

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO

**RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR  
SISTÉMICA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

**LA RELACIÓN ENTRE LAS ENFERMEDADES  
CRÓNICAS Y EL SISTEMA FAMILIAR**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**KARLA LORENA GUERRERO ENRIQUEZ**

DIRECTORA  
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

JURADO DE EXAMEN:

TITULAR. DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA  
TITULAR: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO  
SUPLENTE: MTRA. MARÍA OLGA MEJÍA ANZURES  
SUPLENTE: MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA



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.

## AGREDECIMIENTOS

A mi tutora la Mtra. Ofelia Desatnik por creer en mí y haberme dado la oportunidad de formar parte de esta maravillosa experiencia.

A todas las maestras que me acompañaron en la construcción no sólo de nuevos conocimientos sino de una forma nueva de ver la vida.

A las familias que me compartieron sus esperanzas y me permitieron ser su alumna.

A mi equipo de terapeutas y hoy amigos, por sus voces y miradas.

A la vida misma por ofrecerme un sinfín de posibilidades.

La máxima victoria es la que se gana sobre uno mismo.

Buda

## ÍNDICE

### **CAPÍTULO I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR**

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

1.1 Características del campo Psicosocial.	5
1.2. Principales problemas que presentan las familias.	6
1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	12
1. 4 Descripción y análisis de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	16
1.5 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.	19

### **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

#### 2. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO

2.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	22
2.2 Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	33

### **CAPÍTULO III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES**

#### 3. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS.

3.1 Integración del expediente clínico y análisis teórico metodológico del trabajo con las familias.	98
3.2 Análisis y discusión del tema “enfermedad crónica y familia”	131
3.3 Análisis del Sistema Terapéutico Total basado observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.	143
3.4 Habilidades de Investigación.	152
3.4.1 Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa.	152

3.4.2 Reporte de la investigación realizada usando metodología cualitativa.	156
3.5 Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.	160
3.5.1 Elaborar y presentar productos tecnológicos	161
3.5.2 Desarrollar y presentar programas de intervención comunitaria	167
3.5.3 Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación de trabajos realizados.	171
3.6 Habilidades de compromiso y ética profesional.	173
3.6.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.	173

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.	183
-----------------------------------------------------------------	-----

## **BIBLIOGRAFÍA**

191
-----

## **CAPÍTULO I**

### **I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR**

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

##### **1.1 Características del campo Psicosocial**

La situación actual de nuestro México es para muchos analistas contradictoria, pues por un lado, es un país considerado en vías de desarrollo, que ha sido ubicado como el número 12 de las economías mundiales de acuerdo al PIB (Producto Interno Bruto), es decir, el indicador más amplio de la producción total de una economía. Su riqueza la encabezan sus grandes recursos naturales como el petróleo, áreas naturales, turismo y desde luego la gran cantidad de mano de obra con la que cuenta. Pero, aunque esta información parece alentadora y con miras a un mayor desarrollo, la incongruencia de las condiciones de nuestro país surge al considerar los indicadores sociales como lo son el índice del desarrollo humano y el índice de la desigualdad social.

El índice de desarrollo humano es una medición elaborada por el programa de las Naciones Unidas que toma en consideración tres parámetros:

- una larga vida y saludable al momento de nacer,
- la educación que se mide en relación a la tasa de alfabetización de adultos y
- un nivel de vida digno, medido por el PIB per cápita (PIB en USD).

Para el 2006 el índice de desarrollo de México fue ubicado en el lugar 53, lo cual denota que nuestro país carece de una situación privilegiada, pues a pesar de estar colocado dentro de las primeras doce economías mundiales; derechos como la salud, la educación y un nivel de vida digno se encuentran impregnadas por una gran inequidad social. Estos datos, concuerdan con el índice de Gini, es decir la escala de medición que valora la concentración de la riqueza; en esta escala México se coloca en el lugar número 12 en la lista de los países de mayor desigualdad social, es decir, una de las principales naciones en donde las diferencias entre el sector más rico de la población y el resto de la sociedad, es abismal (Székely, 1998; citado en Aguilar, 2006).

Esto se ve reflejado en la población en general; por ejemplo, en un estudio realizado por Székely (1998; citado en Aguilar, 2006), se reportó que la población de jóvenes mexicanos entre los 15 y 19 años, equivalente a una masa poblacional de 10.1 millones, se ubicó principalmente en el extremo de la población que no tiene acceso a la educación, lo cual a la vez repercute en los bajos salarios que estos jóvenes percibirán y por lo tanto en la posible inserción de muchos de ellos a la delincuencia o narcotráfico.

Tal ejemplo nos muestra una mirada sistémica de la forma en la que el efecto de la desigualdad social sobre la falta de acceso a la educación superior para muchos de los jóvenes, incidirá en otras áreas del sistema que van generando problemáticas cada vez mayores en nuestra sociedad y que nos llama a reflexionar sobre el papel que juegan los distintos profesionistas y más concretamente los terapeutas sistémicos como actores sociales en el cambio y las mejoras de nuestro país.

## **1.2. Principales problemas que presentan las familias.**

La desigualdad en la educación, deja ver cómo es que en hogares donde no se tiene acceso al sistema educativo, las condiciones socioeconómicas son muy limitadas, mientras que en hogares en donde la mujer tuvo acceso a la educación se observa que el número de hijos se reduce, se proporcionan mejores oportunidades educativas para los mismos y se obtienen mejores condiciones salariales no sólo para las mujeres sino para toda la familia (Székely 1998, citado en Aguilar, 2006).

Hoy 11 años después del estudio anteriormente mencionado (Székely 1998, citado en Aguilar, 2006) las cosas parecen no haber cambiado, contrario a ello, podríamos decir que han empeorado, pues las cifras de jóvenes rechazados en el año 2009 por la máxima casa de estudios UNAM, fue alarmante y dejó a la vista la incompatibilidad de las necesidades nacionales en relación a la infraestructura y recursos con los que se cuenta en nuestro país.

Aunado a esto, nos topamos con el tema de la salud donde de igual forma se observa una gran desigualdad social. México es considerado como uno de los países que no ha logrado el estado de

bienestar necesario para ofrecer a la gente la protección indispensable. Las reformas de estado, limitaciones y recortes, han producido una privatización en la práctica de los sistemas públicos de salud, generando una importante concentración de población sin cobertura en esta área (Navarro, 2007).

A inicios del año 2009, el Presidente Felipe Calderón declaró durante el IV Encuentro Mundial de las Familias, que el Gobierno Federal hacía esfuerzos e inversiones para incrementar los servicios de salud, reforzando el ISSSTE , el Seguro Social y desde hace tres años, el Seguro Popular, enfatizó que para el año 2011 México alcanzará la cobertura universal de salud, logrando que todas las familias mexicanas, tengan garantizado médico, medicinas y tratamiento médico a su alcance para cualquier enfermedad (Calderón, 2009) .

Al respecto, algunos analistas sugieren que en México se ha tratado por años de respaldar un discurso oficial que ha pretendido transmitir la idea de que existe una universalidad en la prestación de servicios por medio de los institutos de Seguridad Social como los ya antes mencionados, o bien, a través de los programas federales o estatales de salud, atendiendo a toda la población; sin embargo aseguran que esto en la práctica no sucede; contrario a ello, preexiste una ineficiencia real que hace que una gran parte de la población no tenga cobertura de salud (Rivero, 2007).

En este sentido, se consideran que son precisamente políticas como las mencionadas por el presidente, las que han impulsado a la privatización dentro del sistema de aseguramiento y han sentado las bases para el traslado de cotizaciones de mayores ingresos hacia los servicios privados, generando que sean los trabajadores de menores ingresos y con mayor factor de riesgo de salud los que sean atendidos por la seguridad social (López, Blanco, 1998 citado en: Rivero, 2007). Del mismo modo, con dichas políticas se ha difundido la idea de corresponsabilidad, trasladando en gran parte del mantenimiento de los servicios y de los costos de la atención a la población de usuarios. Aunado a esto el impacto de las reformas efectuadas, ha generado los recortes de presupuesto que afectan en mayor medida a la calidad de los servicios gratuitos y universales y a los Estados más pobres, que son los peor ubicados en dicha reestructuración (Rivero, 2007).



Es por esto que se considera que en el panorama de las políticas públicas de salud en México se conforman dos mundos extremos: las personas de bajos recursos que tienen acceso a un financiamiento mínimo y que sólo tienen garantizado un reducido número de acciones en salud, y un mundo de clientes que accede a una atención médica de calidad diferenciada según su capacidad de pago (López y Blanco citados en Rivero, 2007)

Lo anterior coincide con el análisis realizado por Nápoles (2006), con base al libro *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos?*, en donde diferentes investigadores de la Universidad Metropolitana, UNAM e Instituciones de Salud Pública, coinciden en señalar que persisten condiciones de desigualdad en el acceso a los servicios de salud, inequidad y escaso financiamiento, demostrándose que está muy lejos de cumplirse el derecho a la salud para todos los mexicanos.

Dicha desigualdad en los servicios de Salud Pública es una problemática que se agrava aún más si se toma en consideración el aumento de la esperanza de vida y el aumento de la calidad de vida en ambos extremos de la población, es decir, de pobreza y riqueza, que ha dado lugar al aumento de la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, propias de los países occidentales y de pobreza extrema (Navarro, 2007).

La OMS (2009), señala que el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se presenta en los países de ingresos bajos y medios, afectando de igual forma a hombres y mujeres, lo cual es equiparable a una causa subestimada de pobreza y dificultad de desarrollo económico de muchos países. Por ello, considera necesario prever y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas y de intervenir urgentemente contra ellas. Este organismo considera que tan sólo para el 2005, 35 millones de personas morirán por enfermedades crónicas, es decir, el doble del número de defunciones correspondientes al conjunto de todas las enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria, enfermedades maternas y perinatales, así como carencias nutricionales.

Según la Organización Mundial de la Salud (2009), el incremento en los padecimientos crónicos se debe a que durante mucho tiempo, fueron relegados a un segundo plano porque se pensaba que

eran menos dañinos que algunas enfermedades infecciosas. Las políticas de salud pública en los diferentes países se centraban en las creencias enlistadas a continuación:

1) Se defendía la idea de que las enfermedades crónicas afectan principalmente a los países de altos ingresos, cuando la realidad es que cuatro de cada cinco muertes por enfermedades crónicas se dan en países de ingresos bajos; además los padecimientos crónicos implican considerables gastos para las familias y pueden hundir a estas en la pobreza.

2) También se pensaba, que en los países de ingresos bajos deberían controlar las enfermedades infecciosas antes que las enfermedades crónicas, cuando lo cierto es que en los países de ingresos bajos y medios, se traslapan viejos y nuevos retos de salud pública, por lo que afrontar el problema de las enfermedades infecciosas sigue siendo una importante tarea al mismo tiempo que se hace imperiosa la necesidad de controlar los factores de riesgo de enfermedades crónicas especialmente en los entornos urbanos.

3) Se creía que las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas mayores, pero actualmente se tiene muy claro que la mitad de las muertes por enfermedades crónicas se producen prematuramente en personas de menos de 70 años y una cuarta parte de esas defunciones se dan en personas de menos de 60 años. En la actualidad se sabe que en los países de ingresos bajos y medios como lo es el caso de México, las personas tienden a desarrollar enfermedades a edades más tempranas, sufrirlas durante más tiempo, con más complicaciones y fallecer antes que en los países de altos ingresos.

4) Otro error común es que se suele pensar que las enfermedades crónicas se presentan principalmente en los hombres, pero los datos recientes reflejan que los padecimientos crónicos incluyendo las cardiopatías, afectan a personas de ambos sexos por igual.

5) Una idea equivocada que incluso ha sido promovida por los distintos gobiernos, es señalar que las enfermedades crónicas son el resultado de “modos de vida” poco sanos; si bien es cierto que los estilos de vida influyen en el desarrollo de la enfermedad, no se debe de perder de vista que estos no derivan de una responsabilidad individual, sino de de un sistema compuesto no sólo por la

persona, sino también por la intervención de autoridades públicas para ofrecer el acceso equitativo a una vida sana y disponer del apoyo necesario para tomar decisiones saludables.

6) Otro error que se cometió, fue pensar que las enfermedades crónicas no se podían prevenir; ahora se sabe que al conocer las causas principales de estos padecimientos y eliminar los factores de riesgo, se logrará reducir un alto porcentaje de morbilidad. Contrario a lo que se venía pensado años atrás, las acciones preventivas resultan ser altamente eficaces e incluso una de las estrategias de menor costo en todas las regiones del mundo.

Con estos resultados, la OMS (2009) recomienda que en los países de ingresos bajos y medios con problemas arraigados de enfermedades crónicas como lo es el caso de México, se respalden los programas de educación para la salud, pero ya no sólo con el objetivo de prevenir la morbilidad, sino también para el manejo adecuado de los padecimientos crónicos.

En este sentido, la Secretaría de Salud Pública de nuestro país tiene entre sus principales retos el buen manejo de la prevención e intervención de las enfermedades crónicas, pues en concordancia con lo mencionado por la OMS, cada día es mayor el número de casos afectados por algún tipo de padecimiento crónico que a la vez se traduce en la causa más frecuente de incapacidad prematura, la complejidad de su abordaje, el costo elevado de su tratamiento y finalmente la muerte de la persona afectada (Córdova, Barriguete, Lara, Barquera, Rosas, Hernández, León y Aguilar, 2008).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en el año de 1999 las principales causas de muerte en México fueron enfermedades del corazón (71 por 100.000); neoplasias malignas (55); diabetes mellitus (47); accidentes (36); enfermedades del hígado (28); enfermedades cerebro vasculares (26), y las muertes originadas en el período perinatal (20), siendo en la mayoría padecimientos de tipo crónico (OMS 2009). Esto concuerda con datos analizados por la Secretaría de Salud en México, en los que se reporta que tan sólo en cuatro años (del 2000 a 2004), la proporción de la mortalidad general explicada por la diabetes y las enfermedades cardiovasculares se elevó de 24.9 a 28.7% en los hombres y de 33.7 a 37.8% en las mujeres. Como consecuencia,

desde el 2000 la cardiopatía isquémica y la diabetes son las dos causas de muerte más frecuente en México (Córdova, Barriguete, Lara, Barquera, Rosas, Hernández, León y Aguilar, 2008).

En nuestro país los datos estadístico muestran que en el caso del porcentaje de adultos con diabetes tipo 2 creció 25% entre cada encuesta nacional (de 4 a 5.8% en el periodo de 1994 a 2000 y de 5.8 a 7% entre 2000 y 2006). Con base a estos datos estadísticos, se ha proyectado que para el 2025 existirán 11.7 millones de mexicanos con diabetes, lo que traerá severas complicaciones para el sistema de salud, pues este padecimiento se considera como una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en adultos, ya que a su vez genera graves padecimientos crónicos como lo son ceguera, insuficiencia renal terminal y amputaciones no traumáticas; colocándolo a la vez como una de las primeras causas de incapacidad. (Córdova, Barriguete, Lara, Barquera, Rosas, Hernández, León, Aguilar, 2008)

En este sentido el Gobierno Federal ha desarrollado acciones encaminadas a reducir la mortalidad por las enfermedades crónicas. Una de ellas es la creación de Unidades Médicas de Especialidad “UNEME” diseñadas para el tratamiento especializado de las enfermedades crónicas como el sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes. La intervención se basa en la participación de un grupo multidisciplinario, la educación del paciente sobre su salud así como la incorporación de la familia al tratamiento; sin embargo pese a múltiples esfuerzos, el número de casos afectados ha continuado en ascenso y se considera que es improbable que una intervención aislada pueda modificar la incidencia o la evolución natural del padecimiento (Córdova, Barriguete, Lara, Barquera, Rosas, Hernández, León, Aguilar, 2008). Lo anterior nos conduce de nuevo a reflexionar en torno a la importancia que tiene dentro de estas acciones, el papel de los terapeutas sistémicos en la aplicación de programas preventivos y tratamientos que tengan como objetivo no sólo la intervención para el paciente o posible paciente, sino también para sus redes de apoyo y desde luego la sociedad en general.

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

La historia de la Terapia Familiar en México comienza a finales de la década de los 60's, con el primer posgrado para la formación de terapeutas familiares impartido en la Universidad

Iberoamericana. Cabe resaltar que previo a estos años (1950-1970) el trabajo terapéutico se encontraba situado entre dos grandes polos, por un lado los fuertes grupos psicoanalíticos regulados por organizaciones como la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) y el Instituto Mexicano de Psicoanálisis (IMP) y por el otro lado entre los años de 1960-1970, la terapia conductual, que tomando fuerza con las aportaciones de Skinner, se abre paso en una de las más reconocidas instituciones educativas como lo es la UNAM y se logra organizar la Asociación Mexicana de Análisis de la Conducta, que data de 1975 (Sánchez, 2000; Eguiluz, 2004).

Cuando la Terapia Familiar llega a nuestro país, México parece ubicarse entre el extremo psicoanalítico por una lado y el extremo conductista por otro, ofreciendo así nuevas alternativas de explicación ante problemáticas tales como la esquizofrenia o problemas relacionados con la alimentación. Las explicaciones aportadas por los modelos antes mencionados, eran costosos, largos e ineficaces, y en el otro extremo podían resultar vagos al enfocarse únicamente a la conducta sintomática.

La idea alternativa con la que llega la Terapia Familiar a México, es aquélla que enfatizaba que los síntomas o problemas se daban como resultado de la interacción familiar, iniciándose con ello un novedoso trabajo clínico que incluía no sólo al paciente identificado sino a toda la familia.

Estas ideas llegan a México gracias a algunos psiquiatras mexicanos que regresan a nuestro país después de haber realizado estudios en Estados Unidos. Tal es el caso de Raymundo Macías, que regresa a México en 1963 después de haber concretado sus estudios en la residencia de psiquiatría y capacitación en Terapia Familiar bajo la supervisión de Nathan Epstein. Ya en nuestro país Macías comienza a dar clases en el posgrado de psiquiatría y en el posgrado de psicología de la UNAM, al lado del doctor Guillermo Dávila. Más adelante, siendo el director del Departamento de Psicología en la Universidad Iberoamericana, Macías fundó el curso de especialización en Terapia Familiar, en el que, Roberto Derbez y Lauro Estrada colaboraron en la formación de los primeros especialistas en terapia familiar (Sánchez, 2000; Eguiluz, 2004).

En 1972 Raymundo Macías termina su relación con la Universidad Iberoamericana para dar inicio a la formación de terapeutas en el Instituto de la Familia A.C. (IFAC), encabezado por él mismo y

en coordinación con Derbez, Estrada y Leopoldo Chagoya, formados en Montreal y Mariano Barragán, formado con Salvador Minuchin en Filadelfia.

En 1975, Mariano Barragán se retira del IFAC (Instituto de la Familia A.C) y junto con Luz Teresa Millán funda el Instituto Mexicano de la Familia (IMF). De éste egresaron solamente dos generaciones, ya que posteriormente cambiaron el nombre por el de Instituto Mexicano de la Pareja (IMP).

En ese momento la Terapia Familiar Sistémica se difundía en los ya mencionados institutos, y no es sino hasta 1980, que se da inicio a un programa de maestría con enfoque estructural sistémico bajo la dirección de Miren Izaurieta, Martha Pardo y María Luisa Velasco dentro de la Universidad de las Américas, la cual se distingue por ser la primera universidad en dar formación en Terapia Familiar con nivel de maestría en el campus Distrito Federal (Eguiluz, 2004)

Otro de los principales precursores de escuelas de Terapia Familiar en nuestro país es Ignacio Maldonado de origen argentino, que por problemas políticos llega a México en 1974, y recibe apoyo de la psicoanalista Mary Langer también de origen argentino. Poco después es invitado por Raymundo Macías a trabajar como docente y supervisor en el IFAC y comienza a dictar una cátedra en la Facultad de Psicología de la UNAM; coordina el taller de familia y posteriormente diez años después inaugura el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), en compañía de Horacio Skorkick y Estela Troya, así como Margarita Díaz y Javier Vicencio (Sánchez, 2000).

A estos institutos le siguieron el Instituto Personas fundado a principios de los años ochenta por Anatolio Freidberg, José Emerich y Dolores Villa, el Instituto Cencalli, fundado por María Luisa Velasco en 1987 y el Instituto Mexicano de Terapias Breves (IMTB), fundado por Mary Blanca Moctezuma en 1986 (Sánchez, 2000).

Como respaldo a estos nuevos paradigmas e institutos el 17 de Febrero de 1981 se funda la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF), siendo uno de sus principales objetivos lograr la integración entre los terapeutas que laboran en México así como propiciar el enriquecimiento de

ideas. Para ello se propuso la creación de una revista que se imprime por primera vez en 1989 conocida con el nombre de Psicoterapia y Familia. Además de ello, también se buscaba uniformar y aprobar los programas de las diferentes instituciones de formación, así como tener un órgano de promoción y difusión (Sánchez, 2000).

Es también en la década de los 80's que dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México se da inicio con los diplomados de Terapia Familiar Sistémica. El programa de diplomado, se realizó bajo la colaboración de Luz de Lourdes Eguiluz, Rosario Espinosa y Susana González siendo aprobado a finales de 1988, para dar inicio en el siguiente año dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. El desarrollo del diplomado tuvo tal éxito y continuidad que logró generar un fuerte impacto dentro de la Facultad de Psicología en CU y la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza.

Más adelante, se genera la necesidad de estructurar un plan mucho más ambicioso que se concretara como un plan de estudios equivalente a una maestría. Esta necesidad no quedó cubierta de forma inmediata ya que los programas de posgrado de la UNAM estaban siendo reestructurados por completo y se dio inicio a un proyecto general de la Universidad que se basaba en diseñar programas de posgrado, ya fuera maestría y doctorado en Psicología únicos, donde se desarrollaran diversas áreas de especialización. De tal forma quedaron establecidos los actuales planes de posgrado que son respaldados por el CONACYT, debido a que los planes de estudios que caracterizan a los distintos programas o residencias son considerados como programas de excelencia a nivel nacional.

En este sentido se puede decir que la Terapia Familiar en México lleva más de treinta años abriéndose paso dentro de los fuertes paradigmas que encabezaban las explicaciones del comportamiento humano, y aunque no ha sido fácil, son cada día más reconocidas las aportaciones derivadas del campo sistémico ante las múltiples problemáticas sociales que experimenta nuestro país.

Como vimos anteriormente, uno de las más graves problemas que enfrenta México es el incremento de las enfermedades crónicas en la población en general, lo que ha afectado no sólo a

la persona que la padece sino a la familia en su totalidad, y los aportes de la terapia familiar y posmoderna ante dicha problemática, no se han quedado atrás.

Desde las contribuciones de Minuchin hasta las actuales aportaciones del Constructivismo y Construcciónismo social, se ha tratado de comprender el impacto que genera una enfermedad crónica sobre la familia modificando los roles asignados, la organización familiar para el cuidado del enfermo, los estilos familiares de afrontamiento y el lenguaje que se ocupa ante la situación, todo ello con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida familiar, y enfrentar el proceso de salud-enfermedad desde un entendimiento constructivo.

La perspectiva sistémica ha brindado una mirada diferente a la comprensión del impacto que tienen las enfermedades crónicas sobre el sistema familiar y esto ha permitido darle un nuevo sentido a la participación que tienen las redes sociales del paciente sobre la evolución del padecimiento y al mismo tiempo comprender la función que tiene el síntoma sobre el sistema familiar.

El enfoque sistémico a diferencia de otras perspectivas teóricas permite que se amplíe la visión ante la comprensión del impacto de la enfermedad y lo que ocurre con todos los sistemas de los que forma parte la persona que la padece. Los fundamentos sistémicos permiten que el terapeuta conecte los distintos problemas que rodean a la familia y a la persona enferma, por lo que ya no sólo se ocupará de trabajar con el paciente para conseguir una buena adherencia al tratamiento y sí en cambio, buscará el trabajo no sólo con el sistema familiar, sino también con los otros sistemas que se ven involucrados en el desarrollo de la enfermedad, por ejemplo el sistema médico.

Anteriormente el abordaje de un padecimiento crónico incluía brindar tratamiento médico, proporcionar cuidados paliativos y controlar el dolor. El trabajo de los psicólogos iba encaminado principalmente a mejorar la calidad de vida del paciente por medio de estrategias orientadas a una buena adherencia al tratamiento pero se dejaba de lado el trabajo con las familias porque la enfermedad era atribuida a explicaciones lineales que en la mayoría de los casos depositaban la responsabilidad en los “malos” hábitos del paciente.



Desde la lógica sistémica, se le abre paso a la corresponsabilidad, es decir, tanto importan los hábitos de la persona enferma, como la dinámica de los diferentes sistemas en el que éste está inmerso, para que presente determinado tipo de padecimiento. De hecho, ya en páginas anteriores, hemos revisado cómo es que los padecimientos crónicos guardan una fuerte relación con las decisiones que se toman a nivel macro, en donde las políticas de Salud Pública vinculadas a la vez con decisiones económicas, explican en gran medida las estadísticas de morbilidad que hoy por hoy caracterizan a nuestro país.

Ahora bien, si aterrizamos en un nivel micro, nos topamos con el papel fundamental que tiene el sistema familiar para el desarrollo y evolución de un padecimiento crónico, y por lo tanto desde la visión sistémica, la intervención terapéutica nos invita forzosamente a trabajar con la familia en la búsqueda de sus recursos para enfrentar el desequilibrio que implica el diagnóstico de un padecimiento crónico y la cooperación con la persona enferma en la cura o no evolución de la enfermedad.

#### **1. 4 Descripción y análisis de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico**

El Programa de Residencia de Terapia Familiar Sistémica del programa de Maestría y Doctorado en Psicología aprobado por la Universidad Nacional Autónoma de México, tiene como objetivo fundamental, formar a sus residentes con los más altos estándares académicos, proporcionando para ello, un alto nivel de preparación en sus docentes y un amplio número horas de práctica en diferentes escenarios, que le brinden al alumnado la oportunidad de familiarizarse con las diferentes problemáticas que atraviesan las familias mexicanas. Este programa inició en el año 2001 y se imparte en dos entidades académicas: FES Iztacala y Facultad de Psicología.

Los residentes pertenecientes a la FES Iztacala tienen el acceso en tres diferentes escenarios con sus muy particulares poblaciones: Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), Clínica Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Azcapotzalco (CCHA).

Cada una de las clínicas le proporciona al residente la posibilidad de involucrarse en diferentes sistemas institucionales, que a su vez le imprimen características diversas a la demanda terapéutica y a la manera de proporcionar el servicio; es decir, el terapeuta logra apreciar cómo es que el proceso terapéutico no sólo se construye a partir de la demanda familiar y los respectivos modelos. El residente experimenta las diversas realidades de cada institución, de los distintos especialistas, el discurso de la familia apegado a la fuente de la que es derivada o a la institución a la que acude por el servicio, así como los estilos de cada supervisión; que da como resultado un particular mapa geográfico con el que se construyen los tres diferentes espacios.

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

Esta clínica se encuentra ubicada dentro de la FESI, teniendo como domicilio, Av. de los Barrios No. 1 en Los Reyes Iztacala Municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México, en la parte superior del edificio de Endoperiodontología. A su cargo se encuentran las supervisoras: Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky, Dra. Ma. Suárez Castillo, Dra. Iris Xochitl Galicia Moyeda y Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo.

La clínica se compone de una cámara de Gessell dividida por un espejo bidireccional, que separa la sala de terapia a la que ingresa la familia y la sala en donde se ubica el equipo de terapeutas con su respectivo supervisor, donde son llevadas a cabo las pre- sesiones y post- sesiones de cada uno de los casos. Además se cuenta con recursos tecnológicos como lo son una cámara digital, televisión y dos teléfonos que permiten mantener la comunicación entre el equipo y el terapeuta.

La población es muy diversa, pero principalmente se caracteriza por componerse de familias con hijos adolescentes que son en su mayoría canalizadas por la Clínica Universitaria de Salud Integral (Cusi) o por el Departamento de Evaluación y Diagnóstico de la FESI, así como por otras instituciones y escuelas cercanas a la comunidad siendo primordialmente de nivel básico superior.

## **2. Clínica Familiar Tlanepantla del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).**

El domicilio de la clínica es Xalapa #68 en la Colonia Valle Ceylán, en Tlanepantla Estado de México. Las supervisoras encargadas son las Mtras. María Rosario Espinoza Salcido y Carmen Susana González Montoya, además de contar con el apoyo de la Licenciada encargada del área de Psicología; es importante destacar que esta clínica se adhiere a la estructura establecida por la Subdelegación Médica del Estado de México componiéndose de dos estructuras: a) La Dirección Clínica de Medicina Familiar y dos subdirecciones: Subdirección Médica y Subdirección Administrativa, b) la Estructura Técnica Operativa que dirige la consulta externa, en donde en conjunto la Coordinación de Enseñanza e Investigación, desde 1994 en convenio con el Diplomado de Terapia Familiar de FESI y en el 2001 con la Residencia en Terapia Familiar Sistémica del programa de Maestría en Psicología impartido en la FES Iztacala UNAM , se acordó que los estudiantes brindaran el servicio en Terapia Familiar.

El espacio se caracteriza por una sola sala o consultorio de Psicología en el que se ubican tanto la familia como el equipo de terapeutas y supervisores; para ello se cuenta con sillas, una cámara digital, televisión y un pizarrón blanco en el que el supervisor va anotando las sugerencias para el terapeuta, por lo que es necesario colocar a la familia de espaldas al equipo de terapeutas y supervisores, quedando únicamente de frente al terapeuta a cargo del caso.

