó también el desarrollo de la psicoterapia por lo que es observable que los términos tradicionales utilizados en la psicoterapia todavía hace referencia a valoraciones médicas o describen procesos de enfermedad-cura. De esta manera, la psicología se enmarcó históricamente en la era de la modernidad.

A mediados del siglo XX se gestó una mutación sociológica que se caracterizó por postular una ruptura ideológica respecto al orden disciplinario, exacto y convencional que caracteriza al pensamiento moderno. La psicología no fue ajena a estas postulaciones y la psicoterapia adoptó conceptos posmodernos que delinear claramente una práctica alejada de los conceptos modernos antes mencionados. Destacan las ideas referentes a que la terapia es vista como una conversación en la que se coconstruyen diferentes significados, soluciones y posibilidades en las que el cliente es visto como el experto en su propia vida, además de que el proceso se basa en la definición de problema que la persona conforma de su propia vivencia.

Constructivismo

El pensamiento constructivista bien puede encontrar sus raíces en la premisa kantiana de que la realidad no se encuentra fuera de quien la observa, sino que es algo construido por su aparato cognitivo. El movimiento constructivista cuenta entre los impulsores de sus conceptos básicos a Ernst von Glasersfeld, Heinz von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela. El constructivismo plantea explicaciones sobre el conocimiento que tienen que ver con la idea de que éste no

es recibido únicamente por los sentidos de manera pasiva, por el contrario, entienden que el conocimiento es construido activamente por el sujeto.

En cuanto a la función del conocimiento, los constructivistas lo entienden en su dimensión adaptativa, es decir que tiende a ajustarse para alcanzar la organización de un mundo basado en la propia experiencia, no en el descubrimiento de una realidad externa única (Elkaim 1996). Desde esta organización, la socialización se da en términos de la construcción de otras subjetividades a partir del propio campo de experiencia. El constructivismo afirma que nunca se podrá llegar a conocer la realidad como lo que es ya que, al enfrentarse al objeto de conocimiento, no se hace sino ordenar los datos que el objeto ofrece en el marco teórico del que se dispone. Así, por ejemplo, para el constructivismo la ciencia no ofrece una descripción exacta de cómo son las cosas.

Para el pensamiento constructivista, la realidad es una construcción hasta cierto punto "inventada" por quién la observa. Esta aseveración se ha dado a llamar como constructivismo radical, Glasersfeld es responsable del término constructivismo radical que se refiere a un enfoque no convencional hacia el problema del conocimiento y hacia el hecho de conocer. Sostiene que el conocimiento, sin importar cómo se defina, está en la mente de las personas, y que el sujeto cognoscente no tiene otra alternativa que construir lo que él o ella conoce sobre la base de su propia experiencia y aunque se puedan encontrar razones para creer que la experiencia de una persona puede ser similar a la de otra, no existe forma de saber si en realidad es la misma (Elkaim 1996).

Una de las críticas más comunes al constructivismo radical es su proximidad aparente con el solipsismo. Para el constructivismo una descripción exacta de cómo son las cosas no existe, porque la realidad no existe sin el sujeto. El conocimiento entonces es construido a partir de las experiencias individuales. Todos los tipos de experiencia son esencialmente subjetivos. La importancia del

constructivismo se evidencia cuando se le compara con el enfoque epistemológico o ciencia cognitiva opuesta, que fundamenta el conocimiento en una reflexión pasiva de la realidad objetiva externa. Esto implica un proceso de “instrucción” externo, ya que para obtener esa imagen de la realidad, el sujeto debe de alguna manera, recibir algún tipo de información desde afuera.

Una de las grandes aportaciones del pensamiento constructivista al campo terapéutico se refiere al cuestionamiento de Maturana sobre el criterio de objetividad como punto de partida o condicionante de la investigación Elkaïm (1996). Argumenta que el investigador requiere de una comunidad observante que emita declaraciones que conformen un sistema coherente. Desde la mirada constructivista, la terapia familiar se centra en la importancia de la realidad que se construye de manera conjunta entre paciente y terapeuta, más que en encontrar la verdad o la realidad. Algunas de las premisas tradicionales del entendimiento de un proceso terapéutico se vieron cuestionadas; para esta corriente, el éxito de la psicoterapia no depende de que el terapeuta tenga razón; es más trascendente la relación que construye con el propósito de ampliar el campo de posibilidades de la familia, abandonando la idea de imponer arbitrariamente un cambio. Resalta la posibilidad de separar las observaciones subjetivas del terapeuta de tal manera que el proceso terapéutico se convierta en la articulación, elaboración y revisión de las construcciones con las que las personas organizan su experiencia de vida.

Construccionismo social

El construccionismo social comienza a tomar fuerza a finales de los años 80 en Estados Unidos siendo uno de sus principales representantes en la psicología Kenneth Gergen, profesor del Swarthmore College en Pensilvania. Este teórico plantea que tanto el yo como las emociones corresponden a un contexto relacional, es decir que se manifiestan en el terreno de las relaciones humanas y que la identidad es resultado de los intercambios entre las personas, por lo que las emociones estarían supeditadas a las relaciones sociales más que a las elecciones personales (Elkaïm, 1996).

Gergen, en su libro *Realidades y Relaciones* (1996) afirma que el conocimiento y su generación se encuentran dentro de un contexto social y cuestiona que el lenguaje pueda representar, reflejar, transmitir y almacenar el conocimiento objetivo, con lo que se hace una fuerte crítica al supuesto del conocimiento individual.

Para Hoffman, (1996) la terapia con enfoque construccionista inicia con Anderson y Goolishian como los terapeutas que impulsaron un visión menos interesada en los objetivos y más avocada a la suma de colaboraciones para encontrar cambios satisfactorios en los dilemas de las personas. A través de esta práctica clínica construccionista, se introducen nuevas premisas en la búsqueda de soluciones en la intervención familiar, aludiendo que no existe una verdad objetiva, sino verdades inmersas en contextos culturales que conforman un mosaico plural de realidades que a su vez presentan alternativas de soluciones, esto finalmente rompe con la idea de una sola cura proveniente del modelo causal. Asimismo, dichas alternativas de solución son construidas conjuntamente entre la familia y el terapeuta, despojando a éste del poder que le es conferido en el paradigma moderno y lo posiciona como un colaborador dentro del proceso terapéutico.

Las teorías construccionistas llevan sus cuestionamientos hacia aquellas corrientes psicológicas que manifiestan la superioridad del diagnóstico proporcionado por el profesional de la salud mental, sobre el de la cultura común. Es decir, no existe una visión objetiva y real o acertada y todo conocimiento es entendido como una construcción que forma parte de una cultura. Siguiendo este orden de ideas encontramos entonces que una terapia eficaz requiere de discursos múltiples que incluyan al mismo discurso cultural (Gergen, 1996).

Dentro de esta perspectiva, la discusión sobre la hegemonía de alguna corriente de intervención terapéutica queda relegada a segundo plano ya que las contempla como comunidades semánticas que proponen alternativas desde su terreno y con

su propio potencial de cambio, en tanto incluyan al discurso cultural en el que insertan sus fundamentos prácticos.

Tanto el constructivismo como el construccionismo se oponen a la idea moderna de un mundo real externo capaz de ser descubierto y descrito, sin embargo, aquel promueve la idea de un sistema cerrado, mientras que los construccionistas hablan de las percepciones y construcciones como resultado de las interacciones sociales y del lenguaje.

2.1.2. Principios metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y posmoderna

Modelo Estructural

Introducción y antecedentes del modelo

El modelo estructural está relacionado con un estilo de intervención dirigido a la acción, persigue el objetivo de modificar la organización familiar transformando consecuentemente la experiencia de cada uno de los miembros de la familia. El vehículo que conduce tal cambio es el cuerpo de alternativas de interacción al interior de la familia sugeridas por el/la terapeuta. Su teoría y técnica estudian a la persona en su contexto social.

Los antecedentes del modelo estructural se remontan al trabajo de Murray Bowen con familias completas de pacientes esquizofrénicos, en las que se estudiaba al sistema familiar como factor etiológico. En el mismo sentido se pueden citar las intervenciones comunitarias de Salvador Minuchin. Bowen colaboró con Braulio Montalvo en una correccional para menores dando seguimiento al fenómeno de reincidencia de la población una vez que entraban en contacto nuevamente con sus familias, (Sánchez y Gutiérrez, 2000) mientras que Minuchin trabajó *Philadelphia Child Guidance Clinic* en la que participaron Jay Haley y el mismo Montalvo desarrollando reflexiones e intervenciones para estudiar la influencia de

la familia en el mantenimiento de síntomas psicosomáticos en niños y niñas (Minuchin, 1995)

Exponentes principales y sus aportaciones

El modelo estructural de terapia familiar fue desarrollado por Salvador Minuchin, médico psiquiatra nacido en Argentina en 1921. Minuchin estableció propuestas novedosas sobre las ideas sistémicas acerca de la intervención clínica de los problemas que presentaban las familias estadounidenses pertenecientes a sectores marginados y aquellas que contaban entres sus miembros a alguien con problemas psicosomáticos.

Derivado de estas intervenciones, se tuvo una visión que incluía una responsabilidad entre los integrantes sobre el síntoma expresado por uno de los familiares, ya fuera por un padecimiento físico, o por el acto delictivo en que se involucraban algunos jóvenes de estas familias. El interés se colocaba en cómo y qué hacía toda esta estructura familiar para mantener esos síntomas, y, cómo este síntoma actuaba relacionalmente en concordancia con la estabilidad familiar. Ante este panorama, el papel del terapeuta cobró mayor importancia en lo que Hoffman definió como “intruso activo” ya que la sola presencia del terapeuta significaba un cambio en esa estructura organizada.

Minuchin innovó al describir una estructura familiar más allá del concepto tradicional nuclear contemplando la participación e influencia de la familia extensa en la organización y en las transacciones familiares.

Diversos clínicos se unieron a los trabajos de Minuchin, como Jay Haley, quien posteriormente se desligaría del terapeuta argentino para establecer las bases de otro modelo de intervención. De la misma manera se cuenta la participación inicial de Braulio Montalvo, Jorge Colapinto, Harry Aponte y Berenice Rosman (Desatnik, 2000).

Principios básicos

Salvador Minuchin asienta tres axiomas que sustentan al modelo teórico del modelo estructural (Minuchin, 1974):

- a) La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste a través de secuencias repetidas de interacción. Puede ser considerado como un subsistema, o parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta al conjunto.
- b) Las modificaciones de una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros del sistema.
- c) Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente; su conducta se incluye en ese contexto. Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema, terapéutico en este caso, que gobierna la conducta de sus miembros.

Adicionalmente, se puede mencionar la idea de que este es un esquema que se avoca al presente, sin utilizar la interpretación del pasado. El principal interés en el entendimiento del sistema familiar va dirigido a su estructura, por lo tanto, percibe al sistema familiar como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales (operaciones repetidas); estas pautas regulan las conductas de los miembros de las familias. Son mantenidas por dos sistemas de coacción:

- a) Genérico: implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar.
- b) Idiosincrático: implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas; los individuos son subsistemas al interior de la familia, las díadas

también pueden ser subsistemas. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Uno de los parámetros de organización son los límites, que en un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema y/o subsistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea funciones específicas a sus miembros. El desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas. Estos límites pueden ser claros, difusos o rígidos (Minuchin, 1995).

Dentro del sistema familiar existen tres subsistemas (u holones) que poseen significación particular (Minuchin y Fishman, 1998):

- *Subsistema conyugal*: se forma cuando dos adultos de diferente sexo se unen con la intención de formar una familia; las principales cualidades que se requieren para implementar tareas en este subsistema son la complementariedad y la acomodación mutua. Este sistema debe protegerse de la interferencia de otros sistemas marcando límites.
- *Subsistema parental*: se conforma a partir del nacimiento del primer hijo; a partir de este momento el subsistema conyugal debe diferenciarse para desempeñar tareas de socializar un hijo sin renunciar al apoyo mutuo que caracteriza al subsistema conyugal. Conforme los hijos crecen, este subsistema debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de socialización.
- *Subsistema fraterno*: este subsistema es el primero en el que un niño participa en un grupo de iguales; en este contexto los hijos se apoyan entre sí, se atacan y aprenden unos de otros. Elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir. Van tomando diferentes posiciones dentro de este subsistema lo que deriva en que durante este

proceso se promueva tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo como su individualidad, vivenciada en el acto de optar por una alternativa dentro de un sistema.

Además de estos elementos que se observan en las estructuras de las familias, encontramos que Umbarguer (1983) hace alusión a las jerarquías, es decir a las posiciones que ocupan los miembros del sistema familiar y que, conllevan relaciones de subordinación o supraordinación en las relaciones interpersonales; las alianzas caracterizadas por la agrupación de dos unidades del sistema, motivada por la afinidad de intereses; las coaliciones que además de presentar las características de las alianzas, tienen una motivación que las opone a un tercer elemento de la familia expresándose mediante el conflicto o el aislamiento; y finalmente los triángulos que equilibran una relación diádica con la convocatoria de un tercero para ya sea, encubrir o desactivar dicho conflicto.

La familia es un sistema dinámico que se encuentra en un proceso continuo de cambio, evoluciona con el tiempo. Es importante determinar el estadio de desarrollo de una familia ya que esto permite al terapeuta establecer un vínculo entre dicho estadio y las metas terapéuticas. El desarrollo de la familia transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente; hay períodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes. Y hay también períodos de desequilibrio, originados en el individuo o en el contexto: La consecuencia de éstos es el salto a un estadio nuevo y más complejo, en que se elaboran tareas y aptitudes también nuevas (Minuchin y Fishman, 1998).

Las cuatro etapas principales de acuerdo a los autores son:

- a) Formación de pareja.
- b) Familia con hijos pequeños.
- c) Familia con hijos en edad escolar o adolescente.
- d) Familia con hijos adultos.

El terapeuta se asocia con la familia con el objetivo de cambiar la organización de la familia de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique, a través del uso de modalidades alternativas de interacción entre los miembros de la familia; el terapeuta recurre a la matriz de la familia para el proceso de curación. La familia, al modificarse, ofrece a sus miembros nuevas circunstancias y nuevas perspectivas ante sus circunstancias. La nueva organización permite un continuo refuerzo de la nueva experiencia, lo que proporciona una validación del nuevo sentido de sí.

La terapia familiar basada en este marco de referencia tiene por objetivo modificar la organización de la familia: cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros de ese grupo, como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo (Minuchin, 1995).

Técnicas y estrategias de intervención

El modelo estructural interviene desde el momento en que delimita la convocatoria de los miembros de la familia para el proceso terapéutico; encara el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas. Este tipo de terapia recurre a técnicas que buscan alterar el contexto inmediato de las personas de tal modo que sus posiciones cambien; al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en que se mueve, se modifica consecuentemente su experiencia subjetiva e impacta a la problemática percibida. Existen tres estrategias de terapia estructural dirigidas a diferentes áreas (Minuchin y Fishman, 1998):

1. *Reencuadramiento o cuestionamiento del síntoma.* Cuestionar la definición que la familia da del problema, tiene el objetivo de modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del síntoma, moviendo a que sus miembros busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes. Las técnicas que están al servicio de esta estrategia son:

- a) Escenificación: el terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia, con el propósito de vivenciar la realidad familiar como ellos la definen.
- b) Enfoque: Tras seleccionar elementos que parecen pertinentes para el cambio terapéutico, organiza los datos de las interacciones familiares en torno de un tema que le imparte un sentido nuevo.
- c) Intensidad: El terapeuta necesita hacer que la familia “oiga”, haciendo que la familia supere su umbral de “sordera”; y sea repitiendo el mismo mensaje en diferentes momentos de la sesión o con repeticiones isomórficas, en donde los cambios estructurales deseados se promueven por muy diferentes vías, como si los mensajes fueran diversos, pero son idénticos a nivel profundo.

2. *Reestructuración o cuestionamiento de la estructura familiar.* Cuestionar sobre la demarcación que los subsistemas hacen de sus papeles y sus funciones. Verificando la proximidad y la distancia. Las técnicas de que se dispone para esta estrategia son:

- a) Fijación de fronteras: destinadas a modificar la participación de los miembros de diferentes subsistemas.
- b) Desequilibramiento: Modifica la jerarquía de las personas dentro de un subsistema. *Realidades o cuestionamiento de la realidad familiar.* Con el objetivo de modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las técnicas al servicio de esta estrategia son:
 - c) Constructos cognitivos: utilización de símbolos universales (las cosas son así y entonces no es necesario ponerse de acuerdo sobre cómo son), verdades familiares (utilizar la misma concepción del mundo que tiene la familia para extender su modalidad de funcionamiento) y el consejo profesional (presentar una explicación diferente de la realidad de la familia y basarla en la experiencia, conocimiento o sabiduría profesional).

- d) Intervenciones paradójicas: para enfrentar la resistencia al cambio de la familia y evitar una lucha por el poder entre familia y terapeuta. Se pueden clasificar en directas (basadas en la aceptación de la familia) y basadas en el desafío (esperando que la familia las desafíe).
- e) Lados fuertes de la familia: Utilizándolos como la matriz del desarrollo y la cura.

Modelo Estratégico

Introducción y antecedentes del modelo

Haley (1988) acuñó el término estratégico para referirse al proceso terapéutico en que se traza una intervención específica para cada problema que el caso presenta. Además de esta aportación, Haley es considerado una figura de transición entre los modelos estructural y estratégico. Por lo tanto es útil ubicar al modelo estratégico como un enfoque que responde a la expansión del estructural. Puede considerarse a Milton H. Erickson como el maestro del enfoque estratégico en terapia (Haley, 1973). La terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. Debe identificar problemas, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz. El terapeuta debe ser sensible hacia el paciente y su medio social, pero la forma en que proceda debe ser determinada por él mismo (Haley, 1973).

Este estilo terapéutico se basa en la formulación de directivas que originan cambios de conducta y pone énfasis en la comunicación metafórica. Más que cualquier otro terapeuta Erickson tiene en mente los procesos vitales. Su terapia puede ser mejor comprendida si se tienen en cuenta los procesos de desarrollo de la familia y los puntos de crisis que surgen cuando la gente pasa de una a otra etapa del ciclo vital familiar. Bajo este modelo, el síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital (Haley, 1973).

Este estilo terapéutico se basa en la formulación de directivas que originan cambios de conducta y pone énfasis en la comunicación metafórica. Más que cualquier otro terapeuta Erikson tiene en mente los procesos vitales. Su terapia puede ser mejor comprendida si se tienen en cuenta los procesos de desarrollo de la familia y los puntos de crisis que surgen cuando la gente pasa de una a otra etapa del ciclo vital familiar. Bajo este modelo, el síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital (Haley, 1988).

Principios básicos

Los objetivos primordiales son: identificar problemas, fijar metas, diseñar intervenciones así como monitorear si están siendo efectivas o diseñar las correcciones adecuadas y evaluar el resultado de la terapia.

El trabajo terapéutico de este modelo se sustenta en intervenciones directivas.

La postura del terapeuta es de control, es quien tiene mayor responsabilidad y jerarquía en el tratamiento. Sin embargo, ante la familia, el manejo que le da a esta responsabilidad, es que es tan responsable como la propia familia, siempre y cuando se comprometa a trabajar en el proceso terapéutico.

Estrategias de maniobra: De la primera sesión depende la planeación de la estrategia y la eficacia del tratamiento. Durante esta primera entrevista estratégica: el terapeuta se debe concentrar en recoger datos que no deben interpretarse. No distraer la atención del motivo por el cual la familia llega a terapia. No permitir interrupciones entre los miembros. Otorgarle a cada uno un tiempo. Después de formular el problema, el terapeuta pedirá a cada uno su opinión. Y, evitar en lo posible los diálogos entre la familia hasta llegar a la etapa de interacción.

Para esta primera entrevista, es importante tomar en consideración lo siguiente:

- a) Es de mucha riqueza entrevistar a la familia en su conjunto, para de esta manera captar rápidamente el problema, la interacción y pautas de

conducta en torno al mismo. Además, bajo la visión sistémica, siempre tenemos en cuenta que el cambio en un miembro, afectará al resto de la familia, siendo una razón importante para entrevistar a la familia.

- b) No darle al paciente la decisión del tipo de estrategia o terapia a seguir, sobre todo si ya anteriormente estuvo en tratamiento, pues esto nos indica de alguna manera que lo que intentó no resultó, y si le concedemos el poder de la decisión estaríamos cometiendo dos grandes situaciones que pueden predecir el fracaso terapéutico: el darle el control al paciente y el intentar las mismas formas de solución del paciente que no han sido efectivas para la solución de la problemática que le aqueja.
- c) Al estar explorando el problema, es importante concretizarlo, con preguntas tales como: ¿Cuál es su problema?, ¿Por qué motivos ha venido a verme?, ¿Qué cambios desea lograr?, esta última además de explorar cuales son los cambios que se esperan por el proceso terapéutico, da mayor claridad de la problemática a tratar.
- d) Al explorar la problemática de la familia, el terapeuta estratégico no debe formarse ideas muy firmes, y debe abstenerse de comunicar a la familia sus observaciones. Esto, porque no tiene funcionalidad terapéutica cuando se acierta, diciéndole a la familia lo que para ellos es evidente, y si no se acierta es porque se están aventurando suposiciones no comprobadas por falta de elementos, no explorados aún. Siendo cualquiera de los dos casos situaciones que podrían provocar en la familia actitudes defensivas y con esto el entorpecimiento del proceso terapéutico.
- e) La estrategia del terapeuta, respecto a la concesión de la palabra, es básicamente respetando las jerarquías que la propia familia posee, sin que intervenga, la posición que el terapeuta considere debe ocupar cada uno. En términos estructurales sería, no alterar las jerarquías que la familia tiene establecidas, sino respetarlas y actuar en esta sintonía de manera respetuosa.

- f) Tratar con más cuidado a la persona que trajo a la familia a terapia, pues es ella, la que mantendrá a la familia de regreso. Sin embargo, es importante no dejar de lado a ningún miembro de la familia y tomarlos en cuenta a todos y cada uno de ellos.

La postura del paciente es de responsabilizarlo del avance y beneficios que obtenga en la terapia y se le marca la jerarquía del terapeuta en la relación del tratamiento.

Técnicas y estrategias de intervención

Intervenciones:

I. La primera etapa de la terapia, es la fase de evaluación; que se lleva a cabo en la primera entrevista, estructurada en cuatro etapas:

- a) Etapa social: Durante esta etapa se logra conocer aspectos generales de los integrantes de la familia, también permite neutralizar las emociones con las que se inicia la sesión y mostrar empatía con la familia. En este momento no se permite que la familia hable del problema.
- b) Planteamiento del problema: Al haber terminado la etapa de presentación y comentarios neutrales, se inicia conversando un poco de lo que el terapeuta sabe del caso y se les pregunta acerca de la problemática, de tal manera que sea clara la demanda de ayuda ¿cuál es la situación por la cual acudieron a terapia?, ¿cuáles son los cambios que quieren?, ¿qué han hecho para resolver su problema? Se le otorga la palabra a cada uno de los miembros de la familia, para conocer la visión que tiene del problema y la manera en que lo vive. En este momento no se permite la interacción entre ellos, la información es recibida por el terapeuta en una comunicación unidireccional, ya que tampoco el terapeuta debe en este momento hacer observaciones, interpretaciones, ni intervenciones. El principal objetivo de esta etapa es definir el problema de manera operacional, clara y explícita. Se

identifican algunas situaciones importantes como: el síntoma, el contexto en el que se está manifestando, la etapa de ciclo vital en el que se encuentra, las redes sociales, las jerarquías en la familia, la frecuencia con la que se presenta etc.

- c) Etapa de interacción: En esta etapa se les invita a que platicuen entre ellos sobre el problema. En este momento se observan las conductas y el relato, y el terapeuta tiene un papel más de observador que de participante central, sigue dirigiendo y teniendo la mayor jerarquía, reintegrando a los miembros cuando se refieren a él y no dialogan entre sí.
- d) Definición de cambios deseados: En este momento de la terapia se tiene una idea clara de la problemática y se exploran los factores que para la familia indicarían un cambio. Para este fin es útil operacionalizar el síntoma, debe ser medible, observable y poder así, detectar de que manera se estaría influyendo en él. Establecer cuales serían los cambios en las secuencias interaccionales que la familia pretende lograr. Se exploran también los intentos de solución, que servirían para la planeación de la estrategia a seguir. Y finalmente, en base a esta exploración se establece la meta terapéutica a manera de contrato con la familia.

II. La segunda etapa, es la propiamente llamada de intervención, que inicia con la planeación del tratamiento:

Consiste en el diseño y planeación de estrategias, que depende de las situaciones y necesidades particulares de cada familia. Para tener éxito en el empleo de las estrategias es importante tomar en cuenta dos aspectos: reflexionar sobre la problemática familiar y la secuencia interaccional de la familia.

El modelo estratégico ofrece técnicas directivas de dos tipos, que apoyan para: hacer que la familia se comporte diferente, intensificar la relación terapéutica entre terapeuta-paciente, aún en el periodo entre una sesión y otra, además, se

continúa obteniendo conocimiento sobre las pautas de relación familiar. Sea que la familia, realice las directivas o no las realice, es una información importante de la familia que se utiliza para el trabajo terapéutico.

1. Decirle a la gente qué hacer, para que no lo cumplan. Este tipo de directiva se llama: Paradójica, y se hace uso de ella cuando la familia es poco cooperadora y rechaza la ayuda. Al trabajar con esta directiva, se pretende que al resistirse hacer lo que se les ha pedido, están cumpliendo la tarea. Por ejemplo: una pareja que esta en terapia por los problemas de infidelidad del esposo y que dice que ya no quiere vivir con él, pero en el momento en que él le dice que se va de la casa, ella hace todo lo necesario para que se quede, siendo esto una pauta reiterada de conducta que le produce mucha insatisfacción a la mujer. Se le dice que tiene muchos satisfactores vivir con una pareja que sabe es infiel, por que así, no tiene la incertidumbre del engaño, que debe permanecer con él por su lealtad y reconociéndole este atributo.

Para la intervención de una directiva paradójica se deben tomar en cuenta ocho etapas de su planeación: 1. Establecer una relación que se define como tendiente a provocar el cambio. 2. Definir claramente el problema. 3. Fijar los objetivos claramente. 4. Dar una explicación lógica que haga razonable la paradoja. 5. Descalificar a quien hasta ese momento ha sido tomado como autoridad. 6. Impartir la directiva paradójica. 7. Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual, definiendo como falta de cooperación la disminución de la conducta usual. 8. Evitar acreditar el cambio como un logro y hablar de las recaídas.

2. Decirle a la familia lo que debe hacer, con el objetivo de que las cumplan; ya sea que dejen de hacer algo o que hagan algo diferente. Algunas de estas estrategias son las que se mencionan a continuación:

- a) Aliento a la resistencia, lo que también se conoce como prescripción del síntoma, concediéndole el control de la situación y esto como consecuencia logra un cambio.

- b) Ofrecimiento de una alternativa peor, al darle al paciente una alternativa menos deseada o no deseada trae consigo la elección de una mejor opción, que quizá no se hubiera tomado si no se hubiera dado una peor.
- c) Metáforas, son analogías aplicables a la problemática del paciente, siendo la comunicación metafórica el mensaje importante, razón por la cual al momento en que se descubre, se cambia la línea de conversación. Estas también se ocupan en lugar de una interpretación.
- d) Aliento de una recaída, esta técnica se utiliza al ver que el paciente ha estado mejorando de manera muy rápida, y a manera de desafío se le dice al paciente que retroceda y que se sienta tal mal como antes, y que valore si hay algo del problema que quisiera recuperar. El objetivo de esta técnica es prevenir la recaída con la prescripción de la misma.
- e) Frustración de una respuesta para alentarla, es una manera de invitar al paciente a realizar algo por medio de impedir esa misma acción, esto se puede trabajar a nivel paradójico, donde se hace uso de alternativas que atrapan al sujeto y que no tiene escapatoria. El resultado de que actúe de una manera o de otra, logrará el objetivo del cambio. Si alguien se resiste hablar en una sesión, se le pide que permanezca del mismo modo (callado).
- f) Empleo del espacio y la posición, esta técnica tiene como objetivo definir a la persona en términos de su posición y alternar su posición para que con ella cambie la persona. Es decir se intercambian lugares físicos; donde está un paciente sentado, se le pide intercambiar el lugar con otro, para que el otro entienda lo que está sintiendo y tenga la oportunidad de experimentar desde “ese lugar” como está experimentando la situación esa persona.
- g) Énfasis en lo positivo, se trata de destacar lo positivo de una conducta. Es una manera de redefinir la conducta que se “vive” como problemática hacia una definición positiva.
- h) Siembra de ideas, el objetivo es retomar en algún momento posterior, alguna situación que se ha esbozado en momentos previos. Es una

estrategia para no dejar pasar hechos importantes pero que en ese preciso momento no es conveniente desviar el foco de atención que se ha establecido.

Un aspecto a considerar en las directivas es la importancia que tiene la revisión de las tareas en las sesiones, pues ayuda a darle el peso que tiene la directiva en el tratamiento que se está llevando, por tal motivo si la tarea se ha cumplido se le reconoce al paciente; si la cumple de manera parcial, se investigan las causas; y si no la ha cumplido, no se debe dejar pasar por alto, se investiga el motivo y además se les hace saber que han fracasado en la indicación y en el beneficio que hubieran tenido el haberla cumplido. Esta también es una manera de responsabilizar a la familia del avance y beneficios que obtengan en la terapia y por otra parte, marca la jerarquía del terapeuta en la relación del tratamiento.

Modelo orientado a problemas

Introducción y antecedentes del modelo

Los terapeutas que conformaron originalmente el Mental Research Institute (MRI), inician el proyecto de terapia breve. Convencidos de que la terapia se podía realizar en un tiempo más corto que en la práctica habitual, John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick, entre otros trabajaron con un límite prefijado de 10 sesiones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

El modelo de terapia breve se basa en la creencia de que los problemas se originan y son mantenidos por el modo en que las personas involucradas perciben y abordan las dificultades de la vida, en donde las soluciones intentadas para remediarlo no generan el cambio o inclusive exacerban el problema. En este sentido se entiende que lo que mantiene los problemas es la aplicación continua de esos intentos de solución, erróneos o frustrados, que entonces se convierten en el problema en sí. Es así, que este enfoque se centra en las soluciones intentadas, en detener, incluso invertir el tratamiento usual que ha servido para exacerbar la situación, por más lógico que este tratamiento parezca (Cade y O'Hanlon, 1995).

Principios básicos

El objetivo es poner límites al tratamiento convencional a largo plazo mediante dos métodos principales: una modificación de las técnicas tradicionales para la resolución del problema evitando “más de lo mismo” y una disminución de los objetivos de la terapia.

El trabajo terapéutico se centra esencialmente en interacciones de la conducta observable del presente. El proceso terapéutico explora los intentos de solución de los pacientes. No se realizan interpretaciones. Se trabaja de manera directiva a través de tareas y ejercicios que realizan los pacientes. El proceso terapéutico finaliza cuando el problema del paciente se termina, esperando que los resultados obtenidos se reflejen en otras áreas (efecto mariposa).

La postura del terapeuta es de mantener el control del tratamiento. Su capacidad de maniobra consiste en saber cual será la mejor manera de actuar en un tratamiento, poniendo en práctica lo que juzgue mas apropiado en el transcurso. Utiliza una interrogación directa, elemento por elemento hasta encontrar la pauta del problema. El objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista, consiste en recoger la información adecuada: clara, explícita y manifiesta en términos de conducta, ¿qué hacen y dicen las personas, sobre el problema?

El terapeuta es capaz de modificar y de ser flexible, retirándose de la postura que haya asumido con un paciente, en el caso de no haber sido eficaz, abandonando la estrategia que comenzó a poner en práctica, en vez de aferrarse a ella.

Se muestra atento tanto a la comunicación verbal como a la comunicación no-verbal de los pacientes. Además, ayuda al paciente a asumir posturas comprometidas y bien definidas. Y no menosprecia la importancia de la historia pasada, pero la centra en el aquí y el ahora.

Algunas de las estrategias para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta, pueden ser:

- a) Estar atento a la oportunidad y ritmo, es decir no apresurarse y cambiar de estrategia cuando sea necesario,
- b) Tomarse el tiempo necesario y no presionarse,
- c) Usar un lenguaje condicional, asumiendo una postura no comprometida,
- d) Propiciar que el cliente asuma una postura comprometida y bien definida; el cliente debe concretizar,
- e) Mostrar una actitud igualitaria cliente-terapeuta, ya que esto propicia la colaboración del paciente,
- f) Se pueden dar sesiones individuales y conjuntas, pues bajo el enfoque sistémico toda alteración en la conducta de uno influirá en los demás,
- g) Asumir una postura pesimista ante la posibilidad o deseabilidad de un cambio,
- h) Advertir a los clientes que vayan despacio, o que sólo introduzcan cambios pequeños,
- i) Que estén atentos a posibles recaídas.

Acerca de la postura del paciente se puede encontrar que existen personas que se definen a sí mismas como pacientes y a personas que definen a otro(s).

Para algunas personas el problema es manifiestamente doloroso, por lo que el cambio se vuelve urgente por necesidad; para otras, es indeseable pero no incomodo en exceso y no se necesita un cambio con urgencia. Existen personas que ocupan una postura pesimista respecto a la solución del problema, mientras otras manifiestan que aunque difícil, el problema puede ser afrontado.

Técnicas y estrategias de intervención

Intervenciones: Las técnicas que este modelo emplea para la solución de los problemas que el paciente trae a consulta son de dos tipos (*Fisch, Weakland, Segal, 1982*):

Intervenciones Generales: que se pueden definir como paradójicas. Se utilizan cuando el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general, con el objetivo de preparar el terreno para una intervención particular. Sirven también para averiguar si es suficiente dicha intervención para solucionar el problema.

- a) No apresurarse: La intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa. “Los cambios que se realizan lentamente son más sólidos que los que ocurren de modo repentino”.
- b) Los peligros de una mejoría: Se aplica a determinadas clases de resistencia. Se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema.
- c) Un cambio de dirección: El terapeuta varía de postura o de estrategia, y al hacerlo le ofrece al paciente una explicación acerca de dicha variación. Esto es necesario cuando el cliente insiste en subestimar o rechazar el camino que le sugiere el terapeuta, es el momento de reevaluar el rumbo que se ha adoptado. Puede darse cuando el terapeuta de modo no deliberado, comienza a discutir con el paciente, o cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero que mas tarde se muestra como no productivo.
- d) Cómo empeorar el problema: Se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que la situación empeore. Esto suele hacerse cuando le paciente ya se ha resistido a anteriores sugerencias o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo. Se puede aplicar de dos maneras: dándole instrucciones sobre cómo hacer que las cosas vayan peor, o en forma interrogativa.

Intervenciones particulares:

- a) Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente, cuando deja de esforzarse por que ocurra el cambio deseado (como los problemas sexuales o el insomnio). Intervención: Se le manifiesta al

paciente que hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial a su control definitivo.

- b) Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo (como un problema de ansiedad, fobias, etc.). Intervención: Se requiere de directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio. Exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.
- c) Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición (como los problemas vinculados con relaciones interpersonales). Intervención: El terapeuta debe preocuparse por la formulación o venta de la solicitud, el paciente necesita aprender a efectuar solicitudes o peticiones mediante un estilo no autoritario.
- d) Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación (cuando existe una aversión a pedirle al otro individuo algo que le disguste o exija determinado esfuerzo o sacrificio). Intervención: Lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente.
- e) La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa (infidelidad, alcoholismo, delincuencia). Intervención: Detener el juego del acusador-defensor. Interferir, reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre las dos partes, al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión. Introduciendo un elemento imprevisible y de incertidumbre que le permita tomar control de la situación.

Modelo orientado a soluciones

Introducción y antecedentes del modelo

El precursor más influyente en este modelo es Milton Erickson; quien no tenía ninguna teoría psicopatológica y especulaba poco sobre el origen de los problemas. Su objetivo era convertir en ventajas lo que parecían desventajas. Pensaba que la terapia debía ser ajustada para satisfacer los estilos y la

idiosincrasia de cada cliente. Consideraba que los clientes tenían en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales, los recursos necesarios, para realizar los cambios que necesitaba hacer (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Este modelo de intervención, está centrado en el futuro, más que en el aquí y el ahora, no le interesa cómo surgieron los problemas, ni cómo se mantienen, se ocupa de cómo se resolverán: qué es lo que funciona o es útil en casos concretos. El modelo centrado en soluciones se centra en las fuerzas y capacidades de los clientes.

Principios básicos

El trabajo terapéutico bajo este modelo tiene tres objetivos principales:

1. Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática. Que los pacientes usen otras acciones con mayor probabilidad de resolver problemas que la repetición de pautas sin éxito.
2. Cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática.
3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.

La postura del terapeuta principalmente es de mantener expectativas positivas para producir el cambio y esperar encontrar soluciones. Se le da mucho respeto y crédito a las capacidades del paciente. Su tarea es acceder a los recursos y capacidades y ayudar a los pacientes a usarlos en las áreas apropiadas de sus vidas.

El terapeuta tiene un papel muy activo, se debe asegurar que los objetivos sean alcanzables, por tal motivo debe haber una definición clara y concreta de objetivos.

Las estrategias de maniobra del terapeuta centrado en soluciones, son las siguientes:

a) Centrar la atención de los clientes en las excepciones, soluciones y recursos, b) Normalizar continuamente de manera directa e indirecta, la conducta que hasta ese momento se ha considerado patológica, c) Extraer información sobre las excepciones al problema: ocasiones en que las cosas van bien, soluciones anteriores al problema actual, así como las fortalezas y recursos de la persona, d) Definición de objetivos alcanzables, concretos y observables, cosas que se verían u oirían con una cámara de video e) Fase de negociación: empezar por cosas pequeñas (primer indicador de cambio).

La postura del paciente, en la que es visto bajo este enfoque, es que tiene recursos y fortalezas para resolver sus quejas, tal vez solo necesita que se les recuerden, para que desarrolle soluciones satisfactorias y duraderas. Ellos son quienes deciden que cambios quieren lograr.

Técnicas y estrategias de intervención

Este modelo utiliza diversas técnicas de intervención, las cuales se mencionará a continuación (O´Hanlon, W., Weiner-Davies, 1990).

Preguntas presuposicionales:

Están diseñadas para funcionar como intervenciones; con un cuidadoso uso del lenguaje se intenta influir sobre las percepciones y dirigir hacia las soluciones. Reflexionar sobre estas preguntas ayuda a los clientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas. Su regla básica es mantenerlas abiertas evitando preguntas a las que se pueda contestar con un “sí” o un “no”.

Las preguntas presuposicionales que se eligen durante una sesión depende del momento y objetivo de la sesión; a fin de descubrir las soluciones. Estas preguntas tienen dos objetivos principales: 1) se utilizan para recabar información sobre excepciones; y 2) para encaminar hacia respuestas que promueven recursos y enriquecimiento.

- a) ¿Qué es diferente en las ocasiones en que...?. El objetivo se formula en términos positivos. Si insisten en que no hay momentos en los que no se produce el problema: buscar lo mejor dentro de lo malo o excepciones absurdas ¿cuándo es menos grave?, ¿sucede cuando duermes?
- b) ¿Cómo conseguiste que sucediera? Con el objetivo de saber que es lo que hace falta para seguir con los cambios, al mismo tiempo se está animando a que se atribuya los méritos de los buenos resultados.
- c) ¿De qué manera el que (excepción) hace que las cosas vayan de otra forma? Sugiere una conexión entre las cosas positivas en un área con otra. Si está presente en la sesión otra persona, escucha como una acción positiva de un individuo afecta la vida de los otros.
- d) ¿Quién más advirtió que ...?, ¿cómo puedes saber que se dio cuenta? Si hay más de una persona en la sesión, reciben información acerca de cuáles de sus conductas resultan agradables. Esto influye sobre su conducta futura.
- e) ¿Cómo conseguiste que dejara de...?, ¿Cómo conseguiste que terminara la pelea? El objetivo es empezar a ver una conexión entre algo que hacen, y pueden hacer, y el cese de un evento desagradable. Además sirve como una sugerencia acerca de una futura forma de actuar para reducir la conducta indeseada.
- f) ¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace... (Una semana)? El objetivo es reconocer su propio avance hacia la solución, localizar y fomentar las tendencias saludables. Que la “conducta nueva” no pase desapercibida, marcando una diferencia que marque la diferencia. Cualquier cosa que estén haciendo los clientes que sea positiva para ellos merece atención.
- g) ¿Qué haces para divertirte? El objetivo es buscar en otros contextos de la vida de los clientes las capacidades y el “saber cómo hacer”, qué se necesita para resolver su problema.
- h) ¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? ¿Cómo lo resolviste? ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso volviera a

sucedier? Su objetivo es que se investiguen soluciones pasadas para la dificultad presente. Recordar que funcionó en el pasado y repetirlo. Erróneamente se cree que si se eliminó un problema por un tiempo y reapareció, entonces la solución fue totalmente ineficaz.

Normalizar y despatologizar

Cuando los terapeutas normalizan las dificultades que los pacientes traen a terapia, los clientes empiezan a sentir alivio. Se les ofrecen explicaciones de sentido común y las situaciones problemáticas que presentan como importantes, se minimizan; llevándolos a pensar que tal vez las cosas no son tan malas como parecían. Se usan dos estrategias para este fin:

Modos directos: cuando los pacientes describen cosas que consideran patológicas se dicen cosas como: “Naturalmente”, “Por supuesto”, “¿Y?”, “Esto me resulta familiar”. Dando con estas repuestas una normalización a lo que esta describiendo.

Modos indirectos:

- a) Contar anécdotas de nuestra propia experiencia o de conocidos.
- b) Interrumpir la descripción del problema y terminar nosotros la historia con algunos detalles de situaciones similares.
- c) Cuestionar las interpretaciones negativas que hacen de sus vidas y de la gente que les rodea: “Estoy algo confusa... ¿Cómo puedes distinguir entre (problema) y (normalidad)?”. Estableciendo esta distinción, al preguntar esto, se intenta que los clientes mismos se pregunten si las cosas no las toman demasiado a pecho.
- d) Destacar el papel que las acciones del cliente tiene sobre la queja y normalizarla: “dar receta de la queja”, “le pedimos al paciente nos diga cómo *hace su problema*” y preguntar en cual técnica se ha especializado y centrar la intervención en ella.

Elogios normalizadores: Hacerles saber a los pacientes que el problema o angustia que esta viviendo, son una respuesta natural y normal ante los eventos vitales. Darles una nueva perspectiva y más sana sobre su situación.

La pausa

En la sesión sirve como marcador de contexto, aunque no se cuente con equipo terapéutico, para subrayar comentarios, dar ideas nuevas, hacer resumen de las cosas bien hechas, nuevos marcos de referencia, etc.

Elogios: se aprovecha cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas.

- a) Se felicita, cuando el paciente promueve soluciones.
- b) Reestructuración o connotación positiva: dar un nuevo significado a la descripción del problema. Concediendo motivaciones positivas a las conductas consideradas problemáticas.

Preguntas a futuro: cuando no se pueden recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que sacar partido, el siguiente paso es hacer preguntas orientadas al futuro.

- a) Preguntas de avance rápido: “Imagina un futuro sin el problema, y descríbelo cómo es”. Al describirlo, describe también la solución.
- b) Pregunta del milagro: supón que sucede un milagro y tu problema está resuelto, ¿qué sería diferente? (dando a entender que la solución es inminente). Cuando describen su milagro: ¿hay algo de esto que ya esté ocurriendo? ¿Qué tienes que hacer para que suceda más a menudo?
- c) Preguntas orientadas al futuro: Fantasear de forma concreta y agradable. Imaginen un futuro sin el problema y complementen a detalle escenas futuras: ¿en que será diferente su vida?, ¿quién será el primero en darse cuenta y que dirá o hará ante el cambio?, ¿cómo responderá?

Preguntar sobre el problema

Cuando no se pueden recordar excepciones o contestar a las preguntas orientadas al futuro; se reúne información detallada sobre el problema: Marcos de referencia donde sitúan el problema, en que sentido lo ven como problema, circunstancias y secuencia de eventos cuando sucede el problema:

¿Cuál consideras que es el problema?, ¿qué sucede? ¿qué sucede después de eso?, ¿quién está presente cuando se da el problema?, ¿qué dice o hace cada uno? ¿y después qué pasa?, ¿dónde ocurre el problema con mayor frecuencia?, ¿dónde es menos probable que ocurra?, ¿de qué forma es un problema para ti?.

Una vez comprendiendo los esfuerzos ineficaces para combatir el problema, se les sugiere que inviertan la forma en que han abordado la problemática.

Buscar recursos y soluciones como “más de lo mismo”

Cuando el hecho de rastrear excepciones, soluciones y un futuro sin problemas produce la sensación de estar nadando contra corriente; cambiamos de dirección y nos centramos en el problema o se adopta una actitud pesimista y se observa que ocurre en el cliente.

Modelo de Milán

Introducción y antecedentes del modelo

El modelo de Milán es la adaptación más fiel a la perspectiva sistémica, tiene una influencia directa de Bateson (epistemología circular) y el Mental Research Institute (MRI). Entre las principales figuras de este modelo, se encuentran Selivini-Palazzoli, Prata, Boscolo y Cecchin (Tomm, 1984).

Los problemas son observados como problemas en patrones de interacción social, y es por esto que canaliza sus esfuerzos terapéuticos hacia los patrones de interacción.

En sus orígenes sus sesiones terapéuticas fueron espaciadas, descrita como terapia “larga breve”. Breve por su número de sesiones siguiendo al MRI (10

sesiones) y larga por que estaban ampliamente espaciadas en intervalos mensuales. Se especulaba que la razón era que el “tiempo” es requerido para el cambio terapéutico y para la reacción de la familia a la intervención.

Entre las principales figuras de este modelo, se encuentran Selvini-Palazzoli, Prata, Boscolo y Cecchin (Tomm, 1984a).

Principios básicos

Su objetivo es determinar el sistema de relaciones, creencias, valores de la familia dentro de los cuales aparece el síntoma y determinar el papel que éste desempeña dentro del sistema relacional, alterar el juego familiar, los patrones disfuncionales de la familia, induciendo un cambio de segundo orden a través de cuestionamiento circular, connotación positiva y tareas de cambio de interacciones: inicialmente usaban paradojas y recientemente prescripciones a manera de rituales.

En el trabajo terapéutico de esta orientación sistémica, se generan descripciones contenidas en una estructura de *curiosidad* más que en una estructura de explicaciones falsas o verdaderas. La curiosidad vista desde una perspectiva estética, esta basada en la noción de que cada sistema tiene una lógica para su interacción. Y esta lógica no es ni buena ni mala, ni correcta e incorrecta; es simplemente operativa.

Se establecen tres principios indispensables en el proceso de entrevista (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchini y Prata, 1980):

- a) *Hipótesis*: Es una suposición, excluyendo explícitamente su verdad o falsedad. Su formulación, por parte del terapeuta, está basada en la información que tiene respecto a la familia.
- b) Su función esencial en general consiste en ser una guía para obtener información a través de la cual será confirmada, refutada o modificada. Su función en la entrevista es detectar patrones de relación. Hipotetizar

un proceso continuo de interacciones provee una guía para conducir la entrevista y evitar el desorden.

- c) Las sesiones con la familia, sin basarnos en una hipótesis, tenderán a incrementar el desorden y la confusión
- d) Su principal característica es que debe ser sistémica: a) Incluir a todos los miembros de la familia, b) Proveer de una suposición sobre la función relacional total.
- e) *Circularidad*: Es la capacidad del terapeuta para conducir su investigación sobre la base de retroalimentación de la familia, en respuesta a la información que él solicita de sus relaciones. Es una modalidad triádica de investigación de relaciones y el principio fundamental de que la información es diferencia y la diferencia es una relación. Ayuda al terapeuta a enfrentar las complejidades de la familia, en donde cada miembro es invitado a decir cómo ve la relación entre otros dos miembros de la familia. Investigando así sobre una relación diádica, vista desde una tercera persona. Es decir, se invita a cada miembro a *Meta-comunicarse*, sobre la relación de otros dos, en su presencia.
- f) *Neutralidad*: La neutralidad del terapeuta es el efecto pragmático específico que su comportamiento produce sobre la familia. Consiste en una especie de establecimiento de alianzas sucesivas donde el terapeuta está aliado a todos y a ninguno a la vez. Es necesario tratar de observar y neutralizar tan pronto como sea posible cualquier intento de coalición, seducción o relaciones privilegiadas con el terapeuta por parte de cualquier miembro o grupo de la familia.
- g) El terapeuta solo puede ser efectivo en la medida que sea capaz de obtener y mantener un nivel diferente (metanivel) del de la familia.
- h) En tiempos más recientes, la neutralidad es concebida como un estado a través del cual el terapeuta puede conducir la entrevista desde una postura de curiosidad.

La postura del terapeuta, es de curiosidad, respeto a la postura de cada uno de los miembros de la familia y de aceptación. Su papel es poner de manifiesto las pautas de interacción familiar. No se convierte en instructor de la familia. Acepta la versión de la familia mediante la escucha, sin enjuiciamientos.

Se mantiene neutral sin ser distante, frío, ni inactivo. Adopta una metaposición con relación a cada miembro como individuo, a sus patrones y a sus creencias.

Las estrategias de maniobra del terapeuta son diversas; una muy importante es conducirse con responsabilidad: a) no se conduce como controlador social (nunca enjuicia o critica,), pues le resultaría difícil permanecer neutral y perdería el sentido de curiosidad; b) asume el control del problema; c) observa su propia posición dentro del sistema; d) se mantiene atento a su propio aburrimiento y experiencia psicósomática, dando esta información importante sobre la estética de la terapia (hipótesis, neutralidad y curiosidad) (Cecchini, 1988) .

La tarea del terapeuta es hacer manifiestos los “juegos familiares”, interrumpirlos y reemplazarlos por otros más funcionales para todos los miembros de la familia. Para conseguirlo, elabora hipótesis que conecten al síntoma con el sistema.

Utiliza metáforas y cambia el verbo “ser” por el verbo “mostrarse” (Tomm, 1984), con la finalidad de separar a la persona de su contexto; es decir, no tiene el mismo significado: “es depresivo” a “se muestra depresivo”; lo primero podría tener una respuesta lineal, poco funcional para los cambios en las interacciones familiares y lo segundo lleva a examinar que sucede en el contexto y también a la curiosidad circular.

La postura del paciente en este modelo, es que la familia mantiene un juego que no desea dar por terminado, en donde es imposible definir la relación. Ante este juego prefieren su perpetuidad a la definición del mismo. El sistema familiar se

muestra como una explicación de sí mismo, es decir el sistema está simplemente haciendo lo que hace, y que lo que hace, es lo que lo hace (Checchin, 1987).

Técnicas y estrategias de intervención

La estructura de trabajo del modelo de Milan se divide la sesión en cinco partes (Tomm, 1984):

1. *Presesión:* Se toman en cuenta los eventos de la última sesión. Se establece la hipótesis sobre el proceso como guía de las preguntas a realizar.
2. *La sesión:* Generalmente dura una hora. Los terapeutas guían la conversación y solicitan información a la familia. Además de datos concretos, se observa el modo en que se suministra la información: su estilo interaccional.
3. Se observan las secuencias de comportamiento verbales y no verbales y las redundancias que indican reglas secretas.
4. *La discusión de la sesión:* Los terapeutas se reúnen con el equipo, discuten la sesión y deciden como concluirla. Es una etapa de intensa lluvia de ideas.
5. Se realiza una discusión a profundidad con la cual se elabora una intervención o un mensaje que es enviado a la familia ya sea de forma verbal o por escrito. Se debe usar el tiempo necesario en esta discusión.
6. *La conclusión de la sesión:* Hay mínima interacción o discusión en esta fase.
7. Los terapeutas regresan con la familia para concluir la sesión con un breve comentario o prescripción muchas veces de tipo paradójico o a manera de rituales. Generalmente se hace uso del elemento sorpresa.
8. *5.- El acta de la sesión:* Se formulan previsiones y se redacta un acta de la sesión.

El equipo y los terapeutas se reúnen nuevamente para discutir las reacciones observadas en el cierre de la sesión.

1. *Cuestionamiento circular*: Es útil para elaborar hipótesis e intervenciones. Funciona para investigar patrones de relación que se repiten y conforman al sistema familiar, sus ideologías, evolución del problema, cambios en las relaciones inter e intrafamiliares. Este interrogatorio es de carácter reflexivo; es adecuado para obtener datos de cada miembro de la familia, considerando su opinión y experiencia, acerca del estado actual de la familia, las secuencias de interacción que se repiten y que en la mayoría de los casos están relacionados con el problema y las diferencias en la forma de relacionarse a través del tiempo. Ofreciendo a la familia, una visión sistémica de sí misma, al darse cuenta y desarrollar una interrelación entre diferentes comportamientos que pueden favorecer cambios significativos en forma espontánea. Las pautas más importantes a contemplar para la elaboración de estas preguntas circulares son: pensar en términos de interacciones y cambios en los miembros de la familia, hacer preguntas a cada uno de ellos, que den luz a la hipótesis, tomar las palabras claves de la familia para convertirlas en preguntas acerca de diferencias entre las relaciones.
2. Las preguntas lineales se pueden emplear como base de nuevas preguntas circulares.
3. *Connotación positiva*: Se pone a todos los miembros al mismo nivel y se evitan las alianzas. Connotar positivamente tanto el síntoma del paciente identificado como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia con frases como: “Todos los comportamientos de ustedes están inspirados en mantener la unión y cohesión de la familia”. Es una metacomunicación. En la connotación positiva se expresa cómo uno de los miembros de la familia, sin que nadie se lo haya pedido, ha decidido sacrificarse ayudando a la madre en..., al padre en... y así se incorpora a todos los miembros de la familia. Es la puerta de entrada para la paradoja terapéutica

4. *Paradoja y Contraparadoja*: el grupo de Milán adoptó el concepto de que la familia es un sistema, donde su comportamiento sintomático se mantenía bajo los patrones de homeostasis, donde el uso de la contraparadoja fue el instrumento más representativo de este grupo. Las familias buscaban mantenerse tal cual, y los cambios tenían la función de mantener dicha homeostasis. Es por ello que, al llegar a terapia, trataban de meter al equipo terapéutico en la paradoja: “cámbienme sin que me cambien”. Es entonces como el equipo de Milán utilizó contraparadojas con el objetivo de evitar caer en esta paradoja sin salida y así, fomentar la introducción de información que moviera a la familia a un cambio para cambiar.
5. *Rituales familiares*: Consiste en prescribir rituales a la familia ya sea para realizarse una sola vez o de forma repetitiva. Se trata de una acción o una serie de acciones combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales. Se cambian las reglas del juego y por consiguiente la epistemología familiar sin recurrir a explicaciones ni a la crítica. Están más próximos al código analógico que al digital. Deben participar todos los miembros de la familia, y ser precisado por el terapeuta de preferencia por escrito.
6. *Declaración de impotencia por parte de los terapeutas*: Consiste en que el terapeuta cambie su posición en la relación, es decir, en definir la relación declarando la propia impotencia, con lo cual toma en sus manos el control de la situación.
7. *Recuperar a los ausentes*: Consiste en agregar una sexta parte a la sesión, la conclusión, la cual se realiza en el domicilio de la familia, estando todos reunidos. Esta es una forma de “hacer presente” al miembro ausente. Esta intervención implica aceptar el reto de la familia y mostrarnos crédulos de los motivos expuestos para la ausencia, y estar atentos de todo lo que sucede en la sesión. De alguna forma se convierte a la ausencia en la situación central de esa sesión.

8. *Otras intervenciones:* La prescripción en la primera sesión; trasladar la etiqueta de “paciente identificado” a uno o más miembros considerados sanos por la familia; aceptar sin objeciones una mejoría sospechosa o una desaparición del síntoma.

Modelos derivados del Posmodernismo

Modelo Narrativo

Introducción y antecedentes del modelo

Uno de los autores más importantes dentro de la narrativa es Michael White (Payne, 2002), quien parte del supuesto de que el lenguaje es muy poderoso, crea realidades y determina destinos. Los relatos son constitutivos y modelan las vidas y las relaciones. La fuerza más poderosa para modificar nuestras vidas son los relatos que nos contamos constantemente a nosotros y a los demás y que representan la visión que tenemos del mundo y de nuestras relaciones.

La estructuración de una narración requiere de un proceso de selección donde dejamos de lado los hechos de nuestra experiencia que no encajan con los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollamos; así el proceso de selección de datos está determinado por nosotros y por los demás. Aunque la experiencia es tan amplia, la vida es un texto con narrativas dominantes y en ocasiones las personas se centran en algo que puede convertirse en problemático.

Todos los acontecimientos que caen fuera del relato dominante son acontecimientos extraordinarios. En terapia se busca identificar los acontecimientos extraordinarios y dar un significado para ellos (White y Epston, 1993).

Este modelo de terapia narrativa, se basa en la creencia de que la vida es una narrativa y la producción narrativa de cada cliente es única. Una historia construida a través de un intenso intercambio dialéctico entre las personas y sus nichos ecológicos. La capacidad de contar historias transmite a los humanos sus

calidades distintivas. En el proceso de la narración humana la persona es a la vez el escritor, lo escrito y el crítico literario. Por lo tanto, en los seres humanos hay más que una narrativa. Hay un narrador definido alguien que se mueve entre la posición del sujeto y la del objeto en la construcción de la historia (Goncalves, 1998). Pueden dirigirse al pasado, proyectarse al futuro, consolidando una sensación de sí mismos a lo largo del tiempo y sugiriendo nuevas elecciones o direcciones vitales.

Exponentes principales y sus aportaciones

Algunos de los terapeutas envueltos por el pos-estructuralismo e involucrados en el desarrollo de este modelo son White y Epston, otros más son: Andersen, Mahoney, Neimeyer, Kelly y Epstein (Neimeyer y Mahoney, 1998).

Principios básicos

El objetivo de este modelo es la exploración de las narrativas personales, autobiografía, sistema de constructos personales y familiares. Crear significados más que la corrección de ellos. Reformulando y resolviendo los problemas en el lenguaje en la que los clientes puedan reclutar validación social para representar nuevas identidades, menos saturadas del problema (White y Epston, 1990) el trabajo narrativo será de-construir la versión de nuevas historias y de nuevos significados.

El trabajo terapéutico se centra esencialmente en que la psicoterapia sea un buen marco para la construcción y deconstrucción de narrativas. Igual que Narciso, los clientes empiezan a reconocerse a sí mismos en el espejo de sus historias, convirtiéndose simultáneamente en objetos, sujetos y proyectos de ellos mismos. En la protección del nicho terapéutico, intentan conquistar la versatilidad de un texto (Goncalves, 1998).

La postura del terapeuta es alimentar la actividad narrativa del cliente; sin disputar, cuestionar o “contrastar con alguna realidad”. Ser creativo más que correctivo,

promover la creación de *significado* y de desarrollo personal. Reducir su estatus como terapeuta.

El terapeuta es quien pauta la dirección de la sesión, es quien lleva la sesión sin perder de vista las necesidades de la familia. No impone, ayuda y acompaña a que la familia “entre” en el procedimiento y que ellos tengan la opción de no aceptar una intervención o de cambiar el foco de atención.

Una estrategia para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta, es adoptar una postura de “no saber”, el experto en su problema es el cliente mismo. La postura del paciente es respetada más que controlada. Se le comprende empáticamente su punto de vista como base para la negociación.

Técnicas y estrategias de intervención

Las técnicas que este modelo emplea para la atención de sus clientes son:

1. El equipo de reflexión (White, Epston, 1990): se le solicita a la familia que escuche las discusiones del equipo sobre lo trabajado en la presente sesión y al final se le pide su opinión de los comentarios que escuchó. Esta propuesta dio un cambio súbito al ejercicio terapéutico y a la postura del terapeuta, planteando equidad en la participación, y hacer desaparecer al experto, en una postura de “ignorancia deliberada” (Anderson, 1987).

Las normas de acción de los equipos reflexivos son las siguientes:

- a) Las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación: "cuando escuché..., “se me ocurrió...".
- b) Los miembros del equipo al hablar públicamente deben tratar de no transmitir connotaciones negativas. En vez de decir "no entiendo por que no intentan esto o aquello", se dice: "me pregunto que pasaría sin intentar hacer esto o aquello..."
- c) Cuando familia y equipo están en la misma habitación y el equipo esta reflexionando, se pide a estos miembros que se miren entre sí, es decir,

que no miren a los que escuchan (clientes), con el fin de permitir que los oyentes se sientan en libertad de no escuchar. Después la conversación se centra en la familia y el terapeuta, y se ofrece la oportunidad de que la familia discuta la charla del equipo. Conversar, ver conversaciones sobre lo conversado y volver a conversar, abre posibilidades de ver diferentes perspectivas de la misma situación.

2. *Cartas, documentos, diario personal y excursiones poéticas autoreflexivas*: Son herramientas para el diálogo interno y el desarrollo personal. El acto de escribir sobre uno mismo tiende a proveer la convivencia de los límites de la propia autoobservación y una sensación de trascender gradualmente. Además se alcanza una mayor sensación de ser el autor de la propia vida (Mahoney, 1991; White y Epston, 1990).
3. *Relato de sí mismo*: desde el punto de vista de otra persona hipotética y que colabore luego con el terapeuta, “*como si fuera otra persona*” para dar el punto de vista desde esa postura (Neimeyer, 1998).
4. *Narrativas metafóricas, cartas a los clientes como forma de documentación*: Ofrecer opiniones respetuosas sobre “un viaje compartido (cliente-terapeuta)” y no como opiniones profesionales autoritarias, dichas narrativas generadas por los terapeutas pueden interconectar con las del propio cliente, y ayudarlo a validar y consolidar los cambios mediante su trabajo conjunto (White y Epston, 1990).
5. *Externalización*: animar a los clientes a distinguirse de sus problemas realizando discursos externalizados respecto a sus problemas. Liberándolos de ciertas nociones familiares respecto a los problemas y de discursos dominantes (como la culpa), que guíen sus vidas (White y Epston, 1990).

6. *Preguntas circulares*: Se hace uso de este tipo de cuestionamientos en tres grandes rubros (White y Epston, 1990):

- a) Preguntas relativas al panorama de la acción: para que logren situar sus logros, en una secuencia de sucesos y no a hechos fortuitos.
 - b) Preguntas relativas al panorama de conciencia: con la finalidad de que reflexionen y logren determinar el significado de los hechos que suceden en la acción.
- Preguntas de influencia relativa: Para que describan la influencia del problema en sus vidas y relaciones. Para que describan la manera en la que la familia ha influido en la persistencia del problema. Por ejemplo:
 - Preguntas sobre logros aislados: Con el objetivo de discernir intenciones y acciones que contradigan la descripción saturada de la vida de la familia; y logren redefinir la relación que tienen entre sus miembros.
 - Preguntas relativas a la explicación única: Brinda sentido al logro aislado, estructurando el panorama de acción en una historia del logro, cambios o progresos; hablando desde su historia personal y sus relaciones.
 - Preguntas relativas a la redescrípción única: Dando significación a logros aislados y de explicaciones únicas, por medio de redescrípción de sí mismo, de otros y de sus relaciones. Tener dominio de la conciencia y manifestar otros conocimientos.
 - Preguntas sobre posibilidades únicas: Para especular sobre el futuro personal y de las relaciones del paciente. Se investigan otras versiones, posibilidades futuras y pasos específicos para llegar a esto.

Terapia de Lenguaje Colaborativo

Principios básicos

La terapia colaborativa fue desarrollada por Harlene Anderson, Harry Goolishian, Tom Andersen William Lax, Lynn Hoffman, Peggy Penn y Kathy Weingarten (Anderson y Goolishian, 1998).

Establece que los problemas son desarrollados, mantenidos o disueltos sobre la base de conversaciones internas o externas. Las personas que tienen un problema intentan discutirlo con otros, el problema se desarrolla cuando esas conversaciones se vuelven rígidas o estereotipadas, con lo cual se evita que emerjan nuevas ideas o soluciones creativas (Andersen, 1994).

Centrado en la conversación y en hablar el lenguaje del consultante, más que enseñar al consultante el lenguaje del terapeuta. El terapeuta se enfoca en escuchar con atención a los consultantes a fin de despertar la curiosidad y el interés por sus historias y por sus puntos de vista y sus dilemas. La terapia deja de ser una “hablar a” para convertirse en un “hablar con” y se transforma en una conversación de doble vía y en un proceso dialógico. (Anderson y Goolishian, 1998)

Este modelo busca facilitar un ambiente de dialogo, donde se puedan desarrollar las propias habilidades y capacidades y se genere la novedad; donde cada participante tenga una voz, contribuya, pregunte, explore, tenga incertidumbre y experimente; donde todos juntos aporten una nueva percepción de la realidad, así como las soluciones, dando a su experiencia un nuevo significado a fin de que emerja una narrativa más útil durante la conversación.