La población de esta sede se caracteriza principalmente por adultos mayores que son canalizados por los médicos generales, ya sea para apoyo de algún tratamiento médico o para abordar alguna problemática que no se considera de índole médico.

## **3. Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), plantel Azcapotzalco de la UNAM.**

Este plantel se encuentra ubicado en la Av. Aquiles Serdán #2060. Col. Ex. Hacienda del Rosario, C.P. 2040. Delegación Azcapotzalco, México, D.F. El servicio está a cargo de las Mtras. Carolina Rodríguez González y Juana Bengoa González.

El trabajo en este espacio se inició a partir del 2002, estableciendo el acuerdo con la Secretaría Estudiantil del CCH plantel Azcapotzalco y el Departamento de Psicopedagogía de la institución, que es por el cual se canalizan a los estudiantes o trabajadores que requieren el servicio de terapia familiar.

Ahora bien, la sala en la que se brinda el servicio se encuentra ubicada en el edificio SILADÍN (Sistema de Laboratorios) que en coordinación con el Departamento de Psicopedagogía, colocó una cámara de Gessell con su respectivo espejo bidireccional, televisión, cámara de video e interfón. Del mismo modo cuenta con la división necesaria entre la sala en la que se ubica el equipo de terapeutas y supervisores, y la sala en la que interactúa uno de los terapeutas con la familia.

Es importante resaltar que en el caso de la Clínica de la FES Iztacala es la población en general la que tiene acceso al servicio, mientras que en el ISSSTE y en el CCHA, se brinda atención a la población de derechohabientes, estudiantes o trabajadores.

Para realizar el trabajo en los tres escenarios y poder contar con un amplio aprendizaje y experiencia clínica, los residentes van rotando en las distintas cedes clínicas de acuerdo al semestre al que pertenecen y al equipo del que forman parte, de tal suerte que los diez integrantes tienen la oportunidad de construir su experiencia en cada uno de ellos.

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

#### **Asignación de casos**

La asignación de los pacientes es diferente en cada sede; en el caso de la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, las personas interesadas en recibir el servicio anotan sus datos en unas papeletas que son colocadas dentro de un buzón localizado al lado de la puerta principal de la clínica; la información se registran en una base de datos que posteriormente servirá para que los terapeutas establezcan contacto con las familias. En el caso de la Clínica del ISSSTE, la encargada del área de Psicología clínica elige los casos que considera adecuados para ser abordados por los terapeutas de

la residencia y finalmente los casos derivados en el CCHA, provienen de la detección que hace el Departamento del Psicopedagogía o de la solicitud realizada por empleados del plantel.

### **Primer contacto:**

Una vez asignadas las familias, el proceso que se sigue es similar en las tres clínicas, en donde cada uno de los terapeutas inicia el contacto con la familia de la que se hará responsable. La relación consultante/terapeuta comienza por medio de una llamada telefónica en la que se tiene como principal objetivo establecer rapport así como obtener datos generales, el motivo de consulta y la información necesaria para realizar los primeros esbozos del familiograma.

### **Estructura de las sesiones:**

En cada una de las sesiones los terapeutas son responsables de realizar un acta que se compone de los datos generales de la familia, familiograma, motivo de consulta y antecedentes familiares; conforme van avanzando las sesiones se va presentando el resumen de la sesión anterior, el mensaje del equipo, la tarea en caso de que la haya y desde luego, los objetivos que se tienen para la sesión que se llevará a cabo en ese momento.

Esta información es presentada a todo el equipo de terapeutas y supervisores durante la presesión que se lleva a cabo diez minutos antes de que se inicie la sesión con la familia; durante esta etapa el terapeuta a cargo recibe retroalimentación en cuanto a los objetivos propuestos, hipótesis, así como posibles líneas de intervención.

Una vez realizada la presesión el terapeuta entra con la familia y es en la primera sesión en la que se explica la forma de trabajo, principalmente exponiendo el por qué del uso de los recursos tecnológicos como la cámara o grabadora de voz, así como la presencia del equipo de terapeutas y supervisores. Al finalizar la explicación se le solicita a la familia su consentimiento para el uso de los aparatos y en caso de que la respuesta sea positiva, se lleva a cabo la lectura de una carta de consentimiento que posteriormente tendrá que firmar cada uno de los integrantes de la familia presentes en la sesión y desde luego el terapeuta.

La sesión con la familia consta de 40 minutos, tiempo en el que el terapeuta hará exploraciones e intervenciones que tienen como objetivo principal llevar al cambio o a la construcción de relatos alternativos que vayan acorde a los objetivos y el motivo de consulta planteado por la familia. Una vez transcurridos los cuarenta minutos el terapeuta responsable se reúne con el equipo, ya sea saliendo de la sala, o en el caso del ISSSTE pidiendo a la familia que salga.

En esta pausa de diez minutos el terapeuta analiza junto con el equipo el mensaje o devolución que todos los terapeutas y supervisores tienen para la familia. El terapeuta da el mensaje que se construyó junto con el equipo o bien las observaciones que se realizaron; posteriormente se asigna la cita para la próxima sesión que se acostumbra calendarizar cada quince días en el mismo día de la semana y hora asignada desde un inicio.

Una vez terminada la sesión el terapeuta se reúne nuevamente con el equipo y se da inicio a la Post-sesión, que de igual forma a la pre-sesión, consta de diez minutos que son utilizados para retroalimentar al terapeuta sobre su desempeño así como con sugerencias para las posibles futuras líneas de intervención. Este período de tiempo en ocasiones es utilizado para que el terapeuta comparta su experiencia con la familia, es decir, se busca trabajar con “la persona del terapeuta”.

### **Seguimiento de los casos**

Durante el primer semestre los residentes forman parte del grupo de observadores, teniendo su primer contacto con la forma de trabajar en el programa y es a partir del segundo semestre que se inicia su experiencia práctica como terapeuta familiar. A partir de este semestre se asignan dos familias a cada terapeuta, una que será atendida los días martes y otra los días jueves, ambas con una regularidad de cada quince días teniendo en promedio un total de 10 sesiones por proceso terapéutico; sin embargo, en algunos casos se hace necesario llevar a cabo el seguimiento terapéutico aún después de haber culminado el semestre correspondiente. Las sesiones se realizan con todo el equipo de terapeutas y se cuenta con el apoyo y retroalimentación de los diferentes supervisores.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO

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

###### La Revolución Sistémica

La Terapia Familiar Sistémica es en la actualidad una de las corrientes psicológicas que ha tomado mayor fuerza en el abordaje de las diversas problemáticas económicas, sociales y relacionales que enfrentan las familias mexicanas.

La relación que guarda el síntoma con el grupo familiar comenzó a ser abordada, aunque no de forma muy clara, desde los estudios freudianos que se interesaron por entender la influencia del contexto familiar como desencadenante de la “represión”. Posteriormente en 1978 Melanie Klein se interesó por comprender las relaciones objetales, ampliando el foco de estudio hacia otros individuos como la madre; sin embargo, Margaret Mahler en 1982 fue más allá, al priorizar el vínculo de simbiosis que se desarrolla entre la madre y el hijo (Eguiluz, 2006).

A la par de los estudios psicoanalíticos, la psiquiatría comenzó a interesarse por la relación que establece el paciente con la madre, pues al trabajar con un gran número de personas esquizofrénicas, los médicos lograron identificar un cambio de conducta radical en los pacientes dados de alta, que al estar en contacto con la madre presentaban de nuevo un brote psicótico. De esta forma Frieda Fromm-Reichmann en 1948 propuso la primera hipótesis patogénica en relación a la figura materna, etiquetándola como la madre esquizofrénica (Eguiluz, 2006).

Sin embargo, quien es considerado como uno de los principales precursores en el campo familiar, es el psiquiatra Nathan Ackermann, quien afirmó que los problemas emocionales se generaban en la interacción familiar, en el medio que los rodea y la dinámica de la psique. Al igual que Bowlby, resaltó que la intervención con toda la familia podría ser de gran utilidad para romper con el

estereotipo del niño con problemas psiquiátricos (Phylli, 2001).

Así mismo, reconocidos psiquiatras como Bowen (1978 cit. en: Eguiluz 2006) comenzaron a sugerir que los padres y especialmente la madre, fueran ingresados en la clínica. En su práctica observó que los pacientes que acudían a Terapia Familiar, presentaban cambios favorables de manera más rápida, mientras que no sucedía lo mismo en los pacientes que tomaban terapia individual. Como resultado de su análisis, al poco tiempo todas las familias fueron incluidas en los procesos terapéuticos a su cargo.

El enfoque sistémico marcó una diferencia con el resto de las psicoterapias al ir en contra de la lógica analítica, pues en lugar de partir de modelos aislados, resaltó la idea de la totalidad, que se vio reflejada en el proceso terapéutico al dejarse de centrar en el paciente identificado, y, en cambio, entendió el síntoma como el resultado de la interacción familiar. En conclusión, se diferenció de los modelos reduccionistas, atomistas y anticontextuales, dejando de lado lo subjetivo interno del modelo freudiano y lo objetivo externo del modelo conductista y médico (Ceberio y Watzlawick, 2006).

La Terapia Familiar Sistémica se ha venido construyendo de diferentes teorías que comenzaron a tomar fuerza en la década de los 50's esto relacionado con las crisis sociales que implicaron un cambio a nivel conceptual, cuestionando paradigmas como la dualidad, la verdad absoluta, la objetividad, la causalidad, el orden, la ciencia pura, etc. lo que abrió paso a una nueva forma de pensamiento (Ceberio y Watzlawick, 2006).

### **Teoría General de los Sistemas.**

Una de las principales bases epistemológicas de la Terapia Familiar, fue tomada de la Teoría General de los Sistemas, que surgió por las investigaciones de Ludwing Von Bertalanffy, publicadas entre 1950 y 1968. Para Bertalanffy, era importante que las diferentes ciencias se vieran como parte de una totalidad y no como estructuras de conocimiento aislado, por lo que propuso modelos factibles de ser utilizados entre varias disciplinas científicas. De tal suerte, el enfoque de sistemas facilitó la unificación de diversos campos de conocimiento como la física, la



biología y la sociología (Johansen, 1999).

Esta teoría, abrió paso a una nueva definición de sistema, entendiéndolo como un conjunto de cosas organizadas o partes interactuantes e interdependientes, que se relacionan formando un todo unitario y complejo, y que al estar ensambladas forman una unidad distinta que a la suma de todas las partes (Eguiluz, 2006).

Con esta teoría se logró diferenciar entre sistemas abiertos y cerrados, concibiendo como abiertos tanto a los sistemas biológicos, como a los sociales, porque interactúan constantemente con el ambiente en forma dual, es decir, que son influenciados por el exterior, pero a la vez, este ejerce una influencia hacia el exterior. Por otro lado, los sistemas cerrados engloban a las máquinas, ya que son sistemas que no interactúan con otros sistemas (Johansen, 1999).

Los postulados de esta teoría, sirvieron para la comprensión del grupo familiar, entendiéndolo como un sistema abierto conformado por varias unidades que se encuentran entrelazadas por reglas de comportamiento y funciones dinámicas. Dichas unidades son entendidas como subsistemas que se establecen por jerarquías y que a su vez delimitan obligaciones y responsabilidades (Eguiluz, 2006).

Los patrones que gobiernan al sistema familiar son circulares, ya que se presenta la retroalimentación constante entre cada uno de los integrantes que lo componen, manteniendo su estabilidad por el mecanismo de homeostasis (Sánchez y Gutiérrez, 2000). El sistema familiar se mantiene en constante interacción entre sí y en continuo intercambio con otros sistemas del exterior, tanto mayores como menores, por lo que requiere de límites y equilibrio, pero a la vez enfrenta cambios que le implican adaptación, aprendizaje, coevolución, ciclos de vida y entropía (Eguiluz, 2006).

La Teoría de los Sistemas aplicada a la terapia familiar abrió paso a una nueva concepción de las problemáticas humanas, lo que señaló que el pensamiento contextual y la organización sistémica circular, es decir, la conducta de un miembro de la familia afecta o está relacionada con el número de miembros de la familia. Esto contrastó con el pensamiento anterior que se basó en las ideas

lineales o mecanicistas en donde el síntoma individual entraba en una categoría patológica bien delimitada (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

### **Teoría Cibernética**

Otra de las influencias que recibe la Terapia Familiar Sistémica, es la de la Cibernética, modelo que se le atribuye a Norbert Wiener, por haber popularizado los beneficios de la Cibernética en las Ciencias Sociales; estableció analogías entre los distintos sistemas, como una máquina de vapor y las instituciones humanas, en su obra *Cibernética y Sociedad*, que se publicó en 1950 (Johansen, 1999).

La Cibernética fue definida como la teoría de la comunicación y el control tanto en las máquinas como en los organismos vivientes, ya que se interesó por comprender los flujos de información que controlan a los diversos sistemas; por ello, se le considera una ciencia interdisciplinar que puede ligarse tanto a la física, como al estudio del cerebro y del comportamiento humano, aportando conceptos tales como la circularidad, información, retroalimentación, regulación, etcétera, que son aplicables a la descripción del comportamiento de todos los sistemas (Johansen, 1999).

La propuesta central de la Cibernética se basó en la idea de que existe una pauta que organiza los procesos físicos y mentales; esta pauta se regula por un mecanismo de retroalimentación, es decir, un mecanismo que controla el sistema por medio de la reintroducción de los resultados que obtiene por su desempeño en el pasado y esta retroalimentación modifica las pautas que rigen al sistema. El objetivo de esta ciencia, era identificar de qué manera los procesos de cambio determinaban los diversos órdenes de estabilidad o de control. (Ceberio y Watzlawick, 2006).

El efecto de estos parámetros teóricos sobre la Terapia Familiar Sistémica contribuyó a entender a la familia no sólo como un sistema de partes interrelacionadas, sino también un sistema cibernético que se gobierna así mismo por medio de la retroalimentación, es decir, el recurso con el que cuentan los sistemas para monitorear su autorregulación a los estímulos externos que le sirven de aprendizaje (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Con esta lógica, el papel del terapeuta se centró en activar el procesos de retroalimentación que

permitiera la autocorrección del sistema, es decir, lo que el terapeuta buscaba era delimitar la información de entrada y la información de salida. El terapeuta se colocaba desde la postura de un observador ajeno al sistema que se encargaba de mantener la homeostasis de la familia (Ceberio y Watzlawick, 2006).

Estas ideas fueron retomadas por Gregory Bateson, quien es para muchos el iniciador de la nueva Teoría de la Comunicación. Bateson participó en las Conferencias Macy sobre Cibernética, donde se nutrió de las ideas de Warren McCulloch, Norbert Wiener, John Von Neuman, entre otros. Posteriormente desarrolló nuevas ideas sobre la comunicación, subrayando que toda comunicación exige un contexto, sin contexto; no hay significado y los contextos dan significado porque hay clasificación de los contextos (Bateson, 2006).

Bateson introdujo los nuevos conceptos de cismogénesis simétrica y cismogénesis complementaria que más adelante serían ideas retomadas por Watzlawick en los cinco axiomas de la comunicación que a continuación se enlistan de manera breve:

1.- La imposibilidad de no comunicar: toda conducta incluyendo el guardar silencio es una manera de comunicarnos.

2.- Niveles de contenido y relación: toda comunicación incluye un aspecto de contenido es decir, lo que se comenta respecto a algo; y de relación, o sea la manera en la que se dicen las cosas. En este sentido, el tipo de relación que establecemos con quien estamos hablando es lo que determinará el nivel de relación.

3.- La puntuación de la secuencia de los hechos: se refiere al intercambio de mensajes entre dos comunicantes y a cómo es que el corte que haga cada uno de ellos sobre su mensaje determina la respuesta del otro, por lo que la comunicación es claramente circular. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de la secuencia entre dos comunicantes. La falta de acuerdo entre dos persona al momento de puntuar los hechos puede generar conflictos en la relación.

4.- Comunicación digital y analógica: la primera se refiere a aquello que expresamos por medio de palabras o dígitos con un significado específico, mientras que la segunda tiene que ver con un nivel no estructurado de lenguaje como los gestos o posturas corporales.

5.- La interacción simétrica y complementaria: esto nos habla de que la comunicación se basa en relaciones de igualdad o diferencia. Cuando la relación es entre iguales la comunicación es simétrica, cuando la relación se construye en base a una diferencia, entonces la comunicación es complementaria (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002).

Además de sus aportaciones a la Teoría de la Comunicación, se considera que la mayor contribución de Bateson a la Terapia Sistémica, es la Teoría del doble vínculo. Esta teoría, surgió después de la investigación que llevó a cabo en el hospital de veteranos de Palo Alto sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en la que se construyen las paradojas con los pacientes esquizofrénicos. Su investigación la enfocó al fenómeno de la comunicación esquizofrénica desde un punto de vista completamente diferente, a aquellas hipótesis que relacionaban la esquizofrenia con un trastorno intrapsíquico (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002).

Con base en la investigación, Bateson (Vargas, 2000 citado en: García, 2007) señaló que la esquizofrenia, era resultado de los patrones de relación que se repiten en el núcleo de los sistemas en los que se desenvuelve el sujeto y está íntimamente vinculada a incongruencias entre los niveles lógicos de la comunicación.

La Teoría del doble vínculo resultó completamente revolucionaria, pues rompió con parámetros médicos y diagnósticos de enfermedades mentales, abriéndole paso a la consideración de patrones de comunicación en la explicación de síntomas (Eguiluz, 2006).

Los alcances de la investigación comunicacional fueron más allá de lo imaginado, pues con ella, quedó abierta la puerta hacia un nuevo enfoque terapéutico que más tarde llevaría el nombre de “Terapia Familiar Sistémica” y que bajo la influencia de Bateson siguió tomando fuerza a la vez que reconocidos terapeutas como Don Jackson, Haley, Watzlawick, Erickson, Satir, entre otros, interesados por los hallazgos de Bateson, continuaron aportando novedosos avances en el proceso terapéutico desde una postura sistémica, que con el paso del tiempo daría como fruto la creación de institutos como el MRI o el Instituto de Hipnosis Ericksoniana (Vargas, 2000 citado en: García, 2007).

Todo este desarrollo en el campo de la psicoterapia no se quedó ahí, pues en la década de los 70's se presentó uno de los cambios teóricos más importantes denominado Cibernética de segundo orden que fue impulsada por Ashby, Bateson, Mc. Culloch, Maturana, Varela, Wiener pero principalmente por Von Foerster, quien con profesión de físico, se interesó por la relación entre el observador y lo observado (Keeney, 1987).

La necesidad de este cambio se dio debido a que en la primera Cibernética, el sistema observado se consideraba separado del observador y se enfocaba en el modo en el que los sistemas mantienen su organización u homeostasis por retroalimentación; pero dejaba de lado el proceso de transformación que no es visible. Se concentraba en entender cómo se daba el proceso de información, pero no se interesaba por comprender a qué se debe el cambio, aunque presuponía que el motivo del cambio era conservar la homeostasis o equilibrio del sistema (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

A diferencia de la primera, la segunda Cibernética o Cibernética de la Cibernética, ya no sólo se interesó por lo que observa, sino también por el observador que es concebido como parte del sistema mismo. El observador dejó de ser visto como el organizador de una realidad, se reconoció como parte de la realidad observada (Ceberio y Watzlawick, 2006).

En esta nueva etapa tomó relevancia la manera en la que el observador construye su realidad, su experiencia, su mundo. La Cibernética de segundo orden estableció como su principal objetivo, comprender cómo es que el observador marca distinciones, ya que sólo al distinguir una parte de la otra, el ser humano es capaz de conocer su mundo, y a partir del acto creativo de establecer distinciones pueden generarse universos diversos e infinitos (Keeney, 1987).

Según Spencer Brown, con la Cibernética de segundo orden se comprende que el observador, primero distingue y luego describe, por lo que la descripción se convierte en un acto secundario al establecimiento de una distinción, y por ello, es fundamental entender, cómo es que el observador marca distinciones en su universo. En este sentido, el terapeuta advierte que su relación con el cliente forma parte de un proceso de cambio y aprendizaje, que se compone de una serie de causas o argumentos cuya secuencia no vuelve al punto de partida y en el que su manera de marcar

distinciones influirá sobre el otro, pues cada vez que dos personas interactúan, cada una de ellas puntúa el flujo de la interacción. Si un observador combina los puntos de vista de ambos individuos, comienza a surgir una idea binocular sobre el sistema total (Keeney, 1987).

Para la Cibernética de segundo orden no existe una experiencia sensorial pura, y por ello, el conocimiento tampoco es puro, pues está influido por nuestro contexto y por las circunstancias. Las descripciones del observador estarán siempre basadas en un sistema simbólico interiorizado y complejo, el objetivo de estudio de esta Cibernética, es precisamente comprender la complejidad que organiza los sistemas, resaltando que, el que un sistema sea complejo, no implica desorganización, pues esta misma complejidad es la que crea la capacidad de autoorganización (Ceberio y Watzlawick, 2006).

La Cibernética de segundo orden estimula a tomar conciencia sobre las diversas concepciones que organizan un sistema; descripción y prescripción, así como representación y construcción, y nunca quedarse tranquilo con una sola visión. Desde esta idea, el terapeuta sistémico comprende que nunca deberá conformarse con su primera distinción; contrario a ello, deberá ir en busca de la complejidad construyendo explicaciones circulares y evitando en la medida de lo posible las explicaciones lineales. (Keeney 1987).

Dentro de esta epistemología cualquier idea o pensamiento es real, por ello, se ocupa de todas las formas de conducta. El acto básico de la Cibernética es crear la diferencia entre una pauta y otra, intentando que el mundo pueda percibirse de diferentes maneras, según las distinciones que cada uno establezca (Gergen, 1996).

Con este modelo, el terapeuta familiar ya no se concibe como el protagonista que opera los cambios, sino que es un receptor de la realidad familiar, en donde esboza diferencias que pueden generar nuevas perspectivas compartidas, para lograr el objetivo terapéutico (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

## **Construccionismo Social**

Las diferentes escuelas de Terapia Familiar Sistémica, también fueron influidas por los aportes del Construccionismo Social. Esta perspectiva teórica señala que el discurso que tenemos sobre el mundo, es una conceptualización social, en donde el individuo es concebido como un ser activo que construye su universo en base a sus propias experiencias, por lo que la realidad creada, jamás será absoluta (Mahoney, 2005).

El Construccionismo cuestiona los paradigmas del orden, de la ciencia pura, de las definiciones absolutas, de las etiquetas, del control, de las hipótesis generalizadas que se escriben desde un laboratorio o desde los estudios controlados. Para el Construccionismo Social el conocimiento se escribe con el intercambio cultural, la historia de cada hombre y el contexto en el que éste se desarrolla, por ello, la manera en la que comprendemos el mundo se compone de conceptos sociales que van pasando de persona a persona (Gergen, 1996).

El Construccionismo sostiene que el conocimiento no es algo que la gente posea en su estructura neuronal, sino que las personas lo construyen en su convivencia con otros. Estos argumentos ejercen un fuerte impacto sobre la Psicología y desde luego sobre la psicoterapia; pues los conceptos que anteriormente habían sido delimitados bajo términos de diccionario, ahora son vistos como un proceso social que dependen del contexto en el que está inmersa la persona (Gergen, 1996).

Desde el Construccionismo Social, las teorías psicológicas no reflejan una realidad absoluta y mucho menos interna, sino una construcción derivada de la interacción social. El Construccionismo Social, no ofrece reglas ni orden, lo que no significa que todo vale. El Construccionismo reafirma la relevancia del criterio moral para la práctica científica y elabora una metateoría (Gergen, 1996).

Según Gergen (1996) la narración, al ser una construcción del sujeto a partir de su interacción, pierde objetividad de ser una realidad externa, por lo tanto es más que mostrar la realidad; lo que refleja es el sentido de lo que es verdad. Sin embargo, esta verdad tiene un valor limitado; es por

esto que el Construccinismo considera que la verdad como única y universal pierde sentido de estudio.

Para el Construccinismo Social, las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento, se transforma en el espacio entre las personas, en el día a día, en la cotidianidad, en el escenario del mundo común y corriente.

## **Constructivismo**

Otra de las influencias es la del Constructivismo, que a diferencia del Construccinismo, propone la idea de que el sistema nervioso es una máquina cerrada en la que el equipamiento con el que cuenta cada individuo se activa una vez que hace contacto con las demandas de su entorno (Eguiluz, 2006).

El Constructivismo ve el aprendizaje como un proceso en el cual el estudiante construye activamente nuevas ideas o conceptos basados en conocimientos presentes y pasados. En otras palabras, "el aprendizaje se forma construyendo nuestros propios conocimientos desde nuestras propias experiencias" Esta colaboración también se conoce como proceso social de construcción del conocimiento (Mahoney, 2005).

La formalización del Constructivismo se atribuye generalmente a Jean Piaget, que estableció los mecanismos por los cuales el conocimiento es interiorizado. Piaget sugirió que a través de procesos de acomodación y asimilación, los individuos construyen nuevos conocimientos a partir de las experiencias. La asimilación ocurre cuando las experiencias de los individuos son congruentes con la representación interna que tienen del mundo. Asimilan la nueva experiencia en un marco ya existente. La acomodación es el proceso de encuadrar su representación mental del mundo externo para adaptar nuevas experiencias. Cuando actuamos con la expectativa de que el mundo funciona en una forma y no es cierto, entramos en desequilibrio y es precisamente ese desequilibrio el que nos invita a acomodar esa nueva experiencia como una nueva idea de cómo funciona el mundo, lo cual quiere decir que aprendemos de cada experiencia ,(Labinowicz, 1987)



Tanto el enfoque del Construccionismo como el del Constructivismo, están en contra de las ideas del modernismo, es decir, de la objetividad, la verdad única, del poder, la estructura, las historias ya escritas; y en cambio cuestionan la realidad aparentemente establecida.

Por ende, el terapeuta que se basa en alguno de estos dos enfoques, deberá pensar en los problemas como historias que las personas han hecho de sus vidas y su labor será deconstruir esa historia para convertir al mundo en una nueva experiencia de vida (White, 1999).

Actualmente la terapia familiar sistémica se encuentra en un proceso de evolución con respecto a los modelos que surgieron en sus inicios. A partir de 1990, el posmodernismo ha evolucionado los conceptos de las diferentes teorías en las que el terapeuta señalaba las pautas de acción para la familia a la que se veía como un sistema de observación basándose en la Cibernética de primer orden. En la actualidad, la terapia desarrolla conceptos con los que sostienen una participación más activa en la conversación y juntos encuentran sus propias soluciones, donde el papel del terapeuta no es de un maestro, sino que éste se vincula a la realidad de la familia y sus historias, dando a las experiencias de la familia un nuevo significado, de tal forma que la terapia se ha transformado para algunos en una experiencia colaborativa, donde las soluciones se construyen de forma mutua durante el discurso que se establece en el proceso (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Esto nos invita a reflexionar sobre la misma circularidad del enfoque sistémico, que se ve reflejada en la evolución que a través de los años se ha marcado con los distintos enfoques, pero que no por ello, nos obliga a desechar el pasado; por el contrario, nos deja claro que podemos ir escribiendo nuevas historias tomando del pasado todo aquello que ha sido funcional en la co-construcción de relatos benéficos para las familias.

## **2.2 Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.**

### **MODELO ESTRUCTURAL**

#### **Antecedentes**

El modelo estructural es uno de los de mayor impacto en la Terapia Familiar Sistémica, que aunque ha sido severamente criticado por las escuelas post-modernas, sigue aportando recursos básicos para aquellos terapeutas que desean incursionar en el campo de la Terapia Familiar.

La terapia estructural se desarrolló a mitad del siglo XX teniendo como representante principal a Salvador Minuchin, quien hizo un arduo trabajo proponiendo conceptos sobre la familia y técnicas terapéuticas, que se ven reflejados en sus principales libros titulados Familias y Terapia Familiar y Técnicas de Terapia Familiar. Sus propuestas teóricas las desarrolló trabajando en Estados Unidos, en donde fundó las primeras clínicas de servicios especializados para niños con problemas mentales “Philadelphia Child Guidance Clinic”, él ocupó el cargo de director durante diez años y tuvo como colaboradores a Braulio Montalvo, Jay Haley y otros; sistematizando el tratamiento familiar enfocado al estudio de muchachos que habían cometido algún delito (Desatnik, 2004).

La terapia basada en el modelo estructural, se compone de un marco teórico y técnicas que se interesan por la persona no como un ser aislado, sino como un individuo que forma parte de contextos sociales en los que participa de manera activa, ya sea, reaccionando ante sus demandas o influyendo en ellos.

#### **Principios rectores**

El eje de la terapia estructural gira alrededor de tres axiomas:

1. La vida psíquica de una persona no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por este durante pautas que se repiten una y otra vez.
2. Las modificaciones en la estructura familiar favorecen al cambio de la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros del sistema.
3. Cuando un terapeuta trabaja con la familia, su conducta es incluida en el contexto.

Estos axiomas se complementa con la idea de estructura familiar, es decir, el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan las interacciones familiares y que dan como resultado pautas repetitivas en las relaciones de sus miembros, determinando quienes son los que actúan, con quién y de qué forma (Minuchin, 2004).