Técnicas y Estrategias e intervenciones terapéuticas

No tiene estrategias como tal, ya que acepta la imposibilidad de predecir o predeterminedar el resultado de las conversaciones terapéuticas, lo que lleva a una sensación de comodidad y libertad de no saber o no tener que saber por parte del terapeuta; la única sugerencia es escuchar con atención e interés a fin de encontrar conjuntamente (consultante y consultado) puntos de visita alternativos. Andersen (1994) hablaba de usar el lenguaje en forma retórica como una herramienta terapéutica estratégica y como una técnica para estimular la cooperación del paciente en la búsqueda del cambio.

Postura del terapeuta.

La terapia colaborativa se opone a la propuesta de una relación jerárquica y unidireccional, ya que la reflexión es un proceso influido mutuamente entre el consultante y el consultado, lo cual indica una relación de igualdad en la participación aún cuando las partes tengan diferentes posiciones o características; por lo tanto parte de una posición de “no expertez” y de una postura de “no-saber”; el terapeuta acepta la realidad de las personas y espera que emerja una narrativa más útil durante la conversación, ésta es espontánea y no planeada; para esto facilita un ambiente donde se puedan desarrollar las propias habilidades y capacidades y se genere la novedad; donde cada participante tenga una voz, contribuya, pregunte, explore, tenga incertidumbre y experimente; donde todos juntos aporten una nueva percepción de la realidad, así como las soluciones, dando a su experiencia un nuevo significado, de tal manera que la terapia es una “aventura colaborativa”, aquí el terapeuta se ve solamente como un autor más de las historias, donde las soluciones se descubren mutuamente en la conversación, en lugar de ser prescritas o dirigidas; el terapeuta colaborativo no es un editor de la narrativa del consultante, sino un facilitador en la nueva narración y re-narración que el consultante hace de su propia historia, por lo que renuncia al título de terapeuta para llamarse consultor (Anderson, 1999 y Anderson, H. y Goolishian, H, 1996).

Equipos de Reflexión

Principios básicos

Desarrollado por Tom Andersen en 1987 (Hoffman, 1992), quien retoma el concepto de multiverso de opiniones, de acuerdo a la posición constructivista un fenómeno puede describirse y comprenderse de diferentes maneras.

Está basado en la idea de que a través de la escucha de múltiples voces se pueden generar descripciones, explicaciones, definiciones y significados diferentes.

Focos de interés:

Se enfoca en prestar una escucha atenta y reflexiva a las historias de los consultantes.

Objetivos terapéuticos:

Posibilitar que durante el proceso de terapia se escuchen múltiples perspectivas acerca de una situación con el fin de crear nuevas descripciones de ésta.

Técnicas y estrategias de intervención

Los miembros del equipo reflexivo generalmente se encuentran detrás de un espejo unidireccional, escuchando en silencio la sesión y sin hablar entre ellos; de esta manera antes de terminar la sesión, el cliente junto con el terapeuta escucha las reflexiones realizadas por el equipo de terapeutas para después comentar sobre ellas.

Andersen (2002) explica que, los miembros del equipo reflexivo escuchan las historias frecuentemente dolorosas, tristes, confusas y/o provocadoras de miedo o enojo y si están suficientemente abiertos a oír, dejarse llevar y a conmoverse por las historias, entonces se dan cuenta de “algo”, les surgen pensamientos y emociones que regresan a quienes contaron sus historias; en ese momento se genera un fluir de solidaridad.

Estas reflexiones son regresadas de manera tentativa, sin intención de predicar verdades universales; las ideas son regresadas en voz alta y Andersen comenta que éstas pueden o no ser utilizadas por el consultante.

El uso de un lenguaje tentativo invita a los consultantes a compartir un espacio en el cuál ellos son los expertos en su propia vida; de tal manera que consultante y consultado mantienen una posición jerárquica horizontal.

Andersen (1994) comenta que es conveniente tener en el equipo a personas de diferente sexo y edad, lo cual genera experiencias más variadas y enriquecedoras.

Plantea los siguientes lineamientos para los miembros del equipo reflexivo:

- Durante la entrevista escuchan en absoluto silencio y no intercambian opiniones entre ellos.
- Al momento de dar sus reflexiones, no establecen contacto visual con los clientes y ofrecen sus reflexiones de manera tentativa (no sé, tal vez, podría ser, etc.).
- Sus comentarios se basan exclusivamente en lo que se escuchó en la entrevista, no se comenta sobre cosas que pertenecen a otro contexto o a otro momento en alguna otra sesión.
- Deben evitar dar connotaciones negativas, interpretar o juzgar.

Postura del terapeuta

Se ve a los consultantes como los expertos en su propia vida, de tal manera que el consultante mantiene una posición horizontal con el consultado.

2.1.3. Visión integradora de los modelos

El principal punto de encuentro de estos modelos es que pasaron por la transición de una concepción individualista a una contextual-interaccional. Delimitan su objeto de estudio a partir de la comunicación interpersonal y contextual. Dentro de este marco conceptual, cada uno se avocó a poner el acento en puntos precisos para abordar los desequilibrios en la organización familiar, a demás de poner énfasis en puntos particulares del proceder de los elementos o subsistemas que los conforman.

Así, tenemos que el modelo estructural traza el mapa de la familia para observar su organización y determinar que direcciones se deben seguir para modificar las pautas de interacción en las relaciones familiares, parte de un modelo tipo ante el

cual es conveniente acercar a la familia a través de las intervenciones, con propósitos funcionales.

A su modo, el modelo estratégico parte de una concepción organizacional y de un problema estructural y busca identificar dilemas en la comunicación y la existencia de jerarquías y niveles de mensajes duales e incongruentes. Desde aquí existe más una prescripción de intervención en función de cada sistema, no tanto la guía de un prototipo funcional.

La organización familiar que atiende el modelo de Milán los lleva a centrar la atención en la estructura y organización familiar a manera de un juego. En el, cada integrante se comunica y conduce con el propósito de controlar o imponer las reglas de la familia, parte de esta organización es no aceptar este acomodo. En este marco conceptual, la intervención se dirige a involucrar directamente a la familia para que exista un consenso de reglas para ese “juego” o dicho de otra forma, que se establezcan estilos de comunicación en que se atiendan los intereses de todos. El nivel de involucramiento que se impone a la familia en este modelo, hace una distinción más fina respecto a la intervención planificada para cada familia y de poner en jaque la organización a manera de estrategia, aunque finalmente está dirigido también a replantear la forma en que el sistema se comunica y relaciona.

Existen otras similitudes que se refieren a la perspectiva homeostática. El modelo de terapia breve pone acento en el contenido y contexto de la comunicación, ilumina elementos que no habían sido contemplados antes, basa sus hipótesis en los modelos de la cibernética y la pragmática de la comunicación humana, lo cual lo lleva a mirar una familia auto correctiva, a la que la suministración de información excepcional colabora en un cambio que ajusta el problema vivido.

Siguiendo esta línea de usar a favor los dotes de cada sistema, el modelo de terapia breve centrado en soluciones considera que la mayor parte de las dificultades se mantiene por el contexto en que se ha desarrollado la interacción

de la familia o del individuo. Al entrar el terapeuta como agente que se suma al sistema, genera la reactivación de un lenguaje positivo y centrado en que las personas aprendan, desarrollen y adquieran sus propios recursos, límites, creencias, valores y experiencias. Que finalmente conduce a redirigir la meta a la solución y no a la falencia.

Las características distintivas entre estos modelos pueden ser expresadas de la siguiente manera:

En cuanto al foco de interés

Modelo Estructural y Estratégico. La atención e interés se centra en la estructura que conforma a la familia.

Modelo de Terapia Breve y el Modelo de Soluciones. La estructura familiar patológica o no funcional tiene poco interés, siendo la interacción que existe entre los miembros de una familia y la actitud que toman frente al problema el foco de su atención. A diferencia del modelo de terapia breve, el modelo de soluciones se concentra con mayor énfasis en el futuro. De igual manera no le interesa como surgieron los problemas, pero tampoco le interesa la forma en que son mantenidos, se enfoca en cambio en buscar soluciones, pasando del déficit hacia los lados fuertes.

En cuanto a la expresión del síntoma

Modelo Estructural. Hay una relación entre un tipo de estructura y el mantenimiento del síntoma. La suposición es que el síntoma es el producto de un sistema familiar disfuncional y que si la organización familiar se vuelve “normal” el síntoma automáticamente desaparecerá.

Modelo Estratégico. Aquí la percepción del síntoma se amplía: el síntoma se presenta en una organización anormal, es decir, en la secuencia de comportamiento que circula en torno de un problema y no sólo en el problema

mismo. Para ello se rastrean las secuencias organizacionales al evaluar el problema para pasar por etapas en el proceso de cambiarlo (de un tipo de organización poco funcional a otro poco funcional), antes de lograr una organización funcional, en la que entonces el síntoma ya no será necesario.

Modelo de Terapia Breve.- En esta visión el síntoma está siendo mantenido por el comportamiento, el mismo agente que intenta suprimirlo a través de la solución intentada.

Modelo de Milán. El síntoma del paciente es sólo parte del juego familiar. Una expresión dentro de los comportamientos sintomáticos de los demás. El síntoma está cumpliendo una función; aquí se emplea la connotación positiva, la cual se plantea diciendo que todos los comportamientos observados del grupo en general parecen apuntar a mantener la cohesión de la familia.

Tanto en el modelo estructural, estratégico y de Milán el síntoma está cumpliendo una función en la familia; por el contrario en el Modelo Centrado en Soluciones no se acepta la creencia de que en los individuos, relaciones o familias, los síntomas o “quejas” cumplen determinadas funciones; aquí los síntomas simplemente sugieren cómo las vidas de las personas se han vuelto estáticas y cómo se mantienen de esa forma.

En cuanto a los objetivos terapéuticos

Modelo Estructural. Busca modificar la organización de la familia, ya que considera que al modificarse la estructura del grupo familiar se modifican las posiciones de los miembros y consecuentemente, las experiencias de cada individuo.

Modelo Estratégico. De igual forma busca modificar la organización de la familia, pero primero se sustituye el sistema que presenta la familia por otro diferente, anormal, antes de pasar a reorganizarla en el marco de un esquema más funcional. Las directivas cumplen la función de modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta y reunir

información observando cómo responde cada cual a las instrucciones. El carácter activo y directivo del terapeuta distingue claramente a este modelo del resto.

Modelo de Milán. El objetivo se concentra en desvelar ante la familia cuál es el juego relacional de la familia y cómo se integra el terapeuta a éste. Al aprobar y fomentar esta organización terapéutica, el miembro sintomático continúa con el comportamiento enmarcado como problema o con el juego de comportamientos.

Modelo de Terapia Breve. Busca identificar patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia del problema, ya que las dificultades mal manejadas representan un intento de solución y es éste el que mantiene el problema.

Modelo de Soluciones.- Deja de focalizar el problema y se concentra en identificar lo que sí funciona con el propósito de ampliar las secuencias de solución funcionales. Parte de la premisa de que atender la disertación sobre el problema lo crea, refuerza y cronifica. El objetivo es centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e inevitable. Al igual que en la Terapia Breve Centrada en el Problema se trazan objetivos bien definidos y alcanzables en un periodo de tiempo razonables.

Modelos post modernos

En cuanto al foco de interés

La terapia narrativa presta atención a la construcción que la familia hace del problema. Los comportamientos, interacciones y sucesos familiares están invariablemente enmarcados en discursos narrativos que guardan significados que se relaciona con la vivencia y afrontamiento de las aflicciones familiares. El foco de interés principal es la exploración e intervención de éstos significados.

En cuanto a la expresión del síntoma

Comparten una visión que integra las ideas y construcciones personales de los consultantes con la curiosidad y exploración del terapeuta que busca reflejar las historias que escucha, más que explorar síntomas o expresiones.

En cuanto a los objetivos terapéuticos

Su objetivo es deconstruir esa realidad y construir una realidad diferente, basada en un dialogo conjunto paciente/terapeuta, donde juntos podrán descubrir potencialidades aún no aprovechadas.

La terapia busca relatos alternativos más útiles y más deseados. Parte de una analogía textual donde cada vez que se cuenta o se vuelve a contar un relato, surge uno nuevo que incluye al anterior y lo amplía; a su vez la relectura conlleva a la reescritura. Durante el proceso de interrogar en terapia las preguntas que se hacen generan experiencias diferentes.

3. COMPETENCIAS PROFESIONALES.

3.1. Habilidades clínicas terapéuticas

3.1.1 Caso 1

Datos

Familia: **Escalante Ruiz**

Período de atención: 23 septiembre -14 diciembre 2004

No de sesiones: 21

Modalidad de trabajo: Terapia Familiar

Modelo: Modelo de Milan

Supervisora: Dra. Carolina Díaz-Walls

Terapeutas: Joaquín Torres, Yazmín Quintero

Integrantes de las sesiones: Alberto, Julia, Oscar y Miguel

Alberto 45 años. Químico. Dueño de un negocio de análisis de laboratorios

Julia 46 años. Odontóloga. Profesora de secundaria.

Oscar. 14 años. Estudiante de secundaria.

Miguel 13 años Estudiante de secundaria.

Motivo de consulta

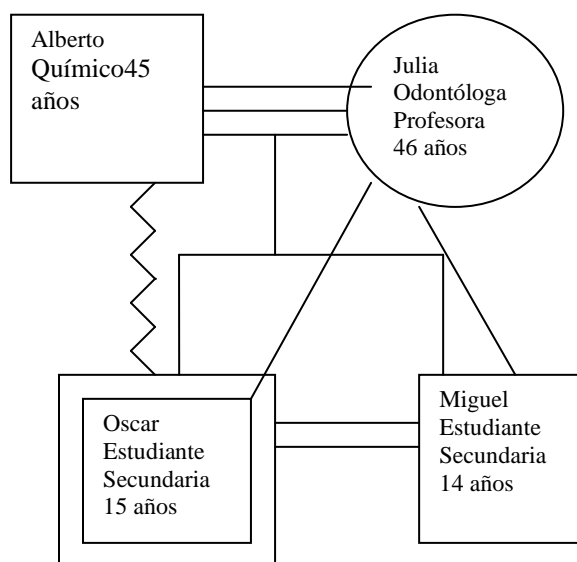
La familia acude al proceso manifestando una seria preocupación por el comportamiento de sus dos hijos, particularmente de Oscar. Definen el comportamiento como rebelde, describen que han bajado sus calificaciones y han mostrado actitudes desafiantes hacia ambos padres, su conducta rebelde se refiere a llegar más tarde a casa al volver de la escuela, no respetar los horarios establecidos por los padres para las salidas en fines de semana. El padre se

muestra molesto principalmente con Oscar de quien dice, ha roto límites y representa una mala influencia para su hermano quien lo ha seguido en las conductas descritas. Manifiestan su deseo de recibir una orientación que les brinde herramientas para reorientar la conducta de sus hijos y establecer un orden familiar como el que vivían hasta hace algunos meses en los que describen una obediencia de sus hijos que definen como adecuada y un rendimiento escolar que los tenía sumamente satisfechos.

Definición del problema

La familia atraviesa por un período de transición en el marco de las reglas familiares. La respuesta de los hijos ante los lineamientos y normas impuestos por los padres es de confrontación y de desafío. Por su parte la pareja parental ve cuestionada su autoridad y su eficacia en la jefatura familiar, ante lo cual buscan reestablecer el orden que se ha mantenido históricamente en la familia en dos rubros particulares: la disciplina y el rendimiento académico.

Familiograma



Resumen del proceso

Sesión 1

Asiste toda la familia

En la primera sesión se realiza el encuadre de trabajo terapéutico en el que queda establecida la forma de trabajo del centro (audio grabación de las sesiones, la presencia del equipo terapéutico tras la cámara de Gessell, el costo y espaciamiento de las sesiones).

Se explora el motivo de consulta basado en la hoja de solicitud de atención del centro de servicios terapéuticos. En ella, Alberto relata que se encuentra interesado en una orientación familiar para aprender un modelo de supervisión más adecuado ya que consideran (él y su esposa) que no está funcionando. Reporta cambios de conducta en ambos hijos y baja en el aprovechamiento escolar.

Las descripciones que realizan Alberto y Julia se concretan a la desobediencia de ambos hijos respecto a la hora de llegar a casa en salidas vespertinas y actitudes retadoras hacia Julia en los momentos en que ella pretende reprender la conducta. Hacen énfasis en la baja de rendimiento académico y al final develan lo que ellos llaman la inquietud de Oscar por la ropa femenina, lo cual atribuyen a Miguel en menor grado.

La manera en como reaccionan los padres a esta situación es muy distinta: mientras que Julia se aflige significativamente, incluso llora recriminándose no saber manejar la situación (hace alusión a que ella tiene preparación académica en manejo de adolescentes); Alberto se muestra enojado y dice estar llegando al límite de su paciencia y pide una solución a los terapeutas.

Por su lado los hijos reconocen las quejas de sus papás como errores propios y dicen haber intentando corregir las fallas que enlistan sus papás, pero no han podido lograrlo. Respecto a la preocupación de sus papás por el uso de prendas

intimas de mujer, permanecen callados y dicen no querer hablar al respecto. No se presiona para abordar este tema.

Sesión 2

Asiste toda la familia

La aflicción de Julia se agrava y lo manifiesta en llanto, dice estar desesperada por no ver cambios en la conducta de sus hijos respecto a la actitud con que responden a Alberto, a no respetar el horario de regreso de la escuela y a las notas académicas; hace alusión a los valores que han inculcado, los cuales dice no ver reflejado en su proceder. Se le pide a Julia que lo exprese de frente y directamente a Oscar, quien sólo expresa haber escuchado esto varias veces. Interviene la supervisora para explorar los sentimientos involucrados en esta relación familiar y les expresa la diferencia generacional y de percepción de las cosas; les pide como tarea, que enumeren sus peticiones en acciones concretas.

Sesión 3

Asiste toda la familia

Al explorar la tarea, los padres irrumpen en reclamaciones sobre su insatisfacción por no observar cambios en el proceso, expresan desesperanza de cambio. Al escuchar la petición de Miguel referente a ceder un poco en los horarios o en los permisos sabatinos, Alberto interrumpe expresando que no cederá más, ya que siente que lo ha hecho demasiado, visiblemente alterado, dice no tener confianza en sus hijos y expresa que ya han intentado todo ello. A petición de la supervisora se decide que un integrante del equipo terapéutico se incorpore al proceso con el propósito de apoyar y equilibrar la carga de género involucrada en el sistema familiar. Me designan como coterapeuta del proceso. Se llega a un acuerdo que implica la modificación de alguna conducta de parte de los hijos, mientras que Julia modificará su intensidad para presionarlos, y Alberto sólo observará si es posible este mínimo cambio.

Sesión 4

Asiste toda la familia

A partir de esta sesión, se trabaja en coterapia. Se exploran los cambios que se han dado en la conducta de los hijos, se enumeran algunos relativos a la actitud en la forma de responder y respeto de horarios para actividades dentro de la casa. A pesar de los cambios explorados, Alberto se mantiene en el reclamo de no observar cambios, e insiste en la actitud negativa que observa en sus hijos. Surge nuevamente en este momento la preocupación por las prendas íntimas, por lo que se pide que se jerarquicen nuevamente las preocupaciones. Ambos padres coinciden en priorizar este tema.

Sesión 5

Asisten Alberto, Julia y Oscar

La primera parte se trabaja exclusivamente con Oscar.

Se aborda la diferenciación de erotizarse con las prendas, y la exploración sexual que puede conllevar esta práctica, mientras que tomar prendas ajenas ya no es únicamente un acto privado. Oscar reconoce esta diferencia. Desde su perspectiva, no cree que se pueda llegar a un entendimiento con sus padres respecto a las motivaciones de usar las prendas.

La segunda parte involucra sólo a Alberto y Julia.

En esta parte se evidencia una discrepancia entre ellos respecto a la manera de abordar el comportamiento de sus hijos, hay mutuas recriminaciones en su proceder; él la ve como muy tolerante, y ella muy rígida. Se connotan como estilos complementarios que han tenido frutos positivos en su historia parental. Se conforma también en ellos la diferenciación entre la exploración sexual y el robo de prendas, en función de verlos distinto. Ante el relajamiento de Alberto, se le pide que priorice el acercamiento afectivo en detrimento de la actitud represiva.

Sesión 6

Asisten Julia y Alberto

La convocatoria es solamente para los papás. Concentran su discurso en Oscar, comentan que últimamente duerme mucho y contemplan realizarle estudios neurológicos. Alberto observa en sí mismo un cambio en controlarse más al momento de disciplinar a sus hijos y vuelve a comentar su desesperación por no observar cambios, y explícitamente solícita una orientación sobre qué hacer. Los terapeutas validan el cambio de Alberto. Se aborda la distinción entre los límites y el enojo, en función de que ambos identifiquen la manera de transmitir límites sin agredir o hacerlo movidos por el enojo.

En la segunda parte se integran Oscar y Miguel. Únicamente se hace evidente el cambio de Alberto, de manera que ellos verbalicen el reconocimiento, y se mantiene la línea de observar cambios en sus actitudes.

Sesión 7

Asiste toda la familia

Los padres muestran más percepción de cambios en sus hijos ahora que establecen conjuntamente la hora de regreso de las salidas sabatinas y ya no se han presentado llamados de atención por parte de maestros de la escuela. Julieta resalta la disposición al diálogo de parte de Oscar, y una colaboración mayor en sus obligaciones, ya no ha sentido molestia en él al pedirle las cosas. Oscar comenta que siente la necesidad de corresponder a los cambios de sus padres. Los padres ven lo mismo en Miguel y dicen sentir un ambiente más cordial en la familia, con una mayor posibilidad de comunicarse mutuamente. Julieta pone un ejemplo en el que Alberto se mostró diferente para responder a una situación que había que aclarar en familia, lo notó más suave, y observó que esto tuvo consecuencias positivas en la familia. Para Alberto la diferencia estuvo en que controló su enojo. Se guía este cambio como consecuencia del compromiso que sus hijos mostraron también para modificar su actitud. El ambiente en la familia es

más cordial y se les nota más relajados. Se advierte que puede venir un cambio hacia lo negativo y observan sus herramientas para contrarrestarlo.

Sesión 8

Asisten Alberto y Julia

A petición de los padres, sólo ellos asisten. Sin dejar de mantener su idea de cambio, vuelven a la preocupación de las prendas íntimas. Alberto habla de este tema con una mayor tranquilidad. Expresan su preocupación porque Oscar mantenga por mucho tiempo esta situación. Se hace evidente que Oscar ya no ha robado las prendas, y lo demás queda en su vida íntima. A los padres les resulta difícil respetar este límite. Se refuerza lo logrado hasta ahora.

Sesión 9

Asiste toda la familia

La sesión se torna hacia las calificaciones. Oscar ha salido muy bajo en las calificaciones. Los padres realizan por sí mismos un acuerdo de compromisos con Oscar. Se les devuelve esta habilidad y Oscar expresa sus compromisos respecto a las calificaciones. Se les comenta que hay un regreso a mostrar enojo ahora por las las calificaciones bajas y esto queda como muestra de responder uniformemente a situaciones distintas dentro de la familia.

Sesión 10

Asiste Oscar

Se planea la sesión con Oscar

Acude Oscar. Se explora la relación que hay entre él y su papá. La confrontación que ha existido, Oscar reconoce que siente mucha presión de parte de su papá, y que le cuesta trabajo responder a sus exigencias. Se concentra el diálogo en sus propias convicciones respecto a lo que sus padres esperan de él, y reconoce que desea cumplir las peticiones de evitar confrontar a Alberto, no sobrepasar la hora de volver a casa, mejorar las calificaciones y no insultar a Julia. Oscar encuentra una utilidad personal para cumplir las peticiones de sus papás. Observa que

tendrá mayor tranquilidad y disminuirá la tensión en la familia, en particular con su papá.

Sesión 11

Asisten Alberto y Julia

La convocatoria es para los padres. Se exploran las familias de origen y la situación afectiva en dichas familias. Hay una relación entre esta historia y la dificultad que reporta Alberto para flexibilizar su estilo rígido de acercamiento para con sus hijos. Para ellos queda más claro cómo aprendieron esos estilos complementarios. La sesión se aboca con mayor profundidad a lo que implica para Alberto haber modificado el estilo de educación que vivió (rígido, violento) y el que ha decidido llevar a cabo como padre, libre de violencia.

Sesión 12

No asisten por la defunción del hermano de Alberto

Sesión 13

Asiste toda la familia

La primera parte de la sesión aborda el fallecimiento del hermano de Alberto y el efecto que ha tenido en la familia. Hablan de una tranquilidad consecuente al suceso y resaltan el entendimiento de sus hijos para tratar de no hacer cosas que exalten emocionalmente a Alberto.

Se retoma la familia de origen de los padres, la comunicación afectiva, sobre todo en el contexto del fallecimiento del hermano de Alberto. Se explora la importancia que la familia otorga a las actividades placenteras en comparación a las obligatorias. El duelo de Alberto ha traído un mayor acercamiento en la familia.

Sesión 14

Asiste toda la familia

Ante la exploración de las actividades placenteras, Alberto y Julia reflexionan que a su parecer, son pocas y menos de lo que les gustaría. Perciben una relación entre las tensiones y resistencias de sus hijos y el hecho de no estar acostumbrados y tener muy pocas actividades de este tipo. Trabajan activamente en alternativas para enriquecer las actividades familiares. Se da la participación de todos para proponer alternativas.

Sesión 15

Asiste Alberto y Julia

La sesión se lleva a cabo con los padres. Se evalúa la percepción de éstos en función de las primeras sesiones y de su queja inicial. Ambos coinciden en que las cosas han cambiado significativamente en el sentido de que no sólo se han presentado modificaciones de parte de Oscar y Miguel, también reconocen cambios en una actitud más flexible de Alberto y un estilo menos aprehensivo en Julia. Destacan el cambio entre Alberto y Oscar, ahora notan más cordial la relación y más cercana afectivamente. Las consecuencias de estos cambios se reflejan para ellos en la aplicación de reglas en la casa, la supervisión de su ejecución, así como la resolución de los conflictos o desencuentros en torno a las mismas.

A partir de este momento se llevan a cabo sesiones de evaluación y seguimiento para reportar el mantenimiento de los cambios.

Sesión 16

Asisten Alberto y Julia

Acuden solo los padres y evalúan los cambios en una escala del 1 al 10. Otorgan el número 8 como percepción de cambio. Consideran que llegaron al proceso terapéutico en 1. Identifican que el cambio tuvo lugar desde una mayor tolerancia a las actitudes de sus hijos. Expresan que al no haber confrontación, hay una

mayor manejabilidad de la disciplina que desean implementar. Se les sugiere un cierre dado las metas alcanzadas, pero solicitan un mayor número de sesiones para alcanzar una comunicación más plena con ellos.

Sesión 17

Asisten Alberto y Julia

En esta sesión los padres realizan un recuento de los recursos que han implementado para alcanzar estos avances, los recursos se refieren a dialogar antes que imponer, reconocer las necesidades de sus hijos en cuanto a su etapa del desarrollo, usar complementariamente los estilos de cada uno como padres. Reconocen responsabilidad en los hijos sobre las fallas, algo que antes asumían como propios y los vivían como un fracaso paternal. Su percepción ahora es que sus hijos determinan con su conducta, la manera en que ellos otorgan los permisos. Distinguen que cuentan con ambas herramientas, la rigidez y la flexibilidad, lo cual les otorga el control de manejarlas concientemente.

Se destacan los cambios de Alberto en función de que su esfuerzo por mostrarse distinto fue muy significativo para articular el cambio generalizado en la familia. También se aborda la complementariedad en el subsistema parental, y la manera en que han identificado funciona a favor y en contra. Asimismo comentan que han restado importancia a esperar el reconocimiento explícito de sus hijos. Mismo que han aprendido a ver en acciones.

Sesión 18

Asiste toda la familia

Se presenta toda la familia. Oscar no reconoce cambios en Alberto, quien esta vez no lo confronta y pone en práctica no esperar que el reconocimiento sea verbalizado. Las preguntas realizadas a Miguel reflejan que él reconoce que Alberto ha cambiado su postura rígida, que ha permitido mayor libertad y participación en la conformación de límites, ante lo cual Oscar disminuye su descalificación al padre.

Sesión 19

Asiste toda la familia

Tras el período vacacional acuden con el reporte de una mejoría en general sobre la convivencia familiar, los padres destacan un incremento en las calificaciones de ambos hijos. Se pide que la familia enumere y describa los recursos involucrados que identifican en estos cambios. Se hace evidente que el no reconocimiento a los familiares, puede generar frustración o cansancio para continuar con el mantenimiento y constancia de los cambios.

Sesión 20

Asiste toda la familia

En esta sesión se refuerzan y revisan los conceptos de la sesión anterior. Se aborda la inminencia del cierre del proceso.

A manera de ritualización del cierre que se avecina se pide a cada familiar que elaboren cartas a cada familiar para expresar lo que ha significado emocionalmente esta experiencia terapéutica.

Sesión 21

Asiste toda la familia.

Se oficializa el cierre del proceso terapéutico. Se da paso al reconocimiento del equipo aludiendo a cada uno de los miembros de la familia. Los terapeutas dirigen un recuento del proceso, abordando los objetivos iniciales, la postura y dinámica relacional de la familia en ese inicio, hasta las modificaciones conjuntas que llevaron a consensuar un cierre.

Finalmente la familia se procede a la lectura de las cartas.

3.1.1.2. Análisis y discusión teórico- metodológico de la intervención al caso 1

Análisis desde el modelo de Milán

Descripción de la familia

La familia Escalante es una familia tradicional basada la pareja conyugal que está conformada desde hace 17 años. Ambos profesionistas, Alberto es laboratorista y administra un negocio propio que realiza análisis clínicos. Julia es odontóloga y dicta clases a nivel de secundaria. Sus dos hijos estudian la secundaria. La familia centra su organización en las obligaciones y en la superación personal a través de los logros académicos.

Motivo de consulta

El padre de la familia expresó que el motivo eran problemas de conducta y bajo rendimiento académico.

Objetivos terapéuticos

Se fijó el objetivo terapéutico de modificar el estilo interaccional de la familia a fin de mejorar la relación entre todos los integrantes a través de las siguientes metas concretas:

- Disminuir la escalada violenta entre Alberto y Oscar.
- Proveer a la pareja parental de un modelo de educación efectivo para la familia.
- Desvincular mitos relacionados con el uso de prendas íntimas femeninas.

Comentarios y observaciones

La familia acude al proceso terapéutico buscando una orientación de tipo directiva, esperan encontrar una guía concreta de comportamiento que les reditúe en el obediencia de sus hijos y el reconocimiento de éstos hacia la pareja parental como figuras incuestionables de autoridad.

Ante esta expectativa, la actitud de ambos padres fue la de utilizar un vocabulario que cuidaban mucho para que se juzgara como correcto, además de que enfatizaban la necesidad de que la solución viniera enteramente de los terapeutas. Asimismo, esperaban cambios muy radicales en el comportamiento de ambos hijos, por lo que no eran buenos candidatos para observar cambios mínimos en el proceso. La paciencia de Alberto era mínima por lo que los ajustes que el equipo terapéutico intentó, eran sistemáticamente rechazados por él.

Parte de estos ajustes me involucró en las primeras sesiones de manera activa en el proceso a partir del cual, llevé en coterapia la totalidad del proceso terapéutico. Los recursos de la familia se referían a la unidad de sistema que conformaban ambos padres, así como el historial de disciplina que ejercían como padres, el cual permitía estar alerta de los cambios en sus hijos y actuar en consecuencia, como lo fue el acudir a ser asistidos profesionalmente. Sin embargo, este mismo estilo rígido limitó por momentos los desplazamientos que se buscaban en cuanto a mirar cambios mínimos en los hijos o a modificar los estilos de fiscalización y de reprimendas. La limitante que significaba el desencuentro de estilos entre los padres, se pudo reorganizar como una díada de estilos complementarios.

De acuerdo al modelo de Milán, las sesiones se dividían de la siguiente manera:

Pre sesión. Se tomaban en cuenta los eventos de la sesión anterior y se establecían hipótesis que guiaban los cuestionamientos de la sesión.