De acuerdo al modelo la estructura familiar se compone de:

1. Subsistemas: se refiere a un conjunto de partes o interrelaciones que se encuentran estructuralmente y funcionalmente dentro de un sistema mayor, y que posee sus propias características. Estos sistemas se forman en base a diversas categorías como lo es la generación, sexo, interés o función y en donde el individuo goza de distintos roles y relaciones de poder, que le permiten desarrollar diversas habilidades. En una familia claramente se identifica al sistema conyugal, parental, fraterno e individual, pero adicional a esos, se podrían ubicar otros subsistemas basados en características más particulares.
2. Límites: reglas que definen quiénes participan y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema, por lo que deben ser claros permitiendo el contacto con los miembros de otro subsistema, sin que se interfieran las funciones. Los límites claros se distinguen de los límites difusos que dan como resultado familias aglutinadas o de los límites rígidos que generan familias difusas.
3. Jerarquías: se refiere a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, marcan subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro.
4. Alianzas: designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema.
5. Coaliciones: se presenta cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema y se lleva a cabo de una generación a otra.

6. Triángulo: equilibra la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas, es decir, una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia a un tercero (Desatnik, 2004).

### **Comprensión del Sistema e Interacción**

Dentro de la terapia estructural, la familia es vista como un sistema sociocultural abierto organizada sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización, que influye en su contexto y que a la vez se modifica por los cambios sociales.

De ahí que su función principal, sea por un lado, brindar protección psicosocial a sus miembros, y por otro lado, acomodación y transmisión de la cultura, que genera en sus miembros un sentido de identidad y al mismo tiempo un sentido de individuación.

Sin embargo, sus funciones no las cumple de una manera lineal y estática, pues la familia al ser un sistema abierto, recibe influencia del exterior y al mismo tiempo se adapta a las diversas demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta de manera interna, por lo que se encuentra en constante transformación a lo largo del tiempo. Esto quiere decir, que posee una estructura en movimiento, en donde se presentarán algunas pautas de relación repetidas, pero su éxito dependerá de la capacidad que tenga para generar pautas alternativas, cuando las condiciones externas o internas requieren de una reestructuración (Minuchin, 2004).

### **Visión sobre el cambio**

Cuando las circunstancias cambian, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse generando pautas alternativas y siendo flexible para movilizarse, sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros. Cuando la familia no cuenta con la flexibilidad necesaria para el cambio y la adaptación, pueden desarrollarse mecanismos homeostáticos que derivan en síntomas y crisis, provocando en el sistema una respuesta estereotipada de su funcionamiento, al preservar las pautas transaccionales habituales hasta un límite de rigidez, bloqueando toda posibilidad de alternativas (Minuchin, 2004).

## **Posición del Terapeuta**

El terapeuta estructural se enfoca en la búsqueda de la función que está teniendo el síntoma, para ello:

1. El terapeuta se asocia a la familia en una posición de liderazgo
2. Saca a flote y evalúa la estructura familiar subyacente
3. Crea circunstancias que permitirán la transformación de esta estructura.

Cuando el terapeuta ha logrado incorporarse de manera activa a la familia, está listo para establecer un mapa estructural de cómo es el funcionamiento de la familia, el cual, consiste en esquemas organizativos que permiten formular hipótesis sobre áreas que funcionan correctamente o incorrectamente; esto a la vez, le permite realizar un diagnóstico estructural, es decir, analizar límites, coaliciones, triangulaciones, jerarquías, fronteras, etcétera y relacionarlos con el sistema para comprender como se influyen mutuamente, posteriormente, fijar los objetivos terapéuticos junto con la planeación de estrategias que permitan generar cambios en la estructura familiar.

## **Posición de la Familia**

De acuerdo al modelo estructural, las familias acuden a terapia presentando como queja, algún síntoma que en realidad puede estar resultando un recurso que mantiene al sistema en equilibrio. Este síntoma, puede constituir la expresión de una disfunción familiar o pueden haber sido suscitado en un miembro individual por sus condiciones de vida particulares, y luego, ser apoyado por el sistema familiar con la idea de que uno de sus miembros es el problema. En cualquiera de los casos, para el modelo estructural el síntoma es reforzado por algún miembro del sistema familiar (Minuchin, 2003).

## **Proceso Terapéutico:**

Desde la primera sesión el terapeuta y la familia deben llegar a un acuerdo en cuanto a los objetivos en los que se focalizará el trabajo. De igual manera, se deberá especificar la frecuencia, el lugar, la duración y principalmente el tipo de problema que se abordará. No obstante, es importante mencionar que el contrato evolucionará conforme avanzan las intervenciones.

A lo largo de la terapia el terapeuta se concentra en seis áreas a evaluar:

1. Estructura: pautas transaccionales preferidas y alternativas disponibles.

2. Flexibilidad: capacidad de elaboración y reestructuración.
3. Resonancia: sensibilidad ante las acciones individuales.
4. Contexto: fuentes de apoyo y de estrés en la ecología familiar.
5. Estadio de desarrollo: el ciclo en el que se encuentra el sistema.
6. Utilidad del síntoma: la función que tiene el síntoma para el sistema.

### Intervenciones Principales:

Las estrategias del modelo estructural se enmarcan en tres principales rubros:

Cuestionamiento del Síntoma:	
Cuestiona	La definición que la familia da del problema
Objetivos	-Transformar el concepto que la familia tiene sobre el problema. -Buscar las respuestas eficientes que modifiquen la realidad disfuncional.
Intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Escenificación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Interacciones Espontáneas</li> <li>-Provocar Interacciones</li> <li>-Interacciones Alternativas</li> <li>-Iluminar Interacciones</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Enfoque</b> – darle sentido a los datos que trae la familia</li> <li>▪ <b>Intensidad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Repetición del mensaje</li> <li>-Repetición de interacciones isomórficas</li> <li>-Modificación del tiempo</li> <li>-Cambio de la distancia</li> <li>-Resistencia a la presión familiar</li> </ul> </li> </ul>
Ejemplo	<p><i>Hernán: ¡Eres un mentiroso!</i>  <i>Madre: ¡Calmado Hernán!</i>  <i>Padre: ¡Lo ve!</i>  <i>Terapeuta: ¿Es así como ustedes tres se relacionan en casa?</i>  <i>Madre: ¡Si! nunca podemos estar los tres juntos.</i>  <i>Terapeuta: ¿Quiénes sí pueden estar juntos?</i>  <i>Madre: Pues Hernán y yo, o mi esposo y yo, pero nunca los tres juntos.</i>  <i>Padre: Bueno, no exageres, hay algunas veces en las que nos la pasamos bien los tres.</i>  <i>Terapeuta: Sí, a ver platíqueme de esos momentos Sr.</i>  <i>Padre: Si hay ocasiones en las que cuando vamos de paseo o rentamos alguna película en casa, nos divertimos, hacemos bromas, reímos un rato y nos la podemos pasar bien.</i>  <i>Terapeuta: Ah, entonces si hay varios momentos en que ustedes tres la pasan bien. Sra. me podría hablar de estos momentos en los que ustedes tres la pasan bien.</i>  <i>Madre: Bueno sí es cierto la pasamos bien cuando rentamos una película.</i>  <i>Terapeuta: Entonces si hay varios momentos en los que los tres la saben pasar muy bien verdad Hernán.</i>  <i>Hernán: Bueno sí, más bien sí, sí, a veces sí.</i></p>

	El terapeuta permite que se produzca una interacción espontánea entre los miembros de la familia, para visualizar cómo es que esta funciona. Le da sentido a los datos que trae la familia y posteriormente repite varias veces el mensaje “ustedes sí la saben pasar bien cuando están los tres”.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuestionamiento de la estructura	
Cuestiona	La posición que ocupan los integrantes de la familia
Objetivos	-Lograr que los individuos definan el síntoma como parte de un todo.
Intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Fijación de Fronteras</b> { <ul style="list-style-type: none"> <li>-Distancia psicológica</li> <li>-Duración de la interacción</li> </ul> </li>   <li>▪ <b>Desequilibramiento</b> { <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alianza con miembros de la familia.</li> <li>-Alianza Alternante</li> <li>-Ignorar a miembros de la familia</li> <li>-Coalición contra miembros de la familia</li> </ul> </li>   <li>▪ <b>Complementariedad</b> { <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuestionamiento del problema</li> <li>-Cuestionamiento del control lineal</li> <li>-Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos</li> </ul> </li> </ul>
Ejemplo	<p><i>T: ¡Les pido que se tranquilicen! Y también les voy a pedir que se cambien de lugar. Quiero que Rafael se siente no en medio de ustedes dos. Sino enfrente de su madre.</i></p> <p><i>(El cambio se lleva a cabo)</i></p> <p><i>T: Muy bien, ahora le voy a pedir a Ud. (Madre) que platique con Rafael sobre cual es su situación actual. Y a Ud. Sra. le voy a pedir que por favor los observe sin que los interrumpa. Pues esto es un asunto de ellos dos.</i></p> <p><i>Abuela: Hace gestos de molestia y baja la mirada.</i></p> <p>La terapeuta se ve en la necesidad de establecer nuevos límites entre los diferentes holones y asignarle a la madre la jerarquía que le corresponde frente a su hijo quien se encuentra triangulado por ambas.</p> <p><i>Madre: Pues Rafael, mira yo te quiero mucho y quiero que nos llevemos mejor, que me obedezcas y al mismo tiempo yo jugar más contigo, divertirnos</i></p> <p><i>Abuela: Pero es que no se trata de eso por...</i></p> <p><i>Terapeuta: Le hace la seña a la abuela de guardar silencio e ignora el comentario.</i></p> <p><i>Madre: Si nos ponemos de acuerdo tú y yo las cosas van a cambiar para mejor, eso es lo más importante que tú y yo estemos bien.</i></p> <p><i>Terapeuta: Claro Sra. y también es muy importante que su madre (abuela), esté bien con ustedes, también necesitamos que ella los apoye para que las cosas funcionen. Sra. (Abuela), ¿Cree usted que pueda contribuir positivamente para que Rafael y su hija</i></p>

	<p><i>establezcan una mejor relación?</i></p> <p><i>Abuela: Pues sí yo quiero lo mejor para todos.</i></p> <p>El Terapeuta hace una aclaración enfatizando que no basta con que la madre y Rafael se pongan de acuerdo, señala el importante papel de la abuela como parte del sistema y su contribución para que las cosas mejoren.</p>									
<b>Cuestionamiento de la Realidad</b>										
Cuestiona	La forma en la que la familia construye su realidad									
Objetivo	Generar nuevas modalidades de relación entre ellos a través de constructos cognitivos alternativos.									
Intervención	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;"><b>Realidades</b></td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Concepción del mundo:</li> <li>-Elaboración</li> <li>-Validación</li> <li>-Cuestionamiento</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: middle;"><b>Construcciones</b></td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Símbolo Universales</li> <li>- Verdades Familiares</li> <li>- Consejo especializado</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: middle;"><b>Lados fuertes</b></td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los defectos de la familia</li> <li>- Los aportes de la familia</li> <li>- Respuesta al paciente individualizado</li> <li>- Alternativas de interacción</li> </ul> </td> </tr> </table>	<b>Realidades</b>	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Concepción del mundo:</li> <li>-Elaboración</li> <li>-Validación</li> <li>-Cuestionamiento</li> </ul>	<b>Construcciones</b>	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Símbolo Universales</li> <li>- Verdades Familiares</li> <li>- Consejo especializado</li> </ul>	<b>Lados fuertes</b>	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los defectos de la familia</li> <li>- Los aportes de la familia</li> <li>- Respuesta al paciente individualizado</li> <li>- Alternativas de interacción</li> </ul>
<b>Realidades</b>	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Concepción del mundo:</li> <li>-Elaboración</li> <li>-Validación</li> <li>-Cuestionamiento</li> </ul>								
<b>Construcciones</b>	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Símbolo Universales</li> <li>- Verdades Familiares</li> <li>- Consejo especializado</li> </ul>								
<b>Lados fuertes</b>	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los defectos de la familia</li> <li>- Los aportes de la familia</li> <li>- Respuesta al paciente individualizado</li> <li>- Alternativas de interacción</li> </ul>								
Ejemplo	<p><i>T: ¿Qué significa que haya hecho todo mal?</i></p> <p><i>Ana María: Pues yo siempre me ilusioné de que ella saliera de la casa vestida de blanco y con un buen hombre. Pero ya ve ni una ni la otra.</i></p> <p><i>T:( Al padre) ¿Ud. tenía las mismas ilusiones?</i></p> <p><i>Padre: Pues sí, es que mi hija era una niña maravillosa, siempre era brillante en todo lo que hacía, ¡pero ya ve!</i></p> <p><i>T: ¿Ustedes piensan que ahora que ella no está en casa dejará de ser esa mujer maravillosa?</i></p> <p><i>Ana María: Bueno, bueno, tanto así dejar de ser una buena chica, no eso no. Pero pues me refiero a la manera en que salió de casa y el muchacho con el que se fue. Pues es él quien la está cambiando. Pero bueno, no, ella seguirá siendo una mujer brillante.</i></p>									

En sus inicios, Minuchin se caracterizaba por hacer un mayor uso de intervenciones verbales y de corte directivo, actualmente, si bien es cierto que ya hacía uso de metáforas e intervenciones no verbales, promueve un mayor uso de las mismas, pues ha recibido la influencia de la terapia narrativa. Durante su última visita a México (2006), propuso un proceso terapéutico estructurado en cuatro pasos: 1) identificar la queja, 2) explorar e identificar lo que hace la familia para



perpetuar el problema, 3) explorar el pasado de los padres y entender cómo se relaciona con la queja del presente y 4) desarrollar una nueva visión por medio de las diferentes técnicas para suscitar el cambio (Minuchin, 2006). Con estas propuestas nos deja ver que no debemos concebir el modelo estructural como una perspectiva estática, y sí en cambio, como una alternativa terapéutica que se fundamente en las bases teóricas ya mencionadas, pero que también se ha ido transformando con la influencia de los modelos más novedosos.

## MODELO ESTRATÉGICO

### **Antecedentes**

La terapia Estratégica es un modelo que se sustenta en los principios básicos de la teoría sistémica y el trabajo clínico de Milton Erickson. Se considera que el primer modelo estratégico surgió en los años 60's en el Mental Reserch Institute de Palo Alto California con la influencia de Bateson, Watzlawick, Haley, Weakland y Fisch.

Haley, uno de lo principales pioneros, abandonó el MRI para trabajar al lado de Salvador Minuchin, pero sin perder de vista las bases de la terapia breve, por lo que logró integrar las ideas del modelo de terapia estructural y las técnicas de la paradoja, a las ideas del MRI, así como, a las propuestas terapéuticas de Erickson. Con la influencia de dichos enfoques desarrolló una de las líneas más representativas del modelo, al grado de considerarse que fue él quien acuñó el término estratégico. Por lo anterior para muchos el hablar de terapia estratégica implica hablar del trabajo realizado por Haley (Galicía, 2004).

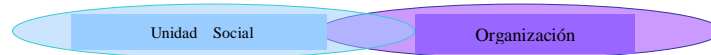
De tal forma, se puede comenzar resaltando que en la trayectoria de Haley se observa como primera influencia los estudios de Bateson sobre las paradojas en la comunicación, lo que integró en su libro Estrategias de Psicoterapia publicado en el año 1963; en segundo lugar se puede apreciar su trabajo enfocado en las directivas que provienen de las técnicas Ericksonianas y finalmente se hace presente la influencia de Minuchin, en el trabajo que realizó con adolescentes interviniendo en la jerarquía familiar (Galicía, 2004).

El término “terapia estratégica” fue establecido por Haley caracterizándola como aquella modalidad en la que el clínico traza la intervención específica para el problema que se presenta.

En esta modalidad el terapeuta lleva en gran medida la iniciativa y tiene que identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas y examinar el resultado para ver si ha sido eficaz (Galicia,2004).

### ***COMPRENSIÓN DEL SISTEMA***

Este modelo gira en torno a dos aspectos que se hacen presentes en todo momento:



- **Unidad social**

Para el modelo estratégico, la problemática presentada por las familias, se entiende como una secuencia de conductas que se repiten una y otra vez y a lo que las personas se han ido acostumbrando sin percatarse de que es eso lo que les trae complicaciones.

Haley sugiere resaltar esta pauta interaccional pues argumenta, que es esta misma la que dará la solución al problema. Sostiene que es preciso abordar la secuencia más amplia y modificarla de manera que resulten cambiadas dos conductas como mínimo.

Para ello, propone concentrarse en aquellas secuencias sociales que presentan organización recursiva con mecanismos de retroalimentación. Desde este punto de vista, la tarea del terapeuta familiar consiste en individualizar ciclos recursivos problemáticos y abordarlos por medio de intervenciones (Keeney y Ross, 1993).

- **Organización y Jerarquía**

Según Haley (citado en: Keeney y Ross, 1993) las ideas de organización social y de jerarquía son inseparables. Las personas se diferencian en función de generaciones, ingresos, destrezas, talentos creadores, agilidad física, inteligencia, etcétera y por ende, se van estableciendo normas sobre quién tiene más poder y quiénes juegan los papeles secundarios.

Enfatiza que las conductas problemáticas que exponen las familias, se presentan la mayoría de las veces, por deficiencias en la comunicación que se ven reflejadas en jerarquías inadecuadas y que a

la vez se transforman en coaliciones repetitivas dentro de la organización familiar. Es decir, una organización presenta complicaciones cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos, y más aún, si son secretas y se repiten una y otra vez ( Keeney y Ross, 1993).

Haley señala que estas coaliciones se asocian con crisis de transición en el curso evolutivo de la familia: 1) el periodo del cortejo, 2) los comienzos del matrimonio, 3) nacimiento de los hijos y su crianza, 4) las etapas intermedias de la vida conyugal, 5) el período en que los padres se destetan de sus hijos y 6) el retiro de aquellos y su vejez (Haley, 2007).

### **Visión sobre el cambio**

La terapia de Haley al igual que la del MRI, se inicia fijando un objetivo claro sobre el problema que se ha de tratar, pero la diferencia entre ambos modelos es que Haley opta por considerar al problema como conectado a una secuencia de acciones que suponen la interacción de tres personas como mínimo (Keeney, Ross, 1993).

Así, en el modelo estratégico de Haley, se considera que el cambio se logrará si el terapeuta centra su meta en la interacción problema/ solución. La idea de las relaciones sociales triádicas resulta para Haley más eficaz, pues desde esta perspectiva, modificar una organización social, por fuerza desarticulará la relación recursiva entre problema y solución. La ventaja de este abordaje consistirá en que una organización social se puede reorganizar de una manera específica, lo que habilitará a construir una situación más adaptativa (Keeney y Ross, 1993).

Por ello la meta del terapeuta radica en resolver el problema propiciando por la relación de poder que se establece entre los involucrados. A esta terapia se le podría definir como la terapia del cambio a través del establecimiento del orden y/o jerarquía convencionalmente establecida, sin que el terapeuta ejerza algún tipo de presión social (Galicía., 2004).

Para lograrlo se deben identificar las pautas de organización secuencial que derivan en una jerarquía inadecuada y posteriormente, prescribir las acciones necesarias que lleven a individualizar la jerarquía del sistema social afectado, en particular poniendo acento en las coaliciones establecidas y en la etapa evolutiva de la familia.

## Postura del terapeuta

- El terapeuta debe establecer una estrategia para resolver el problema que plantea la familia, con objetivos muy claros y específicos.
- El énfasis no debe recaer en una estrategia que se aplique a todos los problemas, sino en realizar tácticas para cada uno de los problemas.
- La tarea del terapeuta será diseñar una intervención de acuerdo a la situación social del cliente.
- El terapeuta debe ser un elemento activo y directivo (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

## Postura de la familia

- La unidad social adecuada comprende a todas las personas que habitan en el hogar, pero si el terapeuta sabe de una abuela o pariente cercano que forma parte de la problemática también será sugerido integrarlos.
- Llevar a cabo el proceso de individuación con la intención de hacer hincapié en que cada uno de los integrantes de la familia son importantes en el proceso terapéutico (Haley, 2003).

## Estructura del trabajo terapéutico

Haley (2002 y 2003), propone que desde la primera sesión de terapia se articule en una progresión de modalidades diferentes:

Etapas de la primera entrevista

SOCIAL	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	ETAPA DE INTERACCIÓN	ETAPA DE FIJACIÓN DE METAS
Objetivo: Observar comportamientos que indiquen el estado de ánimo, normas disciplinarias, alianzas y coaliciones.	Objetivo: Definir el problema ¿Cuál es el problema? ¿En qué puedo serles útil ¿Qué cambios desean lograr ¿Por qué han venido a verme?	-Objetivo: Obtener más información para identificar las pautas de comunicación en la familia, describir su organización jerárquica y tener claro cuál es la estructura particular de la familia.	-Objetivo: Definir cambios operacionalizables, observables, medibles o definidos de un modo en que se pueda detectar la influencia de la terapia.

A lo largo de todo el proceso terapéutico el clínico deberá tener en cuenta las siguientes fases:

Fase 1: Conocer qué es lo que pasa

1. Conseguir que el problema se exprese metafóricamente
2. Obtener una descripción detallada sobre la conducta
3. Diseñar un breve resumen de los cambios que se desean lograr

Fase 2: Observar las relaciones triádicas:

1. Hacer que la familia o el grupo social interactúen frente al terapeuta. Se procura traer la acción problema al seno de la reunión.
2. Con la escenificación el terapeuta deberá distinguir la organización secuencial de su conducta social.

Fase 3: Analizar las secuencias:

1. Analizar el marco semántico y político que se entiende como el quien-hace-qué- a quién-cuándo.
2. Analizar qué sucede en el ciclo repetitivo en el que se presenta el problema.
3. El objetivo del terapeuta será interrumpir estas pautas de organización.

Fase 4: Construcción de complementariedades recursivas:

1. La relación secuencia/problema, en que el problema se considera parte de una secuencia más amplia de acción, dentro de un contexto social.

**Secuencia/problema**

En este nivel el foco es la secuencia reiterada de conductas. Un síntoma o problema es una metáfora, significación o cristalización de una secuencia social particular.

2. Construcción de una complementariedad recursiva de orden superior, que incluye la relación de cierta secuencia con unas pautas de coalición. Esta complementariedad incluye a la anterior.

**Pautas de coalición/ secuencia**

En esta etapa el objetivo es cambiar una secuencia impidiendo que se formen coaliciones a través de los límites generacionales. Por ello las secuencias de acción en las que se debe interesar el terapeuta son aquéllas en las que por fuerza intervengan tres personas como mínimo, es decir, la organización recursiva de relaciones triádicas (Keeney y Ross, 1993).

### Intervenciones principales

Las técnicas que se proponen dentro del modelo estructural son las siguientes (Haley, 2003):

Redefinición	
Objetivo	Definir el problema en distintos términos posibilitando así el cambio.
Intervención	El terapeuta define el problema en términos diferentes a como la familia lo ha hecho, convirtiéndolo en un problema resoluble
Ejemplo	<i>P: Es que estoy histérica, y les grito todo el tiempo.</i> <i>T: Bueno a nosotros nos parece que quizá está Ud. muy preocupada por sus hijos y que es una madre amorosa que aún no encuentra de qué forma poder ayudarlos.</i>

Connotación Positiva	
Objetivo	Lograr que la familia modifique la opinión de la conducta queja hacia una opinión más positiva y funcional.
Intervención	El terapeuta propone una forma diferente de cómo mirar la conducta que para la familia es un problema.
Ejemplo	<i>Sra.: Es que ella se la pasa haciendo berrinche todo el tiempo sólo se queja y se queja y su padre y yo ya no sabemos que hacer.</i> <i>Terapeuta: Ah, entonces pareciera que tú con tus berrinches logras unir a tus padres para que éstos tengan algo sobre que conversar y se mantengan aliados. Pero quizá tú ya puedas empezar a crecer y no sea necesario que sacrifiques tu evolución por mantener a tus padres unidos. De eso ya se tendrán que encargar ellos.</i>

Tareas Paradójicas	
Objetivo	Romper los círculos recurrentes de solución ensayadas poniendo en crisis el sistema de creencias.
Intervención	El terapeuta debe fijar los objetivos con claridad así como dar una explicación razonable sobre la directiva paradójica, alentando el comportamiento usual.
Ejemplo	<i>Terapeuta: Bueno pues ahora cada vez que usted sufra de insomnio, le voy a pedir que trate de hacer todo lo posible por no dormir.</i>

Directivas	
Objetivo	Conocer el estado actual de la organización de una familia. Modificar la secuencia a fin de reestructurar pautas de coalición
Intervención	<b>Directas:</b> pedir algo para que se cumpla - Pedir que se deje de hacer lo que se ha venido haciendo o pedir que se haga algo diferente.
Ejemplo	<i>Terapeuta: Muy bien usted me comenta que cada vez que su esposo toma, usted le llama constantemente para tratar de que nada malo le suceda, pero de ahora en adelante le sugiero, no le llame y que lo deje asumir las consecuencias de sus actos.</i>
Intervención	<b>Indirectas:</b> pedir algo para que no se cumpla.
Ejemplo	<i>Terapeuta: De ahora en adelante cada vez que vayan a iniciar una discusión tendrán cada uno que disfrazarse de boxeadores y posteriormente proseguir la discusión.</i>

Tareas Metafóricas	
Objetivo	Se busca que la familia cumpla con una directiva aún a pesar de no tener conciencia de haberla recibido.
Intervención	El terapeuta utiliza la metáfora con el objetivo de que la familia realice una directiva sin tener conciencia del objetivo real.
Ejemplo	Pedirle a la familia que modifique su manera de estar sentada en la sesión, el terapeuta busca colocar a los subsistemas en relación a su jerarquía, pero la familia desconoce el verdadero objetivo del reacomodo aunque esto genere un efecto sobre la dinámica familiar.

Las técnicas anteriormente mencionadas son las que más caracterizan este modelo, sin embargo es importante mencionar que Haley también promovió el uso de otras técnicas utilizadas por Erickson por ejemplo: ilusión de alternativas, prescripción del síntoma, ofrecimiento de una alternativa peor, entre otras.

Este estilo terapéutico es marcadamente directivo, pero resulta ser de gran utilidad para el manejo de conflictos en familias que experimentan la emancipación de los hijos, pues ofrece claras alternativas para la reestructuración de las jerarquías.

### **Antecedentes**

La base teórica del modelo de terapia breve se le atribuye a Gregory Bateson, quien se centró en comprender los procesos comunicacionales en la interacción que las personas establecen con su entorno. En sus investigaciones puso de manifiesto que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación, establecida en diferentes niveles jerárquicos de mensajes o tipos lógicos de comunicación (Vargas, 2000 citado en: García, 2007).

Los aportes de sus estudios se vieron reflejados en la teoría que se considera su mayor atribución al campo de la psicología conocida como teoría del doble vínculo que fue publicada en el artículo titulado “Hacia una teoría de la esquizofrenia” en el año de 1956, y que causó una gran revuelo en el círculo científico y principalmente psiquiátrico, ya que por primera vez, una patología tan estudiada como la esquizofrenia, era considerada como resultado de un proceso comunicacional y relacional, es decir, por primera vez se involucraba no sólo al paciente portador del síntoma, sino también a su contexto.

Motivado por estos hallazgos, Don Jackson que trabajaba a lado de Bateson, fundó en 1959 el “MRI” Medical Research Foundation como una división de Palo Alto, California. El principal objeto de estudio eran las familias con algún miembro esquizofrénico porque la finalidad era encontrar conceptos intermedios entre la teoría de Bateson y la práctica terapéutica. De esta forma, el instituto comenzó su actividad formal con familias, poniendo énfasis en la interacción y en la manera en la que las personas se comunican entre sí (Vargas, 2000 cit. en García, M. 2007).

Este nuevo objetivo generó un distanciamiento entre Bateson y el resto del grupo que incluía a Jackson, Weakland, Watzlawick y Haley provocando que en 1962 se desintegrara el equipo.

En los años 60's Weakland y Haley se interesaron por estudiar las técnicas utilizadas por Milton Erickson, así que lo visitaban semanalmente para la investigación sobre las paradojas de la comunicación, ya que éste último, basándose en su experiencia de hipnotizador, utilizaba formas



paradójicas de acción y prescripción, poniendo en práctica una especie de doble vínculo terapéutico que generaba excelentes resultados en el paciente.

Entre 1967 y 1968 el equipo experimentó drásticas transformaciones ya que Haley dejó el instituto para unirse a la clínica de orientación infantil de Filadelfia, cuya dirección estaba a cargo de Salvador Minuchin, por otro lado, se integró al equipo Richard Fisch que dio origen al Brief Therapy Center, en donde se planteó como meta principal el análisis de las técnicas utilizadas por Milton Erickson.

Con estas dos influencias, es decir, los aportes teóricos de Bateson y herramientas prácticas de Erickson, fueron establecidos las bases y objetivos de lo que hoy se conoce como terapia breve.

### **Principios Rectores**

El modelo del MRI, se caracteriza por regirse en base a los principios del Constructivismo, por lo que se considera que cada cliente construye su propia realidad. En este sentido, el enfoque se aleja de los conceptos de patología, asumiendo que los intentos fallidos para resolver problemas tienen que ver con ideas de cómo tratar las dificultades; también hace a un lado los aspectos normativos, por lo que no utiliza criterios para juzgar la salud o normatividad de un individuo o familia y finalmente resalta el principio de la interacción, considerando que todo individuo es influido por el contexto al que pertenece y se puede conseguir el cambio promoviendo la transformación en cualquiera de los otros miembros de la familia (Fisch, Weakland, Segal, 2003).

De esto se deriva un conjunto de ejes que caracterizan las técnicas del MRI:

- El modelo es un sistema de creencias, opiniones y mitos.
- No pretende alcanzar la verdad o realidad absoluta, contrario a ello se centra en la meta de eficacia.
- No busca antecedentes históricos.
- El problema es visto como consecuencia de conductas presentes y para eliminarlo se deben alterar los patrones de interacción familiar.

- Busca la definición exacta de intervenciones que tienen por objeto bloquear las soluciones intentadas.
- Se acepta todo lo que el paciente lleva a terapia.
- La resistencia se ve como temor comprensible hacia el cambio.

### **Comprensión del sistema e interacción**

- Son las complicaciones diarias que en un momento de dificultad se transforman en problemas.
- Los individuos hacen uso de “soluciones” que de forma inadvertida generan y alargan el problema, pese al hecho de que esa acción específica, es la que provoca la dificultad.
- La problemática original se encuentra con un intento de solución que intensifica la dificultad, una y otra vez, resultando en una evasión que desajusta las medidas de calibración del sistema provocando una crisis (Fisch, Weakland, Segal, 2003).

### **Visión sobre el cambio**

Para explicar el cambio el modelo se basa en la teoría de los grupos, que plantea los cambios de tipo 1 y los cambios de tipo 2. Los cambios de tipo 1 se refieren a aquellos en los que las modificaciones que hace la persona o la familia, conducen a más de lo mismo, contrario a ello, los cambios de tipo 2, tienen que ver con un cambio en la estructura y reglas del sistema que conducen al cambio. (Fisch, Weakland, Segal, 2003).

### **Soluciones equivocadas**

- 1) Adoptar una solución que equivale a negar el problema: se impone una solución que no se ha realizado.
- 2) Esforzarse en modificar una dificultad que es inalterable o inexistente.
- 3) Cometer un error de tipo lógico: interviniendo en el nivel equivocado (se utiliza un cambio de tipo 1 para resolver un problema de tipo 2 o viceversa).

### **Posición del terapeuta**

En este modelo, el terapeuta intenta comprender la problemática tal como se manifiesta en la vida del paciente y determinar los mecanismos de regulación inservibles. Utiliza la relación terapéutica

para bloquear las soluciones no funcionales y hacer que el paciente haga uso de conductas o actitudes novedosas que den fin al problema.

Su prioridad es conocer la postura que el cliente tiene ante el problema, ya que esto proporcionará puntos de partida con los cuales podrá sugerir acciones que promuevan y motiven la máxima cooperación del mismo (Watzlawick, Weaklnd, Fisch, 2003).

### **Posición del paciente**

De acuerdo al enfoque del MRI hay tres tipos de pacientes; los simplificadores que quieren resolver el problema negando su complejidad, los soñadores que ven una solución donde no hay un problema y los paradójicos que piensan deberían sentirse de un modo diferente al que se sienten, sin embargo, más allá de encasillar al cliente en un tipo determinado de paciente, la prioridad para el terapeuta será conocer la postura que el cliente tiene ante el problema y generar la cooperación del mismo (Watzlawick, Weaklnd, Fisch, 2003).

### **Características del enfoque**

Este modelo como su nombre lo dice, se caracteriza por ser un proceso breve que se lleva a cabo máximo en diez sesiones. A lo largo del proceso terapéutico no se investiga acerca del origen del problema, pues se trabaja con el aquí y el ahora; en cambio, el terapeuta encamina las primeras sesiones a la comprensión de las respuestas que ejerce la familia o la persona sobre la situación sintomática.

En este modelo se trabaja con el cliente, es decir, con aquella persona que desde un inicio expresa mayor interés por modificar la situación que los moviliza a buscar terapia y que será por lo regular quien se encuentre más comprometido ante el proceso terapéutico.

Desde un inicio son los clientes quienes determinan el comienzo y la finalización del proceso, así como el motivo de consulta, es decir, el enfoque se caracteriza por ser activo tanto para el terapeuta como para el cliente. (Fisch, Weakland, Segal, 2003)

## Proceso terapéutico

1. Definición cliente-paciente: es importante determinar con quien se trabajará, para ello el terapeuta deberá solicitar información clara y concreta ¿Por qué piden ayuda ahora? ¿Qué hace quién? ¿A quién? ¿Dónde?
2. Postura del cliente: tener muy claro el marco de referencia, los valores hacia el problema y el mundo con los que el cliente se mueve y utilizar su lenguaje.
3. Intento de solución: las distintas cosas que el cliente u otra persona involucrada ha realizado. Es importante lograr describir los intentos de solución en una frase corta.
4. Señales: especificar cuál será la primera señal observable de que existe un avance o mejoría.
5. Estrategias: generar giros de 180°, es decir cambio de tipo 2 interrumpiendo los intentos de solución.
6. Tareas: proponer tareas que sean fáciles de llevar a cabo por el cliente.
7. Revisar Tareas: ¿lo hizo? ¿Cómo lo hizo? ¿Qué observó cuando lo hizo? ¿Qué ocurrió?

## Intervenciones terapéuticas

La mayoría de los problemas que la gente plantea a los terapeutas, se ven perpetuados por alguna de estas cinco soluciones; cada una de ellas requiere de una intervención específica:

Solución	Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea
Problemática	Actividades de orden mental o corporal Funcionamiento corporal o de rendimiento físico.
Intervención	Prescribir el síntoma poniendo hora y duración.
Ejemplo	<p>Caso: Un paciente llega por el temor que siente de padecer alguna enfermedad mortal, sabe que no está enfermo, pero le es imposible dejar de pensar en ello. El cliente presenta síntomas psicósomáticos como dolores de cabeza, dolores en el pecho, náuseas y la sensación de no poder respirar.</p> <p>Solución intentada: Intenta dejar de pensar en las enfermedades de forma desesperada, pero a donde vaya es en lo único en lo que piensa.</p> <p>Terapeuta: <i>Comprendo lo que le pasa, sin embargo lo que le voy a pedir quizá le vaya a parecer un tanto extraño, pues quiero que en lugar de luchar con lo que piensa y siente, quiero que fije alguna hora determinada del día y que en ese momento piense en sus temores al grado de tener todos esos síntomas, quiero que piense en esas enfermedades que tanto temor le dan y que logre sentirse mal físicamente.</i></p>

Solución	Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición
Problemática	Riñas conyugales, conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes rebeldes, disputas entre compañeros de trabajo y problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada.
Intervención	Lograr que el solicitante se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad. Cambiar de una relación simétrica a una relación de tipo complementaria
Ejemplo	<p>Caso: Los padres se quejan de que su hija de 18 años no los obedece en las horas de llegada, les molesta que no los respete.</p> <p>Solución Intentada: Los padres le han exigido respeto, le llaman la atención, ya le prohibieron salir y le han escrito cartas explicándole porque es importante que les haga caso.</p> <p>Terapeuta: <i>Les voy a pedir que de ahora en adelante le digan que la comprenden, que tiene razón en no hacerles caso pues ustedes ya son grandes y no la pueden entender, así que podrá llegar a la hora que ella decida; sin embargo por las mismas cuestiones de la edad y sus temores cerrarán la puerta a una hora prudente ya que desean evitar peligros.</i></p>

Solución	Intento de dominar un acontecimiento aplazándolo
Problemática	Estados de terror o ansiedad.
Intervención	Exposición a la tarea temida exigiéndole el fracaso de la misma o un dominio incompleto.
Ejemplo	<p>Caso: Se presenta una adolescente que tiene miedo de relacionarse con sus compañeras de las clases de baile y eso está generando que ya no quiera acudir a pesar de ser de las alumnas más reconocidas.</p> <p>Solución Intentada: Evita acercarse a ellas, ya no está yendo a sus clases, viene a terapia porque quiere saber cómo acercarse de buena manera.</p> <p>Terapeuta: <i>Lo que te voy a pedir es que te acerques a ellas pero con la intención de ser déspota, quiero que les caigas muy mal, que piensen que el grupo estaría mejor sin ti, a pesar de que bailes tan bien.</i></p>

<b>Solución</b>	<b>Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa</b>
Problemas	Infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez.
Estrategias	Lograr que alguna de las partes abandone su papel repetitivo; es más fácil en el caso del acusado pedirle que deje de defenderse.
Ejemplos	<p>Caso: Un hombre llega a terapia porque ya no sabe que hacer con su relación de pareja ya que su esposa le reclama que es un flojo, que su trabajo no sirve de nada y que de nada sirve lo poco que gana. El hombre se defiende constantemente diciendo que sí sirve lo que hace.</p> <p>Solución Intentada: El hombre se defiende constantemente diciendo que sí sirve lo que hace.</p> <p>Terapeuta: <i>sé que le sonará muy extraño pero le funcionará. De ahora en adelante le voy a sugerir que le dé la razón a su esposa y le comente que efectivamente no sirve de nada lo que hace, que sus ganancias son pocas y que lamenta no estar haciendo lo suficiente, eso evitará la guerra y usted vivirá más tranquilo.</i></p>

<b>Solución</b>	<b>Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación</b>
Problemática	Aversión a pedirle a otro individuo algo que le disguste o que le exija cierto sacrificio y por ende las solicitudes se plantean de forma confusa.
Estrategias	Lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se haga de forma arbitraria.
Ejemplo	<p>Caso: Se presenta un padre que se queja de que su hijo no lo visita, pero no le quiere decir nada directamente porque teme generar un conflicto, sin embargo cada vez que llega su hijo de visita, se queja con la nuera de que se siente solo y le pide a ella que no lo abandonen tanto.</p> <p>Solución Intentada: No quiere decirle a su hijo cómo se siente, evita llamarle por teléfono o hacerle invitaciones porque no quiere acosarlo y trata de que por medio de la nuera él se entere de que se siente solo.</p> <p>Terapeuta: <i>Me parece que usted no le ha planteado a su hijo lo que necesita, así que me gustaría que platicara directamente con él como le gustaría que fuera su relación. Es muy importante que la plática sea entre su hijo y usted, y le diga de forma muy clara que es lo que le gustaría.</i></p>

## Intervenciones generales

Estas intervenciones preparan el terreno para intervenciones posteriores más específicas, se pueden utilizar en cualquier momento, en cualquier problema y con cualquier paciente (Watzlawick, Weakland, Fisch, 2003).

Ejemplos:

### No apresurarse

Ejemplo: Un adolescente que reportó miedo de subirse a los camiones, llega a la segunda sesión reportando que ya lo pudo hacer. El terapeuta, le comenta que es *“necesario que no se apresure, ya que los cambios importantes se hacen con calma y poco a poco. Le menciona que es importante que no vaya ¡tan rápido!*

### Los peligros de una mejoría

Ejemplo: (Mismo caso). Se le cuestiona al paciente si realmente está seguro de querer cambiar y si ha pensado en las desventajas de perder el miedo, pues con ello tendrá que reincorporarse a sus actividades diarias, tendrá que regresar a la escuela y sus padres ya no estarán tan pendiente de él.

### Como empeorar el problema

Ejemplo: En el caso de una paciente que reporta malestares físicos y fuerte temor ante la sospecha de una enfermedad grave aunque los análisis médicos reflejen una excelente salud; se le pide que se sienta aún peor, que piense en la enfermedad a la que más miedo le tenga y que presente los síntomas que más temor le generan.

### Cambio de Dirección

Ejemplo: El terapeuta se da cuenta de que está tratando de convencer a la Sra. de que el mal comportamiento de su hija es debido a la falta de reglas. La Sra. se muestra molesta. El terapeuta analiza el video y reconsidera el manejo del caso dirigiéndolo hacia la relación de pareja.

Terapeuta: Sra., observando el video me di cuenta de que usted no tiene problemas para establecer reglas, me parece que no la estaba entendiendo bien, pues lo que realmente le preocupa es que su marido no la apoya como usted quisiera en el manejo de los hijos. ¿Le gustaría que mejor trabajáramos en ello?

### Redefinir el problema

Ejemplo: A mi me parece que a lo que te refieres no es a la timidez y sí en cambio a una personalidad reflexiva que te ha permitido tomar decisiones con mayor calma y seguridad.

### La ilusión de alternativas

Ejemplo: Un niño que no se organiza para hacer la tarea, se le da la opción de hacerla a las 4 ó 5.

Este modelo resulta ser especialmente útil en el manejo de trastornos fóbicos, obsesiones, y compulsiones; actualmente el mayor representante del enfoque es Nardone, quien ha publicado el libro el Arte del Cambio en donde precisamente ejemplifica con claridad la manera de emplear este modelo (Nardone, 2001). De igual forma, me parece muy adecuado para el manejo de algunos conflictos de pareja o de familia en donde es muy clara la escalada simétrica.

## TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES

### **Antecedentes**

La terapia centrada en soluciones surgió a partir de las ideas de Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute MRI y el Centro de Terapia Familiar Breve (o BFTC); los principales representantes son Steve de Shazer, William O'Hanlon, Eve Lipchik, Insoo Kim Berg y Weiner-David (Ochoa de Alda, 1995).

El enfoque se planteó alrededor de la década de los 80's en el BFTC, con un grupo de terapeutas encabezado por Steve de Shazer. Este equipo se hizo famoso y logró diferenciarse del grupo del MRI, porque dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja y se dedicaron a identificar y ampliar las secuencias de solución.



## **Principios rectores**

- La problemática es controlada por el consultante.
- Se enfatizan las pautas de solución, su desarrollo y mantenimiento.
- Se centra en el aquí y en el ahora buscando llevar la solución hacia el futuro, por lo que los antecedentes históricos tienen poco peso.
- Los clientes tienen la fuerza y los recursos necesarios para el cambio.
- Basta con introducir un cambio pequeño.
- Rechaza la idea de la normatividad y patología, ya que no se cree en un único patrón de persona "sana", ni en una idea de "familia funcional", parte del supuesto de que hay muchas formas de actuar y comportarse, y que ninguna de ellas es mejor o más sana que otra (O'Hanlon y Weiner, 1990).

## **Comprensión del sistema e interacción**

- Desacuerdo en cuanto a que los síntomas cumplan una función en los individuos, relaciones o familias.
- Los significados que las personas atribuyen a la conducta limita el abanico de alternativas que podrían utilizar para enfrentarse a una situación, por lo que a veces lo único que hace falta para iniciar un cambio significativo es generar modificaciones en la percepción de la situación (O'Hanlon y Weiner, 1990).

## **Visión sobre el cambio**

En este enfoque se considera que el cambio es constante e inevitable, por ello, el terapeuta con un enfoque centrado en soluciones se conducirá desde el lenguaje del cambio y pasará de una conversación basada en el ¿cómo se encuentran las cosas? a ¿cuánto y cómo han cambiado las cosas? (O'Hanlon y Weiner, 1990; O'Hanlon, 2006).

## **Posición del terapeuta**

La meta del terapeuta es:

- Detectar los recursos del cliente y/o los de la red social y/o profesional a la que pertenece.
- Movilizar y resaltar dichos recursos, por medio de técnicas conversacionales sin buscar factores subyacentes o fenómenos ocultos.
- Identificar con claridad la manera en la que el cliente encuentra sus soluciones .
- Promover el uso de las soluciones en el futuro del cliente.
- Es fundamental que el terapeuta identifique el canal sensorial que el cliente utiliza, ya que esto proporcionará mayor empatía y por ende acciones que promuevan y motiven la máxima cooperación del cliente (O’Hanlon y Weiner, 1990).

## **Posición del paciente**

- Son ellos quienes fijan los objetivos.
- El papel del paciente es activo (O’Hanlon y Weiner, 1990).

## **Características principales del enfoque**

- No considera necesario tener información sobre el problema, ni conocer su frecuencia o su naturaleza, ni tampoco su historia ni su génesis.
- Desde un inicio el trabajo se centra en las respuestas de solución.
- Se identifica y trabaja en lo que quieren conseguir los clientes.
- Se trabaja con un solo problema por objetivo.
- Se buscan cambios mínimos, partiendo de la idea de la “bola de nieve” en la que un pequeño cambio generará más cambios (O’Hanlon y Weiner, 1990).

## **Proceso terapéutico**

Las estrategias del modelo centrado en soluciones van encaminadas a:

- 1) Identificar lo que el cliente quiere conseguir
- 2) Marcar y ampliar las ocasiones en que lo ha conseguido, es decir, búsqueda de excepciones.
- 3) Fomentar que los clientes asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos.

## Intervenciones principales

Pregunta del Milagro:	
Objetivo	Elaborar con los clientes objetivos claramente definidos
Intervención	Imagina que mientras duermes sucede un milagro y al despertar la situación que te trae aquí está resuelta: ¿qué será diferente?
Ejemplo	<p><i>Cliente: Es que no sé, me siento confundido, no me gusta lo que hago, mi trabajo, mi vida.</i></p> <p><i>Terapeuta: Imagina que mientras duermes sucede un milagro y al despertar la situación que te trae aquí está resuelta: ¿qué será diferente?</i></p> <p><i>Cliente: Bueno pues me despertaría teniendo otro trabajo, nuevas amistades, con otras ilusiones.</i></p> <p><i>Terapeuta: ¿Qué tendrás que hacer para que eso suceda?</i></p>

Preguntas Presuposicionales	
Objetivo	Encaminar a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos
Intervención	<p>¿Qué cosas positivas sucedieron esta semana?</p> <p>¿Qué cosas hiciste en el pasado que funcionó?</p> <p>¿Cuándo su relación va bien, qué es diferente?</p> <p>¿Cuándo logras que en ti sea distinto?</p>
Ejemplo	<p><i>Terapeuta: Y bien Ximena, pláticame ¿Qué cosas buenas sucedieron esta semana?</i></p> <p><i>Ximena: Pues, mmm no lo había pensado, pero sí, ahora que lo dice me encontré con una amiga que hace tiempo no veía y eso fue bueno.</i></p>

Búsqueda de Excepciones	
Objetivo	Dirigir la atención del cliente hacia las áreas que han funcionado bien o que no hay queja.
Intervención	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Preguntar sobre las excepciones.</li> <li>2) Marcar las excepciones y que no pase inadvertida.</li> <li>3) Ampliar empleando la circularidad sistémica para evidenciar que la excepción ha sido percibida por otros.</li> <li>4) Atribuir el control del cambio.</li> <li>5) Preguntar sobre más excepciones.</li> </ol>
Ejemplo	<p><i>Sra.: Es que yo soy muy débil, muy llorona y no sé...</i></p> <p><i>Terapeuta: ¿Puede recordar alguna situación en la que haya actuado con fuerza?</i></p> <p><i>Sra.: Pues bueno sí, cuando mi hermana enfermo yo fui la voz fuerte en mi familia.</i></p> <p><i>Terapeuta: Me podría platicar más sobre aquella ocasión.</i></p> <p><i>Sra.: Pues yo era quien tomaba las decisiones, la que se portó más fuerte.</i></p> <p><i>Terapeuta: ¿Alguien más se percató de su fuerza?</i></p> <p><i>Sra.: Pues sí, creo que todos mis hermanos porque ahora me piden apoyo para todo,</i></p> <p><i>Terapeuta: Además ya se dio cuenta de que Ud. logra subir el tono de voz cuando lo considera necesario”</i></p> <p><i>Puede recordar alguna otra ocasión similar.</i></p>

Tarea de Fórmula de la primera sesión	
Objetivo	Fijar la atención en las cosas buenas de una situación y observar más las cosas que van bien.
Intervención	El terapeuta le solicita a la familia poner atención en las cosas que sí les funcionan.
Ejemplo	<i>Terapeuta: Señores me gustaría que desde ahora y hasta la próxima semana pongan en las cosas de su matrimonio que les gustaría que siguiera ocurriendo.</i>

La Bola de Cristal	
Objetivo	Que el cliente logre proyectar un futuro en el que tiene éxito y el motivo de queja ha desaparecido
Intervención	1) Recuerde algún momento del pasado que haya sido agradable y olvidado. 2) Recuerde algún éxito reciente en su vida buscando una excepción a las reglas que rodean la queja. 3) Mirando la bola de cristal describa como fue la resolución exitosa del problema. 4) Describa sus reacciones cuando quedó solucionado el problema.
Ejemplo	<i>Terapeuta: Me menciona que ya en una ocasión pudo ponerle fin a una relación destructiva. Mirando la bola de cristal me podría describir como logró hacerlo. Sr.: Bueno pues comencé por definir lo que si quería y lo que no quería y después empecé a poner mis límites hasta que decidí acabar con la relación.</i>

Preguntas de Escala	
Objetivo	Conocer los cambios desde la perspectiva de la gente. Conocer qué cosas ha hecho para subir y bajar la escala de malestar y bienestar con respecto a la queja y el cambio deseado. Identificar qué cosas hizo para el cambio
Intervención	Terapeuta: En una escala donde 1 es poca fuerza y 10 es mucha fuerza ¿cómo podría usted evaluar la fuerza con la que llegó a terapia? ¿En qué número le gustaría estar? ¿Qué cosas puedes hacer la semana siguiente para subir de 6 a 7? ¿Qué cosas tendría que volver a hacer para bajar a 1?
Ejemplo	<i>Terapeuta: Lalo me gustaría saber de acuerdo a una escala de 1 al 10 en dónde es poco y 10 es mucho ¿como encuentras hoy en día tu seguridad? Lalo: Pues creo que está en un 8 o tal vez 9. Terapeuta: ¿En qué número te ubicabas al inicio de tu proceso terapéutico? Lalo: Uy en un cero, creo que ya me puede dar de alta.</i>

Normalizar	
Objetivo	Plantear las quejas como “dificultades o situaciones ordinarias de la vida”.
Intervención	<p>-Frasas como: “<i>naturalmente</i>”, “<i>por supuesto</i>”, “<i>bienvenido al club</i>”, “<i>eso me resulta muy familiar</i>”.</p> <p>-Recurrir a historias de otros clientes, “<i>no me lo digas y seguramente... o “si y algunas veces hace esto o aquello ¿no?”</i>”</p> <p>-Preguntas normalizadoras <i>¿Cómo puedes distinguir entre el rechazo de tu hijo y la necesidad de tener su espacio por razones de la edad?</i></p> <p>-Emplear la receta de la queja. <i>¿Cómo es que le haces para estar enojado todos los días?</i></p>
Ejemplo	<p><i>Sra.: Y entonces me angustia mucho que les pueda pasar algo, que lleguen a estar en peligro, me siento mal.</i></p> <p><i>Terapeuta: Si me lo puedo imaginar, en estas épocas es muy comprensible que todos los padres se preocupen así por sus hijos, me parece que en la actualidad se vive una angustia generalizada, es algo que escucho todos los días.</i></p>

Escribir, leer y quemar	
Objetivo	Desaparecer los pensamientos obsesivos o depresivos.
Intervención	El terapeuta especifica una tarea en concreto en donde la persona tendrá la posibilidad de otorgarle un tiempo determinado a aquellos pensamientos negativos u obsesivos.
Ejemplo	<p><i>Terapeuta: Encuentre algún lugar cómodo en el cual pueda ponerse a escribir todos los días a la misma hora, no menos ni más de una hora. Los días impares pondrá por escrito los buenos y malos momentos, los días pares leerá lo escrito un día anterior y posteriormente los quemará.</i></p> <p><i>Si los pensamientos vuelven a deshora, deberá decirse así mism@, “Ahora tengo otras cosas en que pensar, pensaré sobre esto en el horario que corresponde”</i></p>

La tarea de la pelea estructurada	
Objetivo	Promover la solución cuando ambos miembros de la pareja se quejan de sus disputas o peleas.
Intervención	El terapeuta solicitará a los miembros de la pareja que lleven a cabo una pelea estructurada, para ello deberá especificar los pasos en concreto que comprenden dicha pelea.
Ejemplo	<p><i>Terapeuta: Les voy a pedir que realicen la siguiente tarea:</i></p> <p><i>a) arrojen una moneda al aire para ver quien comienza,</i></p> <p><i>b) el vencedor echará pestes durante diez minutos interrumpidos,</i></p> <p><i>c) enseguida continúa el otro, quien también se toma diez minutos,</i></p> <p><i>d) deben pasar diez minutos de silencio antes de que se inicie otra vuelta arrojando a moneda.</i></p>

<b>Tarea de la sorpresa</b>	
Objetivo	Generar un pequeño cambio “espontáneo” en respuesta a una situación repetitiva que conlleve indirectamente a una solución.
Intervención	El terapeuta solicita que los miembros de la familia sorprendan a otro integrante de la misma con alguna sorpresa positiva.
Ejemplo	<i>Terapeuta: Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, nos gustaría que cada uno de ustedes, sorprenda al otro con algo completamente diferente a lo que habitualmente hacen, por más extraño, fantástico o raro que le pueda parecer y él otro tendrá que descubrir qué fue lo que se hizo diferente</i>

<b>Tarea genérica: preste atención a lo que pasa cuando supera el impulso</b>	
Objetivo	Destinada a emplearse cuando una persona se queja de su propia conducta.
Intervención	El terapeuta solicitará al cliente que ponga atención en las excepciones que rompan con las creencias negativas que tiene sobre sí mismo.
Ejemplo	<i>Terapeuta: “Desde ahora y hasta la próxima sesión presta atención a lo que haces cuando te sientes con mayor fuerza”</i>

<b>Intervención sobre el patrón del contexto:</b>	
Objetivo	Alterar las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan la queja
Intervención	-Modificar quien está presente
Ejemplo	<i>Ahora cada vez que se sienta triste le pedirá a sus hermanos que le den su espacio para llorar sin que se preocupen</i>
Intervención	-Modificar lo que otros dicen o hacen respecto a la queja:
Ejemplo	<i>Ahora cada vez que ella se muestre molesta todos la felicitarán por expresar sus emociones.</i>

Intervención sobre el patrón de la queja:	
Objetivo	Alterar el propio patrón de la queja, introduciendo alguna modificación pequeña.
Intervención	1.- Cambiar la frecuencia o tasa de la queja
Ejemplo	<i>Le voy a pedir que los días pares se queje todo lo que quiera y los días nones evite hablar de lo que le molesta.</i>
Intervención	2.- Cambiar el tiempo de ejecución de la queja
Ejemplo	<i>Si cuando se queja es en la mañana ahora se quejara sólo por las noches.</i>
Intervención	3.- Cambiar la duración de la queja
Ejemplo	<i>Le voy a pedir que elija una hora del día para quejarse todo lo que quiera, pasando dicha hora evitará hablar de la queja.</i>
Intervención	4.- Cambiar el lugar en el que se producía la queja
Ejemplo	<i>Ahora en lugar de quejarse en la cocina se quejará en el baño.</i>
Intervención	5.- Añadir un elemento nuevo al patrón de la queja
Ejemplo	<i>A partir de hoy antes de quejarse tendrá que ponerse los aretes que menos le gustan</i>
Intervención	6.- Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja
Ejemplo	<i>Mañana en lugar de regañar a su hijo en cuanto llegue de la escuela se esperará a comer y después le llamará la atención</i>
Intervención	7.- Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños
Ejemplo	<i>Identifique cual sería la receta de la tristeza paso por paso.</i>
Intervención	8.- Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa
Ejemplo	<i>Ahora después de quejarse planchará una camisa.</i>

Este modelo es considerado por el mismo O'Hanlon (2008), un modelo puente entre las terapias conformadas desde la lógica de la primera cibernética y la segunda cibernética, pues si bien es cierto que se fundamentó desde las bases del modelo de terapia breve del MRI, presentó un fuerte cambio en la manera de percibir el papel del terapeuta, quien se colocó en un lugar horizontal ante la familia asumiéndose como un integrante más del sistema que funciona como promotor del cambio.

Otra de las variaciones que presentó frente a los otros modelos, es el uso de un lenguaje centrado en el cambio que se mueve ya no sólo del aquí al ahora, sino que se incluye la visualización del futuro con la presencia del cambio deseado por el cliente o familia.

## **Antecedentes**

El modelo de Milán surge en 1967, teniendo como principal precursora a Mara Selvini Palazzoli, que de profesión peditra y basada en un enfoque psicoanalítico, se interesó en el estudio de las familias con jóvenes que padecían anorexia nerviosa y niños con diagnóstico de psicosis. En dicho año, fundó el Centro de la Familia de Milán, invitando a participar a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, y Giuliana Prata, también de formación psicoanalítica (Keeny y Ross, 1993).

Al desarrollar su trabajo tanto con las jóvenes como con los niños, el equipo se percató de la limitación y el lento avance que representaba el trabajo individual, por lo que se dio inicio al trabajo con familias y a la vez se abandonaron las técnicas psicoanalíticas. Con este cambio, se promovió la terapia basada en las ideas comunicacionales propuestas por Bateson, que planteaban analizar la enfermedad mental como resultado de la confusión y paradojas dentro de la comunicación familiar; el grupo de Milán decidió priorizar las técnicas terapéuticas encaminadas a promover claridad en los mensajes (Selvini, 1990).

Así, la evolución del grupo de Milán pasó por varias etapas en su trabajo con el sistema familiar, pues en un inicio se centraron en cómo enseñar a las familias a comunicar correctamente los mensajes, sin embargo, las problemáticas presentes en las sesiones pusieron de manifiesto el límite del modelo comunicacional (Selvini, 1990).

Fue por este motivo que las ideas basadas en la metacomunicación se desplazaron por la idea de juegos familiares como sinónimo de sistema familiar; esta nueva perspectiva orientó el trabajo terapéutico hacia las reglas y estrategias del actor o paciente identificado, así como los límites y reglas que el mismo sistema le coloca. El equipo de Milán comenzó a interesarse por los mitos, creencias, estereotipos, modas compartidas por el grupo y la atención a la secuencia de los movimientos del individuo de tipo verbal y no verbal, otorgándole valor especial a los rituales, prescripciones simples y prescripciones ritualistas; es decir, las estrategias específicas que apuntaban a un fin, dentro de cada sistema familiar (Selvini, 1990).