Sesión. Se vertían las preguntas analizadas y se solicitaba información a la familia guiando la conversación observando las secuencias de comportamiento verbales y no verbales, así como la interacción que se generaba entre la familia.

Inter sesión. A mitad de la sesión se llevaba a cabo una reunión con el equipo terapéutico, discutiendo lo más relevante y elaborando un mensaje final que era transmitido a la familia.

Post sesión. Se discutía con el equipo las reacciones de la familia a raíz del mensaje final.

El proceso terapéutico de la familia Escalante estuvo guiado por hipótesis sistémicas elaboradas previo a cada sesión. Algunas eran rechazadas o aceptadas en su totalidad o parcialmente.

Sesión	Hipótesis	Resultado
1	El cambio de comportamiento de ambos hijos no es casual, es probable que un evento significativo recién ocurriera o esté por ocurrir.	Rechazada
2	La preocupación sobre el comportamiento y la disciplina encubre una situación más aflictiva para los padres, como la probable preferencia homosexual de alguno de ellos	Rechazada
3	La inadaptación a la etapa adolescente genera menos tolerancia en los padres y menos capacidad de negociación, ya que antes lo hacían con órdenes. Es necesario explicitar las necesidades de abordar a los hijos en su etapa adolescente incluyendo la respuesta sexual.	Aceptada
4	La confianza de los padres es casi nula lo que refuerza la respuesta retadora de los hijos, alimentando la intolerancia del padre a la más mínima de las indisciplinas. Este distanciamiento facilita que no se reconozcan cambios mínimos.	Aceptada
5	El problema de comunicación se exagera con el estilo histórico de la familia que está muy alejado de los afectos. Las conductas exploratorias de Oscar introducen un tema nuevo para los padres, el cual no pueden manejar. Ante esto generalizan su enojo a	Aceptada

	cualquier conducta de Oscar	
6	Las respuestas de cada miembro ante esta problemática los conduce a repetir respuestas infructuosas. Se ha generado una simetría en la relación padres-hijos en la que ninguna parte desea ceder.	Aceptada
7	Se mantiene la hipótesis anterior. La familia corre el riesgo de perder incluso los cambios mínimos presentados.	Aceptada
8	A pesar de los cambios ya percibidos por los padres, es probable que se generen nuevas preocupaciones y refuerce la sensación de insatisfacción hacia el proceso. Ante lo cual, se daría un retroceso en los cambios de actitud ya alcanzados	Aceptada parcialmente
9	La preocupación por la conducta sexual de Oscar sigue latente en los padres, y está obstaculizando su concentración en los cambios ajenos a este tema.	No se pudo explorar
10	El patrón comunicativo de la familia facilita que Oscar no se exprese, y al mismo tiempo le favorece para no comprometerse. Además de que los acuerdos familiares no emergen de la convicción de Oscar por lo que refuerza su incumplimiento y nuevamente se ve amenazada la frágil Constancia de la familia en los cambios presentadas	Aceptada parcialmente
11	Oscar se mostrará más convencido de los compromisos construidos dada su participación activa en delinearlos. Esto provocará menor confrontación con su padre y un ambiente menos tenso en general	Aceptada
12	Sesión cancelada	
13	Las vacaciones traerán como consecuencia mayor tensión por la convivencia diaria, además de que el	Aceptada

	evento reciente (fallecimiento del hermano de Alberto) tensará la relación familiar y disminuirá la tolerancia de Alberto.	
14	Ante la subida de tensión, vendrá una menor preocupación por la conducta de los hijos y una mayor comprensión que generará mayor esperanza de cambio	Rechazada
15	La disminución de tensión entre Alberto y Oscar obedece al consenso de ambos padres respecto a que Oscar ha cambiado sus actitudes, además de una aceptación a las necesidades de su etapa de desarrollo. Este entendimiento genera flexibilidad en la impartición de autoridad. Oscar experimenta los beneficios personales de cumplir con las peticiones de sus papás lo cual refuerza su cumplimiento.	Aceptada
16	La confrontación ha disminuido ante el reconocimiento generalizado de aportaciones para el cambio. La percepción del proceso ha cambiado y es posible proponer un cierre del proceso	Aceptada
17	Es difícil plantearse el reconocimiento explícito y verbalizado de los hijos adolescentes y por parte de los padres puede existir un miedo real a perder la autoridad ante ellos, si reconocen los cambios observados. Es necesario abordar esta hipótesis de manera aislada, sólo con los padres y explorar los fundamentos que mantienen este temor a reconocer el cambio. Además de modificar la expectativa de que los padres esperen actualmente y de manera explícita el reconocimiento de sus hijos.	Aceptada
18	Podrán surgir nuevamente reclamos y confrontaciones entre padres e hijos lo cual puede llevar a una nueva	Aceptada parcialmente

	frustración y desmotivación limitando el proceso.	
19	El reconocimiento de los cambios que Miguel expresó facilitará la flexibilidad de Oscar ante la descalificación de los cambios de su padre. La mejora en las calificaciones de Oscar contribuirá a la distensión.	Aceptada parcialmente
20	Seguirán manifestando reconocimiento de los cambios y reconociendo los avances en el proceso.	Aceptada
21	El reconocimiento que reforzará la sensación satisfactoria del proceso se dará a través de cartas en las que no se vean en la necesidad de utilizar los canales tradicionales en que se comunican, además de que facilitará la expresión de afectos, lo cual no es una constante en la familia	Aceptada

Intervenciones

Basado en las propuestas del modelo de Milan, las intervenciones que fueron utilizadas en este proceso se refieren a:

Hipótesis

Las hipótesis iniciales que sirvieron para guiar el cuestionamiento en las sesiones y la dirección del proceso.

Neutralidad

La neutralidad que se intentó mantener en el proceso, aunque las necesidades de la familia impusieron el trabajo por subsistemas, diferenciando las preguntas y estrategias para cada uno. La aceptación y validación de todos los miembros garantizó la neutralidad en el proceso.

Circularidad

La circularidad estuvo presente contemplando las reacciones de todos los miembros ante las intervenciones. La información que se introducía a la familia

contemplaba a todos los miembros de la misma, y la información que se obtenía de ellos, involucraba el concurso de cada uno de ellos.

Cuestionamiento circular

Se llevó a cabo cuestionamiento circular para definir el problema desde la perspectiva de todo el sistema y manejar el proceso de manera que el involucramiento generalizado implicara la participación y opinión de la familia entera.

Patrones de interacción

Su exploración permitió devolverle a la familia las repetitivas maneras en que abordaban problemáticas de grado y naturaleza diferentes, así como las secuencias conductuales a las que estaban acostumbrados sobre todo en conflictos relacionales.

Diferencias

Se evidenciaron las diferencias de percepción entre los padres y los hijos respecto a un mismo suceso.

La diferencia en evaluar y afrontar problemáticas entre los jóvenes y los adultos
Se abordó la diferencia entre la manera en que resolvían los conflictos cuando los hijos eran niños, sus herramientas entonces utilizadas, y las necesidades actuales que exigían un cambio en lo referente a los límites y las libertades.

Se hizo evidente la diferencia que Oscar percibía respecto al trato que él observaba de su padre hacia su hermano.

Se distinguió la utilización de prendas íntimas como conductas erotizantes y la conducta de robarlas como acciones distintas para ser juzgadas por los padres.

Se distinguieron los niveles de control que tienen los padres respecto a las conductas de sus hijos en función de disminuir la exigencia y rigidez en las negociaciones.

La diferencia entre establecer límites y mostrar enojo.

En ese mismo sentido se pudo establecer la diferencia entre la rigidez como infructuosa, y la firmeza como estilo de colaboración en la educación.

Se distinguió que la falta de compromiso mostrada en algún momento por Oscar estaba relacionada con la participación de toda la familia.

Se iluminó la distinción que implicaba para toda la familia el control de enojo de parte de Alberto, diferencia observable en la colaboración de los hijos ante sus peticiones.

La diferencia que implicó observar a los hijos como quienes definían sus permisos y privilegios a través de su conducta colaboró en el proceso de manera positiva.

Introducir nueva información

La confrontación de Julia y Oscar en el movimiento de sillas evidenció el patrón de comunicación entre ellos, aportando esta reflexión que condujo al convencimiento de su modificación.

Las peticiones formuladas en tareas, y sobre todo los momentos en que no se cumplían permitieron introducir la información referente a la rigidez de los padres por intentar nuevos caminos.

Se introdujeron datos e informaciones en el contexto psico educativo sobre la adolescencia, el manejo de emociones, la sexualidad humana, manejo de límites, ello colaboró en modificar la percepción de los padres respecto a sus hijos adolescentes.

Reencuadre

El principal reencuadre se realizó en la distinción de la vida erótica de Oscar, como su derecho a la intimidad lo cual disminuyó la angustia y la evaluación inicial de los padres ante esto.

La imposición de compromisos se reencuadro como algo nada favorecedor al acercamiento de las metas, cambiándolo por la negociación y consenso de conductas familiares.

El reencuadre del aislamiento de los hijos como necesidad de etapa de desarrollo también contribuyó a generar actitud de cambio.

El reencuadre de las funciones parentales como algo más allá de la imposición de disciplina trajo como consecuencia las actividades placenteras que dispensaron el patrón relacional.

El reencuadre hacia Alberto respecto a la posibilidad de encontrar refugio emocional en la familia ante el fallecimiento de su hermano, y no vivirlo como un adicional de preocupaciones y tensión, abrió un camino comunicativo de tipo afectivo que estaba aletargado en la familia.

De igual manera los padres reencuadraron la percepción que tenían en la que asociaban la tolerancia con la debilidad.

Connotación positiva

La complementariedad de estilos parentales de Alberto y Julia se miraron como positivos y colaboradores para equilibrar la difícil tarea de atender a dos hijos adolescentes. Esto validó en un mismo nivel de reconocimiento cualquiera de los dos estilos, y pudo proponerse la opción de intercambios en los estilos en función de enriquecer las relaciones familiares.

Metáfora

Durante el proceso hubo oportunidad de trabajar dos metáforas:

- La leche derramada en un pocillo no es posible de reintegrarse al mismo, tal tarea puede distraer la utilidad de cuidar más derramamientos. De igual manera, su estilo de reproches por asuntos pasados funciona en este mismo sentido.
- Entre las funciones de un padre de un lactante, se encuentra la de alimentarlo, de tal manera que en más de una ocasión éste puede vomitar en su padre, lo cual implica que el padre se encuentre ahí para que ocurra, después el lactante superara esa etapa y lo controlará. En la relación con hijos adolescentes, son los padres quienes hacen esa presencia ante la cual se cuestiona la autoridad y se busca apartar la identidad como reforzamiento; de igual manera es transitoria esta vivencia, y tampoco es un ataque personal.
- Dada la afición al fútbol de parte de Oscar, se le trazó la metáfora de la improductividad de apelar decisiones arbitrales en el juego, y la mayor utilidad de descifrar las reglas.

Búsqueda de alternativas

Principalmente se dirigieron a mover el patrón rígido de la familia, intercambio información entre sí, más allá de la obligatoriedad, redescubrir la comunicación afectiva y dedicar un mismo empeño en organizar las actividades placenteras y de entretenimiento, como lo hacen con las que viven como productivas.

Atribuciones de significado

Con los mensajes de orientación psico educativa, los padres atribuyeron significados diferentes a la vivencia de las prendas íntimas femeninas lo cual

representaba el centro y nudo de las aflicciones familiares, así como el desequilibrio para los padres al verse sin herramientas para afrontar este hecho.

Mensaje final y tareas

Sesión	Mensaje /Tareas
1	No hubo mensajes ni tareas
2	Se evidenció la diferencia generacional en la manera de enfrentar las situaciones y se les pide que elaboren una lista de las peticiones básicas que harán a cada miembro de la familia.
3	El mensaje es hacia la necesidad de que los hijos efectúen un cambio mínimo a lo largo de la semana. Mientras que ambos padres elaboraron también el compromiso de un cambio mínimo.
4	Se le pide a la familia que jerarquice los problemas que han venido manifestando. Concretando así un tema específico a abordar (el uso de las prendas íntimas femeninas)
5	Se envía el mensaje de un mayor acercamiento de los padres hacia los hijos, en el cual se ha evidenciado una mayor confianza. Se hace evidente el rol de puente comunicacional que ejerce Julia connotándolo positivamente
6	La petición concreta es hacia el papá, pidiéndole que mantenga una constancia en el control de sus emociones. Mientras que para los hijos es que se pongan de acuerdo en el cambio conductual que mostraran como respuesta a la flexibilidad exhibida por su padre.
7	Se reconoce el manejo de los padres al graduar su respuesta hacia los hijos. Han podido manejar los límites sin perder la tranquilidad. Se solicita a la familia avocarse a los conflictos actuales ya que las recriminaciones obstaculizan el progreso en los problemas actuales.
8	La tarea es que entre ellos realicen una plática familiar para llegar a un acuerdo sobre las actitudes que los padres están dispuestos a tolerar en lo referente al uso de prendas femeninas de parte de Oscar.

9	Se reconoció la claridad con la que Oscar pudo expresar sus necesidades. La tarea es que los materialice en una lista que le sirve de guía-recordatorio. Se validó la desilusión que la familia proyectó al reconocer que han cesado los cambios y se les invita a que éste pasaje no permita descalificar lo demás.
10	Se le pide a Oscar que no desatienda los acuerdos alcanzados en las sesiones pasadas. Se reconoce que la constancia está presente aun cuando no se han vuelto a presentar cambios positivos por ahora. Se le pide a los padres que observen el efecto que tiene su tolerancia en las actitudes de Oscar.
11	Ante la emotividad mostrada por Alberto, el equipo le pide que reflexione la reacción que tendrían sus hijos al observarla. Se envía el mensaje de que los afectos no están disociados con la disciplina que desean mantener en casa. Se valida la necesidad de Alberto por descargar sus aflicciones, lo cual puede estar siendo reprimido por él mismo ante la necesidad de llevar la jefatura de la familia.
12	Sesión cancelada.
13	Ante la exploración de las familias de origen de cada padre, se valida la decisión de ambos padres por ejercer una paternidad distinta a la que ellos vivieron, la cual juzgan como poco conveniente de replicar.
14	Se refuerza la idea de procurar momentos placenteros en la familia, los cuales se pueden compaginar con la obligatoriedad y la observación del cumplimiento de deberes. Para concretar este mensaje se les pide que elaboren un plan que describa que acciones placenteras complementarán la convivencia familiar.
15	El equipo manda el mensaje de coincidir con Alberto sobre la percepción de faltan cosas por realizarse y sobre todo ante la etapa de desarrollo de sus hijos adolescentes, en la que los cambios no son tan constantes como lo desearían ellos como padres. Se envía el mensaje de la importancia de mostrar madurez como consistencia al crecimiento de sus hijos. Se enlistan las características y necesidades

	de los adolescentes a manera de orientación psico-educativa. Se manejan metáforas que ilustran esta idea (ver metáforas utilizadas en el caso)
16	Se felicita de manera general a la familia por los cambios mostrados. El equipo evidencia los cambios a nivel individual con el propósito de incluir a toda la familia en el progreso. Se les pide que identifiquen qué recursos han puesto en práctica en este cambio que han alcanzado.
17	El mensaje va dirigido a la constancia en los cambios, se reconoce que dominan un estilo de afrontamiento diferente, además del cambio de actitud ante la confrontación intergeneracional. También se resalta el acomodo complementario de Alberto y Julieta en sus estilo parental, y se les insita a intercambiar estos estilos para enriquecerse mutuamente
18	Ante la tensión evidenciada en la sesión entre Alberto y Oscar, el equipo expresa la diferencia que se nota al abordar el suceso, se toma como muestra de que el cambio permitirá afrontar estos momentos, los cuales no dejarán de suceder como ocurre en todas las familias.
19	Se pide que la familia enumere y describa los recursos involucrados en los cambios. Se hace evidente que el no reconocimiento a los familiares, puede generar frustración o cansancio para continuar con el mantenimiento y constancia de los cambios.
20	La petición es hacia toda la familia: elaborar una carta dirigida a un miembro de la familia que contuviera, qué aprendí de ti durante la experiencia terapéutica; qué reconozco que me ha ayudado a mi sobre lo que aprendí de ti; qué necesito de ti que me puede ayudar. A manera de estrategia se pidió que las cartas se dirigieran de la siguiente manera: Oscar a Alberto, Alberto a Julia, Julia a Miguel y Miguel a Oscar.

Evolución del motivo de consulta

El motivo de consulta original de la familia, se refería a recibir orientación familiar para el manejo adecuado de las conductas que presentaban los hijos y que eran desaprobadas por los padres, tal necesidad surgió a raíz del cambio de comportamiento y bajo rendimiento escolar que observaban en ellos.

Sin embargo, durante el proceso surgieron diversos temas que se fueron modificando positivamente en la percepción de los padres. La evolución de estos motivos de consulta repercutió en la disminución de su aflicción y en una mayor apertura para intentar cambios a nivel individual y de subsistema parental, no sólo esperar la modificación unilateral de la actitud y comportamiento del subsistema filial.

La atención del motivo inicial de consulta se fue compaginando con temas que se sumaban al proceso gracias a la intervención circular y a involucrar nuevas hipótesis de la dinámica familiar.

A pesar de que inicialmente expresaron una necesidad de recibir orientación profesional en el manejo de sus hijos, los temas se complejizaron y diversificaron para beneficio del funcionamiento familiar. En todo momento existió un consenso en el equipo terapéutico para introducir hipótesis e intervenciones que evidentemente requerían impactar en temas en los que a la familia les redituara una organización más efectiva una vez elaborados.

Cambios obtenidos y cierre del proceso

Abandono de los primeros intentos. Los padres pudieron reconocer los estilos repetitivos en que incurrían sin que existiera una modificación satisfactoria.

Cambios graduales y modificación de la percepción del problema. Los pequeños cambios que se presentaban en el proceso y pasaban desapercibidos por el

subsistema parental, cobraron mayor importancia y se enmarcaron como modificaciones dirigidas al cambio sustancial que ellos esperaban.

Información como sustento de abandono de prácticas tradicionales. La apertura que los padres mostraron hacia los terapeutas permitió que recibieran información sustentada que cuestionaba la perspectiva en ocasiones estrecha de cómo abordar los conflictos y desencuentros con sus hijos adolescentes. De igual manera, la información que el subsistema filial recibía de sus padres modificaba la postura de confrontación que habitualmente adoptaban en los conflictos citados.

Uso de prendas femeninas y reencuadre. Al reencuadrar el uso de prendas femeninas como un proceso diferenciado de robarlas a la madre, se introdujo un tema que no podía ser calificado como indebido, y de este modo también cesó el robo de las mismas quedando sólo el tema de las prendas. Desde esta situación, ambos padres pusieron a prueba su disposición de apertura para mirar esta práctica como parte del crecimiento y desarrollo psicosexual.

Límites de Alberto, escalada y confrontación personal. Uno de los vínculos relacionales más tensos se daba entre Alberto y Oscar. La modificación en los límites que Alberto imponía modificándolos por límites más laxos o consensuados con ambos hijos, disminuyó la escalada de confrontación a la que se habían acostumbrado y que dejaba de lado los contenidos de las confrontaciones priorizando el conflicto relacional.

Familia de origen de los padres y empatía adolescente. El tiempo dedicado en las sesiones a reflexionar la propia vivencia adolescente de ambos padres, abrió un canal empático con sus hijos ya que reconocieron, con las diferencias esperadas, su propia necesidad y utilidad de confrontar las figuras de autoridad como parte de la construcción de la identidad. Por otro lado, para Alberto fue sustancial esta revisión ya que se percató de que a diferencia de su vivencia (la cual fue de un

estilo autoritario y violento) estaba decidiendo implementar un estilo parental más funcional y adecuado.

Apertura de desacuerdos maritales. Al hablar y abordar los desacuerdos que vivían como subsistema parental, se evidenció la necesidad de implementar cambios que requerían la auto crítica y las observaciones del equipo terapéutico acerca del estilo disciplinario que implementaban. Este abordaje tuvo dos efectos fundamentales. Por un lado, descargó la presión que la pareja ejercía hacía sus hijos para que sólo de ellos emergiera el cambio; y por otro lado, ambos padres flexibilizaron en sus estilos complementarios (él inflexible, ella conciliadora) encontrando una manera de intercambiar y sacar partido de dichos estilos.

Expresión de afectos y tiempos de esparcimiento. Existía en la familia una centralidad respecto a la disciplina y el cumplimiento de los deberes. La obligatoriedad marcaba en mucho el criterio de funcionalidad con el que ambos padres calificaban el desempeño de sus hijos. Asimismo, la ejecución contraria era vivida como desapego emocional de éstos y como una desconsideración a su esfuerzo por proveerles una buena educación. Al introducir la reflexión de la manera en que desatendían o minimizaban los tiempos de esparcimiento, se adicionó un criterio más para sentirse apreciados o no por sus hijos. Además de que colocó al subsistema filial en una relación menos vertical facilitando una aceptación mayor de los padres como figura de autoridad, además de que experimentaron la expresión de afectos fuera del contexto del deber y las obligaciones. Cabe mencionar que el deceso del hermano de Alberto representó un cambio en sí mismo en lo que se refiere a la actitud de éste ante la indisciplina de sus hijos, Alberto se mostró más sensible a expresar y apreciar los vínculos afectivos. En concreto se puede decir que significó un redescubrimiento de una esfera familiar que estaba infravalorada.

Análisis de la propia intervención y del propio trabajo terapéutico

En las primeras tres sesiones de este proceso, me tocó ser parte del equipo terapéutico que colaboraba con la dirección del proceso a cargo de mi compañera Yazmín Quintero. En esas sesiones pude aportar elementos para evaluar de manera más concreta el motivo de consulta de los padres y sobre todo en cuanto a normalizar la práctica exploratoria de los hijos respecto a las prendas íntimas. Colaboré también activamente en la elaboración de hipótesis durante las presesiones.

Posteriormente, la supervisión consideró necesaria la incorporación de un terapeuta varón como estrategia de intervención y atendiendo las premisas del modelo acerca de los beneficios de la coterapia hombre-mujer. Además de esto, el equipo formuló la hipótesis de que habría una empatía de género favorable para el subsistema masculino al abordar temas de sexualidad y de entendimiento de los estilos afectivos generalmente observados entre hombres.

A partir de este momento, me enrolé formalmente en coterapia con mi compañera Yazmín y asumí una función más activa y con mayor participación en la planeación estratégica en el caso.

Dentro de las actividades de intervención que me resultaron más complicadas está la dirigida a empalmar con Alberto, de manera que encontrara un eco a sus preocupaciones y enojos que posteriormente pudiera explorar sin sentimientos de amenaza a su identidad de figura de autoridad en ese sistema familiar.

Considero que tuve oportunidad de ejecutar adecuadamente las técnicas planeadas por el equipo e intervenir de manera adecuada con base en mi criterio clínico dentro de las situaciones que emergían en las sesiones. Como por ejemplo la sesión en que se abordó el deceso del hermano de Alberto y naturalmente venía a modificar la dinámica y el acomodo del sistema familiar.

Me parece que ese momento fue adecuadamente abordado dando espacio para tratarlo y contenerlo además de ser acoplado a la totalidad del manejo del proceso. En cuanto al acoplamiento en coterapia con mi compañera, me parece que funcionamos adecuadamente y se reflejó en la evolución del proceso, ya que pudimos intervenir de manera planeada en función de nuestro género, pero sobre todo en cuanto a equilibrar la ejecución de técnicas y cuestionamientos; esto se vio reflejado en la aceptación gradual del subsistema parental a la figura coterapéutica y sobre todo a la disminución al mínimo, de exigencia de que la respuesta y la solución proviniera de las figuras terapéuticas, además de que la familia se mostró ampliamente receptiva ante las intervenciones de tipo psicoeducativas, otorgando credibilidad y autoridad de conocimiento a los coterapeutas, finalmente el vínculo terapéutico se confirmó en la aceptación de la propuesta de cierre del proceso.

3.1.1.2. Comentarios finales

El proceso familiar tuvo dos aspectos importantes que guardan muy cercana distancia con los descritos por la tradición patriarcal.: la conformación familiar tradicional nuclear y los roles familiares que se presentaba el sistema. Se puede afirmar que hasta el momento de contacto con la familia, ésta había mantenido una regularidad en su funcionamiento basado en el orden y la disciplina. La figura central del padre proporcionaba seguridad y guía que no eran cuestionadas representando el referente de comportamiento y organización.

Las intervenciones vividas en el proceso me parecieron sumamente atinadas en función de ir progresivamente desalentando la petición explícita de los padres para ver solucionado el problema a través de la intervención del equipo terapéutico. Esto representó un avance en cuanto a que la jerarquía familiar mirara en sí misma su participación en las circunstancias actuales y no sólo en que los hijos ya no respondieran al modelo de disciplina otrora efectivo. El cambio hacia la

flexibilidad favorecida por las intervenciones terapéuticas redituaron en un reacomodo familiar que no descubrió la figura central del padre, respondiendo así en al menos dos aspectos básicos: cambiar el sistema sin amenazar ni trastocar la base identitaria de la familia nuclear y favorecer la entrada de un elemento al que se estaba desechando por contravenir las normas patriarcales: la expresión afectiva entre los varones de la familia.

No obstante el cumplimiento de los objetivos y el consenso de progreso respecto al motivo de consulta y las directrices de supervisión, este proceso familiar deja algunas aristas que pudieron haber sido exploradas y consideradas para su intervención en beneficio del sistema familiar. Por un lado, la exploración a mayor profundidad respecto a la parafilia de Oscar por las prendas íntimas, permitía un discernimiento mayor de la conducta sexual del joven, de esta forma, se aprovecharía la apertura ganada en el padre para abordar concretamente cualquiera de las alternativas resultantes de la filia, (entre ellas una orientación homosexual, una inclinación erótico afectiva hacia la madre, travestismo, una confrontación simbólica a la figura patriarcal) su atención enriquecería el entendimiento del juego familiar y proporcionaría a la familia la oportunidad de abordar en un espacio neutral -como es el proceso terapéutico- circunstancias que muy probablemente irrumpirán en la vida familiar; es muy probable que en contraparte a estos beneficios, esta intervención necesariamente hubiera aumentado la postura rígida del padre y la respuesta aflictiva de la madre, incrementando la demanda de ver resuelto el problema por el presupuesto de expertez del equipo terapéutico, además de distanciar afectivamente, aún más, al subsistema de varones.

Necesariamente se hubiera requerido redoblar el esfuerzo en el trabajo terapéutico hacia la sensibilización y la conformación de objetivos adicionales a los de la familia, lo cual se traduce en mayores sesiones. Considero que el beneficio que representaba esta alternativa redituaría en un crecimiento considerable en la vida del sistema familiar, aunque la consideración de las probabilidades de

abandono de la familia ante la exploración de estos sucesos, hubieran representado un punto considerable en su hipotética discusión.

Finalmente, me parece que la intensidad con que se presentó la relación entre Oscar y Alberto, además de la demanda familiar de modificar la conducta de aquel, centralizó las intervenciones en ambos, por lo tanto resulta provechoso reflexionar sobre la conveniencia de haber intervenido más profundamente en la dinámica de Miguel y de Julia en la familia. A lo largo del proceso Miguel se mantuvo en una posición de acompañamiento de las actitudes y conductas desafiantes que Oscar encabezaba, conforme se modificó el sistema relacional de la familia Miguel también se fue adaptando a dichos cambios que alentaron el progreso de la familia.

Fue de trascendental importancia su voz discordante para con las descalificaciones de Oscar a Alberto, además de que por momentos su postura colaboraba en frenar los embates de Oscar y al mismo tiempo su decisión de mejorar su conducta facilitó que Alberto disminuyera su resistencia y validara los cambios graduales del subsistema fraterno. Me parece que para el momento del cierre del proceso, Miguel hubiera recibido un gran beneficio al validar más enfáticamente su posición en la familia, además de darle una mayor voz individual, más allá de hacerlo intervenir en función de la demanda familiar descrita. Programar una agenda personal de Miguel en la planeación de las sesiones, hubiera permitido mirarlo diferenciadamente de Oscar y seguramente esto hubiera colaborado en su crecimiento personal y el de la familia, sobre todo en conflictos o desequilibrios futuros del sistema.

Por otro lado Julia se manejó en concordancia con el sistema patriarcal de la familia, sus cambios y flexibilidad para salirse del rol afligido y mediador, colaboró en gran medida a dejar que se confrontaran los varones de la familia. Durante todo el proceso se movió en una esfera que nunca transgredió los roles preestablecidos culturalmente, esto resultó práctico para alcanzar las metas concretas de la terapia

familiar en ese contexto y momento de la familia. La reflexión final respecto a la posición de Julia es la interrogante de qué tan benéfico hubiera resultado, una vez alcanzados esos objetivos, introducir un cuestionamiento sobre lo favorecedor que resultaría para la familia si Julia accediera a roles de mayor poder al interior de la jefatura familiar. Considero que es obvio afirmar que la modificación de roles de género al interior del subsistema conyugal representaría un crecimiento personal para Julia y una experiencia de descubrimiento de muchas áreas de su vida que se notaron eclipsadas por la hegemonía patriarcal, no obstante ello, encuentro significativo considerar la pertinencia de esta intervención en función de la inercia cultural en que este subsistema conyugal estaba conformado, en la mínima aceptación de Julia de encontrar aflictivo o nocivo para su persona acomodarse a la zaga de Alberto, y porque concretamente no representaba un motivo de consulta.

Las conclusiones anteriores me significan un gran aporte para la formación clínica y la conformación de alternativas en los diseños de intervención, así como en la flexibilidad del ejercicio clínico que va más allá de una directriz que responda a un modelo u objetivos concretos, fortalece la formación de una competencia clínica adaptable y sensible a los contextos y momentos particulares de las familias y personas.

3.1.2. Caso 2

Datos

Cecilia López

Período de atención: 5 octubre -14 diciembre 2004

No de sesiones: 15

Modalidad de trabajo: Individual con orientación familiar sistémica

Modelo: Modelo de Soluciones y Terapia Narrativa

Supervisora: Mtra. Nora Rentería

Terapeuta: Joaquín Torres Acosta

Motivo de consulta

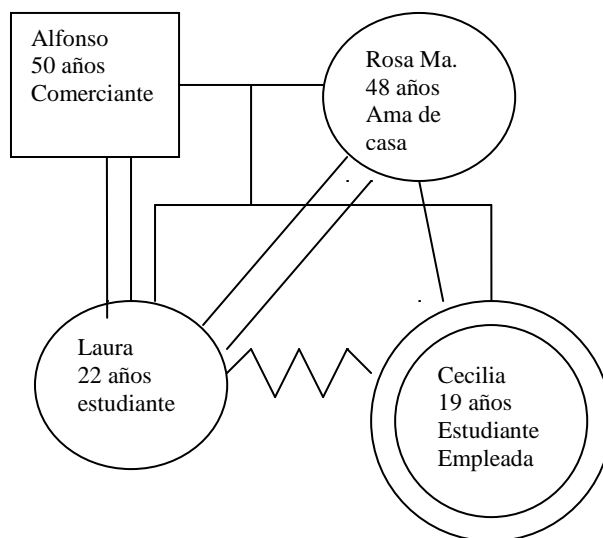
Cecilia refiere experimentar problemas emocionales y escolares. Dicha sensación repercute en no poder terminar el bachillerato. Siente que sus planes personales en el terreno académico, laboral, familiar y de pareja se ven fácilmente postergados por dicho estado de ánimo. Paralelamente dice presentar confrontaciones relacionales con su única hermana mayor.

Postergación de planes personales. Desea poder solucionar esta situación, dejar de pelear con su hermana y ordenar sus planes para cumplir sus metas.

Definición del problema

Cecilia se encuentra en un estado de confusión respecto a sus planes escolares inmediatos, experimenta una fuerte presión familiar respecto a definir sus planes de vida, los cuales están enmarcados en referencia a lo que su hermana mayor ya ha logrado lo cual trae una confrontación directa entre ambas.

Familiograma



Resumen del proceso

Sesión 1

Cecilia acude al proceso terapéutico ante la sensación de tener problemas emocionales y escolares, esto está relacionado con no poder terminar el bachillerato y la consecuencia que en sus planes personales ha tenido este trámite inconcluso. En la exploración más amplia del motivo de consulta, Cecilia comenta que existe una preocupación mayor relacionado con las peleas constantes que lleva con su hermana mayor quien estudia comunicaciones, la carrera que Cecilia desea estudiar una vez terminado el bachillerato. La describe como una persona muy importante para ella. Le lastima que tras estas discusiones pase un período de varios días sin que se dirijan la palabra. Relata que su hermana Laura no colabora en las tareas domésticas y tiene una vida social activa, asistiendo a fiestas y reuniones, algo que Cecilia no acostumbra hacer.