En el año de 1978 el grupo de Milán dio a conocer tres de los conceptos más representativos de su escuela terapéutica Hipótesis, Circularidad y Neutralidad con el artículo titulado de igual forma. Además, durante esta época se le dio énfasis al interrogatorio circular como la estrategia para detectar y modificar el denominado juego familiar (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

Durante 1980, se presentó uno de los cambios más simbólicos para esta escuela, ya que Boscolo y Cecchin se separaron del Centro y publicaron su rompimiento en el año de 1982. Después de la separación, ambos terapeutas continuaron con su programa de enseñanza, dándose a conocer con el nombre Milán y Asociados. Con sus trabajos e investigaciones lograron diferenciarse claramente del grupo inicial, ya que desarrollaron una nueva perspectiva desde la lógica de la cibernética de segundo orden (Hoffman, 1991). Estos dos terapeutas continuaron usando algunos lineamientos del modelo inicial pero incorporaron la perspectiva del tiempo, la curiosidad, la irreverencia, así como otras perspectivas terapéuticas basadas en el lenguaje, la narración y la postmodernidad (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003). En 1988, se publicó el libro “Los tiempos del tiempo”, en donde los autores señalaron que tener claro el concepto del tiempo era importante para generar cambios tanto en la terapia como en la vida cotidiana (Boscolo y Bertrando, 1996).

La otra parte del equipo, es decir, Selvini y Prata se trasladaron a la sede de Vialle Vittorio Veneto, en donde se asociaron con nuevos colaboradores y fundaron un nuevo centro de investigación llamado Nuevo Centro para el Estudio de la Familia, en dicho centro se conformaron a la vez dos equipos, el primero con Mara y Prata, quienes se dedicaron a investigar los sistemas familiares y la búsqueda de estrategias para romper los juegos destructivos que visualizaron en las familias con miembros psicóticos, y el segundo, que se integró con Steffano Cirillo, Ana María Sorrentino y Mateo Selvini. Junto a ellos surgió un nuevo concepto dentro de la teoría de juegos que denominaron el embrollo (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

Pese a la separación del equipo inicial, ambas vertientes se construyeron con los principios propuestos por el grupo original. De hecho años más tarde Boscolo y Cecchin, continuaron trabajando tanto con el interrogatorio circular como con la idea de la circularidad y neutralidad,

solo que incluyeron conceptos como el tiempo o la curiosidad (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

En este sentido, se hablará de los tres principios rectores de la escuela de Milán; neutralidad, hipotetización y circularidad, pero haciendo una breve diferenciación entre las conceptualizaciones de ambos grupos.

### **Principios rectores**

#### Neutralidad:

La neutralidad, tal como la definió el grupo original, era entendida como un proceso que presuponía la separación entre observadores y observados. Se pensaba que el terapeuta era capaz de colocarse en la posición de no crear alianzas o coaliciones, ni con los miembros de la familia, ni con sus propias ideas. En caso de que eso sucediera, el terapeuta contaba con el apoyo del equipo que se encontraba detrás del espejo y que se encargaría de que el terapeuta consiguiera de nuevo la neutralidad (Boscolo y Bertrando, 1996).

Más adelante esta idea de la neutralidad fue cuestionada por Cecchin (1987) quien se refirió a esta misma, ya no como ausencia de toma de posición, sino como un estado de curiosidad que le permitiera al terapeuta encontrar diferencias y multiplicidad de alternativas así como un marco contextual más amplio para la acción práctica. También definió la neutralidad como una condición desprovista de control social y de interacción instructiva, sugirió suplirla por una actitud de aprendiz ante las interacciones familiares (Cecchin, 1987).

#### Hipotetización:

Para el grupo de Milán, formular una hipótesis consistía en tomar en cuenta todos los componentes de la familia y con ello dar una explicación de las relaciones dadas en dicho sistema. Una vez planteada la hipótesis el terapeuta examinaba que tan certero había sido el planteamiento con base al comportamiento verbal y no verbal de la familia y con la nueva información hacer

otras propuestas. Se consideraba que la hipótesis era mera responsabilidad del terapeuta quien se mantenía en su postura de observador.

Posteriormente para el grupo de Post Milán, la hipótesis dejó de ser vista como algo construido únicamente por el clínico y se comprendió como resultado de la interacción entre el sistema y el terapeuta, Cecchin (1987) señaló que la hipotetización era generada en combinación de la curiosidad.

#### Circularidad:

El grupo de Milán entendía la circularidad como la estrategia mediante el cual el terapeuta se apoyaba para verificar las hipótesis que proponía a lo largo del proceso; por su parte Cecchin y Boscolo, comprendieron la circularidad como un proceso capaz de crear curiosidad dentro del sistema familiar y del sistema terapéutico. Para ellos la circularidad dejó de ser vista como el método de evaluación a las hipótesis propuestas, y si en cambio, enfatizaron el papel de la circularidad como una interacción sistémica que posibilitaba a cada miembro de la familia y del sistema terapéutico a ser observador de las emociones, creencias y comportamientos de los otros, así como de sí mismos (Boscolo y Bertrando, 1996).

### **Comprensión del Sistema**

#### Grupo de Milán

- La familia es un sistema que se gobierna a sí mismo y se auto corrige a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando qué es permitido o no en la familia y en relación de cada uno de sus miembros con los demás.
- Toda conducta verbal o no verbal es una comunicación que afecta a otros y provoca en ellos una respuesta que a su vez es una conducta comunicacional (Kenny y Rosse, 1993).

Para el Grupo Post-Milán la familia:

- La familia tiene en sí misma sus propias posibilidades de evolucionar y autoorganizarse, basta con crear el contexto necesario para que puedan evolucionar espontáneamente.
- La familia debe mantener la coordinación entre los tiempos, ritmos y horizontes temporales. Cuando se presenta la falta en la armonía temporal se puede producir desorden, rigidez y bloqueos que son reflejados en conflictos familiares (Boscolo y Bertrando, 1996).

### **Formación del Síntoma**

Grupo de Milán

- Algunas veces el modo que tiene la familia de autorregularse incluye un síntoma que es inaceptable para ellos y/o para la sociedad. Cuando el síntoma causa una tensión intolerable, ya sea fuera o dentro de la familia, ésta se ve obligada a buscar ayuda.
- La aparición de un síntoma puede deberse a un cambio en uno de los sistemas más amplios o bien, puede venir del interior de la familia, como reacción de algún acontecimiento del ciclo vital.
- Cualquiera de estos hechos puede quebrantar los patrones de control de la familia y es posible que se desarrolle un síntoma como medio de establecer otro patrón diferente (Kenny y Rosse, 1993).

Post- Milán:

- Los sistemas familiares están influidos por un gran número de variables y no por un solo síntoma.
- No hay necesidad de decir que un problema o síntoma es funcional para el sistema, para el grupo Post Milán basta señalar que las personas se han habituado a él y que es difícil quebrar este tipo de hábitos (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

## **Visión sobre el cambio**

### Grupo de Milán

Si la familia es vista como un sistema autorregulador y el síntoma como un mecanismo de regulación, al ser eliminado éste último, entonces el sistema quedará temporalmente desequilibrado. Por ello, el cambio no es una solución única a un problema único, sino un dilema a resolver. Para el modelo de Milán el cambio impone un precio y plantea la interrogante de cuáles serán las repercusiones para el resto del sistema, pues al modificar una situación considerada como “problemática, suele crearse una nueva situación en el entorno ecológico del sistema, que implicará nuevos retos (Kenny y Rosse, 1993).

Así pues, la cuestión terapéutica principal no es cómo eliminar el síntoma sino qué sucederá si se lo elimina; cómo funcionará la familia sin ese problema.

### Grupo Post-Milán

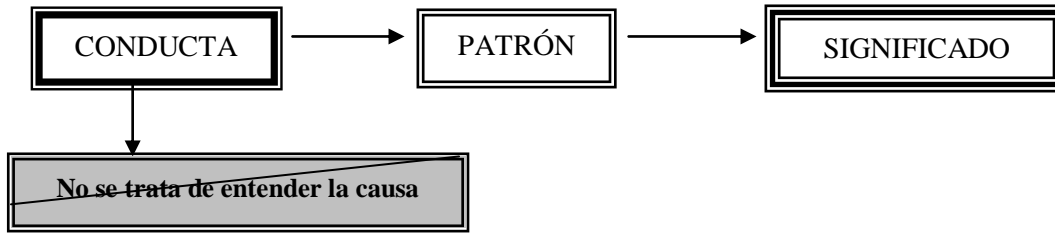
El sistema es considerado como una entidad siempre dispuesta a transformarse en entidades diversas, es decir, dispuesta a construirse un futuro. Cada sistema es una entidad inédita en cada sesión y tiene en sí mismo gran parte de las informaciones para poder cambiar, pero este cambio es imprevisible, pues no se puede saber cuándo, cómo y de qué forma cambiará cada sistema (Boscolo y Bertrando, 1996).

## **Postura del terapeuta**

### Grupo de Milán

- La tarea del terapeuta es identificar cuál es el patrón particular que se relaciona con el síntoma y encontrar la estrategia necesaria para posibilitar el cambio.
- El interés del terapeuta se centra en identificar de qué manera el comportamiento de la familia se conecta con algún síntoma aparentemente aislado a efecto de preservar el funcionamiento del sistema.

- En lugar de entender la causa de la conducta, el terapeuta procura comprender el patrón sistémico del que deriva su significado.



### Grupo Post Milán

El rol del terapeuta es de ser creativo y curioso ante la atención que una familia o persona muestra hacia las tres dimensiones del tiempo: pasado, presente o futuro. Con base a esto, el terapeuta deberá hacer lo posible por atenuar la concepción determinista sobre un hecho, que inmoviliza al sistema y que es fuente de la angustia (Boscolo y Bertrando, 1996).

La terapia se convierte en una creación común, entre terapeutas y clientes, lo cual, no descarta la presencia de pautas que guíen al terapeuta sobre las hipótesis posibles, pero ahora lo que se toma en consideración son las premisas epistemológicas, los significados, los sistemas emotivos y las historias de los clientes (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

### Postura de la familia

#### Grupo de Milán

- Se considera que ninguna persona tiene un control unilateral sobre ninguna otra.
- Se evita el pensamiento lineal cuando se formula una hipótesis. El equipo de Milán sugiere reemplazar el verbo SER por el verbo MOSTRAR.  
Ej. El Sr. Guzmán muestra en sesión una actitud apática ante la paciente designada.
- Las conductas no son etiquetadas, y sí en cambio, son consideradas como meras acciones y contra-acciones, esenciales para el juego familiar.
- La realidad y la verdad son circulares (Cecchin, 1987).

## Grupo Post-Milán

- La familia es entendida con base a dos ejes, el eje de la sincronía que describe al sistema familiar tal y como se muestra en el presente; y el eje de la diacronía que abarca el ciclo del tiempo, es decir las etapas por las que se ha ido moviendo y a la vez cambiando. Por lo tanto el grupo Post Milán sitúa a la familia desde dos puntos de vista el estático y el dinámico.
- Para comprender al sistema familiar no basta con considerar los tiempos de cada integrante y el modo en el que se vinculan; es fundamental tomar en cuenta el tiempo de la familia como sistema total.

## Proceso terapéutico

### Grupo de Milán:

- La terapia de Milán comienza una vez que se construye la hipótesis aún antes de ver a la familia, esta hipótesis es elaborada sobre la base de la información que se obtiene por la fuente de derivación o de la llamada telefónica. Funciona como un marco de referencia que se integra al identificar por qué la familia opera, actúa, comunica o se presenta de una determinada manera. Con esta información se intentan conectar las comunicaciones de todos los miembros de la familia y la pauta que según la hipótesis, organiza a la familia entera.
- Una vez elaborada la hipótesis el terapeuta seleccionará y organizará las preguntas necesarias para valorar la propuesta planteada.
- A la par, se van construyendo intervenciones que consisten en presentar una hipótesis que posibilite una nueva lógica, orientada a resaltar la contribución de todos los miembros a la organización del sistema en su conjunto (Keeney y Ross, 1993).

Las sesiones de terapia se estructuran de la siguiente manera:

1. Pre sesión: el equipo discute las informaciones preliminares con objeto de preparar la sesión.

2. Sesión: dura aproximadamente una hora y se compone principalmente del interrogatorio circular. A lo largo de la sesión los miembros del equipo detrás del espejo pueden intervenir por medio de una llamada telefónica ya sea para sugerir preguntas o señalar alguna observación tanto a la familia como al terapeuta.
3. Discusión de la sesión: el terapeuta se reúne con el equipo mientras la familia espera del otro lado, el grupo de terapeutas discuten el modo de concluir la sesión.
4. Conclusión de la sesión: los terapeutas se reúnen con la familia y presentan, en nombre del equipo; comentarios, prescripciones o rituales.
5. Post Sesión o Discusión: el equipo conversa en cuanto a las reacciones de la familia después de haber recibido el comentario o las prescripciones (Bertrando y Toffanetti, 2004).

**Grupo Post Milán:**

Continúan empleando la sesión estructurada en cinco partes pero cuestionan el uso de la intervención final, al considerar que la entrevista sistémica, es suficiente para modificar el sistema de creencias familiares (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

**Intervenciones Principales**

A continuación se mencionan las principales estrategias empleadas por ambos grupos, claro está, cada uno de ellos desde sus propias propuestas teóricas:

Paradoja	
Objetivo Milán	Connotar positivamente una conducta patológica y solicitar la continuidad de la misma con el objetivo de generar un cambio en el sistema por el cese de la conducta y el cambio en el juego familiar.
Intervención Milán	No se propone una conducta diferente a la sintomática, sino que se prescribe la continuidad de la misma.
Ejemplo Milán	<i>Terapeuta: El equipo piensa que debes sacrificar tu juventud y tu libertad, negándote a comer hasta que tus padres te den el mensaje de que no te necesitan para estar bien.</i>

El uso de las paradojas fue en disminución para los asociados de Milán ya que se dejó de pensar que las familias necesitaban un síntoma o problema para beneficio del sistema (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 2003).



Connotación Positiva	
Objetivo Milán	Modificar la atribución del problema de causas negativas a causas positivas. No se connota positivamente el síntoma sino la relación.
Intervención Milán	El terapeuta define las relaciones como complementarias y nombra como positiva la tendencia homeostática.
Ejemplo Milán	<i>Terapeuta: Me doy cuenta que has decidido salirte así de casa porque de esa manera tu madre se mantiene activa y logra escapar de su depresión preocupándose por ti. Eres una hija amorosa que estás sacrificando tu vida en familia con tal de que tu madre salga de su dolor.</i>
Objetivo Post Milán	Colocar las conductas relacionadas con un problema al servicio de una premisa, valor o mito compartidos.
Intervención Post Milán	El terapeuta se mantiene neutral ante las conductas señaladas por la familia como problemas y las coloca en el lugar de hábitos, creencias o patrones que se han arraigado en la familia.
Ejemplo Post Milán	<i>Terapeuta: Parece ser que en esta familia se estila que las mujeres de tu edad busquen su autonomía a temprana edad, es algo que se ha venido repitiendo a lo largo del tiempo en las diferentes generaciones.</i>

Rituales Familiares	
Objetivo Milán	Ampliar las pautas de relación en la familia, diferenciar funciones entre los distintos niveles jerárquicos, demostrar la posibilidad de crecer fuera del control familiar.
Intervención Milán	El terapeuta prescribe una secuencia de actividades que tienen como finalidad introducir nuevas pautas de relación.
Ejemplo Milán	<i>Terapeuta: Ahora que Carlos cumple sus 21 años y entra en una nueva etapa, la familia entera tendrá que organizar una fiesta en la que todos celebren los diferentes logros y retos por venir.</i>
Objetivos Post Milán	Propiciar la armonía de los tiempos individuales y colectivos en el sistema familiar, es decir, borrar o hacer vigentes eventos del presente, pasado o futuro.
Intervención Post Milán	El terapeuta identificará aquellos sucesos o creencias que parecen bloquear la continuidad del tiempo en el sistema y en base a ello diseñará algún ritual ya sea de paso o de continuidad.
Ejemplos Post Milán	<i>Sra.: Cada vez que llega la hora de dormir es lo mismo, ella solo llora y termina durmiendo en nuestra cama. Terapeuta: Muy bien Lina, les propongo lo siguiente: El lunes será el día de papá y mamá, es decir, te irás tu solita a acostar a tu cama, el martes será tu día y el de papá, así que será él quien te arrope y el miércoles será tu día y el de mamá, los demás días ustedes solos decidirán que harán.</i>

Preguntas Circulares	
Objetivo Milán	Obtener información que permita construir o evaluar las hipótesis y al mismo tiempo modificar el juego familiar.
Intervención Milán	El terapeuta realiza una entrevista que abarca el pasado, presente y futuro interesándose por las pautas relaciones y los diferentes temas que envuelven a la familia.
Ejemplo Milán	¿Cómo te explicas lo que está pasando en casa? (Presente) ¿Qué hacía tu hermana cuando tu padre golpeaba a tu madre? (Pasado) ¿Qué pasaría con tus hermanos y contigo si tus padres estuvieran más cercanos? (Futuro).
Objetivo Post Milán	Modificar la epistemología o las premisas personales de los diversos miembros de la familia.
Intervención Post Milán	El terapeuta emplea el interrogatorio circular como una conversación encaminada a promover el cambio, para ello se interesa por conocer el pasado, presente y futuro así como por las pautas de relación y la sincronía temporal en la que se encuentra el sistema familiar. Adquieren importancia las preguntas hipotéticas y las basadas en el futuro, mientras que es cada vez más frecuente solicitar a los clientes que describan no hechos, sino opiniones, explicaciones sobre su comportamiento y el de los otros (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).
Ejemplo Post Milán	Mismas preguntas pero ya no como una medio para obtener información, sino como conversación encaminada al cambio.

Es importante señalar que este modelo terapéutico aportó a la terapia familiar elementos como la coterapia, el acompañamiento del equipo detrás del espejo, la estructura de los cinco pasos en el proceso terapéutico e incluso el diseño del espacio terapéutico compuesto por el espejo unidireccional, el micrófono y la sala de observación que hoy en día se siguen empleando.

## TERAPIAS POSTMODERNAS

### Antecedentes

El movimiento conocido como posmoderno es un período que designa un amplio número de movimientos artísticos, culturales, literarios y filosóficos que surge a mediados del siglo XX, y que se caracteriza por colocarse en el polo opuesto del modernismo, defendiendo la mezcla de las ideas, la cultura popular, la descentralización de la autoridad intelectual y científica y la desconfianza ante los grandes relatos.

En la lógica de la modernidad, se creía que sería la ciencia junto con el método científico y la objetividad, la encargada de establecer verdades absolutas y de darle al ser humano el poder sobre su universo. Contrario a ello, la posición posmoderna llega con la premisa de ser escéptica ante las verdades que se nombran como absolutas y duda de la capacidad de la razón, pero sobre todo del lenguaje como la principal herramienta para representarnos o para informarnos de lo que se dice ser real. Para el Posmodernismo, el lenguaje se ve como el resultado de intereses ideológicos que se rigen por estereotipos dominantes, descartando en automático la idea de que con los relatos, etiquetas o diagnósticos, se puede reflejar la realidad o la objetividad (Gergen, 1996).

Desde esta postura, la ciencia no ofrece una descripción exacta de cómo son las cosas, sino solamente una aproximación a la verdad, que sirve mientras no se disponga de una explicación subjetivamente más válida. La descripción exacta de cómo son las cosas no existe, porque la realidad no existe sin el sujeto. Por lo tanto, el posmodernismo propone desplazar el concepto de “objetividad” de todas las teorías de salud mental (Castillo, 2002).

En lo que respecta a la Psicología, los argumentos filosóficos del posmodernismo influyeron generando un cambio trascendental en la forma de entender y hacer terapia, pues se colocó como elemento principal al lenguaje, comprendiendo a los sistemas humanos como sistemas lingüísticos o como sistemas de comunicación fluidos que se encuentran en constante evolución (Sluzki, 2002).

La forma de hacer terapia se vio permeada por los argumentos de dos fuertes corrientes filosóficas que se derivaron de las ideas del posmodernismo. Una de ellas es el Constructivismo, corriente que se basa en la idea de que la realidad es una construcción hasta cierto punto "inventada" por quien la observa; el desarrollo de la inteligencia es construido por el propio individuo a través de la interacción con el medio, por lo que se considera que una persona, tanto en sus aspectos cognitivos, sociales y afectivos del comportamiento, no es un producto del ambiente ni un resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción de estos, es decir, el conocimiento se va construyendo de acuerdo a las experiencias previas. En consecuencia, según la posición constructivista, el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano, que se realiza con los esquemas de cada persona (Mahoney, 2005).

Esta construcción que se realiza todos los días y en casi todos los contextos de la vida, depende sobre todo de dos aspectos:

1.- De la representación inicial que se tiene de la nueva información y,

2.- De la actividad externa o interna que se desarrolla al respecto.

En definitiva, todo aprendizaje supone una construcción que se realiza a través de un proceso mental que lleva a la adquisición de un conocimiento nuevo. Pero en este proceso no es sólo el nuevo conocimiento que se ha adquirido, sino sobre todo la posibilidad de construirlo y adquirir una nueva competencia que le permitirá generalizar, es decir, aplicar lo ya conocido a una situación nueva, (Mahoney, 2005). En conclusión la perspectiva teórica Constructivista está centrado en la persona y en las construcciones que ésta realiza en base en sus experiencias previas.

El otro marco teórico es conocido como Construccinismo Social; propone que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente; y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior (Hoffman, 1991).

La construcción social es entendida como una serie de conceptos o prácticas reguladas por una cultura o sociedad en particular. Por ello, el Construccinismo Social se enfoca en identificar la forma en la que los individuos y los grupos participan para apropiarse de un discurso designado como “realidad” y propone observar la relación entre los diálogos internos y el conjunto de normas invisibles y ocultas que se convierten en “verdades” para los individuos, grupos y comunidades (Sluzki, 2002).

Los argumentos de este último modelo, son los que en época reciente han cobrado mayor interés dentro de la psicoterapia por lo que en las últimas dos décadas se ha visto mayor desarrollo de técnicas y modelos terapéuticos basados en los principios del Construccinismo Social. Dichas manifestaciones comenzaron sobre todo en el ámbito de la Terapia Familiar Sistémica siendo influenciadas por las aportaciones de Watzlawick, Bateson y Haley entre otros, que a su vez inspiraron a numerosos psicoterapeutas para desarrollar nuevos estilos de terapia basados en

novedosas filosofías "no modernas"; como lo es el caso de Maturana, Varela o Gergen, que han realizado interesantes propuestas sobre el modo de hacer y ver la terapia (Castillo, 2002).

Ahora bien, las propuestas del Construccinismo Social se han expresada de diversas formas dentro de la psicoterapia:

1) Propone la disolución de la relación asimétrica entre terapeuta y paciente. Sugiere que el término paciente no sea utilizado ya que cuenta con una connotación médica expresando una diferencia de jerarquía, entre el "enfermo", el que no sabe y el sabio, el sano, el terapeuta. Con esta propuesta supone la desaparición del poder-control por parte del terapeuta y plantea una relación de co-construcción sistémica. La responsabilidad de lo que se construye queda al interior de la relacional social y en esa medida la posición de experto, se transforma en una posición colaborativa.

2) Se centra en ideas vinculadas al texto y la narración, ya que se les considera como la unidad de significado que brinda un marco para la experiencia. Los relatos o narraciones en los que situamos nuestras vivencias fijan el significado que damos a la experiencia misma. Estos relatos son los que establecen la selección de los hechos que serán expresados y la forma de dicha expresión, determinando a la vez los efectos y orientaciones en la vida y las relaciones de la persona.

3) La opinión que el terapeuta tenga sobre la vida del cliente jamás se podrá considerar objetiva, puesto que no hay descripciones más correctas que otras para la realidad. Este enfoque sugiere que la indagación social objetiva no existe, ya que no se puede saber con certeza cuál es la realidad de los otros y mucho menos se puede hablar de una verdad única, objetiva y absoluta. Por lo tanto, señala que la relación terapéutica co-construye una descripción de la realidad del cliente donde ambos son responsables y activos en el proceso de solucionar la situación (Feixas y Villegas, 2000).

4) Se sugiere la ruptura con la idea de un individuo que construye un yo diferenciado, autónomo e inmutable que maneja sus actuaciones. De acuerdo a Gergen (1996), es una invención considerar al yo como una entidad soberana e independiente. Señala que la identidad vista como algo individual es una ilusión modernista que supone al yo como algo que estuviera dentro de la persona; cuando para el posmodernismo el yo tiene un compuesto temporal construido a partir de

la interacción social y donde es sólo a través de la relación social donde se construye la idea de una personalidad. El yo no se entiende como una identidad cosificada e intrapsíquica sino como una entidad narrativa que se encuentra dentro de un contexto de significado social.

5) Al hacer terapia no se debe dejar de lado la idea de la construcción social y los diversos sistemas de creencias, por lo que los terapeutas, no pueden renunciar al estudio de esos procesos en los que ellos también están profundamente involucrados (Castillo, 2002).

6) La terapia es vista como un espacio social para la resolución de problemas, la evolución y el cambio. Al entender el problema como resultado de las acciones que son expresadas en las narraciones humanas, el cambio en la terapia es la creación de la nueva narración (Castillo, 2002; Andersen, 1996; Anderson, 1999 y White, 2004).

7) En el Construccinismo la patología no existe, contrario a ello, toman importancia los procesos sociales e interpersonales y la dinámica narrativa que mantiene esos síntomas (Castillo, 2002).

8) Autores como Gergen (1996), sugieren darle un mayor peso a la responsabilidad cultural, pues es señal de que a medida que el acento se centra en la construcción lingüística de la realidad, las enfermedades y los problemas ya no son vistos de manera independiente, y sí en cambio, como construcciones culturales, es decir, que no hay problemas más allá del modo en que una cultura los constituye como tales.

10) Se propone el uso de un nuevo lenguaje entre el terapeuta y el cliente, de tal forma que la entrevista hecha por el primero consiste en recoger y dar información simultáneamente al consultante. El lenguaje es menos directivo y jerárquico, pretende convertir la situación relacional en democrática, basada en una configuración de igualdad de poder y expresión del mismo (Castillo, 2002).

Ahora bien, con base en las anteriores propuestas, dentro de las terapias posmodernas han surgido importantes enfoques terapéuticos que a continuación se analizan.

### **Antecedentes**

La terapia Narrativa es uno de los modelos posmodernos que más auge ha tomado en la actualidad. Sus principales representantes son el antropólogo Michael White de Adelaide, Australia y el sociólogo David Epston, originario de Auckland, Nueva Zelanda.

Ambos autores comenzaron a difundir su trabajo a partir de la década de los 90's bajo el marco del Construccinismo Social, es decir, desde una postura en la que se percibe al individuo como un ser participante, con posibilidad de tomar consciencia de sus relaciones, de la influencia del colectivo social y los discursos dominantes, de profundizar en el conocimiento de sí mismo y evocar narraciones alternativas.

El desarrollo del modelo terapéutico tiene una marcada influencia de los señalamientos de Bateson, pues alrededor de los años 70's, Michael White se interesó por su trabajo y se centró en la importancia que tiene la epistemología en el proceso de cómo sabemos lo que sabemos, la importancia de las diferencias básicas que hacen una distinción en los sistemas vivos y de las pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas (Tomm, 2004, cit. en: White 2004).

White, profundizó en la idea de Bateson acerca de que la comprensión que tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos, se encuentra determinando y limitado por el contexto receptor, es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

De igual forma, el trabajo de White es influido por los argumentos de Foucault quien se interesó por la relación entre el poder y el conocimiento, profundizando en el control que se ejerce socialmente sobre los individuos por medio de sistemas de conocimiento o de poder, tales como la medicina, la política, la religión, etcétera, que pueden llegar a ser extremadamente opresivos al transformar a las personas en sujetos deshumanizados mediante clasificaciones científicas a las que se llega a través de la mirada (Tomm, 2004, cit. en: White, 2004).

Foucault señaló que los individuos se conducen dentro de un campo de poder y conocimiento, que obliga a controlar las actuaciones con base a la cotidianidad del juicio social, es decir, procesos continuos que dictan los comportamientos (García, 1990). Para explicarlo con mayor claridad, el filósofo retomó y criticó la idea del Panóptico de Jeremy Benthan, estructura arquitectónica que se fundamentó en la idea de conocer y controlar todo lo que a cierto número de hombres les puede ocurrir; cerciorarse de sus movimientos, de sus reacciones, de todas las circunstancias de su vida, de modo que nada pudiera escapar ni entorpecer el efecto deseado; con esta estructura se buscaba obtener un instrumento muy enérgico y útil, que los gobiernos podrían aplicar a diferentes propósitos como lo eran cárceles u hospitales (Tomm, 2004, cit. en: White, 2004).

Contrario a los objetivos del gobierno expresados en la construcción del Panóptico, la propuesta de Foucault giró en torno a la desconstrucción de verdades, sacar a la luz lo no pensado a pesar de lo fuerte o dominante que sea el discurso. Ponerse en medio para cuestionar las verdades o falsedades; por ejemplo: lo bueno y lo malo.

Con base a ello el filósofo explicó que las personas están sometidas a la mirada escrutadora y juicio normalizador; se incita a la persona a evaluarse a sí misma, a vigilarse y a actuar en sus cuerpos y almas para hacerlas dóciles y finalmente que las personas estén aisladas en su experiencia de sometimiento.