Se termina de explorar el sistema familiar y las preocupaciones de Cecilia y se encuadra el proceso y se determina la manera de trabajar para el proceso terapéutico

Sesión 2

Cecilia es conducida para jerarquizar los distintos temas que comentó como su interés y decide revisar de primera instancia, la relación con su hermana. Para esta sesión hay un cambio en su actitud inicial de tomar a broma sus propias ideas, y muestra una gran aflicción al hablar de los conflictos con su hermana Laura. Dice sentirse sola en su casa, se explora su red social y habla más a fondo de su relación de noviazgo con Antonio de quien dice tener un gran apoyo y con quien pasa más tiempo que con su familia.

Cecilia comenta que tiene planes a mediano plazo de iniciar un negocio con Antonio de venta de chiles secos, y que también están contemplando casarse en poco tiempo.

Sesión 3

En esta sesión se abordan las herramientas que Cecilia percibe en sí misma, habla que sabe cocinar, aprender fácilmente lo estudiado, pero que se vive como alguien muy insegura, ya que ha notado que ante la mínima duda que deje albergar, genera incertidumbre en ella sobre sus propias capacidades. Reflexiona que ella misma se descalifica previamente a realizar las cosas.

Ante la reflexión sobre los momentos en que no tiene esta percepción, describe que la presencia de su novio la hace sentirse más segura y es menos probable que deje entrar estos pensamientos negativos en compañía de él.

Sesión 4

En la exploración de proyectos futuros, Cecilia comenta que ya inició el negocio en sociedad con su novio y la aportación económica de su mamá. Habla de su participación atendiendo el local mientras que Antonio surte la mercancía. Reconoce su insatisfacción ante las funciones que le toca desempeñar y su desilusión por no percibir un sueldo en el entendido de que es un negocio familiar. Su insatisfacción general también proviene de tener la sensación de que no está dedicando el tiempo suficiente para preparar las materias que adeuda en el bachillerato, además de sentir una dependencia económica de su mamá y Antonio, ya que ellos le proporcionan el dinero que requiere para sus gastos corrientes.

Retomando el tema de la relación con su hermana Cecilia describe una mejoría proveniente de su modificación de actitud, dice que le ha restado importancia a las discusiones que tiene con ella, y ha aprendido a identificar el momento en que empieza a crecer la escalada para ella decidir detenerla de su parte.

Sesión 5

Esta sesión estaba dedicada a hacer un recuento de lo abordado hasta este momento, sin embargo se vio modificado debido a la necesidad de Cecilia.

Cecilia comenta faltando poco tiempo para que termine la última sesión del año que está embarazada y que ha decidido suspender el embarazo.

Se realiza una revisión a profundidad sobre el estado emocional de Cecilia y sobre su decisión ante el embarazo. A nivel emocional Cecilia se muestra tranquila y segura de su decisión.

Se aborda también una parte más instrumental de la situación, incluyendo los pasos que tiene contemplados para tal decisión así como las personas con las que cuenta para apoyarse emocional y económicamente. Cecilia dice que su novio está incondicionalmente con ella, y que tiene la asesoría de una maestra en la escuela.

Al finalizar la sesión, queda abierta la posibilidad de tomar una sesión durante el período vacacional en caso que Cecilia así lo decida.

Sesión 6

En esta sesión se realiza un seguimiento de la decisión de suspender el embarazo, Cecilia comenta que le fue confirmado en los días siguientes que no existía un embarazo. Esto aligeró obviamente los días que se suspendió el proceso. El resto de la sesión se elabora una recapitulación de lo que vivió Cecilia al suponerse embarazada. La planeación de la sesión estaba dirigida a elaborar la probable suspensión del embarazo, ante esta situación se acomoda el abordaje hacia la relación que guarda este probable embarazo con la manera en que en general Cecilia planea su vida y las acciones que realiza en función de ello. Se retoman los planes a mediano y largo plazo.

Sesión 7

Hay una recapitulación de la primera parte, y Cecilia destaca los puntos pendientes.

Dice que siente que la relación con su mamá se ha tornado hostil, a raíz de formalizar su proyecto de casamiento.

Elabora a través de cuestionamientos sobre los ajustes que esta viviendo su mamá y el cambio que esto implica para la relación que llevaba con ella. Empatiza con su mamá respecto a lo que le significara que ella se case.

Al retomar el objetivo concreto de obtener el certificado del bachillerato, se prescribe la tarea de elaborar un plan de acción que contemple una organización concreta de las asesorías que tomara para acreditar los exámenes que le restan.

Sesión 8

Se lleva acabo la revisión del plan de materias. Cecilia dice haber pasado dificultades para elaborar el plan. Pasa por su cabeza la idea de que es muy difícil terminar con las materias. Se interviene desde la implementación de metas cortas y asequibles. Por lo tanto se reelabora en sesión el plan colocando acciones concretas como recoger guías, determinar horarios de estudios, etc.

La intervención se realiza a través de preguntas reflexivas (ver cuadro de preguntas) con lo cual Cecilia observa de manera diferente su necesidad de terminar el bachillerato y la premura que se auto impone para concretarlo.

El patrón de planeación y de control de proyecto se traslada también al propósito de Cecilia de casarse. Cecilia se muestra más acoplada a la reflexión de sus vivencias y a la organización de sus proyectos personales.

Sesión 9

Se abordan los obstáculos para realizar los proyectos personales, se concentra la sesión en aquellos proyectos que están relacionados con la identidad de su hermana. Cecilia comenta que está claro para ella que le significa mucho. Reconoce proyectos que la alejan de la identidad de su hermana, como el negocio en sociedad de su novio y su mamá. Cecilia encuentra una mayor motivación y

seguridad en sí misma para elaborar este plan. Nuevamente distingue que se aleja de lo que su madre y hermana descalifican de ella (la postergación académica y la incapacidad para planear un proyecto de vida) además de que ya no se siente presionada para terminar el bachillerato.

Se abre la posibilidad para Cecilia, de diversificar sus relaciones en distintos ámbitos: con su mamá, en su familiar y la productiva, negocio y proyecto escolar.

Se le pide que convoque a sus padres para la siguiente sesión.

Sesión 10

No acude

Sesión 11 (Modelo Narrativo)

Se explora cuál es la percepción que Cecilia considera que cada familiar tiene sobre ella. Relata la percepción de su padre como una niña bien portada y que necesita orientación además de no cuidar su peso corporal; su madre le refleja el relato de una chica que no sabe todavía lo que quiere y que se distrae haciendo cosas improductivas sin llegar a nada concreto, mientras que su hermana la tiene contemplada como alguien que se reprime de hacer lo que le gusta y que no amplía su panorama relacional más allá de su novio, su empleo y su casa.

Una vez delimitadas las historias que su familia vierte sobre ella, se realiza la constatación de historias dominantes en la que Cecilia puede reflexionar la influencia que está teniendo en su actual conflicto comportamental.

Cecilia habla sobre los recursos que ha visto a lo largo del proceso. Los contrasta con la propia narración descalificadota y se evidencian contradicciones útiles al proceso.

Recordatorio de la convocatoria paterna.

Sesión 12

Cecilia comenta que no acuden sus padres debido a la carga de trabajo que tienen. Le han preguntado cómo se siente en el proceso, a lo que les respondió aprobatoriamente. Se aborda esta percepción de lo que sus padres esperarán que ella logre en el proceso y qué relación tiene con lo que ella siente y desea que ocurra. Cecilia reitera esa figura de indefensión que concluyó tras revisar las narraciones de su familia. El tema central que configura es el de inmadurez e indecisión. Se cuestiona esta definición a través de descripciones de Cecilia que contradicen esta historia dominante.

Se define el obstáculo como “inmadurez” y los efectos que inmadurez tiene en su vida. Con el propósito de externalizarlo, Cecilia le da identidad al concepto “inmadurez”. Así mismo trabajamos sobre los contextos en que no tiene influencia ese obstáculo y los recursos que Cecilia implementa para no permitirle tal influencia. Cecilia identifica los momentos contradictorios en que no se ha mostrado inmadura, pero que al mismo tiempo ella mismo no los ha validado.

Al concretar estas reflexiones, se lleva a cabo la tarea de pedirle a Cecilia que se redacte un reconocimiento de auto estima, con algunos trabajos logra redactar puntos de identificación sobre sus capacidades y valores.

Sesión 13

Continúa la elaboración de externalizar el problema que Cecilia ha cosificado como inmadurez. Cecilia puede entonces articular estrategias para construir una identidad sin las constantes historias dominantes. Por otro lado Cecilia describe las áreas de influencia del problema y la forma de mantenerlas fuera de la influencia que antes le generaba la sensación de insatisfacción y aflicción.

Se recapitulan las reflexiones de Cecilia sobre los puntos medulares del proceso. Ella misma define sus avances en ello.

Sesión 14

El equipo terapéutico envía a través del terapeuta mensajes de cómo observan el proceder de Cecilia a lo largo de las sesiones, y lo materializa en una Declaración de Autoestima. Cecilia comenta la Declaración y coincide con las percepciones del equipo, además de sentirlas muy importantes para su nueva percepción de sí misma.

Existe un reconocimiento de los hechos mostrados por Cecilia en los ámbitos: productivo (el negocio y las materias pendientes del bachillerato; en sus proyectos personales (la boda) y sus aportaciones y cambios para las relaciones armoniosas (familia propia).

Se propone el cierre del proceso basándose en la retroalimentación manejada. Y se proyectan dos sesiones de seguimiento para acompañar el curso de sus proyectos principales.

Sesión 15

La sesión de seguimiento transcurre sin contratiempos, se reafirman los elementos revisados en la sesión anterior. Cecilia coincide en la permanencia de las ideas y las sensaciones que se comentaron previamente.

Se realiza una retroalimentación del proceso. Resaltando los cambios que Cecilia logró desde sus propios recursos y avocándose a plantearse proyectos desde estos recursos que fueron dejando de lado la influencia de factores externos y de percepciones sobre sí misma, que actualmente se han modificado en su beneficio. Se oficializa el cierre del proceso.

3.1.2.1. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención al caso 2

Análisis desde el Modelo de Soluciones y Narrativo

Descripción de la paciente

Cecilia es una joven de 19 años que vive con sus papás (ambos de 54 años de edad) y con su hermana de 22 años. Cecilia parece de menor edad de la que tiene. Se muestra accesible a la entrevista aunque se advierte cierto nerviosismo al entrar a consulta. Cecilia trabaja empleada en una cadena de neverías, además de estudiar el bachillerato. Pertenece a una familia tradicional en la que el padre es comerciante y proveedor principal, la madre se dedica a las actividades del mantenimiento y administración del hogar.

Motivo de consulta

Sensación de tener problemas emocionales y escolares.

No poder terminar el bachillerato.

Postergación de planes personales.

Conflictos relacionales con hermana.

Objetivos terapéuticos

Desde el modelo de Soluciones

Explorar la vivencia del paciente acerca de la problemática y sus intentos de solución.

Identificar y movilizar los recursos de Cecilia.

Ampliar los contextos en que ejecuta adecuadamente sus recursos y habilidades.

Producir cambios pequeños y re definir objetivos desde el sistema terapéutico.

Delimitar objetivos asequibles y en concordancia con las reflexiones de Cecilia.

Normalizar la sensación de aflicción ante la problemática vivida.

Involucrar las relaciones familiares como parte de la solución y desarticular las creencias de obstaculización de las mismas.

Desde el modelo Narrativo

Identificar la narración dominante sobre la cual intervenir en una alternativa coconstruida en el proceso.

Elaborar una perspectiva de la visión que Cecilia cree que su familia tiene sobre ella, para definirla de manera concreta en un concepto manejable desde el discurso.

Externalizar ese concepto y cuestionar los significados que contribuyen a la sobrevivencia y mantenimiento del problema.

Acercar a Cecilia a la vivencia de una problemática menos constante y menos restrictiva.

Construir una audiencia externa que avale los recursos y excepciones útiles en la expresión comportamental y emocional de Cecilia fuera del problema experimentado al inicio del proceso.

Comentarios y observaciones

El presente caso requirió la intervención de un enfoque familiar desde la modalidad de intervención individual, en el análisis de requisiciones, la Administración del Centro de Atención juzgo pertinente canalizar a Cecilia a la residencia de Terapia Familiar debido a que en su solicitud hacía referencia a conflictos con su hermana. A partir de esa alusión, se planteó el caso como potencialmente abordable por este enfoque familiar.

Por otro lado, dado que el proceso de Cecilia se realizó a lo largo de dos semestres, fue necesario considerar la adecuación de la intervención a los modelos revisados (modelo de soluciones y modelo narrativo). Las características de ambos modelos fueron juzgadas por la supervisión y el equipo terapéutico como adecuados para ser compaginados en el proceso.

Intervención desde el Modelo de Soluciones

Las dos primeras sesiones se llevaron a cabo desde la premisa del modelo de soluciones que considera al proceso de la entrevista como intervención. El uso de técnicas de entrevista centradas en las soluciones dirige su objetivo a que los clientes experimenten cambios importantes en la forma de ver su situación. Cecilia pudo encuadrarse de manera adecuada a este estilo de cuestionamiento desde las primeras sesiones.

Las preguntas que se formularon llevaban la intención de generar información sobre el encuadre que el cliente hace de su situación y también para construir un lenguaje dirigido a las soluciones creando expectativas de cambio que desconcentren la vivencia de falencia o de problema.

A lo largo de estas primeras sesiones, se utilizaron las técnicas que permiten construir una percepción de solución asequible respecto del problema que se describe. Contemplaba centrar la atención de Cecilia en excepciones, soluciones y recursos, para posteriormente normalizar las experiencias y definir objetivos concretos.

Intervención	Objetivo	Efecto en el proceso
Unión	Mostrar un interés genuino por los clientes y ayudarles a sentirse cómodos, se evita la confrontación y los temas de conversación en los que es probable el desacuerdo	Cecilia pudo explayarse en su motivo de consulta y exponer gradualmente otras esferas de su interés, más allá de la preocupación académica.
Breve descripción del problema	Extraer información sobre las excepciones al problema.	En este tipo de intervenciones, Cecilia se escuchó nombrando esferas de su vida en que las cosas funcionaban adecuadamente y su rendimiento le satisfacía.
Excepciones al problema	Obtener información acerca de lo que se necesita para resolver el problema. Orientar respecto a lo que el terapeuta considera que es importante saber.	En este caso, Cecilia expuso que en realidad le afectaba mucho cómo la juzgaba su entorno, más que no obtener la acreditación del bachillerato. Se revela una cuestión relacional
Normalizar y despatologizar el problema	Considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal o cotidiano en vez de algo psicológico o patológico.	Las situaciones que Cecilia juzgaba como “problemas serios” se fueron normalizando como relaciones de adaptación

		en la familia y como demasiada presión en obtener el bachillerato como para ejecutarlo tranquilamente.
Definición de objetivos	Plantear cambios pequeños y concretos, de ser posible cosas observable	Cecilia modificó gradualmente sus objetivos llevándolos a un plano más realista, y de mayor control de los mismos. Además de que se fijaron metas más cortas que se enlazaban en la sensación de soluciones.

La importancia que reviste para el modelo de soluciones los cuestionamientos, los convierten en herramientas de intervención por sí mismos. En el proceso de Cecilia hubo oportunidad de utilizar distintos tipos de preguntas dirigidas a intervenir en sus objetivos.

El siguiente cuadro ilustra dichas intervenciones:

Tipo de pregunta	Ejemplo	Dirigido a
Preguntas de encuadre	¿En que acciones de tu vida diaria notas sentirte deprimida?	Obtener una información clara sobre las implicaciones conductuales de esta sensación de depresión y colocar a Cecilia en la atención de sus acciones.
Preguntas orientadas al futuro	¿en qué aspectos mejorará tu vida una vez que concluyas el bachillerato o mejore la relación con tu hermana?	Conducir a Cecilia hacia la visión de la solución, su asequibilidad, y la el alejamiento de la percepción de problema
Preguntas reflexivas	¿Tu hermana hace cosas que tu deseas hacer por tu	Permitir que Cecilia haga una reflexión sobre lo que está en

	<p>cuenta?</p> <p>¿Qué conductas haces que refuerzan al idea de tus papás de que eres una niña?</p>	<p>ella y refuerza la sensación de aflicción.</p>
Preguntas presuposicionales	<p>¿Cómo has logrado acreditar las demás asignaturas?</p> <p>¿Cómo logras cumplir cabalmente tus funciones laborales?</p>	<p>Facilitar que Cecilia observé recursos ya ejecutados y que se aíslan al momento de afligirse o preocuparse por lo que ocurre en este momento</p>
Preguntas presuposicionales referente a las excepciones	<p>¿Qué es diferente cuando hay buena relación con tu hermana?</p> <p>¿En qué ocupas tus ideas cuando no te fijas en lo que hace tu hermana?</p>	<p>Dirigir las consecuencias positivas de actuar diferente. Cecilia puede ampliar su perspectiva de cambio mirando los beneficios de las excepciones</p>
Preguntas de avance rápido	<p>Cuando te hayas organizado en tus prioridades y en lo que depende de ti para que las cosas ocurran, ¿cómo te vas a sentir anímicamente?</p>	<p>Permitir que Cecilia se ubique ya en el momento de cambio aun cuando no han existido pasajes parecidos en otro momento.</p>
Pregunta de la escala	<p>Piensa en cómo te sentías en las primeras sesiones, ¿qué tanto ha cambiado tu sensación de aflicción. Del 1 al 10</p>	<p>Ubicar a Cecilia en su propio proceso de cambio, en cuanto a su sentir, además de las cosas reales que habían ocurrido desde el inicio del proceso.</p>

Objetivos dirigidos

Las intervenciones realizadas en este proceso se concentraron en dos vertientes torales:

Modificar la forma de actuar de Cecilia en relación con algunos miembros de su familia –como su hermana y su mamá-, modificando la manera en que ella se relaciona con ellos. A raíz de esto, ella consiguió gradualmente encontrar respuestas distintas de sus familiares, por lo tanto dejaba de tener la sensación de

que la tratan como un “niña”, “inmadura”, “indecisa”, o bien, que su vida era aburrida y poco interesante, sobre todo en comparación a lo que hacía su hermana.

La otra vertiente de intervención se dirigió a cambiar la forma de percibir el problema; Cecilia vivía su bachillerato inconcluso como un fracaso personal altamente significativo, además de que ese pendiente, la cubría con una sensación de incapacidad e inutilidad en otras esferas de su vida personal y productiva.

De manera procesal Cecilia fue capaz de mirar diferente las actividades que llevaba a cabo de manera efectiva, como su colaboración en el mantenimiento de la casa, sus funciones laborales, además de la importancia que Cecilia le restaba a su entorno social, como el mantener una relación equilibrada de noviazgo; lo cual le permitía experimentar relaciones distintas a las familiares y enriquecían la costumbre arraigada de competencia y sumisión a la que estaba acostumbrada con las mujeres de su familia.

Inicialmente, Cecilia estaba interesada en dejar de sentirse triste y deprimida por la situación que imperaba en ese momento de su vida, concretamente las relaciones familiares y los proyectos académicos inacabados. Al dirigir las intervenciones a reencuadrar esta percepción, el patrón de queja se modificó, llevando el interés hacia las soluciones inmediatas que Cecilia iba obteniendo así como a las actividades y conductas que contradecían esta percepción. En este sentido, también algunos puntos de las relaciones familiares dejaron de concentrarse en el conflicto o la competencia, dejando espacio para la empatía y la distinción de estilos y proyectos personales como algo posible y válido.

Con esta intervención, la tasa de la queja también empezó a disminuir, es decir el tiempo de sesión que Cecilia ocupaba en lamentarse o hablar de sus familiares, se

ocupó cada vez más en reflexionar sobre sus excepciones y recursos hasta esos momentos inactivos o reducidos.

Gracias a la intervención dirigida a reducir el espacio físico en que ocurre la queja. Las disertaciones de Cecilia dejaron de ocupar excesivamente lo referente al entorno de su vida familiar. Dando paso a otros espacios de interés para ella, pero opacados por ella misma.

En lo referente al contexto de la queja, Cecilia pudo modificar su interés en apresurar la acreditación del bachillerato, situación que ejercía una presión colaboradora de su auto percepción de inutilidad. Mientras enfocaba su solución a obtener el grado, vivió una aflicción reducida a ese evento, conforme modificó el contexto de su solución –es decir que no dependía del grado para sentirse mejor– se permitió atender otras áreas de su vida que colaboraron en la sensación de bienestar.

Como lo indica el modelo de soluciones, es crucial evitar no estancarse en la queja del paciente, en este sentido, se cuidó hacer en cada sesión la referencia a cambios y excepciones que resultaban de la planeación de las preguntas y de la exploración de su cotidianeidad. Tal vez esta parte de la intervención reportó el mayor esfuerzo en la relación terapéutica ya que Cecilia tenía muy arraigada la percepción de que los procesos terapéuticos están contruidos para verter quejas y aflicciones esencialmente.

Existieron dos modalidades de intervención que abonaron significativamente al cambio en Cecilia, ambas resultaban delicadas de realizarse por el riesgo de caer en la autocomplacencia. Sin embargo, el trabajo coordinado del equipo terapéutico permitió que se revisaran claramente las intervenciones dirigidas a estos puntos. Finalmente se puede decir que tuvieron el efecto deseado y se vieron respaldadas por las acciones concretas que Cecilia fue realizando como reflejo de estas miradas externas.

Las intervenciones colaboradoras se refieren en el siguiente cuadro:

Pausas	Permite al terapeuta subrayar comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen. Importante y concluyente. Prescripción de tareas.	Para Cecilia las pausas fueron fundamentales ya que le brindaron una mayor estructura sobre la utilidad de resumir sus reflexiones y encausar en un continuo a través de las sesiones. Las tareas cumplieron esa misma función.
Elogios	Localizar y destacar tendencias positivas; al proporcionar el feedback el terapeuta señala a los clientes lo que ya han hecho para empezar a resolver el problema.	Cecilia se mostró incómoda ante los elogios, y éste trabajo permitió que reflejara su auto percepción y pudiera modificarlo.

Intervención desde el Modelo Narrativo

Las sesiones subsecuentes se llevaron a cabo bajo la supervisión e implementación del Modelo Narrativo. De tal manera que fue necesario idear la forma en que ambos modelos se articularan para que no existiera un desfase en lo que Cecilia llevaba trabajado. Asimismo se requería una adaptación adecuada a los nuevos planteamientos que se estarían aplicando desde este modelo.

La base de las intervenciones se trazaron a partir de la auto definición de Cecilia en la que ella hablaba de sí misma como alguien insegura e incapaz de realizar algunas cosas de su interés - como los exámenes de la escuela o las tareas domésticas-, y que además lo vivenciaba como un problema.

Fundamentado en las preguntas de influencia relativa, la exploración se dirigió a la vida de Cecilia; es decir, cómo y en qué circunstancias le afectan la inseguridad y las ocasiones en que no es capaz de realizar una actividad.

Posteriormente fue posible dirigir el proceso hacia los logros aislados para que Cecilia identificara las situaciones en las que no esté presente la inseguridad o la incapacidad de realizar algunas cosas.

Una vez establecido el mapa de relación que ella misma pudo identificar y aceptar como algo importante, fue posible elaborar una nueva descripción de la situación vivida. El resultado concreto de esta intervención fue contradecir la descripción saturada que Cecilia tenía de su problema.

Algunas preguntas colaboradoras de estos logros aislados fueron:

¿Puedes recordar alguna ocasión en la que pudiste cocinar sin dificultades?

¿Durante tu etapa escolar, qué materias aprobabas satisfactoriamente?

¿Cómo conseguiste imponer tu punto de vista sobre la de tu papá, cuando te hablaba de tu peso?

¿Qué vio en ti, tu anterior jefe para contratarte nuevamente en el negocio de las paletas?

¿Cuáles de las metas que has logrado en estos últimos días, crees que sorprenda más al equipo?

¿Quién más de tu familia pudo advertir que has estado inscribiendo los exámenes que vas a presentar?

¿Qué dicen de ti estas actividades que has logrado concretar en lo referente a tu boda y al negocio que llevas con tu novio?

¿Qué crees que podría pensar yo ahora que me has platicado la seguridad con la que defendiste tu opinión en tu casa?

Las intervenciones en esta fase narrativa también estuvieron matizadas por la actitud del terapeuta. Su postura ante el proceso y la información que se vertía en las sesiones cumplieron con las indicaciones del modelo, que dictan estas posturas como una forma de contribuir a una construcción compartida el cambio, con un énfasis importante en la agencia de cambio del paciente. Las posturas se refieren a:

La no expertez

Desde esta postura, la conversación se volvió más cordial y Cecilia se vivió sin la necesidad de agradar al terapeuta o sin tratar de ocultar otras cuestiones de su área de preocupación con el propósito de evitar la desaprobación. No obstante su efecto positivo, ésta intervención tuvo el riesgo de que Cecilia tardara un poco en enrolarse en el compromiso de ser su propio agente de cambio.

Agenda compartida

En el caso en que pudiéramos pensar en la existencia de una agenda, ésta tuvo la particularidad de contar con el interés de Cecilia y finalmente lo que ella traía a terapia como tema de conversación es lo más importante a pesar del plan terapéutico que se hubiera esbozado conjuntamente al equipo terapéutico.

Co construcción

Con esta intervención Cecilia pudo reflexionar cuáles realmente eran sus aflicciones y cuáles eran impuestas por sus relaciones familiares. Se colocó en la idea de que ella conoce muy bien lo que le aflige, a esto se sumó la validación del terapeuta en dichos proyectos, por lo tanto, el trabajo terapéutico y sus resultados son responsabilidad de ambas partes.

Curiosidad

La actitud de genuino interés por los temas que los clientes manejen está en relación con la ayuda que se puede proporcionar. En ciertos momentos del proceso, Cecilia parecía banalizar sus propios temas conversacionales o que al mirarlos resueltos en otras personas (como sus amigas y hermanas) le resultaban vergonzantes de abordar. La curiosidad con que se abordaron, proporcionó una importancia adecuada a su identidad, además de que fue un indicativo de la relación que se está dando en el espacio terapéutico.

Compartir experiencias personales

Aparte de las intervenciones que tienen que ver con los conocimientos clínicos, fue posible aplicar la intervención recomendada por el modelo respecto a compartir experiencias personales que descargaban de ansiedad a Cecilia por estar viviendo postergaciones comunes en muchas otras personas.

Crear y no corregir

Ante la insistente postura de Cecilia por auto descalificarse, esta intervención resultó muy importante ya que por un lado, cambió su costumbre de escuchar reprimendas o correcciones, y por otro lado le instaló la responsabilidad de crear ajustes o nuevos proyectos respecto a lo que se enlistaba como sus quejas.

Externalización del problema

Una intervención recurrente en este proceso fue la externalización del problema, un abordaje terapéutico que insta a personificar los problemas que oprimen, generando una entidad separada fuera de la persona o la relación –esto colaboró mucho en disminuir la importancia que Cecilia colocaba en la relación con su madre y hermana- asimismo es útil en la disminución de la sensación de “portar” el problema o incluso de “encarnarlo”.

Algunos resultados de esta intervención fueron:

- La disminución de los conflictos personales sobre la responsabilidad del problema colocándolo afuera en descargo de las relaciones familiares. Además de cosificar la identificación del problema.
- Cecilia experimentó una disminución en la sensación de fracaso ante la persistencia del problema. Concentrando su energía en hacer o dejar de hacer cosas para evitar que se presentara esa circunstancia de “inmadurez”. En abstracto, era una alianza consigo misma para combatir un agente externo que no tenía que ver con su propia identidad.

De esta manera Cecilia modificó gradualmente la percepción que tenía de sí misma, cambiando las versiones que dominaban sobre el concepto de su persona,

tales como incapaz, inútil o insegura. Los eventos extraordinarios fueron poblando su descripción personal alimentando una nueva identidad.

En este mismo sentido, Cecilia fue explorando quienes avalaban su narrativa y un cambio importante fue la audiencia que ella misma reconstruyó en su entorno familiar al mostrarse diferente, lo cual tuvo el efecto de contravenir esa imagen de inmadurez que la familia le adjudicaba, este cambio se reforzó en el sistema terapéutico través del mensaje final que envió el equipo.

Análisis de la propia intervención y del propio trabajo terapéutico

En el inicio del proceso se observaron dificultades para establecer una relación terapéutica dirigida al modelo de soluciones. El contenido de las sesiones divagaba en aspectos sociales de Cecilia sin que se dirigieran estratégicamente las intervenciones. De acuerdo al modelo de soluciones, estaba ocurriendo una desatención a los objetivos del tratamiento. Las observaciones del equipo terapéutico hacían notar la necesidad de establecer claramente estos objetivos y utilizar esta divagación como una replicación en el espacio terapéutico, de la propia desidia a la que en ocasiones, Cecilia hacía referencia.

En otros momentos Cecilia acusaba problemas para articular las reflexiones entre sesiones, sobre todo aquellas que se referían a las excepciones y a los logros relacionados con la contradicción de sus quejas, esto, aunado a la resistencia que reconocí en mí para tornarme en ocasiones más directivo, retrasaron un establecimiento más temprano de alianza terapéutica que avanzara fluidamente en la búsqueda de soluciones.

El apoyo del equipo terapéutico fue fundamental para sumar voces que contradijeran las historias dominantes de Cecilia, además de enviar mensajes fundamentados respecto a sus recursos.

En general fue un proceso satisfactorio en la participación dual, tanto de Cecilia en su compromiso para encontrar soluciones y de mi parte respecto a responder al

reto de realizar una intervención individual sin dejar la perspectiva familiar y holística que permitió un cambio en distintas esferas de la vida de Cecilia.

3.1.2.2. Análisis y discusión del tema: patriarcado familiar y vínculos afectivos entre varones

Los diversos conceptos que se han derivado de los estudios de género, entendidos éstos de manera resumida como los procesos de socialización que conducen a diferenciar culturalmente a las mujeres y a los hombres; a la construcción de distinciones más allá de lo biológico, que incluyen prácticas y mandatos socioculturales que generan expectativas de comportamiento y expresiones respecto a los individuos de acuerdo a su sexo biológico, han significado una invaluable aportación del movimiento feminista y son el resultado de un larga reflexión basada en la necesidad de evidenciar estructuras y esquemas desiguales que han fortalecido y perpetuado la hegemonía de lo masculino.

Las distinciones de género han colocado al rol cultural de los varones como representantes del poder y por lo tanto libres de cuestionamiento. Los constructos de género respecto a lo masculino evoca roles atribuidos e impuestos sobre lo que debe ser un hombre, cómo se debe comportar y las conductas y actitudes que legitimarán la pertenencia o acercamiento al ideal masculino.

En tal caso las características dominantes para mostrar pertenencia al género masculino, se refieren a la fuerza, la violencia, la agresividad, el control de las emociones, la inhibición de sentimientos como la ternura, la tristeza o el dolor; así como la sabiduría orientada al reconocimiento público, la corrección o instrucción de los demás y la consecución de logros como resultado de la competencia.

La característica primordial de los elementos que conforman la identidad masculina es que no se trata de factores innatos o predeterminados biológicamente. Es decir que estamos ante rasgos que son culturalmente aprendidos y transmitidos generacionalmente.

La identidad masculina se construye a partir de las diferencias, se distancia de diversos elementos en función de ser reconocida y distinguida. Así, tenemos que de entrada se es varón a partir de no ser mujer y de contar diferenciadamente con un pene; resulta sumamente simbólica la importancia que la cultura otorga al sexo antes y en el momento del nacimiento, lo cual desemboca en un privilegio para los varones desde el inicio de su desarrollo. Tal privilegio marca una necesidad implícita para mantener ese distanciamiento en función de conservar la hegemonía por encima del género femenino. En un primer plano queda plasmada esta necesidad apartarse respecto a las mujeres como elemento inicial de la construcción identitaria, necesidad que puede ser cubierta a través de la conquista hacia las mujeres como sometimientos simbólicos en el mejor de los casos, cuando no a través del dominio por demostración de superioridad física, intelectual, económica, cultural, etcétera.

La posición privilegiada otorgada a los varones ha impedido que nazca un interés o necesidad de poner en cuestionamiento la identidad masculina. Y bajo el precepto de que el poder no se cuestiona, resulta entendible este prolongado aplazamiento de parte de los varones por revisar la manera en que se ha construido socialmente el ser hombre, así como la responsabilidad que implica esta transmisión cultural en el estado actual de la desigualdad social.

Este panorama revela que la identidad masculina es un camino dominado por la evitación de ser o parecerse al género femenino. La constante lucha por no mostrarse como su contraparte genérica ha moldeado la construcción identitaria de los varones, además de que, a diferencia de la construcción femenina, ésta nace de lo dado naturalmente y se privilegia de los códigos socio culturales que

colocan al varón en un sitio dominante y sin la necesidad de cuestionarse o construir su identidad. Como resultado de las disertaciones y avances significativos del movimiento feminista, se han desnudado diversas particularidades de la identidad masculina; algunas como consecuencia de lo que los propios varones se han decidido a retomar en un camino propio de estudios de género a partir del trabajo femenino, y las más, como resultado de la transformación relacional, cultural y socio económica que ha empezado a colocar a los varones en un estado de vulnerabilidad ante el cambio femenino, viviendo un reacomodo que va dejando gradual y generacionalmente a los varones en una identidad arcaica que cada vez responde menos en los hechos, al dictamen de representaciones sociales entre géneros.

Un rasgo significativo de estos incipientes estudios de género sobre lo masculino, nos habla de una masculinidad hegemónica dominante. Un molde imaginativo al que los varones deben aspirar y acercarse con ahínco en función de colocarse lo más cerca posible del privilegio social. Es decir, el mandato social, establece parámetros de raza (ser hombre blanco), de estado civil (ser hombre rico) de orientación sexual (ser hombre heterosexual), de estado civil (ser hombre casado legalmente y a través del ritual religioso dominante) de descendencia (ser padre, de preferencia con algún hijo varón) y de reconocimiento social (ser hombre con actividad pública reconocida y concordante con su rol de género). Por debajo de este modelo hegemónico, se ubican un sinnúmero de masculinidades que socialmente son degradados por el juicio social y se alejan de los privilegios sociales con que cuenta el rol masculino hegemónico. Por lo tanto, podemos observar que entre varones se presentan comportamientos o estilos de vida que no sólo se alejan del rol tradicional, si no que son juzgados como femeninos o exclusivos de dicho género.

Para ilustrarlo podemos atender a Saltzman Chafetz (1974) quien describe 7 áreas de la masculinidad en la cultura general:

1. Física: Viril, atlético, fuerte, valiente. Sin preocupaciones sobre la apariencia o el envejecimiento.
2. Funcional: Se gana el pan, provee para la familia.
3. Sexual: Sexualmente agresivo, experimentado.
4. Emocional: No es emocional, estoico, no llora.
5. Intelectual: Lógico, intelectual, práctico, racional, objetivo.
6. Interpersonal: Líder, dominante, imparte disciplina, independiente, libre, individualista.
7. Otras características personales: Encaminado al éxito, ambicioso, agresivo, orgulloso, egoísta, moral, confiable, decidido, competitivo, inhibido, aventurero.

En el transcurso de la construcción de identidad masculina, los varones padecen su camino hacia la semejanza de la hegemonía. La consecuencia de vivir una identidad que necesita no sólo alcanzar un estatus a través de la competencia, sino que además, debe reafirmarse y mantenerse en la cima en todo momento, tiene como resultado, la afectación de diversas áreas de su vida, tales como la emocional, la económica, la fisiológica, y la relacional. Consecuentemente, podemos afirmar que lo tocante a las relaciones sociales indica que los vínculos relacionales y afectivos de los varones también deben regirse por la meta común de erigirse en la supremacía de la identidad.

En función de dedicar toda su energía, y disponibilidad a la producción, el varón se ve en la necesidad de alejarse del mundo de las emociones. Se encuentra ante la necesidad de construir un estilo de expresión emocional entre pares, libre de manifestaciones afectivas que tradicionalmente se asocian con la feminidad, (la ternura, la receptividad, la sensibilidad, el miedo, la pasividad, la vulnerabilidad, la intuición, entre otros), pero que al mismo tiempo representen estilos comportamentales afectivos con un alto grado de bienestar y buen trato entre personas que se estiman. La paradoja es la que se encuentran los varones ante la imposibilidad de permitirse expresar abiertamente su erotismo y afecto entre

iguales, ha conducido a códigos afectivos basados en la fuerza física, el reconocimiento y respeto de los logros ganados por cada uno (propiedades, reconocimientos, parejas, etc) y sobre todo, de un distanciamiento corporal y expresivo, que no levante sospecha de estar expresando estilos femeninos en su vida afectiva.

La constitución de una familia en torno suyo, es uno de tantas consignas sociales que viven los varones. Tradicionalmente las familias mexicanas se han erigido bajo el mandato y guía del varón. Es decir que las familias han heredado el sistema patriarcal. Dicho sistema patriarcal que deriva del significado griego mandar, remite al concepto de que el varón recibe *“el derecho de mandar basándose en la supuesta superioridad biológica y social que se ha impuesto de proveedor, protector, existe una dominación tanto psicológica como de origen sexual que asegura así el control de la mujer”*.

Con el establecimiento del patriarcado, se reduce notablemente la posibilidad para los varones respecto a la ternura, la expresión de sentimientos y por lo tanto a la capacidad de crianza. La necesidad de atender la vida pública y la hipervaloración de las funciones no domesticas alejaron gradualmente al varón del contacto socio afectivo para con sus hijos e hijas. De esta manera la organización de la familia tradicional nuclear dictamina claramente los roles de género para padre y madre. En esta organización, al varón se le confieren las actividades públicas y de provisión de recursos; se fundamenta la reafirmación y excusa de la ausencia de estilos parentales afectivos, tiernos, y dirigidos a nutrir emocionalmente a la descendencia.

En las organizaciones familiares se replican y retroalimentan los patrones desiguales de género. En las relaciones familiares se distribuyen los roles tradicionales y se manda el mensaje de asumirlos y de equilibrarse de la mejor manera en su ejecución instrumental y afectiva. Los desajustes en este acomodo

sociocultural de género al interior de las familias devienen naturalmente en conflictos relacionales que contradicen la estrechez de los roles antes descritos.

Desde los acercamientos tradicionales del ciclo vital de la familia, se advierte la importancia de transitar de la mejor manera los retos y encomiendas de crecimiento que cada etapa supone y particularmente en el sistema compuesto por hijas o hijos adolescentes, queda claro que la confrontación de modelos impuestos y normas son cuestionados necesariamente.

Esta condición potencial de conflicto cobra mayor importancia si la revisamos desde las confrontaciones que se presentan en el subsistema parento filial de varones de las familias. El momento de transición de una etapa a otra es un momento de crisis, en el cual los miembros de la familia tienen la clara percepción de que las reglas con que se venían manejando ya no sirven y que aún no han surgido de ellos, otras nuevas que las reemplacen.

El acercamiento afectivo y las muestras físicas y verbales de amor se van particularmente modificando conforme los hijos e hijas alcanzan la adolescencia, dichas modificaciones son más evidentes respecto al género. Esto implica que los vínculos entre los hombres del sistema familiar fortalecen las prácticas ya descritas de reafirmación de género, y van erosionando la cercanía afectiva que pudo existir en edades más tempranas de los hijos abandonando prácticas como la sensibilidad y el contacto tierno.

La familia Escalante estaba viviendo al momento de su arribo al Centro de Servicios Psicológicos precisamente este momento de transición en el que se veían drásticamente modificados los estilos de abordaje de disciplina de parte de los padres. Estructuralmente la familia se había acomodado adecuadamente en torno a este sistema patriarcal descrito, Alberto no había experimentado con anterioridad que sus métodos de disciplina fallaran. Históricamente, la familia se había compaginado y complementado en cuanto a distribuirse la jefatura familiar de acuerdo a los roles sociales tradicionales, es decir ella nutriendo afectivamente

y abierta al diálogo, mientras que él estableciendo límites innegociables y dictaminando las reglas, es decir la secuencia que describieron antes de vivir esta crisis, hacia referencia precisamente a una cercanía más afectiva por parte del padre, misma que se fue diluyendo conforme ambos hijos entraron a la etapa adolescente, una descripción muy gráfica de la madre fue que su esposo se “endureció”.

De acuerdo con los conceptos previamente desarrollados, resulta claro que las relaciones afectivas de este subsistema parento filial experimentaron un cambio radical sin que mediara una explicación o entendimiento mutuo que los colocaba no sólo en un distanciamiento afectivo, sino también en una confrontación resultante de la ineficacia de los métodos disciplinarios otrora efectivos.

El desequilibrio de la familia empezó por bajo desempeño escolar y disciplinario de los hijos, un área del sistema que puede considerarse trascendental debido a las altas expectativas que la jefatura familiar estableció en ese rubro. Adicionalmente a ello, se debe tomar en cuenta que los logros académicos significaban una aprobación de parte del padre y al dejar de responder a esta demanda parental, uno de los pocos vínculos afectivos queda cancelado dando paso a una confrontación que en la adolescencia es necesaria y que bajo este contexto, resulta abiertamente declarada.

Dentro del juego familiar y concentrado únicamente en la respuesta emocional del subsistema parento filial, resulta claro que el padre reclama una respuesta afectiva de parte de sus hijos a través del vínculo que queda entre ellos, que está representado por el rendimiento académico y la disciplina, él les pide que le *demuestren que lo quieren y valoren su esfuerzo cumpliendo en la escuela*. Dentro del sistema patriarcal de esta familia, la madre entra en el juego apoyando la petición del padre y ejecutando su aportación acorde al rol tradicional de género. Su participación se refiere a mediar entre ambos subsistemas pidiendo que se comprendan mutuamente e intenta convencer sobre todo al hijo mayor quien tiene

una confrontación más fuerte con el padre, que es errónea su percepción de no ser querido. A pesar de que ante los hijos reafirma la posición jerárquica del padre, en diálogos de pareja le refleja la sensación de que afectivamente se ha distanciado de los hijos.

La cadena de sucesos familiares que conforman el distanciamiento afectivo del subsistema paterno filial vivió una escalada que tuvo como punto crítico la confrontación al padre a través de la identidad de género. A la luz de la reflexión de los estilos afectivos y la anulación de la transmisión de emociones entre los varones de las familias, el suceso presentado por la familia Escalante referente a que el hijo mayor usara prendas íntimas de la madre, significa una confrontación extrema a la estructura patriarcal. La tensión que provocó dicha situación trastocó aún más la relación del subsistema y abrió una nueva ruptura identitaria con los mandatos del sistema patriarcal. El enfrentamiento fue a un grado más alto. El conflicto Inicial concerniente a responder adecuadamente en la escuela, se vio rebasado completamente por el sobresalto que ocasionó la experimentación de los hijos con la ropa femenina.

La construcción de la identidad masculina representa para esta familia una piedra angular en la conformación de la seguridad individual. El padre desde su posición de autoridad dejó muy claro en las sesiones que su gran mérito había sido sortear y enfrentar las adversidades desde la infancia y a esa circunstancia le atribuye su seguridad familiar y económica actual. Por otro lado, el sentido de identidad masculina que se venía gestando en la familia contaba con la aprobación de todos sus integrantes, sin embargo, el endurecimiento del padre ante las primeras confrontaciones de los hijos, fue conduciendo a actos que cada vez desafiaban más esta organización y sus acuerdos tácitos de cómo construirse como varones en esta familia.

Independientemente de las motivaciones o el curso que terminarían teniendo las prácticas exploratorias del hijo mayor sobre el uso de la ropa femenina, es muy

evidente que representaban un cuestionamiento y un mensaje desaprobatorio a la imposición de una sola forma de construir la identidad masculina. La descalificación y negación inicial del padre hacia las prácticas que desajustaban su esquema tradicional de género, iba reforzando la respuesta desequilibrante que los hijos esperaban provocar en el padre, el enfado del padre no permitía abrir una vía de comunicación que cuestionara tal desaprobación, incluso ante la evidencia de que las prácticas sexuales no eran en sí mismas transgresoras de la ley o significaban un perjuicio de terceras personas (salvo en los casos en que eran robadas a la madre).

Las intervenciones que tuvieron una buena acogida por parte del padre, eran las que se dirigían a la parte racional, es decir a las que proporcionaban información sobre el carácter exploratorio de las prácticas sexuales de los hijos, lo cual es compatible con el mandato social que hay hacia los varones de dar prioridad al raciocinio. El padre incorporó la información y aceptó los argumentos brindados en las sesiones, sin embargo, el área afectiva estaba cerrada respecto a involucrarse empáticamente con las necesidades de sus hijos para con esta vivencia erótica de las prendas. La afrenta respecto a contradecir los mandatos patriarcales pesaban más que los vínculos afectivos del subsistema.

En este punto de confrontación, ambos subsistemas habían optado por modificar superficialmente algunos aspectos de sus posturas en función de responder a las intervenciones del proceso que los iban conduciendo a ceder posturas rígidas y conceder en modificaciones que implicaban un reconocimiento a las necesidades de la contraparte. Los aspectos se referían enteramente a la disciplina y el rendimiento escolar; la parte afectiva seguía cancelada, sin embargo las posiciones jerárquicas estaban salvadas y como en todo sistema patriarcal, son suficientes para mantenerlo en equilibrio. Asimismo, el simbolismo que representa no ahondar en la vida sexual, ejemplifica claramente la ineficacia masculina para adentrarse en las motivaciones, sensaciones y emociones de lo que implicaba la vivencia de los hijos respecto a su exploración sexual; por el contrario, la

respuesta adaptativa más eficaz en este subsistema era comprender la necesidad de la vida sexual adolescente y volver a concentrarse en las demandas que abiertamente pueden manejarse desde la relación masculina.

El deceso del hermano del padre resulta trascendental para el acomodo en las relaciones masculinas de este sistema familiar. Una de las resultantes significativas tiene que ver con la reacción emocional del padre ante este suceso. La familia actuó como contenedor emocional del padre, quien se resistía a mostrar un debilitamiento en su figura patriarcal, el acogimiento recibido pudo permitirle entrar en contacto afectivo y emocional con sus hijos, tal vez en una estructura inesperada para ambos subsistemas y libre de secuencias conocidas que los conducían al mismo acomodo racional y de relaciones que garantizaban y validaban el sistema patriarcal sin amenazar cambios trascendentales ni exigir modificaciones a los roles asumidos culturalmente.

El padre pudo corroborar con la muerte de su hermano, que la transmisión generacional de la cultura patriarcal conservaba el mismo mandato de anular las expresiones afectivas y la nutrición emocional entre varones; en este caso como parte del subsistema fraterno, le implicaba un gran remordimiento las ausencias afectivas con su hermano. Pudo compartir esa sensación en presencia de sus hijos varones.

Los movimientos que paulatinamente había realizado el padre durante el proceso conducidos hacia una mayor sensibilización y aceptación de las manifestaciones contradictorias que se fueron presentando en la familia y sobre todo aquellas que contradecían el mandato socio cultural de los roles de género tradicionales. La vivencia terapéutica de la familia sin duda alguna significó un trastocamiento a la estructura patriarcal en que estaba fundamentada su identidad. La apertura a distintas maneras de relacionarse dentro del subsistema fraterno filial amplió las perspectivas de afecto existente en la familia y mostró alternativas para afrontar

conflictos sin desatender la nutrición emocional sin que el sistema patriarcal que les funcionaba adecuadamente, se viera amenazado.

3.1.2.3. Análisis del sistema terapéutico total

El marco de interacción en el que se desarrolla la terapia familiar sistémica incluye la participación activa y la colaboración conjunta de un gran número de personas que influyen dentro del proceso terapéutico.

El sistema terapéutico incluye distintos elementos que interactúan entre sí para lograr objetivos positivos y beneficiosos para la población. Dicho sistema está formado por dos polos:

- El polo terapéutico (supervisor, equipo y terapeuta).
- El polo paciente-familia-escuela-comunidad; también se le ha dividido en sistema observante (equipo y supervisor) y sistema observado (terapeuta y familia).

El equipo terapéutico devuelve información desde distintas perspectivas que enriquecen la experiencia de aprendizaje, además de que da acceso a diferentes puntos de vista determinados por la historia personal (sistema de creencias) y académica de cada uno de los miembros del equipo que ayudan a construir una perspectiva más rica de cada caso abordado.

El trabajo en el sistema terapéutico total conformado por el supervisor, el equipo, el terapeuta y la familia exige de los terapeutas integrar el conocimiento teórico, habilidades clínicas como la observación y habilidades de tipo ético, así como reconocer el propio sistema de valores y confrontarlo con el de los demás elementos del sistema, entre otras habilidades.

El trabajo realizado dentro de este sistema terapéutico total permite analizar los casos presentados en diferentes niveles que van desde el contenido, la teoría, el proceso, las estrategias y técnicas de intervención y finalmente el contexto.

En el nivel de contenido se analizan las conductas y patrones de relación que lleva a la familia a terapia, así como su estructura y sistema de creencias. De la misma manera se hace necesario retomar los mismos elementos para entender la forma en la que el terapeuta se relaciona con el sistema de supervisión y con la familia.

El sistema de creencias tanto del supervisor, del terapeuta como del equipo definirán muchas de las intervenciones planteadas, lo que repercute directamente en el resultado del proceso terapéutico. Independientemente de las habilidades y la experiencia de cada uno de los miembros del sistema de supervisión y del propio terapeuta, las creencias se reflejarán y deberán manejarse cuidadosamente para evitar descalificar el propio sistema de valores de la familia.

El sistema de creencias de cada uno de los elementos que conforman el sistema terapéutico total es uno de los elementos que no pueden dejarse de lado en el proceso terapéutico.

El análisis de las estrategias y técnicas terapéuticas también dependerá en gran medida de la formación y estilo de enseñanza de cada uno de los supervisores, aquí resultó sumamente enriquecedor contar con una diversidad de estilos en las supervisiones: estilos directivos, estilos que proveían responsabilidad y libertad a los estudiantes para decidir o bien la conjugación de todos los estilos paternos.

Sin embargo también es necesario establecer que el estilo del supervisor también depende de la manera en que los estudiantes participan en dichas supervisiones así como por las mismas necesidades que cada uno de los casos plantea para su abordaje.

La planeación representa un punto fundamental en cualquier proceso terapéutico y por lo tanto, en la residencia fue un punto medular para la adquisición de herramientas terapéuticas.

Durante la planeación en equipo se intercambian ideas y puntos de vista entre quienes conforman el equipo terapéutico. El acuerdo y el disenso hacen de esta experiencia, un aprendizaje invaluable y conforman un bagaje de ideas fundamentadas, reflexiones y planteamientos que al estar en intercambio permanente en el equipo, retroalimenta necesariamente a sus integrantes a nivel profesional y personal.

Además de la planeación y las reflexiones teóricas involucradas en los casos, se pueden mencionar los análisis respecto al contexto histórico y cultural presente en los casos. La comprensión del contexto social y cultural en cada familia permite un mejor trabajo terapéutico e influye en la comprensión del motivo de consulta.

Me parece que esta consideración estuvo siempre presente en los análisis que el equipo llevaba a cabo, la exploración de la realidad única de cada familia en este contexto, brindaba un panorama de mayor entendimiento, además de proporcionar más elementos de maniobrabilidad terapéutica.

La gran variedad de problemáticas presentadas por las familias atendidas a lo largo de la residencia enriquece la formación de los miembros del equipo terapéutico. El carácter público del centro de atención, diversifica las características de la familia obligando a quien está en formación a adaptar los modelos y las intervenciones a las características que presenta cada caso.

La presencia de un observador permanente en las sesiones, que es como podemos definir el efecto que tiene trabajar en equipo terapéutico, instala la responsabilidad de estar pendiente de los efectos que cualquier elemento que se adiciona a los sistemas terapéuticos, y además de ello, una vez comprendidas estas participaciones, utilizarlas en beneficio de los objetivos terapéuticos. Considero que esto ayuda a mantener una atención constante en el propio trabajo y en el de los compañeros residentes, permite restarle hegemonía a la figura del

terapeuta en beneficio de una mirada que integra distintas experiencias y visiones en una sola intervención.

En este mismo sentido multiplica voces, miradas y probabilidades respecto al abordaje, impactando positivamente en resultados satisfactorios. La formación en sistemas totales promovió la evaluación bilateral del trabajo, tanto de quien estaba frente a familia, como a quienes colaboraban activamente del otro lado de la cámara.

Las consecuencias de dicha organización permitió vivir una formación con acompañamiento y asesoramiento constante, basificando un trabajo que proyectaba seguridad y certeza de atención profesional a las familias atendidas.

La experiencia bicameral desarrolló múltiples habilidades en mi formación. Por un lado, al atender familias sabiendo que estaba acompañado de un equipo terapéutico me brindó la seguridad para ejecutar certeramente, además de desarrollar la habilidad de proceder con el cuidado y atención de saberme aplicando un trabajo colectivo el cual representaba frente a la familia. Por otro lado, ser parte del equipo terapéutico agudizó mi participación activa en las familias que atendían mis compañeros, y pude de esta manera, aportar y colaborar en distintas experiencias clínicas.

3.2 Habilidades de investigación

3.2.1. Reporte de investigación cuantitativa

Se aplicó la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar FACES de Olson, D H, Bell, R., y Porter, J. (1991) para conocer la validez y confiabilidad de sus reactivos.

La escala es una evaluación basada en el sistema familiar y el modelo circunflejo desarrollado por Olson (1991) con base en un análisis e integración de la Teoría Familiar y literatura de terapia familiar. Consiste en dos dimensiones:

- Cohesión familiar. Lazos emocionales, límites familiares, coaliciones, tiempo espacio, amigos, toma de decisiones y gustos (recreaciones)
- Adaptabilidad familiar. Asertividad, liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas.

FACES evalúa las dos dimensiones identificando 16 tipos distintos de sistemas familiares y maritales a través del FACES II.

Cuatro tipos de reactivos son identificados como balanceados y moderados en ambas dimensiones.

Ocho están identificados como *midrange types*, una dimensión se encuentra en un extremo y la otra en moderado.

Cuatro se identifican como *extreme types* ambas dimensiones en extremos.

Los tipos balanceados son hipotéticamente más viables para el funcionamiento saludable de la familia y los tipos extremos generalmente son más problemáticos después de un tiempo.

La escala consta de 30 *ítems* de los cuales 16 son para la dimensión de Cohesión familiar y 14 para Adaptabilidad familiar.

El formato de respuesta consiste en pedir que se responda que tan frecuentemente se presenta la conducta en su familia. La opciones de respuesta

son: 1. Casi nunca; 2. De vez en cuando; 3. Algunas veces; 4. Frecuentemente y 5. Casi siempre.

Métodos de puntuación

Cada *ítem* es puntuado de 1 a 5 puntos. La puntuación total para la dimensión cohesión es la suma de los *ítems* no además del *ítem* 30

Cohesión familiar

Lazo emocional	1,17
Límites familiares	3,19
Coaliciones	9,29
Tiempo	7,23
Espacio	5,25
Amigos	11,27
Toma de decisiones	13,21
Recreación	15,30

Adaptabilidad

Asertividad	2,14,28
Liderazgo	4,16
Disciplina	6,18
Negociación	8,20,26
Roles	10,22
Reglas	12,24

Confiabilidad

Con una muestra nacional de 2,412 sujetos fue probado el instrumento con Alfa de Cronbach para cada escala y su combinación a través de dos cortes de prueba.

Los coeficientes resultaron adecuados:

.70 para adaptabilidad

.80 para cohesión

.90 para la escala total

Validez

Con una muestra nacional de 1206 parejas “no problemáticas” de distintos grupos de edad (parejas sin hijos-parejas retiradas).

Alta validez de constructo:

- a) Dos dimensiones independientes entre cohesión y adaptabilidad familiar
- b) Baja correlación ($r=.03$) entre las dimensiones
- c) Alta correlación total, entre *ítems* de cada escala y el puntaje de la dimensión total.
- d) Baja correlación de cohesión y adaptabilidad con deseabilidad social.

En un primer momento, se tradujeron los *ítems* de la escala con la intención de adaptarlos los más cercano posible al contexto de su aplicación (ver anexo).

Descripción de los resultados

Se aplicó la escala a 100 sujetos en diferentes escenarios (la facultad de psicología y el Instituto Nacional de Psiquiatría), la mayoría de los participantes fueron estudiantes y profesionales en el área de salud mental.

Los datos demográficos de la muestra son los siguientes: la mayoría fueron mujeres (66.7%) y el 33.3% hombres. El rango de edad fue entre 14 y 53 años con una media de 27.4 y D.S =7.18. El 74.5% soltero, el 19.4% casado, 4.1% vive en unión libre y el 2% restante está separado. Más del 75% de la muestra no tiene hijos. En promedio, las personas reportaron haber establecido de 4 años 3 meses.

Análisis de resultados

El análisis de confiabilidad por reactivo, todos presentan una alta correlación entre sí y también con al escala total. La consistencia interna de la escala obtenida con los análisis de fiabilidad de alpha de Cronbach, resultó muy satisfactorio con un $\alpha=.9069$. Lo cual nos indica que la escala sí mide la adaptabilidad y cohesión familiar. Por otro lado al quitar el reactivo 8 (en nuestra relación cada uno conoce

a los amigos cercanos del otro) subiría ligeramente el alpha a .9082, por lo que se consideró conveniente eliminarlo.

Al hacer el análisis factorial con rotación varimax, se observan seis factores. La observación sobre los resultados obtenidos en los factoriales, es que 21 variables pertenecen a más de dos factores, situación que requiere de un estudio más detallado para definir los factoriales y los criterios para determinar a cuál de ellos pertenece cada variable, o las modificaciones o análisis necesarios.

En la tabla 2 del anexo se detalla la media y la desviación estándar de cada uno de los reactivos.

Tomando en cuenta que las opciones de respuesta tuvieron un rango entre 1 y 4; se puede decir que el reactivo que presentó la media más baja fue el 23 (tenemos a hacer las cosas por separado), con una media de 2.83 y D.S=.86 y el que tuvo puntajes más altos fue el reactivo 1 con una media de 3.35 y D.S=.73.

Se obtuvo una media de la escala total=3.12 y D.S =.42, esto nos indica que la escala en general fue contestada hacia la opción de respuesta “muchas veces”.

En el análisis factorial, se observa la organización de los reactivos en seis factores:

Factor	Reactivo
1. Apoyo mutuo	1,5,7,10,18,23
2. Cercanía	6,9,13,15,20
3. Individualidad	2,3,11,22
4. Flexibilidad	4,14,17,21
5. Innovación	8,16
6. Rigidez	12,19

La realización de esta escala de evaluación me permitió adentrarme en la adaptación de reactivos que estaban pensados desde otra idiosincrasia, lo cual significó un buen ejercicio de reflexión respecto a la población a la que va dirigida la atención clínica, asimismo, la evaluación de los resultados fortaleció el acervo de herramientas clínicas para lo que representa la intervención psicoterapéutica en pareja.

Se realizó también un proyecto de investigación dirigido a conocer la efectividad de los talleres sobre involucramiento parental en padres y madres de familia que acuden a la rehabilitación de sus hijos con autismo.

Por otro lado se llevó a cabo la Evaluación de una propuesta de Taller sobre involucramiento Parental

Evaluación de la Efectividad del Taller sobre Involucramiento Parental

La familia representa la piedra angular de la vida social del individuo, por lo tanto, la llegada de los hijos constituye el inicio del cumplimiento de expectativas que se forman en la mayoría de las parejas y se depositan en ellos la oportunidad de trascender generacionalmente.

La diferencia física y particularmente la discapacidad mental interrumpen trágicamente en la vida social y familiar de cualquier individuo. Este suceso se acentúa significativamente cuando el afectado es un menor de edad. Sin embargo, la aparición de la discapacidad en un hijo o hija suele repercutir más en los padres y en sus expectativas, que el efecto que pueda tener en el menor.

La discapacidad física o psíquica es una información extraña para el sistema familiar, pero a la vez es un golpe a las expectativas sobre un futuro saludable o ideal de los hijos (as).

De acuerdo con Fernández y Yáñez (1997) la reacción de los padres ante un diagnóstico de autismo puede pasar por cinco etapas:

1. Shock
2. Negación
3. Enojo
4. Culpa
5. Aceptación

Además de esto, el deseo de los padres en una situación así, les exige su participación total durante el cuidado de los hijos (as) ante factores como rabietas, aprendizaje lento y progresos a largo plazo.

Sin duda alguna, el estrés por el que atraviesan los padres de un menor con discapacidad exige de un apoyo profesional pareado al que los menores reciben a través de las terapias de rehabilitación encaminadas principalmente a la educación del menor, a través de una labor personalizada y profesional. Los objetivos del tratamiento con un paciente autista se identifica por convertirlo en un miembro aceptable por la sociedad enseñarlo a compensar sus desventajas, educarlo para encontrar empleo, acrecentar la comprensión del mundo que tenga.

El logro de estos objetivos disminuye proporcionalmente la excitación del paciente, las rabietas, auto agresiones y aumentan las habilidades intelectuales de autonomía y lenguaje.

La terapia familiar representa un puente sumamente útil para el mantenimiento de los logros que se van consiguiendo en la terapia de rehabilitación, ya que el entendimiento y la elaboración de algunos puntos importantes con respecto a la naturaleza del autismo proporcionan la integración completa del paciente autista e el seno familiar y por lo tanto el inicio de su integración social.

El equilibrio de una familia difícilmente puede continuar cuando una discapacidad física se manifiesta en uno de sus miembros. Cuando dicha condición se presenta

en los hijos, no hay posibilidades de una aceptación rápida y menos aún, definitiva; dado que el niño(a) está en una etapa evolutiva, la adaptación será lenta y es necesaria la flexibilidad para continuar con el proceso de adaptación. Por lo tanto este proceso se lleva a cabo paulatinamente (Sorrento, 1990).

La participación de los padres en el tratamiento es fundamental, además de que no es su cantidad de atención, sino la canalización adecuada de interés lo que pronostica una funcionalidad en el largo camino que representa el tratamiento del paciente autista.

El modelo McMaster de evaluación familiar creado por Epstein y Bishop (1981) incluye entre sus puntos de evaluación, el involucramiento afectivo que se entiende como el interés general de la familia y el valor en las actividades particulares y los intereses de los miembros de la familia.. se enfoca básicamente en la cantidad de interés que la familia demuestra y la interacción de éstos intereses. Se identifican cinco estilos de involucramiento afectivo a saber:

1. Ausencia de involucramiento
2. Involucramiento exento de sentimientos
3. Involucramiento empático
4. Sobreinvolucramiento
5. involucramiento simbiótico

La implementación de un taller con el objetivo de incidir directamente en el nivel de involucramiento afectivo de los padres (involucramiento parental) puede colaborar con un trabajo clínico integral del menor con trastorno de autismo.

Planteamiento del problema

Existe la necesidad de complementar el trabajo clínico del tratamiento del niño (a) con el trabajo directo con los padres de familia de los menores.

Por lo tanto resulta interesante saber si es posible influir y modificar el involucramiento parental mediante un taller grupal para padres de niños (as) con autismo.

Hipótesis

Hipótesis de investigación (Hi). Hay diferencias significativas tras la aplicación de los talleres, entre los dos grupos de padres: al que se el aplicará el taller de involucramiento parental y aquel al que se le aplicará el taller placebo.

Hipótesis Nula (H0) No hay diferencias significativas entre los grupos de padres mencionados, tras la aplicación del taller de involucramiento parental.

Hipótesis de diferencia de grupos. El grupo experimental de padres presentará un nivel más alto de involucramiento parental con respecto al grupo placebo de padres.

Definición de variables

Definición conceptual. El involucramiento parental se refiere a las actividades particulares e intereses de los padres de los niños (as) con autismo; la cantidad de interés que los padres demuestren está en relación a acciones como:

- El nivel de conocimiento sobre el autismo, características, tratamiento y pronóstico
- Resolución de problemas con respecto al menor con discapacidad
- Comunicación adecuada con los profesionales a cargo del tratamiento
- Actividades conjuntas distintas al problema del menor
- Vinculación afectiva con otros miembros de la familia
- Desarrollo de habilidades del menor para relacionarse con personas distintas a sus padres

Definición operacional el involucramiento parental está determinado por el cuestionario de involucramiento que consistirá en reactivos presentados en forma de afirmaciones o juicios que se clasificarán con la escala de Likert de 4 puntos.

Diseño

Es un Diseño de Muestras Independientes en los que se busca la comparación de los grupos para encontrar diferencias significativas.

También se trata de un diseño cuasiexperimental con pre prueba-post prueba, y grupos aleatorios, ya que éstos serán conformados por los padres que asisten a la consulta externa.