Integrando las ideas de Foucault y de Bateson, la propuesta del modelo narrativo sugiere que los síntomas que las personas exponen en terapia están vinculados a ciertas narraciones evocadoras del discurso social de poder y éstas sólo desaparecerán externalizándolas y abriendo paso a diferentes narraciones no relacionadas con el problema.

### **Principios rectores**

- La vida de las personas se rige por los significados que asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales, el lenguaje del yo y su relación.



- Es el relato, la narración o la historia lo que sienta las bases para la interpretación. Son esas historias las que determinan no sólo la significación que las personas dan a su vida sino los aspectos de la experiencia que las personas eligen expresar.
- Las historias o narraciones se rigen por conceptos culturales dominantes que especifican en particular el estilo de personalidad y de relación.
- Los relatos rara vez abarcan todas las vivencias experimentadas por el individuo, las historias que las personas refieren están llenas de lagunas e inconsistencias y además topan constantemente con contradicciones. (Bruner, 1990, citado en: White, 2004).

### **Comprensión del sistema e interacción**

Desde la lógica del modelo narrativo, se considera que la manera en la que las personas organizan su vida y dan significados a los eventos cotidianos, contribuye a la creación y mantenimiento del problema sin que los participantes sean concientes de ello, pero sí en cambio, protagonistas principales de los relatos que intercambian con otros.

En el caso de las familias, las narraciones que incluyen “comportamientos sintomáticos” se incorporan muy rápidamente en la realidad de la familia. Los síntomas o etiquetas son sucesos de la vida cotidiana amplificados y sostenidos con la colaboración y cooperación del resto de la red social que les es significativa; señalando al síntoma o etiqueta como aquel comportamiento, no bien visto, que fue capturado por pautas interactivas. Lo que la familia puede aportar como su descripción es en primer lugar, una construcción que se fortalece como realidad de acuerdo a los valores y necesidades particulares de esa familia en ese momento y que a la vez son compartidos y confirmados por un mayor grupo social, religioso, académico e incluso desde el mismo contexto terapéutico (Sluzki, 2002).

Ahora bien, para comprender cómo es que estos relatos van siendo contruidos y a la vez compartidos, Bruner (1986 citado en: White, 2004), propone un modelo que se integra por dos estructuras narrativas: panorama de acción y panorama de conciencia, que al unirse, forman relatos secuenciados traducidos en estilos de vida en particular; estos son definidos de la siguiente manera:

1) Panorama de acción constituido por:

- a) hechos eslabonados,
- b) secuencias particulares y
- c) dimensión temporal (pasado, presente y futuro) y de conformidad con tramas específicas.

En suma estos tres elementos proporcionan la temática de los hechos que se desarrollan en el tiempo.

2) Panorama de conciencia constituido por:

- a) la determinación de los deseos y preferencias de los personajes,
- b) la identificación de sus características y cualidades personales,
- c) la clarificación de sus estados intencionales, es decir, motivos y objetivos, y
- d) la verificación de creencia de esos personajes

El panorama de conciencia se puede entender como el resultado de la reflexión que los individuos llevan a cabo sobre los sucesos que experimentan dentro del panorama de acción.

Tanto el panorama de acción como el de conciencia se entrelazan para conformar historias que determinan trayectorias particulares en la vida, pero que en muchos casos la influencia cultural y social, genera discursos o historias impregnados de premisas de dominio y control, como lo pueden ser los discursos de género, clases sociales, académicos, religiosos, políticos, entre otros, donde siempre hay uno más poderoso y otro más débil, un sabio y un torpe, un fuerte y un débil; y por lo tanto se generan historias problemáticas repletas de vacíos, sumisión o sufrimiento.

En este cruce entre panoramas se da la existencia de guiones, actores, contexto y trama; todos ellos regulados por estándares morales que proponen la existencia de víctimas y victimarios, héroes y villanos, nobles y vasallos; estándares sociales que estipulan con quién se relacionarán las personas, cómo y por qué. Dichos estándares se rigen por reglas comportamentales que funcionan como códigos en los cuales las personas se basan para ejercer el rol de la historia, es decir, el nivel de relato requiere una visión multidimensional (Sluzki, 2002)

Desde este análisis, se puede decir que si la manera de asignar significados a las diversas experiencias de la vida, se ve permeada de conceptos o etiquetas impregnadas de dolor, descalificación, sumisión; se estará trazando una trama caracterizada de pasado a futuro por eventos etiquetados de la misma manera y una gran cantidad de discursos alternativos y dignificantes para las personas, familias y grupos sociales serán pasados por alto a pesar de haber sido experimentados.

### **Visión sobre el cambio**

El análisis propuesto no sólo por el modelo narrativo, sino para cualquier terapia de corte construccionista, sugiere que la realidad es entendida como el conjunto de acuerdos narrativos co-organizados en conversaciones y donde el problema surge de la descripción que se haga de los diversos acontecimientos de la vida, en ese sentido, una de las premisas básicas de este modelo es considerar que el cambio, residirá en la multiplicidad de discursos que se puedan evocar a lo largo de las conversaciones terapeuta-cliente, consiguiendo resaltar aquellas formas alternativas de interpretar experiencias, llegar a acuerdos y generar consecuencias (Sluzki, 2002).

En opinión de Sluzki (2002) en una terapia de corte construccionista los cambios no pueden ser prescritos, pero sí es posible beneficiarlos mediante una modificación en la comprensión que se tenga sobre la realidad de los comportamientos, vivencias y experiencias. El autor, considera que los terapeutas son siempre catalizadores del cambio y pocas veces prescriptores del mismo. Argumenta que el proceso terapéutico consiste en hallar maneras de introducir algún cambio sustantivo mínimo que pueda impactar y modificar las reglas interactivas de la familia en términos más generales; una manera de llevar esto a cabo, es precisamente a través de las narraciones que se construyen a lo largo y dentro del contexto terapéutico.

El énfasis en el cambio de la narración necesariamente se vincula con la Teoría de Deconstrucción, teniendo como uno de sus principales representantes a Jacques Derrida, quien propuso como análisis deconstruccionista, la acción de mantenerse distanciado y receloso respecto a las creencias relacionadas con la verdad, el poder, el yo y el lenguaje, creencias que en cualquier cultura, frecuentemente se consideran absolutas cuando son completamente relativas (Castillo, 2002).

Desconstruir es dejar de lado los juicios absolutos y buscar siempre la multiplicidad de opiniones, atreverse a mirar al mundo de una manera completamente diferente a como se le conoce y buscar siempre lo inesperado que reemplace y sobre todo amplíe esta visión, hacer uso de un pensamiento crítico ante las historias con las que se vive y son vistas como realidades únicas y absolutas (Castillo, 2002 y White, 2004), es decir, desconstruir:

- a. El relato del yo y los conceptos culturales dominantes de conformidad con los cuales viven la personas.
- b. Prácticas del yo y de su relación
- c. Prácticas predominantemente culturales
- d. Prácticas discursivas de nuestra cultura

Antes de generar cambios sobre la forma de cómo conceptualizar la realidad, es necesario conocer cómo es que los discursos dominantes se han ido instalando en los relatos, e ir descubriendo aquellas historias alternativas más dignificantes que sin duda existen en el panorama dual de cualquier persona y familia.

### **Posición del terapeuta**

El objetivo del terapeuta es proveer de una descripción alternativa que haga innecesaria la presencia del comportamiento sintomático, pero para ello se hace necesario que en congruencia con la desconstrucción de los relatos de poder, el terapeuta se coloque en una posición horizontal e igualitaria ausente de autoritarismo; que conciba al cliente como el experto y la conversación entre ambos como un medio para co-construir juntos novedosos relatos que desvanezcan los efectos de la rotulación social y las historias dominantes (Feixas y Vlllegas, 2000).

### **Postura de la familia**

El modelo narrativo propone diferentes aspectos que giran en torno a enfatizar que el cliente es responsable ante la elección y trayectoria de la historia, así como de someterse o no a la opresión del problema; por lo que se valoriza y antepone la capacidad individual y familiar (White, 2004).

## Proceso Terapéutico

- Desde el inicio se busca la deconstrucción de la historia, ya sea por medio de la externalización del problema o reforzando la existencia de narraciones extraordinarias con las que salen a flote competencias individuales.
- La evocación de nuevas narrativas se pueden lograr ya sea de forma oral o escrita.
- La finalización de la terapia se realiza con una celebración de logros, en donde de ser posible, se invita a todas las personas significativas para el consultante o familia, con la intención de extender y fortalecer los relatos (White, 2004).

## Intervenciones principales

Hablar de intervenciones específicas, es complejo para un enfoque que está en contra de los discursos de poder y de posiciones de experto en el ámbito de salud en general, sin embargo, más allá de intentar fijar una estructura de trabajo, lo que se intenta a continuación es enlistar de forma muy concreta la manera en la que tanto White como Epston, han hecho uso del lenguaje con el objetivo de evocar realidades constructivas para las personas que acuden a un contexto terapéutico (Freeman, Epston y Lobovits, 2001).

Uso del lenguaje externalizante:	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>-Desconstruir la historia separando al problema de la persona, familia o grupo social y de esa forma abrir paso al análisis de la dinámica problema/persona/familia/grupo social.</li><li>- Ver al problema como algo separado de la persona, familia o grupo familiar.</li><li>- Limitar el poder del problema.</li><li>- Visualizar acciones eficaces contra el problema.</li><li>- Valorizar la capacidad familiar.</li><li>- Diluir los efectos de la rotulación social.</li><li>- Enfatizar la responsabilidad con la que cada quien cuenta para someterse o no al problema.</li></ul>
Conversación centrada en:	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Identificar los efectos que tienen en su vida los problemas, en especial en cuanto a la concepción que tienen de sí mismas.</li><li>2) Señalar la influencia que tienen las personas sobre el problema, es decir, cómo afectan las concepciones o percepciones sobre sí mismos en sus interacciones con los demás.</li><li>3) Investigar cómo es que las personas fueron inducidas a abrazar dichas concepciones.</li><li>4) Bautizar al problema haciendo uso de personajes y metáforas alusivas a problemas tales como: pipí ruin, caca traicionera, máscara de hierro, ira que ataca, etcétera.</li></ol>

Ejemplo:	<p>¿Qué es lo que el enojo desea conseguir de ti y de tu familia?</p> <p>¿Qué es lo que el enojo te dice de ti mismo?</p> <p>¿En qué momentos el enojo logra hacerte mayor daño?</p> <p>¿Desde cuándo el enojo llegó a tu vida?</p> <p>¿ Quién fue el primero en notar la llegada del enojo a tu vida?</p>
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Identificación de acontecimientos extraordinarios	
Objetivo	Construcción de nuevos relatos
Conversación centrada en:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identificar hechos que pueden tener la condición de logros aislados, haciendo un recorrido de pasado, presente y futuro del problema.</li> <li>2) Incitar a las personas para que evalúen esos sucesos ya sea de forma significativa o irrelevante.</li> <li>3) Al identificar logros aislados que tengan para la persona el valor de significativos y preferidos, se facilita la generación de historias alternativas.</li> </ol>
Ejemplo:	Me podrías platicar un poco más sobre ese momento en el que lograste vencer al enojo y lo hiciste a un lado.

Empleo de documentos orales y escritos	
Objetivo	Incitar a la persona a visualizar nuevos relatos.
Documentos Orales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contar a las familias cosas similares ocurridas en otros casos con problemáticas parecidas.</li> <li>2. Metáforas.</li> <li>3. Cuentos.</li> </ol>
Documentos Escritos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cartas de invitación para los miembros ausentes.</li> <li>2. Exhortos para los miembros resistentes a participar.</li> <li>3. Cartas de predicción.</li> <li>4. De recomendación.</li> <li>5. De despedida.</li> <li>6. De felicitación.</li> </ol>
Ejemplo:	<p>Estimado Daniel</p> <p>Estoy segura de que así como lo haz hecho hasta ahora, seguirás domando al genio de la lámpara, pues tú mejor que nadie sabes de los grandes poderes con los que cuentas para poder hacerlo como lo son tu inteligencia, tu valor, tu tenacidad, tu alegría y desde luego el gran amor de tu familia que te da ánimo para seguir siendo ese gran heroe.</p>

### Antecedentes

El inicio de este movimiento se les atribuye a Harold Goolishian y Harlene Anderson; quienes se caracterizaron por definir a los sistemas humanos como sistemas lingüísticos, capaces de construir múltiples significados y disolver problemas.

La colaboración entre Goolishian y Anderson, se estableció de manera formal en el año de 1977 con la creación del grupo de Galveston Family Institute, en colaboración con Paul Dell y George Pulliam. En un inicio se siguió trabajando con el modelo de terapia de impacto que había sido desarrollado por Goolishian en el año de 1950 y consistía en sesiones terapéuticas de dos a tres días continuos de trabajo con familias, que se reunían así por la distancia que existía entre su lugar de residencia y la clínica. Estas familias eran atendidas por un grupo multidisciplinario y se les veía en sesiones de ocho horas continuas (Sánchez, 2000).

Las ideas del grupo de Galveston se fueron enriqueciendo con aportaciones del pensamiento batesoniano, con el que se afirma que el contexto relacional y comunicativo es esencial para el significado que damos a las palabras y acciones; de igual forma los argumentos de la Cibernética de segundo orden en cuanto a que el sistema está determinado por el observador, jugó un papel importante llevándolos a cuestionar la postura del terapeuta como autoridad y la del paciente como receptor de las intervenciones (Sánchez, 2000).

Posteriormente las ideas de Humberto Maturana (1975-1978), sobre la biología del lenguaje así como su acercamiento en la década de los 80's al Construccionismo Social y la hermenéutica propiciaron que cuestionaran las ideas sobre el lenguaje como un fin estratégico, y en cambio comenzaron a atribuirle un valor superior al considerarlo la naturaleza del diálogo y por ende la esencia del proceso terapéutico (Sánchez, 2000).

El modelo desarrollado entonces por Andersen y Goolishian se conoció en 1987 como enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración. A partir de este momento su objetivo

principal se centró en comprender cómo el proceso lingüístico crea significados y se vio a la terapia como un espacio para construir nuevas historias y múltiples posibilidades, mientras que el terapeuta desde una postura horizontal sería generador de una atmósfera adecuada para que los miembros de la familia pudieran evocar discursos novedosos sobre sus vidas y así diluir al sistema creado por el problema. (Sánchez, 2000).

Con los sistemas lingüísticos colaborativos, se privilegian la conversación fluida y espontánea como vehículo para el cambio en terapia, se le considera uno de los aspectos más importantes de la vida, ya que se mantiene un diálogo constante con los otros y consigo mismo, es a través de la conversación que las personas co-construyen sus experiencias vitales dando significado a los sucesos y a sí mismos (Anderson, 1999).

Para el enfoque colaborativo, el sistema terapéutico es definido como “un sistema lingüístico relacional en el que dos o más personas generan significados, asimismo define a la terapia como un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación; es una búsqueda de múltiples posibilidades (Anderson, 1999).

La terapia es considerada una actividad lingüística donde estar en conversación acerca de un problema es un proceso de desarrollo de nuevos significados y entendimientos. La meta de la terapia es formar parte de una conversación que continuamente se estire y abra, en vez de reducirse y cerrarse. Mediante la conversación terapéutica los significados y comportamientos fijos se multiplican, se amplían, trasladan y cambian (Anderson y Goolishian, 1988).

### **Principios rectores**

- Los sistemas humanos son sistemas productores de lenguaje y sentido.
- La realidad se construye como resultado de acciones sociales.
- La mente individual es un compuesto social así como el individuo un ser relacional.



- El sentido que se le atribuye a las propias vivencias y vivencias de otros, son fenómenos interrelacionales creados y experimentados por individuos en una conversación y acción con otros.
- El lenguaje es generador, da orden y sentido a las experiencias y al mundo, y opera como una forma de interacción social (Anderson, 1999).

### **Comprensión del sistema e interacción**

Al comunicar sobre un problema se construye un sistema social, es decir, el problema determina el sistema. Ese sistema de problema es entendido como un sistema de acción social, organizado por conversaciones centradas en aquellos temas que la gente define como problemas. Por lo tanto, los sistemas de problemas al igual que los problemas, existen en el lenguaje.

La exploración del problema en el curso de la terapia lleva a su disolución, no a una solución. Los problemas no se resuelven sino que se disuelven en el lenguaje. Con la disolución del problema viene la disolución del sistema de terapia y el sistema del problema, es decir, los sistemas que se congregaron alrededor del problema se disipan y emergen nuevos sistemas, con nuevas relaciones, narrativas y significados, ya sea con integrantes diferentes o iguales, pero con un sistema distinto (Anderson, 1999).

### **Visión sobre el cambio**

En este modelo el cambio no es el objetivo y sí la transformación de situaciones o del sistema del problema que se da a través del uso del lenguaje. Lo que interesa es ampliar posibilidades y encontrar nuevos significados, diferentes maneras de entender y puntear las experiencias. Es posible hacer del lenguaje, una acción creadora capaz de disolver el problema y abrirle paso a narrativas de autodeterminación, libertad y posibilidades únicas para cada persona y contexto (Anderson, 1999).

## **Postura del terapeuta**

- El terapeuta toma la postura de aprendiz.
- Facilitan y participan en la narración y re narración.
- Posibilitan la multiplicidad de versiones.
- Son participantes en una conversación.
- Facilitan el diálogo y a través de él crean la oportunidad para que emerjan nuevos significados, narrativas, conductas y emociones.
- Es activo pero no directivo.

## **Postura de la familia**

Para la terapia colaborativa, cliente y terapeuta son compañeros en una conversación, donde la pericia del cliente sobre sí mismo, se combina con la pericia del terapeuta sobre un proceso para crear nuevos conocimientos, comprensiones, sentidos y posibilidades para todos. Se busca diluir la jerarquía y la responsabilidad por la terapia y su resultado se comparte desde una relación horizontal, democrática e igualitaria (Anderson, 1999).

## **Proceso terapéutico**

No existe un estilo de intervención único ya que la estructura de la conversación terapéutica es espontánea, no sigue un guión predeterminado, pero el proceso dialógico (continuo intercambio y discusión de ideas), se constituye por seis componentes interrelacionales que caracterizan al escenario terapéutico:

- 1) El terapeuta participa y se mantiene en un diálogo interno consigo mismo.
- 2) El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo consigo mismo.
- 3) El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo.
- 4) Los clientes participan en diálogos externos entre sí.
- 5) El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio, manteniendo un diálogo distinto consigo mismo y con otros, es decir, se comienza a dar una transformación del

diálogo y la narrativa. Es un proceso fluido y continuo donde cada conversación se transforma y transforma a otras.

6) El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio (Anderson, 1999).

### ***INTERVENCIÓN***

Para los enfoques colaborativos no hay intervenciones determinadas y fijas, sin embargo algunas de las pautas sugeridas para usar durante las conversaciones son las siguientes:

- Utilizar el pronombre “nosotros”.
- Utilizar el término “conversación” en lugar de “terapia”.
- Propiciar que el cliente sea quien defina el tema.
- Validar todas las perspectivas “multiparcialidad”.
- Usar preguntas conversacionales con lenguaje tentativo ¿Me pregunto sí...? ¿Será que...?
- Usar preguntas especulativas ¿Qué pasaría si...?
- Hablar en términos de sugerencias.
- Cotejar lo que se va escuchando.
- Incluir en la conversación a las personas significativas del cliente.
- Conversar sobre lo narrado por el cliente pero de forma novedosa.
- Cerrar las sesiones con un agradecimiento por la conversación.

*Ejemplo: Si Ud. Se encontrara en mi lugar ¿qué preguntas le haría a una persona que estuviera pasando por la misma situación que Ud.? Si usted diera un curso para mujeres entre los 40's y 50's ¿de qué les hablaría? ¿Qué cree que es lo que más le ha sorprendido al equipo de lo que Ud. nos ha compartido?*

## **EQUIPO REFLEXIVO**

### **Antecedentes**

El modelo de equipo reflexivo comparte en gran medida los principios de los modelos colaborativo y narrativo; su principal representante es Tom Andersen, quien identifica como

fundamentos teóricos, las ideas de filósofos alemanes como Heidegger y Gadamer referentes a las comprensiones previas que median entre el individuo y lo observado, y proponen centrar la atención sobre la conversación y el lenguaje, incluyendo la idea de los procesos hermenéuticos o los procesos reflexivos en la terapia (Andersen, 1996).

De igual forma retoma las ideas de Bateson y Búlow-Hansen sobre las diferencias argumentando que sólo una adecuada distinción generará el cambio en el curso del lenguaje (Andersen, 1996).

También recibe influencia de Varela y Maturana, quienes señalan que las personas están reguladas por estructuras biológicas, que a la vez están en constantes cambio conservando funciones básicas que permiten la adaptación al medio. En los equipos reflexivos se retoma este argumento señalando que las personas reaccionan ante las situaciones de acuerdo a un repertorio fijo y reconoce que estas reacciones pueden cambiar con el paso del tiempo cuando desaparecen repertorios viejos y aparecen nuevos (Andersen, 1996).

Es con estas bases teóricas que a partir de 1985 el grupo de Andersen comenzó a dialogar delante de la familia con excelentes resultados, pues durante el proceso se aceptaron los movimientos espontáneos de la familia, además, la idea de hacer públicos los comentarios del equipo favoreció el cambio y aportó múltiples visiones tanto para el equipo terapéutico como para la familia (Andersen, 1996).

El Equipo Reflexivo, también denominado según Andersen (1991) "un proceso reflexivo" o "conversaciones sobre las conversaciones", es una modalidad sistémica de intervención que permite que las fronteras entre la familia y el equipo se difuminen en mayor medida que en otras formas de intervención sistémica más habituales.

### **Principios rectores**

- Realidades Múltiples: una persona puede ser comprendida de muchas maneras, pues no sólo ella cambia, sino que también cambian quienes tratan de comprenderla.
- El centro de la persona no está dentro de ella, sino fuera de ella, en la colectividad que integra con otros.

- El lenguaje en el que estamos, determina por un lado las posibilidades y las limitaciones por el otro.
- Una conversación, colectividad o cultura provee nuevas posibilidades para adquirir novedosos hábitos del habla y el movimiento.

### **Comprensión del sistema e interacción**

Al igual que en el enfoque colaborativo, al trabajar con equipos reflexivos, se parte de la idea de que existe un sistema creado por el problema; el sistema es entendido como la unión de todas aquellas redes sociales que rodean a la persona experimentadora del problema así como un sistema de significados acerca de cómo comprender y resolver el problema.

### **Visión sobre el cambio**

Para generar el cambio es necesario no solucionar, sino diluir el sistema creado por el problema. El desvanecimiento, al igual que en el modelo colaborativo, se logra por medio de conversaciones que ofrezcan múltiples significados, sin embargo, dichas conversaciones deben ser lo adecuadamente insólitas y no caer en el extremo de lo habitual o lo insólito. Si los significados son apropiadamente diferentes, es posible que las conversaciones entre quienes las proponen creen nuevos significados pero si los significados son demasiado diferentes, es probable que esas conversaciones cesen (Andersen, 1996).

### **Postura del terapeuta**

En cuanto a los equipos reflexivos, no sólo se está hablando de un terapeuta que conversa con la familia, sino de un grupo de terapeutas llamados “reflexionadores”. En ambos casos los terapeutas no se quedan con un único discurso, sino que tratan de ir más allá identificando nuevas palabras, metáforas, narrativas y descripciones. Para ello, al igual que en los dos modelos anteriores, es necesario que los terapeutas se coloquen en una relación horizontal, y con una actitud de curiosidad.

## **Postura de la familia**

El cliente es el experto y quien decidirá de qué se conversa; incluso antes de presentar las reflexiones del equipo, se le preguntará si desea escuchar lo que han pesado los terapeutas detrás del espejo.

## **Proceso terapéutico**

El proceso reflexivo puede adoptar muchas formas ya que no se presumen reglas o parámetros rígidos y esquematizados; sin embargo una de las formas en las que más ha sido utilizado, es en la que los clientes, al inicio de la sesión, conversan con uno de los terapeutas mientras el resto del equipo escucha. Posteriormente serán los integrantes del equipo quienes hablen acerca de lo que pensaron, sintieron y vieron al estar escuchando a la familia; durante estos momentos es la familia la que permanecerá en silencio. En seguida se invita a la familia a conversar sobre lo que han escuchado decir al equipo.

La elección de la modalidad en sí, dependerá de las necesidades y de la inventiva del terapeuta; por ejemplo, si el terapeuta no cuenta con equipo, puede pedir a un colega suyo que converse con él para la reflexión; en caso de estar solo, podrá hablar con un miembro de la familia y después preguntar a la familia lo que opina de lo que ha escuchado, e incluso si se encuentra con un solo cliente, podrán reflexionar desde la perspectiva de una persona ausente, cuestionándose qué pensaría esa persona al escuchar las reflexiones (Andersen, 1996).

## **Intervenciones**

Del mismo modo que en el modelo colaborativo, en el caso de los equipos de reflexión no se habla de intervenciones precisas, sin embargo de acuerdo a Griffith y Griffith (1994 cit. en: Friedman, 2001) se identifican algunas pautas para la construcción de reflexiones:

1. Las especulaciones sólo se refieren a las conversaciones mantenidas en el contexto terapéutico.

2. Las ideas se presentan en forma de sugerencia con frases tentativas tales como: ¿me preguntaba? ¿quizá? “posiblemente”. Es fundamental evitar las declaraciones, opiniones y significados.
3. Los comentarios se formulan como connotaciones positivas o lógicas.
4. Los miembros del equipo se miran a los ojos y mantienen la separación entre las posiciones de oyente y hablante. Se recomienda que los terapeutas hablan entre ellos sin mirar a la familia, para evitar que se sientan obligados a corresponder la mirada y limiten la expansión de ideas.
5. Se comparten las percepciones y se pone más énfasis en los pensamientos, imágenes o conjeturas de los consultores que en las evaluaciones, juicios o explicaciones de lo observado.
6. Las reflexiones tratan de presentar ambas caras de un dilema, pasando de una posición de o/o a una posición de tanto/como.
7. Se sugiere que se use el lenguaje y las metáforas de los clientes sin perder de vista los comentarios sorpresa, que al ser planteados con una explicación adecuada, crean la oportunidad de abrir un mayor espacio de posibilidades.
8. Es importante que al momento de las reflexiones se incluyan comentarios referentes a todos los que acuden al proceso conversacional.
9. También se propone que las reflexiones sean breves y se ocupe para ellas entre 5 y 10 minutos.
10. Para el tamaño del equipo no se sugiere una regla general ya que va en relación a las necesidades que se tengan.

Ejemplo: Reflexión de terapeutas ante el cliente detrás del espejo.

***T1:** A mí me parece que cuando las personas piensan que la identidad sexual es una elección, es una creencia falsa y pienso que por eso hay miedo, porque las personas piensan que uno elige. Hay mitos que son difíciles de afrontar y es un miedo normal por no saber y no conocer realmente que es la homosexualidad.*

***T2:** Al escuchar a Pedro yo recordé a muchos chavos que se preguntan lo mismo cuando van en la secundaria y entran en mucha confusión. Pero me parece que uno no va por la vida diciendo si uno es homosexual o heterosexual, quizá es importante no vivir la vida con la bandera de soy heterosexual u homosexual.*

*T3: Escuchando a este joven recordé muchas cosas que yo viví en una familia católica en donde cuidado hicieras algo fuera de lo normal; una vez me pasó algo parecido estando con una amiga jugando, estando la cercanía de cuerpos, y empiezo a sentir una sensación bien diferente y esto fue una confusión para mí y cuesta mucho. Tuve que aprender a manejarlo, no lo decides, lo aceptas y te das la oportunidad de lo que te gusta. También tienes que cuidarte y aprender en quien confiar, no esconderte pero cuidar a quién le dices o no porque de repente hay burlas, rechazo. Y es importante no caer en grupos que te hagan daño aprovechándose de tu confusión.*

Estos tres últimos enfoques son en la actualidad los de mayor impacto en las escuelas de formación terapéutica y se siguen realizando aportaciones interesantes que continúan impactando en la manera de hacer terapia. Sin embargo esto no quiere decir, que las propuestas iniciales de los modelos sistémicos hayan dejado de ser funcionales.

Actualmente muchas de las escuelas de formación en terapia familiar sistémica ponderan el acercamiento a las terapias posmodernas, principalmente terapia narrativa, equipo reflexivo o de lenguaje colaborativo y han dejado de lado la revisión de los modelos estructurales o de terapia breve por considerarse estáticos en la primera cibernética.

En mi opinión pensar a los modelos y a sus principales representantes como estáticos sería un incongruencia con lo que ha venido sustentando la terapia sistémica desde los inicios, es decir, la visión sobre un cambio continuo. Si nos detenemos con cuidado a revisar qué es hoy de la terapia estructural, la terapia breve y desde luego la terapia de Milán, veremos que se han dejado acariciar por los nuevos discursos y se han permitido acompañar por el lenguaje del cambio.

Cada modelo, con sus bases teóricas, con sus exponentes y sus propuestas de intervención, nos sigue ofreciendo un abanico de opciones en nuestro papel de promotores de cambio en las familias y sociedad.

A continuación se presente un cuadro comparativo, tratando de esbozar de manera concreta las características principales de cada modelo.



**TABLA COMPARATIVA**

<b>MODELOS</b>	<b>Comprensión del Sistema e interacción</b>	<b>Visión sobre el cambio</b>	<b>Posición del terapeuta</b>	<b>Posición del paciente</b>
<b><i>ESTRUCTURAL</i></b>	La familia es un sistema sociocultural abierto que brinda un sentido de pertenencia e individuación, y si es funcional se adaptará a demandas del exterior y a su propio ciclo vital.	El cambio está en relación a las pautas alternativas que la familia sea capaz de generar, de lo contrario las conductas estereotipadas producen rigidez y ausencia de cambio.	Ejerce posición de experto, ejerciendo liderazgo y evaluando la estructura familiar y transformándola.	Se ve a la familia como demandante de un cambio estructural en base a una norma social de funcionalidad, y se le mira como inexperta ante la función del síntoma el cual es producto de su interacción.
<b><i>MRI</i></b>	El uso de “soluciones” genera y alarga el problema, pese al hecho de que esa acción específica es la que provoca la dificultad.	Los mecanismos reguladores homeostáticos limitan el cambio. “Cuanto más cambia más es lo mismo” El cambio se genera cambiando la estructura, y no la posición.	Ejerce una posición de liderazgo y estratégica a pesar de hablar de hacer énfasis en utilizar el lenguaje del cliente.	Es el cliente quien define el problema así como el comienzo y la finalización de la terapia; es decir, su participación comienza a ser más activa, pero aún se relaciona con el terapeuta desde una posición horizontal.
<b><i>ESTRATÉGICO</i></b>	Los sistemas familiares se estereotipan con secuencias de conductas que pueden generar problemas, principalmente si se presentan pautas con desequilibrio en la jerarquía.	El cambio se visualiza como resultado de la modificación en las relaciones triádicas, es decir, modificando la organización familiar y reestableciendo el orden jerárquico.	Ejerce el liderazgo buscando estrategias que modifique la organización familiar.	Se concibe a la familia como un sistema desbalanceado que requiere de modificaciones en su organización.
<b><i>TCS</i></b>	Los significados que las personas atribuyen a sus vivencias limitan o potencializan el abanico de recursos y	Se considera que el cambio es inevitable, por ende no se busca el cambio sino que se da por sentado, en base a los	La posición del terapeuta cambia para ser más flexible, se transforma de un líder a un conversador	El cliente o familia toman una posición más activa y horizontal en cuanto a la relación con el terapeuta;

	posibilidades.	recursos personales y familiares.	centrado en el cambio y en los recursos.	pues los recursos y posibilidades surgen desde su lenguaje.
<b>MILÁN</b>	El sistema se gobierna así mismo y se autorregula en ocasiones con síntomas intolerables para el mismo sistema o contexto social.	El cambio se vincula con la eliminación del síntoma; pero se resalta el costo que esto puede tener para el sistema.	El terapeuta se coloca desde la postura de un experto que tiene como objetivo identificar cual es el patrón particular que se relaciona con el síntoma.	El sistema se mira desde una posición vertical; su participación es pasiva, ya que son los terapeutas quienes por medio de hipótesis van dirigiendo las intervenciones.
<b>POST MILÁN</b>	La familia evoluciona espontáneamente, tiene en sí misma las posibilidades de autoorganizarse pero es necesario crear el contexto necesario.	Todo sistema está siempre dispuesto a transformarse y cuenta con los recursos internos para el cambio, pero este cambio es impredecible.	El terapeuta se asume como parte del sistema, su postura es de complementariedad y curiosidad.	El sistema familia se mira desde dos posiciones temporales una estática y una dinámica. El sistema cuenta con los elementos necesarios para el cambio pero es necesario promover el movimiento reflexionando sobre el sistema de creencias.
<b>TERAPIAS POSTMODERNAS</b>	La forma de expresar nuestros relatos establecen el significado que se le da a experiencia misma; por ende será nuestro lenguaje el que determine los efectos y orientaciones en la vida. El discurso vinculado a un sistema de problemas se vinculará a la vez con hechos, personas y contextos.	El cambio es la evocación de relatos, historias o discursos diferentes.	El rol cambia totalmente colocándose en una posición completamente horizontal caracterizada por el respeto al discurso del otro, por la postura de “no saber” y curiosidad por comprender como es visto el mundo fuera de su mirada. Utilizará su lenguaje como una manera de multiplicar discursos.	La familia o cliente son los expertos en el relato. Sus narraciones influirán en la vida del terapeuta y a la vez la voz del terapeuta y las múltiples voces del equipo influirán en el relato de la familia y cliente.

**CAPÍTULO III**  
**DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES**  
**3. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS.**

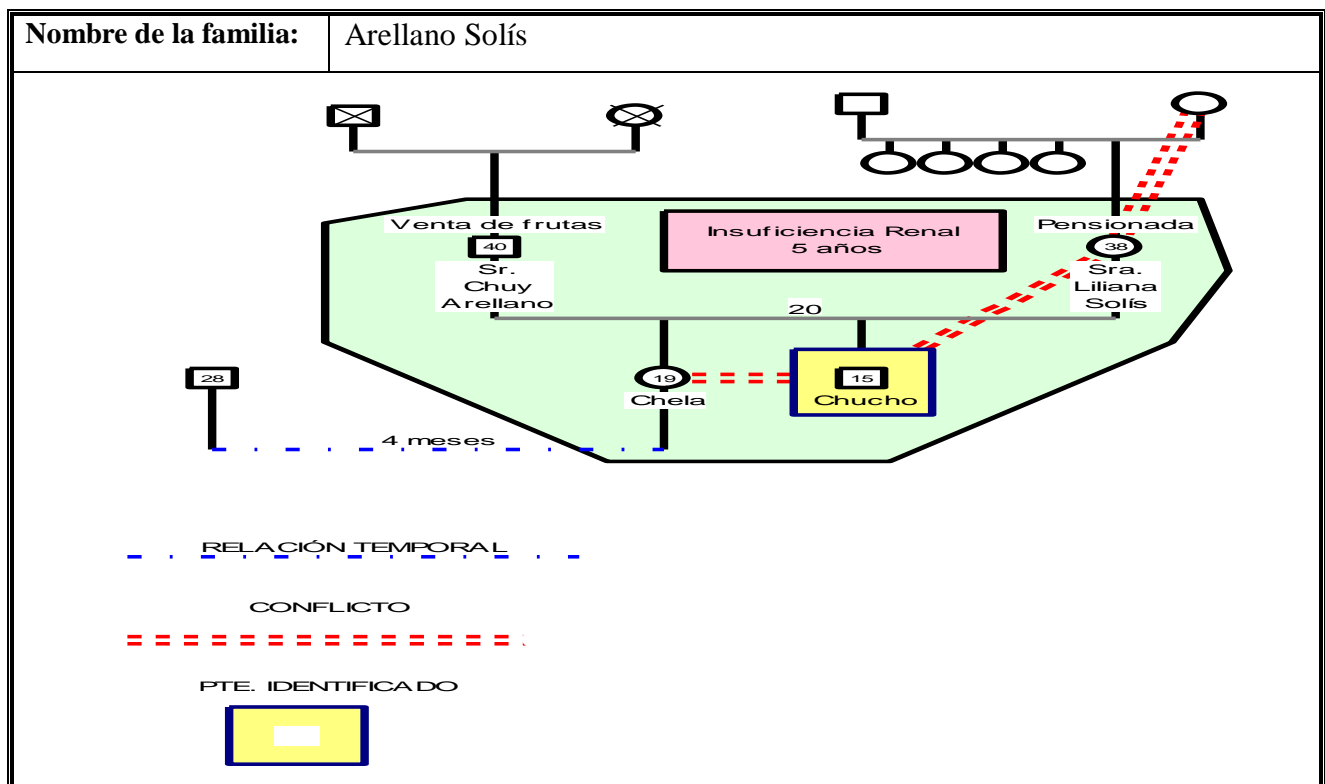
**3.1. Integración del expediente clínico y análisis teórico metodológico de trabajo con las familias.**

Como parte de la formación en la Residencia en Terapia Familiar, una de las habilidades más importantes a desarrollar son las denominadas habilidades clínicas terapéuticas que van desde el abordaje de los casos hasta el análisis teórico metodológico y el reporte que de ellos se haga.

A continuación se presenta el análisis de dos casos que abordé en el transcurso de mi formación y que tuvieron en común ser familias en donde a uno de sus integrantes se les diagnosticó una enfermedad de tipo crónico.

**Integración del caso**

**FAMILIA 1: Diagnóstico a la madre de Insuficiencia Renal Crónica “ISR”**



<b>Solicitante:</b>	Hija mayor
<b>Modelo:</b>	Terapia estructural
<b>Tipo de Supervisión:</b>	En vivo
<b>Supervisora:</b>	Dra. María Suárez Castillo
<b>Equipo:</b>	Claudia Canto, José Luis Castellanos, Ma. Angélica Quirino, Erica Tepançal.
<b>No. de Sesiones</b>	<b>10</b> 4- asistió la familia completa 2- asistió el subsistema fraterno 4- asistió la hija mayor
<b>Personas que asistieron a las sesiones:</b>	Sr.Chuy, Sra. Liliana, Chela y Chucho
<b>Motivo de consulta:</b>	Los problemas de la hija mayor con su pareja (mantiene oculta su relación por temor a lo que le puedan decir sus padres). Posteriormente Chela modificó su motivo señalando que lo que quería era mejorar la relación con sus padres.
<b>Antecedentes familiares:</b>	Hace cuatro años a la Sra. Liliana se le detectó ISR (Insuficiencia Renal Crónica); eso trajo diversas dificultades en la comunicación y en los roles que cada integrante de la familia venía desempeñado.
<b>Estructura Familiar:</b>	<b>Ciclo Vital:</b> Familia con hijos adolescentes. <b>Límites:</b> Difusos al interior y rígidos en cuanto a las normas de convivencia con el exterior, impidiendo que los hijos se relacionen con sus pares de forma segura. <b>Jerarquías:</b> Ésta es compartida por la madre y la hija mayor mientras que el padre se mantiene periférico. <b>Alianzas:</b> La hija mayor busca constantemente mantenerse aliada con la madre por medio de la complacencia, sin embargo ahora que se encuentra en la etapa de la adolescencia, la alianza la atrapa impidiéndole comportarse como una chica de su edad, fluctuando entre la inmadurez y madurez. <b>Coaliciones:</b> Los padres colocan a los hijos en una constante rivalidad, lo que provoca que cuando uno de ellos es regañado por alguno de los progenitores el hijo “libre” se une a ellos para atacar al hermano. Esta pauta se repite una y otra vez. <b>Triángulos:</b> Al parecer la presencia de triángulos en esta familia es necesaria para equilibrar la angustia y miedo que se genera por la enfermedad, pues de esta manera se mantiene a los hijos cerca, y del mismo modo, las quejas de la madre sobre el comportamiento de los hijos parecen involucrar al padre, quien la mayor parte del tiempo se mantiene periférico; la conversación sobre el mal comportamiento de alguno de los hijos provoca que el sistema parental se mantenga unido por una causa en común. <b>Paciente identificado:</b> Este rol es compartido por ambos hijos

<b>Funciones de los subsistemas:</b>	Los límites en los subsistemas parecen estar poco claros, pues Chela la hija mayor desempeña un rol parental que la sobrecarga de responsabilidades y al mismo tiempo le impide relacionarse con sus pares interfiriendo en su desarrollo.
<b>Puntuación de los hechos:</b>	El discurso de los miembros de la familia gira en torno a la desconfianza y a la enfermedad. La madre por su parte menciona que ya no les tiene confianza a sus hijos porque le ocultan las cosas, mientras que los hijos mencionan que si no platican las cosas es porque su madre, desde que adquirió la enfermedad, se molesta de todo.
<b>Pautas de comportamiento:</b>	Los hijos se mantienen en completa lucha, pues para conseguir la aceptación de sus padres es necesario que se alíen a ellos formando una coalición contra el hijo que en determinado momento es criticado. Este juego pasa de un lado a otro, pero es la hija mayor la que en mayores ocasiones juega el papel de la hija buena.  Sin embargo este papel de ser la hija buena dificulta las relaciones con sus iguales, pues lo padres no aprueban la independencia y por lo tanto Chela ha preferido mantener su relación de pareja en secreto y dar la impresión ser una buena hija.
<b>Construcción de la Realidad:</b>	Parecen percibir la salida de los hijos o la independencia como algo peligroso y desleal a las reglas internas. La independencia se vincula con el deterioro en la salud de la madre.
<b>Hipótesis:</b>	La concepción que se tiene acerca de la enfermedad en la madre dificulta la individuación de los hijos y la modificación de las reglas en la nueva etapa del ciclo vital “familia con hijos adolescentes” y su vez este modo de comunicación y la estructura familiar influye sobre la enfermedad, con lo que se da un círculo vicioso.
<b>Objetivo:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar la forma en la que se comunican los diferentes subsistemas</li> <li>- Fortalecer al subsistema fraterno</li> <li>- Diferenciar el subsistema paterno del subsistema fraterno</li> <li>- Romper las coaliciones y triángulos.</li> </ul>
<b>Intervenciones terapéuticas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionamiento de la estructura</li> <li>- Cuestionamiento el síntoma</li> <li>- Cuestionamiento de la realidad por medio de metáforas</li> </ul>
<b>Cierre de la terapia:</b>	La terapia se cerró con éxito pero con la intención de canalizar a la familia con otro terapeuta debido a que se quedaron pendientes diversas problemáticas por las que atraviesa la familia como la rivalidad entre los hermanos debido a la comparación constante por parte de los padres y el costo de la independencia en los hijos.
<b>ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA ENFERMEDAD</b>	
<b>IMPACTO DE LA ENFERMEDAD</b>	La familia después de cinco años sigue experimentando el diagnóstico de la enfermedad de la madre como un trauma relacional que les genera estrés físico, desolación e impotencia, y el padecimiento ha sido vivido como una amenaza. Además se observa que desde el momento del diagnóstico, la familia se aisló y construyó un sistema de fronteras muy

	rígidas, que les impide comunicarse con fuentes de apoyo extrafamiliar.
<b>RESPUESTA ADAPTATIVA Y CAPACIDAD DE CAMBIO</b>	Pareciera que esta familia se excede en su organización en torno al manejo de la enfermedad. También se presenta una menor diferenciación de subsistemas, combinando el papel de la hija mayor con el papel de madre, generando en ella una sobrecarga, por lo que de acuerdo a Falicov (1991), se estaría hablando de un adaptación disfuncional.
<b>INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD EN EL CICLO DE VIDA</b>	La necesidad de independencia e individuación de sus miembros aumenta en esta etapa de hijos adolescentes, sin embargo, la búsqueda de ambos elementos pareciera ser vivida como una traición e incluso un factor de deterioro en la salud de la madre. Esto provoca el aplazamiento de proyectos personales principalmente en la hija mayor quien está muy limitada para realizar actividades acorde a su edad.
<b>SISTEMA DE CREENCIAS FAMILIARES EN TORNO A LA ENFERMEDAD</b>	De acuerdo a lo anteriormente mencionado, se podría ubicar a esta familia en un sistema de creencias de sufrimiento es decir, un conjunto de creencias fatalistas que deja a la persona enferma y familia con un sentido de pobreza y desesperanza ante la situación.

## **Análisis teórico metodológico**

### ***Caso 1: Insuficiencia Renal Cónica***

Este caso se abordó a lo largo de diez sesiones, a cuatro de ellas asistió únicamente la hija mayor, a dos asistió el subsistema fraterno y en cuatro más estuvo presente la familia completa.

Quien demandó la atención fue la hija mayor; en la papeleta de solicitud señaló que su motivo de consulta se debía a problemas con la pareja, pero desde la primer sesión manifestó tener complicaciones con su familia, mismas que a la vez se reflejaban en conflictos dentro su relación de pareja empezando por el hecho de que en su casa no podía hablar sobre la existencia del novio.

- ***Antecedentes familiares.***

La entrevista telefónica no se pudo llevar a cabo de manera profunda debido a que cuando se contactó con Chela, la hija mayor, el volumen de su voz era sumamente bajo, lo cual fue atribuido a razones de tipo confidencial, es decir, no quería que su familia se enterara del servicio al que acudiría.

Ya en la primera sesión se pudo explorar sobre algunos datos familiares que en la entrevista telefónica habían quedado inconclusos. Uno de los datos que más nos causaba curiosidad, era el hecho de que su madre, estando tan joven, se encontrara pensionada. Desde esta primera pregunta la ansiedad y tristeza de Chela se hizo evidente y nos comentó que precisamente “ahí empezó todo”: Nos compartió que cinco años atrás a su madre se le había diagnosticado ISR (Insuficiencia Renal Crónica).

La Insuficiencia renal crónica es una condición que se presenta cuando los riñones son incapaces de excretar las sustancias tóxicas del organismo de forma adecuada, manifestándose en la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, que condiciona a un estado urémico, es decir, los riñones dejan de filtrar y eliminar los productos de deshecho de la sangre: urea, creatinina, ácido úrico, etcétera (Manual Merck, 1999).

Conforme la enfermedad evoluciona y se acumulan sustancias tóxicas en la sangre, el individuo comienza a sentirse pesado, se agota con facilidad, se disminuye su capacidad mental, se producen síntomas nerviosos y musculares como espasmos musculares, debilidad muscular y calambres. También pueden presentarse convulsiones debidas a la hipertensión arterial alta provocando un mal funcionamiento del cerebro así como la repercusión en el aparato digestivo, provocando pérdida del apetito, náuseas, vómitos, inflamación de la mucosas oral y un sabor desagradable en la boca (Manual Merck, 1999).

Además de los síntomas físicos, los pacientes son sometidos a rígidos tratamiento como la diálisis peritoneal ambulatoria, que implica estrictos cuidados de higiene y la rutina de aplicar la diálisis cada 4 ó 5 horas en un cuarto que debe ser adaptado únicamente para los cuidados de la persona que padece la enfermedad.

Chela nos compartió que la detección de la enfermedad, generó cambios importantes en su familia y principalmente en la relación con su madre, pues señaló que antes de que se le detectara dicho padecimiento mantenían muy buena comunicación, pero después todo era “muy diferente”.

Con la enfermedad la familia tuvo que adaptar su vivienda a las condiciones necesarias de higiene, así como cambiar sus roles de actividades. Por ejemplo a partir de ese momento Chela se comenzó a hacer cargo de varias tareas en la casa y enfatizó que *“de un tiempo para acá me las he visto muy presionada y no me concentro en nada”*. Mencionó que si no tuviera la escuela no sabría que estaría haciendo y ya se *“estaría jalando los pelos”*.

Refirió que su padre se la pasaba trabajando pero apoyando mucho a su mamá; contrario a ello nos subrayó que su hermano, se portaba muy mal y aseguraba que *“él no acepta que su mamá esté enferma”* lo que les había generado muchos problemas incluyendo que la abuela materna los corriera de la casa y les retirara el apoyo cuando la madre enfermó.

Comentó la importancia de que su familia recibiera apoyo especializado ya que se sentía abrumada por tantos problemas y eso le estaba dificultando la manera en la que se relacionaba socialmente pues aseguró que *“nunca he tenido una amistad ni de noviazgo, ni familiares fuertes porque siempre ha estado sola”*. Además señaló que cuando su madre enfermó las personas les retiraron el apoyo así que Chela sentía que era mucha responsabilidad para ella ya que su madre le decía *“si tú me fallas yo me muero”* y me pregunto *“¿En qué le puedo fallar?”* *“Es tanto lo que confían en mí, que no sé en qué momento les voy a fallar.”*

Es precisamente por ello que Chela les ocultaba a sus padres su noviazgo con un muchacho mayor pues tenía miedo de cómo lo fueran a tomar. Esto le generó confusión porque por el otro lado el novio le insistía para que tuvieran relaciones sexuales y aunque ella no quería, se sentía muy presionada con dicha demanda.

- ***Motivo de consulta***

Cuando se le preguntó que cuál era su motivo de consulta, comentó que no sabía ya que consideraba que tenía muchos problemas y se sentía muy confundida en cuanto a qué trabajar. Pero a lo largo de la primera sesión pudo esclarecerse que su prioridad era mejorar la relación con sus padres.



## ABORDAJE DESDE EL MODELO ESTRUCTURAL

- *Estructura Familiar*

### **Ciclo Vital:**

La familia analizada se encuentra en la etapa de hijos adolescentes; etapa que se caracteriza por fuertes tensiones debido a que el grupo familiar necesita hacer importantes ajustes con respecto a la pubertad de los hijos, la llegada de la madurez sexual y al mismo tiempo se requieren ajustes en cuanto a las necesidades de independencia reconociendo al grupo de pares como un importante espacio para el crecimiento de los hijos. Aunado a esto, los padres pueden llegar a presentar una importante crisis en la identidad interpretando como un abandono o ingratitud el cambio en los hijos y cuestionándose su función como educadores.

De acuerdo a Eia y Tomson, (1997), esta etapa trae consigo el reto de realizar una fuerte modificación en el manejo de los límites flexibilizando las normas de convivencia, de tal forma, que se logre equilibrar el control v/s la independencia permitiendo la salida y la entrada de los hijos en el sistema. Consideran que de lo contrario los jóvenes suelen presentar problemas tales como salir hasta tarde y escaparse, violencia doméstica, rechazo a la escuela, ausencias sin permiso, trastornos alimenticios, problemas sexuales, problemas psicossomáticos reflejados en dolores de cabeza

Al respecto se pudo observar que en esta familia no se habían realizado los ajustes necesarios entre independencia/ control y los hijos no contaban con el espacio necesario para salir y entrar al sistema. En una de las sesiones Chela nos compartió cómo es que, el que su madre se haya enterado de su noviazgo le generó fuertes conflictos. Nos narró lo difícil que fue esa semana para ella porque su madre se mostró muy desesperada al enterarse de su relación con el novio y se lo manifestó diciendo que “*ya no los soporta, que nunca pensó que fuera a decir eso pero que ya no los aguanta*”, refiriéndose a ambos hijos.

## Límites:

El sistema familiar analizado se caracterizó por interrelacionarse con límites poco diferenciados entre los subsistemas, convirtiéndose en una familia del tipo “aglutinada”, en la que el sentido de pertenencia demanda un alto abandono de la autonomía. La falta de una diferenciación entre los subsistemas limita la exploración hacia el exterior y la resolución de problemáticas de forma autónoma. Un sistema de este tipo puede sobrecargarse ya que todos los integrantes responden de forma inmediata a cualquier suceso interno que afecte a algún miembro de la familia, además de que les es difícil responder de forma inmediata a situaciones de stress ya que al estar volcados hacia sí mismos pierden de vista alternativas de solución que puedan ser aprendidas más allá de su microsistema (Minuchin, 2003).

Esto se ejemplifica claramente en una de las sesiones en donde el discurso de Chela giró en torno a su incapacidad para independizarse; ella comentó *“no podría independizarme al grado de salir de casa aunque mi mayor deseo es conseguir una beca de movilidad estudiantil. Les he comentado a mis padres, pero en cierto modo me da miedo porque considero que si me fuera lejos no tendría el valor de enfrentarme sola, sería mucha presión para mí, aunque estaría más concentrada en mis cosas, no me importaría nada, tendría la ventaja de tener tiempo para mí sola, me imagino que tendría una vida de más concentración, iría mejor en la escuela, pero no estaría estable en lo económico y eso me da mucho miedo”*.

En otro momento también se observó la dificultada de la familia para flexibilizar sus límites hacia el exterior, pues Chela nos comentó de la importancia de que su familia recibiera apoyo especializado ya que tenían muchos problemas, y eso a ella le estaba dificultando la manera en la que se relacionaba socialmente; aseguró que *“nunca he tenido una amistada ni de noviazgo, ni con sus familiares fuertes asegurando que siempre ha estado sola”*. Además nos compartió que cuando su madre enfermó las personas les retiraron el apoyo y señaló que mucho tuvo que ver que a su madre no le gusta pedir ayuda.

### **Jerarquías:**

Pudimos apreciar que la jerarquía era compartida por la madre y la hija mayor mientras que el padre se mantenía periférico. Desafortunadamente esta jerarquía compartida entre madre e hija, había sobrecargado a Chela quien al estar en un momento de vida en el que es necesaria la exploración hacia sistemas externos como lo es la convivencia con pares, se veía limitada al tener que cumplir con obligaciones parentales.

*“Siento que ahora es mucha responsabilidad para mi, mi mamá me dice “si tu me fallas yo me muero” y ella me pregunta “¿En qué le puedo fallar?” “Es tanto lo que confían en mi, que no sé en qué momento les voy a fallar. Mi mamá me dice que si salgo embarazada o tengo relaciones antes de casarme no me lo va a perdonar”.*

### **Alianzas:**

Nos fue claro como la hija mayor buscaba mantenerse aliada con la madre por medio de la complacencia, sin embargo al estar pasando por la etapa de la adolescencia, la alianza le resultó sofocante impidiéndole comportarse como una chica de su edad y por ello comenzó a recurrir a la mentira ocultando su relación con el novio, sus planes de independencia y disfrazando su autonomía de necesidades familiares, pues cuando logra conseguir trabajo les comentó a sus padres que había buscado trabajo porque deseaba apoyar económicamente a la familia.

### **Coaliciones:**

De igual forma pudimos notar que los padres colocaban a los hijos en una constante rivalidad, lo que provocaba que cuando uno de ellos era regañado por alguno de los progenitores, el hijo “libre” se unía a los padres para atacar al hermano. Esta pauta se repetía una y otra vez en donde era principalmente Chela quien aliándose a los padres conformaba la coalición contra el hermano. En reiteradas ocasiones Chela nos compartió que siempre había tenido problemas con Chucho, pero a raíz de la enfermedad las cosas habían empeorado porque el carácter de su hermano había cambiado, señalando que antes era más divertido y más inocente; a partir del diagnóstico de la

madre siempre tenía mala cara y si algo no le salía como quería se enojaba. En el proceso terapéutico señaló la necesidad de llevarse mejor; pero lo consideraba difícil porque su hermano se mostraba celoso de que su madre estuviera más unida a ella y por eso no hacía caso cuando Chela le pedía ayuda, se la pasaba contestándole feo y haciendo berrinches. Ella pensaba que su hermano debería de ayudarla más y cooperar con las labores de la casa, opinaba que todo funciona bien, pero el problema era su hermano ya que era un barbero y cuando estaba sólo con su mamá sí obedecía, pero cuando estaba ella presente él la responsabilizaba de lo que no se hacía.

### **Triángulos:**

Al parecer la presencia de triángulos en esta familia era necesaria para equilibrar la angustia y miedo que se generaba por la enfermedad, pues de esta manera se mantenía a los hijos cerca, y ,del mismo modo, las quejas de la madre sobre el comportamiento de los hijos parecía involucrar al padre, quien la mayor parte del tiempo se mantenía periférico; la conversación sobre el mal comportamiento de alguno de los hijos provocaba que el sistema parental se mantuviera unido por una causa en común.

Por ejemplo en una de las sesiones al momento de la pausa se observó cómo es que los padres se quedaron hablando con el joven y le pidieron que por favor cooperara, el padre le dijo que estaban ahí para que los ayudaran a todos y que era un lugar en el que ellos podían hablar de lo que sentían respecto al trato que recibían de ellos. Ambos padres hablaron de su preocupación en torno al alejamiento de Chucho y le preguntaron qué era lo que él sentía pero el muchacho les comentó que nunca decía nada porque de todo se enojaba con él, ya que todo lo que él hacía les molestaba; mientras esto sucedía Chela permaneció completamente callada.

### **Paciente identificado:**

Cuando toda la familia asistió, e incluso en el discurso de Chela en las primeras sesiones individuales, era Chucho quien ocupaba dicho rol dentro de la estructura familiar; se le acusaba de su mal comportamiento, su falta de comprensión ante el padecimiento de la madre e incluso de que los corrieran de la casa de la abuela.

Este rol se fue transformando a lo largo de las sesiones, en donde finalmente los padres dejaron de mirar únicamente el comportamiento de Chuco, para mirar también hacia Chela. Esto hizo que se modificara la estructura dándole un espacio a Chucho para mostrar nuevos comportamientos como el apoyo familiar y la mejoría en sus calificaciones.

- ***Puntuación de los hechos***

A lo largo del proceso el discurso de los miembros de la familia giró en torno a la desconfianza y a la enfermedad.

La madre por su parte mencionó que ya no les tenía confianza a sus hijos porque le ocultaban las cosas, se sentía alejada de ellos y sobre todo de Chucho; comentó que antes del diagnóstico se sentaban a platicar y se ponían de acuerdo. A raíz de la enfermedad ella se sentía retirada y alejada de sus hijos porque antes comía con ellos, iba por ellos a la escuela, estaba al pendiente de ellos, pero con la enfermedad se sentía cansada y lo que más le preocupaba era el alejamiento de Chuco, ya que cuando le detectaron la enfermedad él estaba muy chico así que no supo para donde tomar su camino, contrario a Chela quien de alguna manera ya le había enseñado a labrar su camino y supo qué hacer. Consideraba que Chucho no había aceptado la situación y por eso actuaba como si nada pasara.

El padre señaló que quien estaba peor era Chucho porque no obedecía y terminaba haciendo otras cosas, cuando sucedía esto, el Sr. solía molestarse con su hijo, pero no le pegaba y no lo regañaba, simplemente se alejaba de él.

Por su parte para los hijos, la falta de acercamiento a los padre se debía a que desde que la madre fue diagnosticada, ella se molestaba de todo, por ejemplo Chucho comentó que su mamá se había vuelto más enojona; él creía que era por la enfermedad, cuando no hacían caso de algo ella se enojaba y se sentía mal por eso. *“Me siento triste porque ella quiere que se haga las cosas bien y uno no pueda como ella piensa hacerlo (mientras habla llora)”*.