O1 Xt O2

O3 Xp O4

Definición de variables

La variable independiente está representada por el Taller de Involucramiento Parental que se aplicará a un solo grupo de padres.

La variable dependiente son las respuestas de los padres al cuestionario, tras la aplicación de los talleres (experimental y placebo).

Método

Sujetos

Los sujetos serán los padres de familia que asisten a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil.

La muestra es no probabilística conformada por los padres de familia que deseen participar en el experimento.

Instrumentos

El principal instrumento para este estudio es el taller que se implementará y que incluye en sus sesiones los objetivos para modificar el involucramiento parental.

Procedimientos

Se conformarán dos grupos de padres de un hijo(a) en tratamiento para autismo del Hospital Psiquiátrico Infantil, mediante la invitación a participar voluntariamente en los talleres.

Se aplicará el cuestionario de Involucramiento Parental a ambos grupos de padres.

A uno de los grupos (experimental) se le aplicará el taller de involucramiento parental.

Al otro grupo de padres (placebo) se aplicará el taller de involucramiento parental con actividades únicamente informativas.

Posteriormente, se evalúan nuevamente los dos grupos, con el cuestionario de Involucramiento parental para analizar las diferencias entre ellos.

Los resultados obtenidos en este estudio se analizarán con la prueba estadística “T” para identificar diferencias significativas entre los grupos.

Se espera que los resultados indiquen una percepción de mejora en el grupo experimental reflejado en el cuestionario; de manera que se considere a taller como una actividad que cuenta con una estructura capaz de generar un cambio significativo en el grupo.

3.2.2. Técnicas de investigación cualitativa. Grupos focales y estudios de casos

Se llevó a cabo una investigación documental sobre diversas técnicas de investigación cualitativa. A continuación se presenta lo relacionado con los temas de Grupos Focales y Estudio de Casos:

Grupos Focales

Introducción

Los métodos cualitativos consisten esencialmente en tres tipos de recolección de datos:

1. Entrevistas abiertas/ cerradas.
2. Observación directa.
3. Documentos escritos.

Los datos de estas entrevistas observaciones y documentos se organizan en temas mayores, categorías y ejemplos de casos a través del análisis de contenido.

Con base en algunas preguntas:

- ¿Para Quién es la información y quién la utilizará?
- ¿Qué tipo de información es requerida?
- ¿Para qué propósitos?
- ¿Cuándo se necesita?
- ¿Qué recursos hay para conducir la evaluación?

No hay reglas rígidas para la recolección de datos.

El arte de la evaluación implica crear un diseño y reunir la información que es apropiada para una situación y contexto particular.

No hay un estándar ideal.

Investigación cuantitativa	Investigación cualitativa
Utilizan medidas estandarizadas que se ajustan a diversas opiniones y experiencias en categorías predeterminada	Permite estudiar temas selectos, casos, eventos a profundidad y en detalle
Sus resultados se pueden mencionar como representativos de una gran cantidad de gente	Proporcionan datos detallados sobre un grupo mucho menor de personas y casos

Nomotético: Indica una norma; se dedica a buscar leyes	Ideográfico: Describen las ideas, el comportamiento y las causas de los fenómenos
Asigna números, variables y usa estadística	Busca patrones interaccionales
Tiene una perspectiva tecnocrática	Tiene una perspectiva trascendente
Es lineal y secuencial	Es cíclica, si se requiere regresar a un tema o agregar uno nuevo, es posible
Tono neutral de los números	Plantea objetivos de contexto
Los investigadores comienzan con la prueba de hipótesis	Buscan capturar el significado, una vez que el investigador comenzó a profundizar los datos
Los conceptos se manejan a través de las variables	Los conceptos son temas, generalizaciones o axiomas
Los datos son números con una medida de precisión	Los datos conforman palabras de documentos, observaciones o transcripciones
La teoría es casual y deductiva	La teoría puede ser causal o no; frecuentemente es deductiva
El procedimiento es estándar y se utiliza la replicación	El procedimiento de la investigación es particular y rara vez se lleva a cabo la replicación

Los grupos focales requieren de procesos de interacción, discusión y elaboración de acuerdos, dentro del grupo, acerca de temáticas que son propuestas por el investigador. Por lo tanto el punto característico que distingue a los grupos focales es la participación dirigida y consciente y las conclusiones, producto de la interacción y elaboración de acuerdos entre los participantes (Kreuger, 1988).

Las entrevistas logradas mediante la estrategia de grupos focales tienen como propósito registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia. Como todo acto comunicativo tiene siempre un contexto (socio-cultural), entonces el investigador debe dar prioridad a la comprensión de esos contextos comunicativos y a sus diferentes modalidades. Esta modalidad de entrevista, es grupal, abierta y estructurada, generalmente toma la forma de una conversación grupal, en la cual el investigador plantea algunas temáticas - preguntas asociadas a algunos antecedentes que orientan la dirección de la misma, de acuerdo con los propósitos de la investigación. En este sentido, se diferencia de una conversación coloquial porque el investigador plantea, previamente las temáticas y, si es el caso, el tópico no se da por agotado retornando nuevamente una y otra vez, ya que interesa captar en profundidad los diversos puntos de vista sobre el asunto discutido (Morgan, 1997).

El desarrollo del grupo focal se inicia desde el momento mismo que se elabora un guión de preguntas relacionadas al tema o diferentes guías, según las condiciones y experiencias personales de los entrevistados; de esta manera se puede tener la posibilidad de efectuar una exploración sistemática aunque no cerrada. Las temáticas deben formularse en un lenguaje accesible al grupo de entrevistados y el orden o énfasis en las mismas pueden alterarse según la personas, las circunstancias y el contexto cultural. Si bien la estructuración de una entrevista puede variar, el investigador debe tener una posición activa; debe estar alerta y perceptivo a la situación (Merton y Kendall, 1996).

La modalidad de elaborar una información es conocida como técnica de grupos focales, entre sus grandes logros permite una aproximación y discusión relativamente rápida y multidimensional de una temática. Por lo regular, un moderador conduce la discusión, mientras que otro generalmente hace el papel de "relator" tomando atenta nota del comportamiento global del grupo, en términos de reacciones, actitudes, formas de comunicación no verbal, etc. En este caso, es

posible que en el diálogo se teja una nueva versión que pueda contrastar con la que individualmente se presentaría al investigador.

El principal propósito de esta técnica en la investigación social, es lograr una información asociada a conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias que no serían posibles de obtener, con suficiente profundidad, mediante otras técnicas tradicionales tales como por ejemplo la observación, la entrevista personal o la encuesta social (Galindo, 1998).

Según Kitzinger (1995), los grupos focales pueden ser usados en las etapas preliminares o exploratorias de un estudio, también son de gran utilidad para evaluar, desarrollar o complementar un aspecto específico de dicho estudio o también cuando se ha finalizado para evaluar su impacto o para producir nuevas líneas de investigación. Ellos pueden ser usados como una técnica específica de recolección de información o como complemento de otras, especialmente en las técnicas de triangulación y validación.

Ibáñez (1992), menciona ventajas y desventajas de esta técnica. La principal ventaja de la investigación a través de los grupos focales es la de obtener una descripción global de los conocimientos, actitudes y comportamientos sociales de un colectivo social y la forma en que cada individuo es influenciado por otro en una situación de grupo. Otras ventajas son:

- Permite analizar y seleccionar la información de una manera tal que ayuda a los investigadores a encontrar cual es el asunto importante y cual no lo es, cuál es el discurso real y cual el ideal,
- Es de gran ayuda en la fase exploratoria de generación de hipótesis en un estudio de mayor envergadura.

Aunque la técnica de los grupos focales tiene muchas ventajas, también tiene sus grandes limitaciones. Unas pueden ser evitadas mediante un cuidadoso trabajo de

planificación y un habilidoso moderador, sin embargo, otras son inevitables y propias de esta técnica como las que se mencionan a continuación:

- Es limitada en términos de su capacidad para generar resultados representativos, principalmente porque el número de participantes es relativamente pequeño y no representativo
- El moderador en el grupo de discusión, tiene menos control sobre la validez y confiabilidad de las conclusiones producidas que en otras técnicas de recolección de información
- Es de difícil planificación en lo que respecta al manejo del tiempo en el desarrollo de los tópicos a tratar y el logro de acuerdos o conclusiones colectivas representativas. Generalmente, las apreciaciones, opiniones y comportamientos sociales colectivos tienden a diferir de los individuales, es decir, surgen conflictos cuando se pretende identificar, diferenciar o especificar los puntos de vista individuales de los puntos de vista colectivos.

Otra desventaja notoria está asociada con la organización y manejo de los grupos focales: El papel del coordinador o del moderador es esencial en esta técnica, pero lo que parece ser una ventaja en estos casos puede convertirse en una desventaja en otros, debido al gran peso que tiene su capacidad de liderazgo y de comunicación para coordinar y moderar exitosamente el accionar un grupo focal.

Características

- Las características del grupo focal que Ibáñez (1992), Galindo (1998), Kitzinger (1994) y otros autores mencionan, son las que se citan a continuación:
- Objetivos: Búsqueda de consensos, diseños, develar deseos, necesidades, creencias, conocer la información preconcebida en la mente del individuo que contrasta con la de los demás. Como primer paso, se requiere de una definición específica de los objetivos del estudio, para que desde allí, se planteen: un guión de desarrollo del taller y la guía de temáticas: preguntas a desarrollar en el taller.

- Guía de temáticas-preguntas: Cuando se está organizando la guía de discusión en el grupo focal hay que tener en cuenta varias consideraciones básicas: ¿Cuáles son las dimensiones del estudio? ¿Qué preguntas serán hechas?, ¿Quién participará?, y ¿Quién conducirá las sesiones?. La guía de la discusión contiene las temáticas: preguntas que serán presentadas a los participantes durante las sesiones de discusión. No más de cinco o seis temáticas: las preguntas se deben utilizar para el trabajo en grupo.
- Hay dos elementos que deben ser considerados al bosquejar la guía

Primero, es necesario no olvidar quienes son sus invitados y qué tipo de información se desea obtener. Segundo, se recomienda, a partir de una lluvia de ideas, diseñar una matriz de dimensiones –temáticas– preguntas potenciales y proceder a seleccionar las definitivas a partir de una prueba piloto preliminar. Una vez que se tiene una lista de preguntas, se debe evaluar la concordancia de ellas con los objetivos del estudio otra vez. ¿Cuáles no se deben aplicar? ¿Cuáles son realmente importantes?
- Procedimiento: Se recomienda diseñar un plan operativo estandarizado que abarque todas las posibles etapas del taller. Esto tiene muchas ventajas desde el punto de vista funcional, por ejemplo, asegura que cada grupo focal se desarrollará con idéntica metodología haciendo los resultados más confiables. Además, este guión le ayudará al moderador o coordinador a manejar el problema del tiempo y especialmente si él es externo al proceso (un moderador profesional). Es condición necesaria que el moderador deba crear un ambiente de comunicación entre los participantes que permita a los participantes hablar entre sí, hacer preguntas, expresar dudas y opiniones, el problema es como lograr, pese al limitado control sobre la interacción, mantener el hilo conductor sobre la temática y que la elaboración conceptual y operativa no sea desbordada por factores ideológicos, políticos o existenciales a los participantes interesados en la temática.
- Moderador: Es la persona que dirige la sesión, no participa en la discusión, trabaja en ella, en donde ve y escucha todo. Participa también en el diseño

y análisis del discurso. Dentro de la sesión grupal no controla la palabra, solo propone los temas que se discutirán. Tiene una propuesta inicial y después se proponen o retoman temas e ideas que interesan explorarse. Convoca, provoca el tema de discusión, asigna el espacio y limita el tiempo. Debe ocuparse no solo de mantener a los miembros de los grupos atentos y concentrados, sino también mantener el hilo central de la discusión, y cerciorarse que cada participante participe activamente.

- El rol del moderador es vital en el trabajo de taller y no solo requiere tener habilidades de comunicación sino también ciertas cualidades personales tales como, saber escuchar, tener capacidad de adaptación y sentido común, todo lo anterior facilitará un diálogo abierto y confidente al interior del grupo.
- Tamaño del grupo: El número de participantes por la sesión está determinado por el número potencial de participantes, se propone de cuatro a diez participantes, que ayuda a que no se saturen los canales de comunicación. Hay que establecer una población de participantes potenciales. Una estrategia es realizar un sondeo sobre posibles participantes. Existen varias ventajas al conformar estos grupos potenciales, por medio de un sondeo exploratorio. Este proveerá información general sobre los encuestados lo que permitirá una mejor selección y un conocimiento sobre disposición a colaborar o a participar. Esta metodología ayuda ahorrar mucho tiempo en la selección final, ya que a priori se sabrá si la gente esta disponible o no.
- Tiempo: Se recomienda no más de hora y media, para mantener la atención y un rendimiento homogéneo en los participantes. Es conveniente advertir el tiempo de duración para cuando se acerque el tiempo límite, el grupo logre un consenso.
- Territorio: Con respecto al lugar de reunión se recomiendan sitios o lugares "neutrales" que no sean asociados con los promotores ni con los sujetos.
- Equipos de audiovisuales: El equipo de investigación debe determinar cuales son más apropiados para facilitar la sesión de trabajo. Esto definirá

si se requiere de grabadora, videocinta, o simplemente a las notas de la relatorías. Generalmente, las sesiones de discusión son grabadas. Grabar permite que el equipo de investigación, recupere fácilmente los aportes más importantes y los comentarios que fueron hechos durante la discusión.

- Descripción del desarrollo: Las relaciones en estos grupos son asimétricas y simétricas. Al inicio el silencio del moderador pesa, el grupo espera a que se le diga que es lo que debe decir. El moderador debe participar lo menos posible en la discusión. El grupo debe poco a poco tratar de ponerse de acuerdo entre ellos. Cada participante tratará que su posición se refleje en el grupo. Lo que dinamiza la comunicación son los terceros que entran a romper los consensos en distintos momentos de la sesión.

Sobre el método de análisis, Lederman (1990), menciona su aproximación analítica para el análisis de los datos que incluye los siguientes pasos: 1) Codificar los datos en categorías predeterminadas, 2) desarrollar categorías basadas en los datos y luego codificar los datos, 3) usar los datos como base para las afirmaciones resumidas que capten las ideas principales del entrevistado, 4) interpretar los datos a través de una técnica de análisis intensiva.

Es importante resaltar que al emplear cualquiera de los procedimientos anteriores, el investigador deberá usar las notas de los participantes para sustentar las categorías, ideas principales y los temas elegidos.

En síntesis, la investigación social que se apoya en la técnica de grupos focales, requiere de la implementación de una metodología de talleres o reuniones con un grupo escogido de individuos con el objetivo de recabar información acerca de sus puntos de vista y experiencias sobre hechos, expectativas y conocimientos de un tema. Es un grupo de discusión teóricamente artificial que empieza y termina con la conversación sostenida o con la reunión. Estos grupos no existen ni antes ni después de la discusión. Su existencia se reduce a la situación objeto del estudio.

Su dinámica, en ese sentido, se orienta a producir algo y existe por y para ese objetivo.

Estudio de Casos

La esencia de un caso de estudio, la tendencia central entre todos los tipos de estudio de casos, es que intenta iluminar una decisión o una serie de decisiones: por qué fueron tomadas, cómo fueron implementadas y con qué resultados

Introducción

Historia

Origen

¿Qué es?

El estudio de casos se puede definir como una investigación empírica que atiende un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de vida cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no están evidentemente claros y en los cuales se utilizan múltiples fuentes de evidencias

Características

Los componentes más importantes para el diseño de la investigación en los estudios de casos son:

1. Las preguntas de estudio.
2. Propuestas de estudio.
3. Unidad de análisis.
4. La vinculación lógica de los datos y las propuestas.

1. Las preguntas de estudio: La forma de la pregunta en términos de quien, qué, dónde, cómo, y por qué. La estrategia en el estudio de casos son más utilizadas las preguntas cómo y el por qué

2. Propuestas de estudio: Cada propuesta dirige su atención hacia algo que pudiera ser examinado dentro del ámbito de estudio. Algunos estudios pueden tener una razón legítima para no tener alguna propuesta. Esta es la condición en que el tema es el sujeto de “exploración”

3. Unidad de análisis: Esta relacionado con el problema fundamental de definir cuál es el caso. Algunos casos se refieren a eventos o a entidades que están menos definidos que un caso individual. En los estudios de caso clásicos, un caso puede ser individual, es decir que un individuo es el caso a estudiar y la unidad de análisis

También se han realizado acerca de decisiones, programas, de implementación de procesos, y acerca de cambios organizacionales

Una vez que la definición general del caso se ha establecido, son importantes otras consideraciones. Por ejemplo si la unidad de estudio es un grupo pequeño, las personas que están incluidas en él, se deben distinguir claramente de las que no están dentro

4. La vinculación lógica de los datos y las propuestas: La vinculación de los datos y las propuestas se puede realizar de distintas maneras, pero ninguna tan precisamente definida como la asignación de condiciones de sujetos y tratamientos en los experimentos psicológicos. Una aproximación prometedora es para los estudios de caso es la idea de “empatar patrones” *pattern- matching*: distintas piezas del mismo caso pueden ser relacionadas a laguna proposición teórica.

Objetivos

Los propósitos de los investigadores son muy diversos. Es importante tener en cuenta tres tipos de estudio

Estudios de caso intrínseco

Sólo identifica un caso en particular, no representa a otros casos, es de interés por sí mismo. El propósito no es entender un constructo abstracto o un fenómeno genérico

Estudios de caso Instrumental

Un caso en particular es examinado para proveer una mirada interna a ese aspecto o depurar una teoría. El caso es de interés secundario, juega un rol de soporte para facilitar el entendimiento de algo más

Estudios de caso colectivo

Con un interés menor en lo particular, los investigadores pueden estudiar un número de casos conjuntamente en función de investigar dentro del fenómeno, la población o la condición general. Se eligen porque se cree que su entendimiento ayudará a un entendimiento general o una mejoría teórica

Las características de un estudio de caso nos hablan de una investigación empírica que:

- Investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de vida; cuando
- Los límites entre el fenómeno y el contexto no están evidentemente claros ; y en los cuales
- Se utilizan múltiples fuentes de evidencias

Procedimiento

Los estudios de caso exploran tanto fenómenos comunes como aquellos que son particulares. Sin embargo, es posible distinguir un mismo procedimiento para reunir datos

1. La naturaleza del caso.
2. Los antecedentes históricos.
3. El escenario físico.
4. Otros contextos, incluyendo le económico, político o legal.

5. Otros casos relacionados.
6. Aquellos informantes a través de los cuales el caso puede ser conocido.

Representatividad

Algunos señalamientos hacia la naturaleza del estudio de casos se refieren a la creencia de que el estudio intrínseco de un caso particular no fuera tan importante como los estudios de los que se obtienen generalizaciones.

Los estudios de caso pueden ser vistos como un pequeño paso hacia una mayor generalización.

El desarrollo del tema de estudio puede contemplar los siguientes pasos:

1. Definir el tema.
2. Las hipótesis alrededor de éste.
3. El tema bajo desarrollo.
4. Afirmación.

Las principales responsabilidades conceptuales de investigar en los estudios de caso son:

1. Limitar el caso conceptualizando el objeto de estudio.
2. Seleccionar el fenómeno, temas o elementos a enfatizar.
3. Buscar los patrones de datos para desarrollar los temas.
4. Triangular las observaciones clave para la interpretación.
5. Seleccionar interpretaciones alternativas para proseguir.
6. Desarrollar afirmaciones o generalizaciones sobre el caso.

Existen estudios de casos de orden cuantitativo y de orden cualitativo; éstos últimos contienen intereses de tipo holístico, cultural y fenomenológico.

El estudio de casos no es una elección metodológica, es una elección del objeto a ser estudiado

El médico estudia a un niño, debido a que se encuentra enfermo. Los síntomas del niño son cuantitativos y cualitativos. El registro médico contiene más datos cuantitativos que cualitativos. Al mismo tiempo, la trabajadora social estudia al niño porque está descuidado, también el registro de la trabajadora social contiene datos cuantitativos y cualitativos, pero predominan éstos últimos.

En muchos campos profesionales y prácticos, los casos se estudian y se lleva un registro de esos estudios. Como una forma de investigación, al estudio de un caso lo define el interés en lo particular y no por los métodos de investigación utilizados. La esencia de un estudio de caso es la tendencia central entre todos los tipos de estudio de casos: intenta iluminar una decisión o una serie de decisiones; por qué fueron tomadas, cómo fueron implementadas y con qué resultados.

Dado que resulta muy probable que casi todas las cosas puedan resultar un caso, una clave importante es la delimitación del caso particular., lo cual va a estar determinado por los objetivos del investigador.

No siempre es fácil determinar donde termina el caso del niño y dónde empieza el del ambiente en que está insertado, por volver al ejemplo anterior.

El estudio de casos se puede definir como una investigación empírica que atiende un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de vida cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no están evidentemente claros y en los cuales se utilizan múltiples fuentes de evidencias.

Los intereses de los investigadores son infinitamente diversos. Con la idea de enmarcar estas diferencias de una manera más ordenada, es posible distinguir tres tipos de estudio.

Tipos de casos de estudio

Estudio de casos	Intrínseco
Estudio de casos	Instrumental
Estudio de casos	Colectivo

Estudio de caso Intrínseco

No se elige porque represente otros casos o porque ilustre un problema más general sino porque dentro de sus características particulares y ordinarias, el caso es interesante por sí mismo.

Estudio de caso Instrumental

Un caso particular se examina para proveer conocimiento o información útil para una teoría. El caso es de interés secundario, juega un papel de soporte, facilitando el entendimiento de algo más.

Estudio de caso Colectivo

Con un interés aún menor en el caso particular, algunos investigadores estudian un número de casos, con el propósito de conocer sobre fenómenos, poblaciones o condiciones generales.

Se les elige porque, una vez entendidos estos casos, conducirán a una mejor teorización sobre una mayor colección de casos.

Características

Los componentes más importantes para el diseño de la investigación en los estudios de casos son

1. Preguntas de estudio
2. Propuestas de estudio
3. Unidad de análisis
4. La vinculación lógica de los datos y las propuestas

1. Preguntas de estudio. La forma de la pregunta en términos de quien, qué, dónde, cómo, y por qué. La estrategia en el estudio de casos son más utilizadas las preguntas cómo y el por qué

2. Propuestas de estudio. Cada propuesta dirige su atención hacia algo que pudiera ser examinado dentro del ámbito de estudio. Algunos estudios pueden tener una razón legítima para no tener alguna propuesta. Esta es la condición en que el tema es el sujeto de “exploración”

3. Unidad de análisis. Esta relacionado con el problema fundamental de definir cuál es el caso. Algunos casos se refieren a eventos o a entidades que están menos definidos que un caso individual. En los estudios de caso clásicos, un caso puede ser individual, es decir que un individuo es el caso a estudiar y la unidad de análisis.

También se han realizado acerca de decisiones, programas, de implementación de procesos, y acerca de cambios organizacionales.

Una vez que la definición general del caso se ha establecido, son importantes otras consideraciones. Por ejemplo si la unidad de estudio es un grupo pequeño, las personas que están incluidas en él, se deben distinguir claramente de las que no están dentro.

4. La vinculación lógica de los datos y las propuestas. La vinculación de los datos y las propuestas se puede realizar de distintas maneras, pero ninguna tan precisamente definida como la asignación de condiciones de sujetos y tratamientos en los experimentos psicológicos. Una aproximación prometedora es para los estudios de caso es la idea de “empatar patrones” *pattern- matching*: distintas piezas del mismo caso pueden ser relacionadas a laguna proposición teórica

Las características de un estudio de caso nos hablan de una investigación empírica que:

- Investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de vida; cuando
- Los límites entre el fenómeno y el contexto no están evidentemente claros ; y en los cuales
- se utilizan múltiples fuentes de evidencias

Procedimiento

Los estudios de caso exploran tanto fenómenos comunes como aquellos que son particulares. Sin embargo, es posible distinguir un mismo procedimiento para reunir datos

1. La naturaleza del caso.
2. Los antecedentes históricos.
3. El escenario físico.
4. Otros contextos, incluyendo le económico, político o legal.
5. Otros casos relacionados.
6. Aquellos informantes a través de los cuales el caso puede ser conocido.

Representatividad

Algunos señalamientos hacia la naturaleza del estudio de casos se refieren a la creencia de que el estudio intrínseco de un caso particular no fuera tan importante como los estudios de los que se obtienen generalizaciones.

Los estudios de caso pueden ser vistos como un pequeño paso hacia una mayor generalización

El desarrollo del tema de estudio puede contemplar los siguientes pasos:

1. Definir el tema.
2. Hipótesis.

3. Afirmación.

Ejemplo:

1. *Definir el tema. El ejercicio de la violencia familiar llevado a cabo por los varones.*
2. *Hipótesis. Hay una relación entre el manejo de la responsabilidad en la elección de ejercer violencia y la posibilidad de tomar el control en la decisión de disminuir el uso de la violencia.*
3. *Afirmación. A través de un caso en el que se lleve a cabo un manejo terapéutico de atención a la violencia, habrá un entendimiento mayor del fenómeno social y sus repercusiones en la violencia hacia al mujer, del mismo modo, en el tema de los estilos masculinos de violencia.*

Comentarios finales

La revisión de técnicas de investigación cualitativa amplió la gama de opciones para fortalecer el ejercicio profesional clínico. Representa una herramienta efectiva de acercamiento a las problemáticas y fenómenos involucrados en las relaciones humanas. Al estudiarlos en su contexto natural y directo se recopilan elementos que encuentran una alta correlación con las particularidades que se requieren para construir propuestas que respondan a necesidades, significados y realidades específicas.

La amplitud de criterios disponibles en la investigación cualitativa brinda la posibilidad de responder más allá de una explicación parcial de un problema, involucra entendimientos globales que dotan de herramientas para que el investigador diseñe intervenciones y propuestas más cercanas a las realidades únicas de las poblaciones.

3.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento

3.3.1 Productos tecnológicos

Durante la residencia se generaron diversos productos tecnológicos. Particularmente hago referencia a una adaptación de la escala FACES que evalúa la adaptabilidad y cohesión familiar, a través de reactivos auto aplicables, los cuales fueron traducidos para su adecuación a la población mexicana. Asimismo, se sometió a análisis la validez y confiabilidad de los reactivos.

3.3.2 Programa de intervención comunitaria

Taller para padres

Las habilidades adquiridas y aplicadas en esta área fueron experiencias que enriquecieron en gran medida mi formación profesional, algunas de ellas sirvieron para: identificar determinados problemas prioritarios del subsistema parental en el proceso de educación de los hijos, diseñar un taller psico-educativo como proyecto de apoyo a la resolución y prevención de estos problemas en el seno familiar, elaborar material temático con búsquedas bibliográficas y la aplicación de este taller, que se llevó a cabo retomando técnicas de diferentes modelos de terapia familiar, técnicas de manejo grupal, aspectos éticos de la práctica profesional, etc.; logrando finalmente realizar un trabajo integral aplicando muchas de las habilidades adquiridas durante la formación en la maestría.

Dentro de los problemas más recurrentes en lo que se refiere a las relaciones de padres e hijos, se encuentran las dificultades para manejar y ejercer satisfactoriamente la jerarquía paternal.

Ante la recurrencia de esta problemática y la utilidad de las técnicas de terapia familiar, se justifica una intervención para padres, que no requieran de un proceso terapéutico y que al mismo tiempo pueda representar una experiencia vivencial que promueva la acción y no solo la escucha pasiva de pláticas dictadas por un profesional. La modalidad de taller se ajusta de manera satisfactoria para trabajar de manera preventiva o en una atención primaria en las relaciones entre padres e hijos.

El objetivo principal del taller fue promover la modificación del funcionamiento familiar, en aquellas áreas que los padres, generalmente, consideran necesarias a ser modificadas; por tal motivo el sustento teórico del presente taller está basado en la teoría sistémica familiar, el modelo de McMaster del funcionamiento familiar (1969), el modelo estructural de terapia familiar (Minuchin,1984), la técnica de externalización del modelo narrativo (White, 1993) y algunas intervenciones de terapia breve.

Debido a la diversidad de problemáticas e intereses de los padres en la relación con sus hijos, fue preciso seleccionar cuidadosamente aquellas que representaran significativamente las problemáticas más comunes; para lo cual, se solicitó una cita con la directora de la escuela donde se aplicó el taller, y se conversó sobre los problemas más frecuentes que los papás le mencionaban en la educación con sus hijos. Finalmente, los temas considerados como fundamentales a trabajar en el taller, fueron:

1. Establecimiento de límites.
2. Apoyo a la solución de sus problemas.
3. Manejo del enojo sin violencia.
4. Aplicación de los temas anteriores, en la relación de pareja.

El objetivo del cuarto tema fue lograr una reflexión teniendo como antecedente los tres temas anteriores, para generalizar los conocimientos adquiridos, en la relación de pareja y demás relaciones interpersonales, además de que logran observar

de manera sistémica, la repercusión que podía tener esto, en su relación con los hijos.

Se hizo una investigación bibliográfica para elaborar materiales de apoyo sobre los tres primeros temas. Se eligieron modelos y técnicas terapéuticas con el objetivo de adaptar lo necesario para llevar a cabo las dinámicas y el manejo teórico de cada sesión.

La duración del taller fue de 12 horas, se llevó a cabo en cuatro sesiones de tres horas cada una, una por semana. Horario vespertino. El lugar de aplicación fue un Jardín de niños particular, al sur de la Ciudad de México. No tuvo ningún costo la asistencia al curso y el material fue proporcionado por los facilitadores.

Acudieron 19 padres de familia, hubo 5 faltas durante las cuatro sesiones, por razones de trabajo. El 79% eran madres de familia y 21% papás. Su rango de edad fue entre 25 y 42 años. Respecto al estado civil: 64% casados, 22% divorciadas o separadas y 14% solteras. En tanto al número de hijos la mayoría tenía un hijo (43%), 36% dos y el 21% tres. La mayor proporción estudió hasta licenciatura (64%), seguida de estudios de posgrado (22%) y la minoría estudios de preparatoria o carrera técnica (14%).

El 46% eran empleados, 38% trabajaba por su cuenta, 16% eran amas de casa. El promedio de horas que dedicaban a la semana a su trabajo era de 38 horas (D.S.= 8). No se tomaron en cuenta las horas de trabajo de las amas de casa, dado que ellas no lo reportaron, sólo un padre lo consideró.

En seguida se describe brevemente la estructura de trabajo en cada sesión.

Sesión 1: Establecimiento de límites

Material: Lista de asistentes, gafetes de fomi con seguros para los nombres, hojas blancas y crayolas, material de apoyo: “Establecimiento de límites”.

Presentación y encuadre: Presentación, explicación del objetivo del taller, temas y su finalidad, establecimiento de las reglas de trabajo en las sesiones, expectativas del taller y presentación de los asistentes.

Actividad: “El dibujo de mi familia”. Objetivo; romper el hielo e introducirlos al tema central: la familia; al mismo tiempo a manera de presentación familiar, los participantes conocieron las diversas conformaciones familiares de los propios participantes.

Exposición de tema: teniendo como guía el material de apoyo previamente elaborado: “Establecimiento de límites”. A manera de preguntas se encaminó hacia el tema central, promoviendo la reflexión y comentarios conforme el desarrollo del contenido.

Los aspectos centrales de la exposición fueron: castigos sin culpa, manejo adecuado de recompensas, identificación de límites: claros, rígidos y difusos, implicaciones en los hijos por el nuevo establecimiento de límites. Se hizo la definición de límites como un acto de amor y responsabilidad que respeta la integridad y necesidades básicas del niño: emocionales, psicológicas y nutricionales. Se mencionaron sus características, la diferencia entre ser y mostrarse, la importancia que tiene el diálogo como apertura del canal de comunicación y acercamiento, la dosificación de las diferentes recompensas y castigos, la perseverancia, la congruencia, la importancia de salvaguardar la integridad emocional y el no condicionamiento del amor en las reprimendas, el aprendizaje de consecuencias, etc.

Recapitulación y cierre. Finalmente, se retomaron las partes esenciales de lo expuesto, se les dio el mensaje de que “poco a poco” intentarán incluir en su estilo de vida lo que creyeran conveniente de la sesión, evidenciado la dificultad que tenía hacer esto y sobre todo respetando sus tiempos y propios valores familiares.

Sesión 2: Ayudándolos a solucionar sus problemas

Material: Lista de asistentes, gafetes de fomi con seguros con los nombres, material de apoyo elaborado previamente: “Ayudándolos a solucionar sus problemas”.

Comentarios de la sesión anterior: Se exploran las dudas y se hicieron comentarios de lo que pudieron aplicar de lo visto en la sesión anterior. Así como las dificultades con las que se encontraron para hacerlo.

Exposición de tema: material de apoyo elaborado: “Ayudándolos a solucionar sus problemas”: con la misma dinámica de exposición. El tema tuvo énfasis en la utilización de ilusión de alternativas, el desarrollo de la capacidad para ejercitar los ensayos y errores en las actividades cotidianas y el acompañamiento de los padres independientemente del éxito o fracaso, la normalización de la imposibilidad de realizar estos ensayos en todo momento o “tomar el camino fácil” cuando los tiempos apremian y los beneficios a futuro por la autonomía en la educación hacia la solución de problemas.

Recapitulación y cierre: Se validaron los sentimientos que acompañaron a estas experiencias, se normalizó, validó y se trabajó con la connotación positiva. Se hizo prescripción de recaídas en el establecimiento del nuevo estilo de relación que están por intentar con sus hijos, así mismo se mencionó la importancia de no apresurarse y que los cambios se den poco a poco, se les invitó a poner en práctica lo aprendido en estas dos sesiones.

Sesión 3: Manejando tus enojos sin violencia

Material: Lista de asistentes, gafetes de fomi con seguros con los nombres, hojas de rotafolio blancas, crayolas, recordatorio, material de apoyo elaborado: “Manejando tus enojos sin violencia”.

Comentarios de la sesión anterior: Dudas que se pudieron haber generado y comentarios de lo que pusieron en práctica, de lo aprendido en las sesiones anteriores.

Actividades: “Dinámica de externalización del enojo y un dibujo”. El objetivo principal fue que papás y mamás, observaran su enojo y dejaran de verse como parte de él.

Material: Hojas blancas y crayolas.

Desarrollo: Se llevó a cabo la externalización del enojo y sus “acompañantes” mediante una inducción imaginaria, representándolos mentalmente para posteriormente plasmar en un dibujo lo que habían evocado.

Exposición de tema: con el material de apoyo elaborado: “Manejando tus enojos sin violencia”, se expuso con la misma dinámica.

Se habló sobre el manejo del enojo con énfasis en lo siguiente: ejecución típica y personal del enojo, distinción entre característica de rasgo o situacional, así como la identificación y nombramiento de las emociones que acompañan al enojo. Se hizo diferencias entre eventos de agresión y características de la violencia intrafamiliar. Se revisó el manejo de los enojos: cómo identificarlos, dirigirlos, expresarlos y controlarlos.

Recapitulación y cierre: A manera de cierre se comentó la importancia de aceptar y expresar adecuadamente el enojo, modelando a los hijos la expresión y su manejo. Normalizando que existe el enojo y la necesidad en su expresión, pero con un manejo adecuado de las emociones, para no lastimar a los demás.

Finalmente, se entregó un mensaje escrito a manera de recordatorio, haciendo una integración de los tres temas trabajados:

“El establecimiento adecuado de límites abre el canal de comunicación en las relaciones, facilitando la solución de problemas, lo que genera un ambiente propicio para el reconocimiento y expresión de las emociones, incluyendo el enojo”.

Sesión 4: Integración de temas en la relación de pareja

Material: Lista de asistentes, gafetes de fomi con los nombres, cuestionario: escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (Olson, 1991; adaptado a población mexicana por Torres, Navarro y Aguilar. S/P), formatos de evaluación del taller y reconocimientos escritos de participación a los asistentes.

Comentarios de la sesión anterior: Se retoman dudas y comentarios respecto a la sesión anterior.

Actividad: Aplicación del cuestionario. El objetivo de esta actividad fue propiciar la reflexión en la relación de pareja a partir de sus respuestas al cuestionario, con el fin de generalizar los conocimientos adquiridos, en su relación de pareja y demás relaciones interpersonales. Esta actividad los llevó a muchos, a la reflexión de su relación y a solicitar atención para ellos.

Contención y justificación: Se habló de la utilidad de los temas revisados en el taller y se evidenció que no se limitan a la relación con los hijos, y que identificaran que podían aplicar a su relación de pareja para que se encontraran más satisfechos. Pues su estado de ánimo, a su vez influía en la relación con los hijos.

Evaluación del taller: Los participantes evaluaron el contenido y el desempeño de los facilitadores mediante el formato que se les entregó, con la finalidad de hacer las correcciones necesarias al taller, para aplicaciones posteriores.

Algunos de los resultados al respecto fueron: que les fue de mucha utilidad y beneficio el taller, que les faltó tiempo para expresar cosas y para hablar de los temas expuestos, solicitaron que éstos talleres se llevaran de manera permanente y solicitaron más temas: relación de pareja, autoestima, madres solteras, entre otros.

Cierre del taller: Con el propósito de incentivar a los padres de familia se llevó a una reflexión sobre la viabilidad de integrar los temas de establecimiento de límites, solución de problemas y manejo del enojo sin violencia, a la situación particular de la relación de pareja y demás relaciones interpersonales, para que a su vez repercutieran en un beneficio recursivo, a nivel familiar.

Se hizo entrega de reconocimientos de participación a los padres asistentes. Se validó y reconoció su esfuerzo e interés y finalmente se les invitó a poner en práctica lo aprendido, reiterando la prescripción de las recaídas y que los cambios que perduran son los que se hacen poco a poco.

Algunos padres de familia, solicitaron atención individual, la cual se les proporcionó, en citas posteriores.

Comentarios finales

Las actividades grupales de tipo educativo que involucran aspectos vivenciales y reflexivos constituyen una herramienta poderosa para la contribución del bienestar colectivo. Su beneficio se extiende a los ámbitos preventivos ya que, permiten escenificar contextos comunes de vivencias familiares que comparten formas de resolución básicas. Asimismo, el carácter grupal y heterogéneo de los participantes, facilita el compartir experiencias significativas que colaboran en la adquisición y el contraste de estilos de afrontamiento que terminan por enriquecer el bagaje personal de quien se adentra en los talleres para padres.

El profesional clínico como facilitador del proceso en el taller implica el manejo eficaz y experto de información variada la cual debe articularse progresivamente en función de las respuestas individuales y grupales al proceso. La formación clínica es básica para responder a las vivencias vertidas en el proceso adecuadamente, herramientas como la contención emocional, la connotación positiva, la búsqueda grupal de alternativas implican un alto grado de escucha y de criterio profesional para equilibrar la vivencia del taller y distinguirlo de un proceso terapéutico grupal.

En suma, la modalidad de taller colabora significativamente en beneficio de los propósitos de la intervención comunitaria, su carácter preventivo y formativo colabora en la construcción de estilos parentales libres de violencia y favorecedores de entornos seguros de crecimiento emocional y personal. Adicionalmente, brinda al profesional una experiencia enriquecedora al ejercitar un estilo de facilitación que implica innovar y adecuar las habilidades clínicas en función de los propósitos de esta modalidad de intervención.

3.3.3. Participación en foros académicos

Durante la residencia tuve oportunidad de asistir a distintos foros académicos, me parece de particular relevancia el Foro de discapacidad y familia en el Centro Nacional de Rehabilitación en el que se tocaron temas de vital importancia para enriquecer el acervo de conocimientos sobre las discapacidades y su impacto en las familias; esta experiencia académica me permitió articular los conocimientos referentes a las técnicas terapéuticas y transversalizar la con la particularidad del tema del foro.

Adicionalmente a la asistencia a foros académicos, se me presentó la oportunidad de coordinar una mesa de trabajo en el foro internacional de adicciones organizado por diversas instituciones de asistencia privada; la experiencia fue sumamente enriquecedora y de gran aportación a mi formación profesional, particularmente en lo referente a condensar propuestas vertidas en la mesa y consensuar la redacción de coincidencias, acuerdos y propuestas de distintos representantes de las instituciones participantes.

3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional

Las consideraciones éticas de la práctica profesional tienen una importancia fundamental para respaldar cualquier intervención profesional en el campo de la psicología clínica.

Por un lado podemos hacer alusión a las normatividades éticas que enmarcan el quehacer de nuestra profesión. La atención a la ética, entendida ésta como los puntos de encuentro de diferentes variantes morales que desembocan en un fin común, el bienestar de la población beneficiada con el ejercicio clínico de la psicoterapia.

El Código Ético es un instrumento para garantizar la protección de los usuarios de los servicios psicológicos, y para ofrecer al psicólogo un apoyo, tanto en la toma de decisiones, como en los casos en los que se enfrente a dilemas éticos. Es por ello que la permanente evaluación y retroalimentación de su aplicación y el conocimiento de casos concretos de conflictos de naturaleza ética, servirán para mejorarlo y modificarlo continuamente, siempre con la finalidad de aumentar su eficacia. El siguiente es un listado a manera de reafirmación de las habilidades que estuvieron en permanente vigilancia y desarrollo durante la residencia en Terapia Familiar con fundamentado en el código vigente. (García 2004)

Capacidad profesional

El psicólogo y la psicóloga cuentan con preparación académica, actualización constante, experiencia profesional, actitudes, habilidades y destrezas necesarias, para prestar los servicios que ofrece y para reconocer por medio de sus capacidades de autoconocimiento y autocrítica sus alcances, limitaciones y áreas de competencia en su actividad profesional.

Competencia

El mantenimiento de altos niveles de competencia es una responsabilidad que comparten todos los psicólogos en el interés del público y de la profesión en general. Los psicólogos deben reconocer los linderos de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Sólo proporcionan servicios y sólo usan técnicas para los cuales están capacitados debido a su adiestramiento y experiencia. En aquellos campos en que aún no existen normas reconocidas, los psicólogos toman las precauciones necesarias para proteger el bienestar de sus clientes. Se mantienen al corriente de la información científica y profesional actual en relación con los servicios que prestan.

Confidencialidad

Deben ser discretos, guardando y protegiendo la información que obtiene en sus relaciones profesionales, con el objeto de salvaguardar la integridad de la persona

y la confianza depositada por el usuario. Si el psicólogo o la psicóloga requieren presentar sus experiencias con fines legales, académicos, terapéuticos o de difusión de hallazgos, deben mantener el anonimato de sus consultantes u obtener la autorización explícita de los mismos.

Ecología

Buscan en su trabajo promover la relación armónica del sujeto con su medio ambiente; aprovechando de manera racional los recursos naturales y respetando en especial los espacios vitales de las personas y de las especies animales y vegetales.

Honestidad

Se entiende como la capacidad para desempeñar y/o de dar a conocer con veracidad los resultados obtenidos, buscar su objetividad y ser claros en las metas pretendidas. El psicólogo y la psicóloga son sinceros y congruentes, sin anteponer intereses personales en su quehacer profesional y toman en cuenta las normas establecidas para esta profesión. Se mantendrá una relación honesta con cada usuario, sujeta a las restricciones profesionales razonables, no engañará a sus pacientes ni a sus familias, ni incurrirá en ningún tipo de fraude, engaño o coerción.

Justicia

La justicia es la promoción de la equidad que permite que cada varón y cada mujer obtengan lo que les corresponde.

Respeto

Entendido como la capacidad de reconocer, comprender y tolerar las diferencias individuales, sociales y culturales, evitando imponer las propias; así como promover y proteger el principio de la dignidad humana y los derechos universales del hombre, encaminados al bien común, a través de la escucha y la empatía que nos permiten aceptarnos a nosotros mismos y a los demás.

Responsabilidad

Significa asumir los compromisos adquiridos con uno mismo, con los demás, con la sociedad en general y con la profesión, así como el reconocer las consecuencias de nuestros actos y acciones; dando lo mejor de nosotros mismos para proporcionar la ayuda solicitada y cumplir con las tareas propias de la profesión (con: puntualidad, calidad, eficiencia y efectividad) promoviendo siempre la salud y el desarrollo integral de las personas.

Por otro lado y particularmente refiriéndonos a la vivencia de la residencia, considero importante destacar la reflexión sobre un comportamiento ético frente a las personas y familias que entregan su confianza en la figura del terapeuta.

Diversas actitudes éticas deben ser desarrolladas y mantenidas en la cotidianeidad del ejercicio clínico y profesional.

Por ejemplo la escucha atenta y la atención plena al diálogo terapéutico también debe ser entendida como una acción ética en todo momento. La misma intención tendrá la elección técnica y planeación de los procesos cuando se realicen en función del beneficio de las familias; la elección libre de cualquier interés ajeno al referido, hará una diferencia significativa en las consideraciones éticas.

Consideración aparte merece la reflexión del involucramiento de las emociones del terapeuta en su ejercicio profesional. Un comportamiento ético adecuado en este rubro será reconocer en todo momento su importancia e implicación así como la necesidad de ejercitar un auto conocimiento por cualquier vía que el profesional considere, y que garantice una relación ética, lo cual implica un equilibrio entre la adecuada cercanía en la relación terapéutica y lo suficientemente distante que garantice la maniobra del profesional.

4. CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Habilidades y competencias profesionales adquiridas

Durante esta experiencia académica tuve la oportunidad de estar en constante revisión de fundamentos teóricos y prácticos de distintos modelos clínicos. La recurrente lectura, reflexión y discusión de una gran gama de material actualizado asentaron las bases de diversas habilidades clínicas que se fueron desarrollando a la par de las prácticas en la residencia.

Considero que las habilidades clínicas con las que contaba al iniciar la residencia, se fueron fortaleciendo con una mirada de enfoque sistémico, a estos conocimientos se sumó una perspectiva holística y amplia para la inclusión de distintos factores involucrados en un fenómeno lo cual representó una enriquecedora aportación para mi bagaje clínico.

Asimismo identifiqué una innovación en mi manera de abordar una queja en el contexto terapéutico, un estilo que involucra los aspectos relacionales, la jerarquización de las problemáticas, y el involucramiento de la persona del terapeuta en un nuevo sistema terapéutico.

En este mismo sentido, se adicionaron a mis habilidades, una manera distinta de utilización del lenguaje terapéutico; por un lado en el sentido de dar por hecho el cambio a manera de intervención, y por otro lado, la utilización del lenguaje del paciente con el propósito de generar una relación colaboradora y empática.

La estructura que me fue proporcionada en las enseñanzas clínicas tiene como resultado una gama valiosa de estilos de abordaje con un planteamiento teórico conceptual del que deriven técnicas dirigidas a objetivos específicos.

Como resultado de vivir la enseñanza bajo esta estructura se pueden destacar las siguientes herramientas clínicas: intervenciones específicas de cada modelo, los estilos de interrogar y adquirir información de manera circular, los estilos directivos con tareas específicas que moldean el accionar de las familias en los tiempos fuera de sesión, las hipótesis que guían la estructura de la sesión y la evaluación constante de la evolución del motivo de consulta así como la participación activa de los pacientes en su propia experiencia terapéutica y la organización procesal para establecer cambios concretos cotejados con el paciente que dan paso a cierres terapéuticos satisfactorios sin cerrar la posibilidad de desarrollar nuevas metas que se sumen a estos logros.

Un aspecto muy importante en la adquisición de habilidades clínicas tiene que ver con el manejo flexible de los modelos y su carácter integrativo, de tal forma que la riqueza de amoldar procesos terapéuticos en torno a distintos modelos compatibles representó una de las más significativas herramientas adquiridas.

Finalmente puedo destacar también la perspectiva positiva de estas habilidades clínicas, es decir, la mirada centrada en las fortalezas y en los recursos existentes en las personas, sin desatender las aflicciones y problemáticas vividas. El efecto práctico que tiene ésta mirada es desalentar la cultura del déficit existente en muchos procesos terapéuticos convencionales.

Particularmente se diversificaron habilidades en conceptos básicos como la entrevista, expandiendo su uso convencional de iniciación de proceso, hasta características de intervención y alianza terapéutica.

Las destrezas en torno a la entrevista también beneficiaron mis habilidades para delinear objetivos y co construirlos con las familias, así como la importancia que tienen las habilidades en cuanto a los reportes de tratamiento, es fundamental para el entendimiento global de una intervención integral. La retroalimentación que resulta de esta habilidad bien realizada reporta beneficios invaluable tanto para el terapeuta como para el equipo que en determinado momento se basa en dichos reportes para colaborar en los tratamientos. Y sobre todo, el beneficio que obtienen las familias al ser atendidas desde una metodología adecuadamente integrada a través de dichos reportes.

Como parte de la formación en la residencia tuvimos la oportunidad de atender asignaturas que permitieron adquirir habilidades para el desarrollo de instrumentos de investigación tanto cuantitativa como cualitativa. Se desarrolló la capacidad para establecer y delimitar un problema de investigación, evaluar que tipo de instrumento resulta adecuado para cada problema y las habilidades y conocimientos necesarios para desarrollar y evaluar dichos instrumentos.

Habilidades para desarrollar marcos de referencia teórica que permitan delimitar el tema a investigar así como toda la información necesaria para tener una visión del contexto en el que se enmarca el tema de interés.

Hubo oportunidad de generar destrezas en el diseño y conducción de proyectos de investigación que se relacionaran con las necesidades del ejercicio de la terapia familiar.

4.2. Incidencia en el campo psicosocial

Los acelerados cambios que se han suscitado desde la segunda mitad del siglo pasado respecto a las condiciones, sociales, económicas y políticas de nuestro país, y particularmente en esta ciudad han traído como consecuencia una amplia

variedad de conformaciones familiares a más de estilos de convivencia y vida comunitaria cada vez más complejos. Los modelos y patrones convencionales se han visto significativamente rebasados y la necesidad de acoplamiento a estas realidades familiares es una obligación profesional. El entendimiento de disfuncionalidad se ha ido alejando de la simple explicación de todo aquello que no encajaba en el modelo nuclear dominante. La compleja realidad de los sistemas familiares actuales permiten aseverar que las dinámicas relacionales juegan un papel más importante en dicha disfuncionalidad, que la simple conformación estructural, jerárquica o moral de los mismos.

Las intervenciones efectivas incluso, pueden aportar elementos constructivos en la adaptación de los propios miembros de estas familias diversas, despatologizando su percepción no convencional, además de construir su propia identidad libre de patrones dictados por la hegemonía de nuestro país, encontramos que son cambios necesarios para la sobrevivencia del grupo familiar.

No solo estamos ante los cambios estructurales, también el orden económico y jerárquico se ha alterado, pasando a una distribución de jefaturas de familia que atestiguan una participación mayor de la mujer. Esta condición conlleva conflictos en la adaptación y aceptación de este nuevo orden.

De tal manera que, las separaciones y divorcios se han incrementado convirtiéndose en áreas de intervención primordiales en el ejercicio terapéutico.

Al conocer los principales problemas que se presentan en el campo psicosocial, se amplían las posibilidades de conocer las características primordiales de aquellos grupos sobre los que habrá de incidir la práctica clínica. Por ejemplo, el saber que en nuestro país el sector juvenil es predominante y las problemáticas a las que se enfrenta, permite reflexionar sobre los abordajes más adecuados para enfrentar problemas como adicciones, conductas sexuales de riesgo y violencia, entre otras.

El campo psicosocial referente a la violencia familiar reviste una importancia primordial por su carácter de problema de salud pública nacional y por las aflicciones colaterales que de este fenómeno se desprenden. El abordaje efectivo contempla diversas aristas:

- La prevención desde la detección temprana de patrones facilitadores de conductas violentas.
- La identificación de los distintos tipos de violencia no sólo la violencia física.
- El conocimiento jurídico y de derechos humanos modificaciones que se han hecho al código penal sobre este tema, para de esta forma poder orientar a quienes son víctimas de este fenómeno.
- La intervención adecuada que requiere este fenómeno
- Los límites de la atención terapéutica y
- La política de derivaciones y canalizaciones adecuadas.

Es por lo tanto, de gran valía haber desarrollado habilidades para complejizar el espectro de atención y entendimiento de los sistemas familiares contemporáneos. Dichos sistemas requieren de una mirada particular en su abordaje y al mismo tiempo la aplicación de las teorías y técnicas que han sido desarrolladas y cuya adaptación implica un enorme compromiso para el profesional clínico.

Dentro de estas familias podemos mencionar a aquellas familias conformadas por personas homosexuales cuyo reflejo de realidad en nuestra sociedad se ha corporizado en leyes que protegen los intereses de esta sociedad voluntaria. Un sentido parecido en cuanto a la apertura de estudio y atención, se requiere en las familias que incluyen en su realidad cotidiana temas como: la discapacidad, la migración, el subempleo, la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, la transmisión generacional de patrones violentos, etc.

La atención y fortalecimiento de los sistemas familiares ayudan no sólo en la atención directa de las problemáticas, también en la prevención y conformación de

estilos de afrontamiento hacia cualquiera de estas circunstancias que están en juego de sucederse en toda familia.

Resulta trascendental atender integralmente los espacios de formación de terapeutas familiares capaces de intervenir de manera adecuada, que tengan habilidades terapéuticas que permitan prevenir y atender diversos problemas, que desarrollen habilidades de investigación que les permitan conocer los procesos que afectan a las familias y la manera de combatirlos, es preciso contar también con programas adecuados de intervención comunitaria y con personas capaces de desarrollarlos y aplicarlos.

En resumen, estamos ante un campo psicosocial que se complejiza gradualmente y que requiere en todo momento de profesionales comprometidos con la actualización, la formación continua y la revisión constante de cuestionamientos personales y profesionales sobre cualquier tema que involucre las realidades de los sistemas familiares.

4.3 Reflexión y análisis de la experiencia

A lo largo de esta experiencia educativa tuve oportunidad de desarrollar habilidades y destrezas en distintos campos de la psicología. Tanto en el aula como en el ejercicio clínico dentro del Centro de Servicios Psicológicos, se sucedieron actividades edificantes para construir una formación integral que considero uno de los momentos más significativos de mi vivencia personal y profesional.

Las competencias resultantes de esta residencia son el resultado de la articulación de distintos esfuerzos y convicciones por formar profesionales competentes en el ámbito de la Psicología. Los académicos comprometidos con su función docente organizados por la coordinación académica consiguieron brindar los elementos

necesarios para garantizar la utilización provechosa de la Universidad. El aprovechamiento y esfuerzo que observé en el grupo generacional del cual formé parte, me permite señalar que fueron cabalmente aprovechados los elementos puestos a disposición para el desarrollo de las competencias adquiridas como uno de los principales objetivos trazados en esta Maestría.

Tomando como punto de partida los diferentes aspectos del programa, podemos concluir que cada uno de ellos sirve al propósito de formar al terapeuta integralmente, no sólo en el aspecto de la práctica clínica, sino proporcionando también la posibilidad de desarrollarse en diferentes áreas relacionadas con la salud mental.

El desarrollar habilidades para la investigación resulta ser una capacidad que podrá extenderse a otras áreas de la psicología más allá de la práctica clínica, permitiendo el desarrollo profesional del terapeuta en campos variados.

Tomando la parte de la formación teórica se puede afirmar que esta permite la comprensión de cada uno de los modelos, al estudiar los antecedentes de la terapia familiar y el sustento teórico que respalda a cada uno de ellos, el estudiante tiene una visión completa de lo que se encuentra atrás de cada intervención, posibilitando una aplicación razonada y no la aplicación técnica o mecánica, que ha manera de receta podría darse de la terapia.

Por otra parte, la discusión epistemológica que se da en la residencia enriquece y obliga a reflexionar sobre la responsabilidad personal, las implicaciones éticas y las condiciones personales de quien participa en la formación.

Considero que uno de los aspectos más importantes fue el trabajo desarrollado en Casa Alianza, ya que de esta forma tuve la oportunidad de aplicar cada una de las habilidades que conforman el perfil del egresado a una situación complicada, debido a que las características de la población meta requieren de la capacidad de

adaptación por parte del terapeuta, desde las condiciones físicas en donde se desarrolló la práctica, hasta las condiciones de la población (determinadas por la pobreza, la adicción, el encierro y la violencia) que influían en el trabajo de investigación y de intervención terapéutica.

El haber desarrollado trabajo comunitario proporciona una visión amplia de la labor del terapeuta que no se circunscribe al consultorio, permitiendo reconocer que quienes nos formamos en esta área podemos intervenir para prevenir el desarrollo de problemáticas que posteriormente requerirán de la atención de un terapeuta. El trabajo comunitario tiene la virtud de permitir al profesional de la salud acceder a grupos relativamente amplios de la población, para proporcionar herramientas, que como se ha señalado, prevengan el desarrollo de ciertas problemáticas o que sirva como proceso de detección temprana (esto es importante por ejemplo, en el contexto escolar) Para desarrollar trabajo en comunidades se hace necesario contar con cierto grado de creatividad para poder elaborar estrategias que posibiliten llegar a un segmento amplio de la población, además de que permitan capturar el interés de los usuarios. A diferencia de la práctica en consultorio, en la que el cliente solicita el servicio, en la comunidad se hace necesario que el profesional de la salud implemente una serie de estrategias que atraigan la atención del grupo a quien va dirigido el trabajo. En este mismo sentido, el participar en actividades relacionadas en la docencia, además de permitir al estudiante poner en práctica habilidades diferentes a las requeridas frente al paciente, también prueba la calidad de los conocimientos adquiridos. Al igual que en el trabajo comunitario, las actividades de apoyo a la docencia exigen creatividad y una dominio de los temas a desarrollar. La participación en este tipo de actividades proporciona una visión amplia del campo laboral al que se puede integrar el terapeuta.

Tomando en consideración todos los aspectos que conforman este reporte se puede concluir que la experiencia de formación en Terapia Familiar obliga al estudiante a integrar constantemente cada uno de los temas, conocimientos y

habilidades que se abordaron a lo largo del programa, dando como resultado un cuerpo de conocimientos y habilidades articulados entre sí.

Habilidades Personales

La vivencia cotidiana de trabajar en equipo con mis compañeros de generación contribuyó en mi crecimiento personal. Es indudable que mi paso por la residencia en Terapia Familiar impactó en primera instancia mi desarrollo como individuo, y consecuentemente, mi desarrollo profesional.

La dinámica particular del equipo terapéutico en el que participé, agudizaron habilidades personales que se adicionan a las herramientas clínicas ya que el crecimiento personal de todo profesional de las humanidades impacta directamente con su ejercicio cotidiano.

La convivencia académica y clínica me permitió conocer una amplia variedad de puntos de vista y formas de entender los conceptos estudiados y sobre todo, las vivencias de las familias atendidas.

En beneficio de mi perspectiva, también me ví inmerso bajo la tutela y supervisión de diversos profesores y maestros que conjuntaron un mosaico enriquecedor para mi formación.

La diferencia de opiniones y percepciones que se suscitaron en el curso de la residencia, fortalecieron mis aptitudes de tolerancia y sobre todo de celebración de las diferencias que suman conocimiento. Indudablemente que mi capacidad de escucha se vio enriquecida dado que en las labores cotidianas siempre se ponderó el diálogo y el intercambio respetuoso de opiniones.

El carácter humano que reinó en el equipo terapéutico del cual fui parte, también me permitió compartir vivencias y opiniones personales que hicieron una gran diferencia entre solamente transitar por una experiencia académica y vivir una

residencia con aprendizajes de tipo humanitario que pude corroborar en mi subsiguiente ejercicio profesional.

4.4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo

Además de los conocimientos teóricos y las herramientas técnicas que adquirí, estos dos años de formación me dieron la oportunidad de conocer, asimilar y adoptar un nuevo enfoque que amplió mis posibilidades de intervención.

Desde la mirada sistémica tengo la posibilidad de integrar elementos que antes estaban fuera de mi percepción profesional, hay una integración de elementos dentro del panorama, además de atender las interacciones y sus efectos más allá de explicaciones deterministas.

Consecuentemente, este paradigma hace ahora una significativa diferencia en mi forma de actuar no sólo en la práctica sino en mi vida cotidiana. Las características que resaltan son las de la inclusión, la utilización a favor de las personas la expertez con que cuento, la curiosidad, e interés verdadero por conocer otros puntos de vista sobre las cosas.

En suma, he experimentado la gran utilidad que implica explorar y validar visiones alternativas.

La percepción relativa acerca de la realidad como multiversa y sujeta a experiencias personales e interpretaciones, ha significado un estupendo aprendizaje para revalorar situaciones clínicas y profesionales que en otro tiempo juzgaba desde los dictámenes dominantes o unidimensionales de la modernidad. La posibilidad de abordar fenómenos conductuales o relacionales desde la idea básica de que cada quien construye su realidad y de que ésta puede ser

reconstruida o re escrita nuevamente, abrió múltiples posibilidades y caminos que también impregnaron mi experiencia personal. El resultado concreto se puede resumir la comprobación de proceder distinto en mis relaciones y en mi ejercicio profesional.

A través de ejercicios de tipo vivencial realizados en la residencia, pude replantearme mi posición y relaciones familiares, así como mi sentido de vida desde esta percepción de posibilidades constructivas. Gracias a estas vivencias confirmé la importancia de la familia como fuente de apoyo, recurso o limitante del desarrollo.

Me queda la firme convicción de continuar alimentando estas habilidades adquiridas y asumir plenamente la responsabilidad de sumar nuevas experiencias que edifiquen un profesional más completo en mi persona. El camino recorrido en esta residencia ha cimentado nuevas ideas y proyectos que podrán verse enriquecidos con la continua búsqueda de actualización y estudio que garantice mi crecimiento y desarrollo profesional en beneficio de las personas y la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Andersen T. (1994a). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En McName, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Anderson M. (1988). *Aproximaciones a la historia de la familia occidental 1500-1914*. México: Siglo XXI.
- Bertalanffy, L. Von. (1981). *Teoría general de los sistemas*. Londres: Carril de Allen.
- Bertalanffy, L. Von. (1993). *Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cade B. y O'Hanlon, H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Cecchini, G. (1988). Hypothesizing-circularity-neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 27, 405-413.
- Coolican, H. (1994). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual Moderno.
- Desatnik, O.; Franklin, A. y Rubi, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión. *Psicoterapia y Familia*, 15:1.
- Eguliuz, L. (Comp.). (2000). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Elkaïm M. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones: ¿Están en el límite de lo sistémico? *Psicoterapia y Familia* (Vol.9, no. 2) 4-19.
- Elkaïm, M. (Comp.). (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.
- Epstein, M. y Bishop, D. (1981). *Handbook of Family Therapy*. Nueva York; Brunner Mazel.
- Fernández, C. y Yáñez, M. (1997). *El papel del terapeuta en comunicación humana*. México: Tesis de Licenciatura del Instituto Nacional de Comunicación Humana.

- Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Goncalves, O. (1998). Hermenéutica, construccionismo y terapias cognitivo-conductuales: del objeto al proyecto. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1999). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández, S.; Fernández, C. y Baptista, L. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hoffman, L. (1998). *Fundamentos de la terapia familiar: Un marco conceptual para el marco de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- INMUJERES (2003). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENDIREH 2003*. En <http://www.inmujeres.gob.mx> consultada el 22 de enero de 2010.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006). Estadísticas a propósito del día Internacional de la Familia. Datos Nacionales. Recuperado el 15 de abril de 2005. <http://www.dif.gob.mx/inegi/familia2006> consultada el 15 diciembre de 2009
- Keeney, B. P. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Macías, R. (1994a). Separación y divorcio: consecuencias emocionales. En Pérez, C. J. y Rubio, E. *Antología de la sexualidad II*. México: Porrúa.
- Macías, R. (1994b). Las vinculaciones afectivas. En: Pérez, C. J. y Rubio, E. *Antología de la sexualidad II*. México: Porrúa.
- Minuchin S. y Fishman H. Ch. (1998). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. (1995). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

- Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Olson, D.H.; Bell, R. y Portner, J. (1982). *FACES II*. Minnesota: Family Social Science.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Buenos Aires: Paidós.
- Rocha Jiménez, L. Ma. (2007). *Empoderamiento de hombres y mujeres después del matrimonio*. México: Tesis de Maestría, Facultad de Psicología UNAM.
- Saltzman, Ch. (1974). *Masculine Feminine or Human: An Overview of the Sociology of the Gender*. F. E. Peacock Publishers.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M. (Comp.). (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini-Palazzoli*. México: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchini, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality; Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19 (1), pp.3-12.
- Sorrentino, A. M. (1990). *Handicap y rehabilitación*. Barcelona: Paidós.
- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach. Part 2. Description of session format, interviewing style and interventions. *Journal of Marital Therapy*, 10.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Watzlawick, P.; Weakland, J. y Fish, R. (1999). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P.; Bavelas, B. y Jackson, D. D. (1997). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.