- ***Construcción de la Realidad***

La salida de los hijos o la independencia parecía ser percibida como algo peligroso y desleal a las reglas internas. La pertenencia a la familia se relacionaba con la obediencia de normas vinculadas a la enfermedad de la madre, cualquier incumplimiento en torno a ellas, era representado como un suceso desleal.

*“Donde vivimos no hay servicio de agua, así que tenemos que acarrear el agua y me molesta tener que pedirlo y que no me lo den. O cuando se van a la escuela no puede agarrar el agua para lavar los trastes. Yo quisiera que ellos la entendieran, que la casa estuviera recogida”.*

- ***Hipótesis***

La concepción que se tiene acerca de la enfermedad en la madre dificulta la individuación de los hijos y la modificación de las reglas en la nueva etapa del ciclo vital familia con hijos adolescentes y esto a su vez influye en que se refuerce la imposibilidad por la enfermedad. La comunicación del sistema influye sobre la enfermedad y a la vez la presencia de la enfermedad influye sobre la comunicación en el sistema.

- ***Objetivos***

- Explorar la forma en la que se comunican los diferentes subsistemas.
- Fortalecer al subsistema fraterno.
- Diferenciar el subsistema paterno del subsistema fraterno estableciendo límites más claros.
- Trabajar sobre las triangulaciones.
- Que el sistema identifique la influencia de la enfermedad en sus relaciones así como la manera en la que estas relaciones influyen en la enfermedad

▪ **Intervenciones**

**Clarificando Objetivos:**

-Se le pidió a Chela que elaborara un cuadro en el que colocara los aspectos más significativos de su vida y en ellos anotara que porcentaje de su vida les dedicaba y cuánto más o menos le gustaría dedicarles, esto con el objetivo de que pudiera clarificar sus metas a trabajar en terapia.

<b>ESFERAS</b>	<b>% ACTUAL</b>	<b>OBJETIVOS</b>
<b>ESTUDIANTE</b>	10%	Le gustaría el 20%, pero sabe que ha mejorado respecto al semestre pasado y considera que ahora ya no está presente la desesperación. Va subiendo.
<b>HERMANA</b>	0% es como si tuviera olvidada esa parte. Nunca han salido solos.	Le gustaría tener un 20%, pasar más tiempo con él, para que él ya no piense que es la consentida.
<b>AMIGA</b>	20%	Está conforme con ello.
<b>HIJA</b>	Indecisa ya que ella considera que tiene el 20% pero cree que sus padres consideran que está dando un 5%.	Ella dice que tiene un 20% porque le gusta estar con ellos, no lo ve como obligación. Pero ellos le manejan que puede hacer más y siente que se olvidan de que ella es la hija y que no puede ocuparse de todos. Le gustaría incrementarlo porque últimamente su madre ya no confía en ella y con su padre no tiene la confianza de hablar de sus invitaciones, tiene muy poca libertad de decirle ese tipo de cosas ya que no tiene el valor y le gustaría tenerlo.
<b>NOVIA</b>	10% se siente atada al salir con él porque tiene que regresar con su familia.	Le gustaría subir a 20%, teniendo un poco de más tiempo y no tener que echar mentiras para poder salir con él. Le gustaría administrar mejor el tiempo.

Con este ejercicio, Chela logró esclarecer como su meta terapéutica principal el trabajo con su familia por lo que se le recomendó incluir a sus padres y hermano en el resto de las sesiones.

## ***Técnicas Estructurales***

### ***Cuestionamiento del Síntoma***

Se buscó transformar el concepto que la familia tenía sobre el problema; por ejemplo en una de las sesiones en las que la madre señaló a Chucho como el que abusaba de ellos, se le comentó a la familia que nos llamaba la atención cómo es que la enfermedad estaba tan presente en ellos que se lograba apoderar de su comunicación y ponerlos a batallar así que se les preguntó si era Chucho el que abusaba de ellos, o era más bien la enfermedad.

También se trabajó la relación entre los hermanos cuestionando la creencia que ellos tenían sobre su propio subsistema, para ello, se recurrió a técnicas como provocar interacciones, cambio de la distancia y modificación del tiempo. Por ejemplo en la octava sesión se decidió trabajar únicamente con el subsistema fraterno y se llevó a cabo un ejercicio en el que ambos hermanos tenían que presentar al otro pero hablándonos de las cualidades que ambos tenían, al mismo tiempo que se les pidió, evitarán las críticas negativas.

### ***Cuestionamiento de la Estructura***

Se cuestionó la posición que ocupaban los miembros de la familia por medio de la distancia psicológica, básicamente haciendo cambio de lugares, en donde le pedimos al padre que se colocara cerca de la madre y a Chela cerca de Chucho, con esta estrategia se marcó una separación entre subsistemas. Esto mismo se llevó a cabo cuando se decidió trabajar en un par de sesiones únicamente con el subsistema fraterno, en donde no sólo se buscaba la fijación de fronteras entre el subsistema paterno y fraterno, sino también construir una alianza entre los hermanos.

### ***Cuestionamiento de la realidad***

La finalidad era crear nuevas modalidades de relación entre ellos a través de constructos cognitivos alternativos. Por ejemplo en el ejercicio realizado por los hermanos ya mencionado anteriormente en donde se les pidió nos presentaran al otro desde sus cualidades, se logró que ambos escucharan cosas que jamás pensaron que el otro opinaba Chela mencionó que Chucho era



muy trabajador, creativo, tierno, y sobre todo muy aventado ya que hacía cosas que ella no se atrevería a hacer, comentó que Chucho hacía las cosas sin importarle lo que le pudieran decir y eso le gustaba de él. Por su parte Chucho señaló que Chela era buena onda porque a veces le ayudaba a hacer su tarea, otras veces salían juntos a la computadora y lo que le gustaba de ella era que conseguía lo que quería, pero más aún que no se metía en problemas.

### **Uso de metáforas**

De acuerdo a Minuchin, el uso de metáforas permite que se abra un canal de comunicación entre el terapeuta y la familia posibilitando el cambio. Señala que la metáfora funciona como un elemento intermedio entre dos lenguajes, la lógica o el pensamiento racional y el lenguaje analógico de las emociones, la imaginación y afectos. Estas intervenciones invitan a la familia a mirarse a sí mismas por medio de preguntas o historias que de acuerdo a Minuchin, parecen ser narradas por un cuento. La tarea es desafiar la percepción con la que llega la familia a consulta e introducir ambigüedad, las metáforas permiten que las historias ensayadas por la familia se transformen durante las sesiones, modificando las transacciones del sistema familiar (Minuchin, 2004).

### **Metáfora “Los aliados de la enfermedad”**

Se trabajó con la metáfora del síntoma tomando como punto de partida a las emociones que llegaron a la familia al momento de ser diagnosticada la enfermedad:

Para el Sr. Chuy llegó la tristeza y la desesperación, sobre todo al mirar a su esposa porque consideraba que era ella la que más sufría.

Para la Sra. Liliana la enfermedad trajo a la desesperación porque quería hacer las cosas pero ya no podía, se desesperaba tanto que luego ya no quería vivir donde vive, también le trajo tristeza y enojo. Se desesperaba de que no podía hacer nada más que “que hacer”. Ella se quería sentir útil, pero a veces no podía ni hacer cosas en su casa.

En el caso de Chucho la enfermedad trajo a la tristeza, mientras que para Chela condujo al desequilibrio, para ella fue una tormenta que tiró todos los cables de comprensión, de tolerancia, de comunicación y conexión, trayendo la desesperación.

Con esto, se hizo un ejercicio en el que se le pidió a la familia que sentaran a las emociones que también acompañaban a la enfermedad y ellos decidieron sentar a la desesperación, tristeza, cansancio, por lo que ambos subsistemas quedaron cada vez más separados; una vez que terminaron de colocar las sillas, se les pidió que observaran a todas las emociones que como familia estaban cargando; se les mencionó que quizá era esto lo que estaba dificultado su manera de relacionarse y se les invitó a que reflexionaran en torno a ello.

### **Estrategias adicionales**

#### **-Carta de invitación a los padres**

Otro de los recursos estratégicos que se utilizó fue la invitación a los padres al proceso terapéutico una vez que Chela consideró que su mayor prioridad era mejorar la relación con su familia pero le era difícil ser ella quien se los pidiera.

En esta carta se invitó a los padres, especificándoles el día y hora de la cita así como la posibilidad de entregar constancias sí es que se llegara a requerir.

Con la carta lo que se logró fue modificar una transacción rígida que consistía en la huída por parte de Chela con tal de no desafiar a los padres y encontrar otra forma de comunicare con ellos. Además de que los padres acudieron a la siguiente sesión y se pudo trabajar con todo el sistema.

#### **-Cuento**

El cuento es un recurso con el que el terapeuta cuenta para redefinir la historia que le es presentada por la familia, poniendo atención siempre en lo más saludable y positivo de la historia familiar. De lo que se trata es de que el terapeuta escuche con claridad y posteriormente reorganice

esa misma historia para a continuación devolvérsela transformada en un relato simbólico-metafórico que deberá incluir tanto una descripción detallada de la situación que viven, sus recursos y desde luego las nuevas perspectivas de cambio y crecimiento.

El cuento debe de cumplir con las siguientes características:

- 1) Incluir gran parte de la información proporcionada por la familia.
- 2) Hacer de los miembros de la familia los verdaderos héroes de la historia,
- 3) Que en la narrativa se presenten hechos posibles de llevarse a cabo.
- 4) Presentar nuevas posibilidades.
- 5) Presentar un bello relato en torno al que la familia presenta,
- 6) El relato no solo deberá incluir las emociones de la familia, sino del mismo terapeuta al momento de construir un espacio con la familia (Molina, 2002).



### EL HOGAR CON OLOR A FRUTA

Érase una vez, un lejano reino en el que habitaban seres mágicos llenos de poderes y capacidades extraordinarias; la mayoría de la población del reino se constituía por nomos que vivían dentro de curiosas casas en forma de hongos o dentro de las frondosas raíces de los árboles. El ambiente era mágico, en todo momento parecía llegar un olor a frutas frescas que se acompañaba por la brisa del bosque. Por todo el reino, ondeaban hermosas telas bordadas que representaban los valores de los nomos, y por las noches, el paisaje era iluminado por la maravillosa luz de las luciérnagas.

Dentro de ese hermoso paisaje, había un HOGAR que era el que más llamaba la atención, pues a pesar de ser un pequeño hongo, brillaba por sus hermosos coloridos y sobre todo, por la luz que proyectaba hacia el cielo. A todos los nomos les gustaba pasar a diario por el sendero que los conducía a él, ya que admiraban su brillo y colorido, principalmente porque sabían que su belleza se debía al amor que se tenía la familia que habitaba al interior de él.

Esta familia era conocida como la familia “**Lamparín**” precisamente por la luz que lograban irradiar a través de su hogar. Pero no sólo eso, también era conocido porque el nomo papá, era el encargado de que en todo momento estuviera presente el olor a frutas, y para ello trabajaba el día completo eligiendo las frutas más saludables para lograr el mejor olor. Mientras tanto, mamá nomo se encargaba de embellecer el reino por medio de hermosas telas bordadas, que iba obsequiando a cada uno de los habitantes del reino; así, ambos padres lograban un maravilloso equilibrio. Estos papás nomos tenían dos hermosos nomitos, Malú y Osiv, a quienes cuidaban y demostraban su cariño de las formas más dulces; el papá nomo día a día les dedicaba el olor de una fruta en particular, mientras que mamá nomo, pasaba gran parte de su día, haciéndoles compañía bordando y cantando para ellos. De esta forma, la familia Lamparín lograba una maravillosa armonía entre la naturaleza, el reino y el cuidado de sus hijos, y eran

premiados con la luz que se irradiaba desde su colorido hogar.

Un día como cualquier otro, llegó al reino el rumor de que había llegado un poder extraño que se dedicaba a causar daño. La familia Lamparín, que era optimista y se dedicaba a proporcionar lo mejor al reino, jamás pensó que estaría en la mira de este malévolos poder, pero así era.

Este poder extraño se autodenominaba **ISERE**, y debido a que sólo podía aumentar de fuerza en la oscuridad, tenía como objetivo, desaparecer la luz de todo aquél reino al que llegara, pero en este reino se topaba con una misión complicada, pues se dio cuenta de que en el reino de los nomos, la luz principal era irradiada por el amor que se tenía la familia Lamparín. Se dio cuenta de que el hogar en el que habitaba esta familia a todas horas se encendía y proyectaba una fuerte luz que lograba iluminar a todos los habitantes. Así, comenzó su macabro plan.

Lo primero que hizo fue atacar a la mamá nomo, pues ISERE sabía que ambos padres eran los pilares de la familia, pero si debilitaba a la madre debilitaría de inmediato al resto de la familia desapareciendo los cantos, los bordados y con suerte, hasta el olor a fruta dulce. Así pues, ISERE con su absoluta maldad, impregnó de veneno los hilos y agujas que todos los días tomaba mamá nomo. El cambio fue inminente, pues mientras mamá nomo bordaba un cuadro para sus pequeños, comenzó a sentir una gran debilidad, la falta de fuerza la invadió en absoluto y un tremendo malestar envolvió todo su cuerpo.

Los pequeños nomitos, Malú y Osiv, se espantaron mucho al ver la debilidad en la madre pero lo que más les espantó, fue la ausencia del canto y el bordado abandonado, así que corrieron en busca de papá nomo, quien rápidamente, abandonó el jardín de frutas para ir en auxilio de la madre.

ISERE, con su maldad, observaba halagada su hazaña y esperaba a que la luz del hongo poco a poco fuera disminuyendo, pero espero y espero, y espero y espero y eso no pasaba. Así que se preguntó, qué había salido mal, pues aún había demasiada luz saliendo de aquel hogar y eso no le permitía tomar mayor fuerza. Abusando de su poder invisible, se acercó a la familia Lamparín, y se dio cuenta de que mamá nomo, a pesar de su poca fuerza física, era fuerte emocionalmente porque estaba dispuesta a aceptar su nueva condición, pero lo que más le enojó, es que mamá nomo era fuertemente apoyada por papá nomo, quien día con día, la llevaba a tomar el néctar de una fruta que impedía que la madre se debilitara más, mientras que Malú la hija mayor, se encargaba de embellecer el hongo y prestarle atención a Osiv que aún era muy pequeño.

ISERE se percató de que esta familia era más fuerte de lo que ella pensaba así que se decidió a causar mayor daño y para ello, era necesario llamar a sus aliados; **ENOJO, TRISTEZA, Y DESESPERACIÓN**. Cuando llegaron sus aliados, ISERE les indicó que recurrieran a lo que fuera necesario para lograr nublar la vista de la familia Lamparín, logrando que dejaran de ver todas las cosas buenas que tenían.

Los aliados entusiasmados por causar daño y recibir los beneficios de ISERE, quien les había prometido una gran tajada del reino, dieron paso firme y rápidamente llegaron a invadir a la familia Lamparín. Su primer paso fue atacar a los papás nomo, así que **Enojo** y **Desesperación** decidieron herir al mismo tiempo a mamá nomo logrando que esta dejara de ver todas las cosas positivas que tenía su familia. Mientras tanto, **Tristeza** decidió atacar a papá nomo repitiéndole lo malo y aburrido que era no poder salir a divertirse, por lo que el olor a fruta cada vez era menos intenso y dulce.

Sin embargo aún no era suficiente, pues los aliados se dieron cuenta que no bastaba con atacar a los padres; Malú y Osiv habían crecido y también era necesario debilitarlos, así que **Desesperación** atacó a Malú, consiguiendo que se sintiera sobrecargada e incapacitada para crecer, mientras que a Osiv lo atacó

la **Tristeza**, al sentir un gran dolor por el enojo que ahora rodeaba a su madre.

Después de mucho esperar, ISERE, consiguió que la luz de aquél hogar se apagara, los bordados del reino desaparecieran y el olor a fruta, fuera amargo. A partir de ese momento ningún nomo quería pasar por el sendero que algún día había conducido al más bello, colorido e iluminado hogar del reino. La misma familia Lamparín, se lamentaba por su hogar que ahora carecía de color y luz.

Pasaron, meses, días, años y la familia Lamparín seguía invadida por los aliados de ISERE, cada día que pasaba se sentían más pequeños y más atrapados; parecía como si los cables de la comunicación se hubieran caído después de una gran tormenta; pero entonces pasó lo inevitable. Los pequeños nomos, Malú y Osiv, crecieron más, y llegaron a la maravillosa edad del florecimiento, de la búsqueda, del vuelo.

ISERE y sus aliados sabían bien que esto no era bueno, pues ya otras veces en otros reinos, habían logrado ser debilitados por la energía que envuelve a los nomos en ese florecimiento, ellos sabían bien, que Malú y Osiv, contaban con un poder que era más fuerte que ellos y que podrían ser capaces de debilitarlos y expulsarlos. Así, que decididos a que no les volvería a pasar lo mismo, idearon un nuevo plan para evitar que Malú y Osiv se percataran de su vital fuerza.

ISERE sabía que para conseguir eso, tendría que llamar a un nuevo aliado, él era fuerte, lograba poner la piel de gallina, y todo lo que tocaba se congelaba, era el poderoso **MIEDO**. **Miedo** con su gran fuerza, acudió al llamado de ISERE y juntos, llegaron a la conclusión de que una manera de debilitar a Malú y Osiv, era impidiéndoles crecer, impidiéndoles darse cuenta de que tienen alas para volar y la capacidad de lograr las metas que se propongan, así, que decidieron atacar a Malú con miedo para enfrentar las consecuencias de sus actos, el miedo la limitó dictándole el temor a equivocarse, el temor para tener amigos y para perseguir sus ideales. A Osiv, que era una nomo inteligente y muy hábil, lo invadió el miedo al éxito, al logro, a la búsqueda de metas. Y desde luego, no dejarían de lado a los papás nomo, pues también decidieron atacarlos con pensamientos e ideas que les hablaban de los riesgos de permitir que los hijos crezcan, de que sean independientes. Miedo, les hizo creer que no era bueno permitirles ser independientes, les hizo creer que Malú haría mal en tener amigos y peor aún un novio nomo. Miedo les hizo creer que Osiv no puede hacer nada bien y que todo el tiempo miente. Les hizo creer que si sus hijos crecían la madre perdería todas las fuerzas.

Pero ISERE no conforme con eso, sabía que para debilitarlos aún más, sería necesario que estos dos hermanos tan poderosos, se convirtieran en enemigos, por lo que llamó a la **ENVIDIA**, y logró nublar la vista de Malú y Osiv para que ninguno de los dos fuera capaz de mirar las cosas buenas que el otro tiene. ISERE, quería evitar que se dieran cuenta de que con los poderes que ambos tenían, serían capaces de iluminar no sólo el hogar de sus padres, sino sus propios hogares, por lo que ya no sólo habría un hogar prendido sino tres. Así, poco a poco la lucha entre los dos hermanos se fue convirtiendo en una lucha desgarradora y ellos mismos eran incapaces de darse cuenta de que con esa lucha ya no sólo el **miedo** que los invadía a ellos y a sus padres impedía su crecimiento, ahora también era la **Envidia**.

Un día, Malú que se encontraba llena de desesperación, salió a dar un paseo por el bosque y se atrevió a caminar más allá de los límites, conforme se fue alejando, un fresco y dulce olor a fruta comenzó a guiar su camino, entre más y más se alejaba, más disfrutaba de ese maravilloso olor, y de pronto, observó que aún había jardines de frutas dulces y no sólo eso, se topó con frutos nuevos, con nuevos olores y con nuevos cielos. Ella sintió vibrar, sintió ganas de crecer; y tomó varios frutos para compartirle a su familia. Sintió ganas de quedarse ahí y seguir gozando de esos lindos olores, pero ella sabía que todos los invasores en su casa no se lo permitirían, se llenó de miedo, pensó en sus padres y en su hermano; así que decidió regresar, pero en su regreso un sin fin de añoranzas de lo que era su familia le invadieron y

le llenaron de fuerza.

Decidió hablar a su familia de lo que había visto, de los olores a fruta, del poder que sintió y se decidió a luchar contra los intrusos, porque una fuerza interior le decía que su familia, podría regresar la luz que alguna vez habían tenido y le podían dar la bienvenida a la esperanza, al amor, al trabajo en equipo permitiendo que todos crecieran, que todos se fortalecieran haciendo las cosas que cada uno amaba. Diciéndole adiós a la nube que cegaba la vista y de nuevo verían aquellas cosas buenas con las que cada uno contaba, perderían el miedo al crecimiento.

Malú llegó a su hogar, y todo estaba como siempre, sin color y con olor a fruta amarga, pero decidida a crecer y aprovechar su fuerza, recordó los frutos que traía de afuera, los compartió con la familia, no ocultó nada a pesar de las caras extrañas, a pesar del miedo a lo diferente que parecía extrañar tanto a su familia, con el valor que hace tiempo no sentía, les habló de lo que había experimentado al estar afuera, ella sabía que estaba lista para enfrentar lo que viniera con suma responsabilidad. Así que ella misma, comenzó por frotarse los ojos fuertemente, y de pronto vio en su hermano Osiv algo que jamás había visto, pero sí ¡era él! ¡Osiv!, sintió una maravillosa emoción, algo que no había sentido en años, parecía que la voz no le podía salir, pero de pronto, comenzó a decirle a Osiv las cosas tan maravillosas que veía en él, su fuerza, su valor para aventarse a hacer cosas que ella no haría jamás, su nobleza, su ternura. Osiv, sorprendido por lo que Malú veía en él, también frotó fuertemente sus ojos, y lo que vio parecía una visión, pero no, era cierto, ¡era Malú llena de cosas brillantes!, entonces, comenzó a nombrar lo que veía, ¡era una mujer!, sí, una mujer inteligente, que siempre logra lo que se propone, que sabe como hacerle para no meterse en problemas y que además lo ha apoyado.

Invadidos por tanta alegría, mamá nomo tomó de nuevo su bordado, que hacía tantos años había abandonado, papá nomo y los hermanos decidieron embellecer el hongo mientras mamá nomo felizmente cantaba y todo parecía haber cambiado. Se sentían fuertes como hace tiempo no se sentían, incluso las críticas desaparecieron por completo, se dieron cuenta de que cada uno de sus hijos era hermoso, ambos eran tan distintos y tan llenos de cualidades extraordinarias, que sentían una gran alegría al ver en ellos cosas que por mucho tiempo habían permanecido nubladas por el enojo, la tristeza, la desesperación, el miedo y la envidia.

Mientras esto ocurría, los nomos del reino, un poco confundidos y otro tanto sorprendidos, comenzaron a ver que un reflejo de luz se proyectaba hacia el cielo, no lo podían creer, pero era cierto, el hogar que por largos años había permanecido en penumbra, nuevamente se coloreaba y se acompañaba de bellos destellos de luz.

Parecía que los papás nomo y los hermanos Malú y Osiv, sin saberlo, pero guiados por una fuerza interior habían logrado la manera de vencer a los aliados de ISERE. Por un instante la familia Lamparín, habían conseguido regresar la paz, el amor, la conciliación y le habían dado la bienvenida al crecimiento.

Los aliados de ISERE de inmediato se sintieron debilitados, y tuvieron que salir huyendo del aquel hogar, pero ISERE llena de maldad y soberbia, no se daría por vencida y los convenció para que aún no se fueran, era muy pronto para que la familia Lamparín cantara victoria, así, que reunidos en la cueva de la **Desesperación** decidieron que era importante nublar nuevamente la vista de todos así que **Miedo** se decidió a conseguir que nuevamente Malú sintiera temor para salir al mundo, Osiv experimentara pavor al éxito, y que los padres pensaran que sus hijos no sabrían enfrentar ningún peligro, pero lo más importante se conseguiría logrando que los padres sólo marcaran los errores de sus hijos, comparando constantemente a uno con el otro, para que la **Envidia** se apoderará nuevamente de ellos. ¡Los hijos distraídos por la **Envidia** no podrán crecer!

Este sólo fue un plan de ISERE, no sabemos que pasará pero hoy ese hogar aún sigue encendido...

F I N

### *Cierre de la Terapia.*

El cierre de la sesión se llevó a cabo una vez que el hijo menor dejó de ser visto por lo padres como el paciente identificado e incluso la preocupación de ambos progenitores era la educación en ambos hijos. Este movimiento generó un espacio que permitió en Chela la posibilidad de salir y entrar más fácilmente a su sistema familiar, pues abrió la relación con su novio y buscó trabajo. En el caso de Chucho la familia reportó cambios importantes como la mejoría en las calificaciones y una mayor cooperación en casa.

Tres meses después se les llamó y nos comentaron que el cuento les había sido de mucha utilidad pues se habían unido como familia en contra de sus “enemigos”. Por su parte Chela solicitó el apoyo psicológico, pero consideraba que en esa ocasión ya no sería necesario que acudiera su familia, pues los problemas que tenía que tratar ya eran únicamente de ella; esta solicitud nos permitió darnos cuenta de que se había conseguido el establecimiento de límites en su subsistema individual.

**FAMILIA 2: ALOPECIA FEMENINA**

<b>Nombre de la familia:</b>	Lara Vite
<b>Familiograma:</b>	
<b>Solicitante:</b>	Sra. Sofía
<b>Modelo:</b>	Terapia Centrada en Soluciones
<b>Tipo de Supervisión:</b>	En vivo
<b>Supervisora:</b>	Dra. Ma. Rosario Espinosa Salcido
<b>Equipo:</b>	Claudia Canto, José Luis Castellano, Ma. Angélica Quirino, Erica Tepançal.
<b>No. de Sesiones</b>	<u>6</u>
<b>Personas que asistieron a las sesiones:</b>	Sra. Sofía
<b>Motivo de consulta:</b>	Alopecia
<b>Antecedentes familiares:</b>	Cuatro meses antes de acudir a sesión la Sra. Sofía comenzó a experimentar la caída de cabello por lo que acudió con un especialista en dermatología, quien le comentó que su padecimiento no parecía deberse a una causa médica y sí a alguna situación psicológica.
<b>Construcción de la Realidad:</b>	Para la Sra. Sofía, no hay ninguna razón psicológica que le pueda estar generando la alopecia, pues considera que se siente muy bien y más apoyada que nunca. Supone que las razones de su enfermedad están más relacionadas con razones de la edad o con su condición de diabética.
<b>Pautas de comportamiento:</b>	Se identificó que a lo largo de su vida, la Sra. Sofía ha actuado de manera positiva y con fortaleza para afrontar las diferentes situaciones de la vida incluyendo la muerte de su madre o el previo diagnóstico de



	diabetes que se le notificó años atrás.
<b>Construcción de la realidad:</b>	A pesar de actuar con fortaleza y optimismo, la Sra. Sofía se narra a sí misma como una mujer débil, muy sensible y chillona.
<b>Objetivos:</b>	- Resaltar su fuerza y determinación para enfrentar las diferentes situaciones de la vida. - Fortalecer su agencia personal
<b>Intervenciones terapéuticas:</b>	-Búsqueda de recursos -Búsqueda de excepciones -Uso de técnicas conversacionales centradas en el presente y futuro
<b>Cierre de la terapia:</b>	El cierre de la terapia se realizó con mucho éxito, después de la sexta sesión la Sra. Sofía reportó ya no llorar como lo hacía antes, se sentía una mujer fuerte y satisfecha por lo que había logrado con su familia y ahora tenía planes de ponerse a trabajar para ayudarle a su esposo, se compró nuevas mascaradas y ya no le preocupaba su problema de alopecia
<b>ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA ENFERMEDAD</b>	
<b>IMPACTO DE LA ENFERMEDAD</b>	Parece ser que en la familia Lara Vite, el diagnóstico de la alopecia movilizó a toda la familia hacia la búsqueda de información y apoyo mutuo. La experiencia es vivida más como un reto que como una amenaza.
<b>RESPUESTA ADAPTATIVA Y CAPACIDAD DE CAMBIO</b>	De acuerdo a lo propuesto por Falicov (1991), la familia Lara Vite se adapta de manera adecuada a la crisis, generando acciones como el aumento de apoyo emocional y la flexibilización en la ejecución de las tareas en los diferentes subsistemas compartiendo competencias y responsabilidades.
<b>INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD EN EL CICLO DE VIDA</b>	En esta familia parecen estar claros los límites en cada subsistema, por lo que las nuevas responsabilidades y el apoyo brindado a la persona enferma, no parece retrasar los proyectos de vida de cada uno de los miembros del sistema. De acuerdo a Minuchin (2004) la familia al adaptarse de manera adecuada, está permitiendo la continuidad de sus miembros, al mismo tiempo que permite las reestructuraciones sistémicas.
<b>SISTEMA DE CREENCIAS FAMILIARES EN TORNO A LA ENFERMEDAD</b>	Esta familia se ubicaría en un sistema de creencias orientado a la solución, creatividad y sensación de control así como de eficacia acompañada de un sentido de esperanza.

## ***Análisis Teórico Metodológico Caso 2 “Diagnóstico de Alopecia Crónica”***

Este caso se abordó desde el modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones. El proceso tuvo una duración de seis sesiones a las que acudió únicamente la Sra. Sofía, quien fue canalizada por un médico especialista en dermatología debido a que presentaba un alto grado de calvicie.

### **▪ *Antecedentes del problema (breve reseña de la entrevista telefónica y primera sesión)***

Al llevar a cabo la entrevista inicial, la Sra. Sofía refirió que cuatro meses atrás, se le comenzó a caer el cabello por lo que acudió con el médico general quien a su vez la canalizó con un especialista en dermatología; sin embargo, en ese momento ni el médico general ni el especialista pudieron encontrar la razón de su condición médica por lo que decidieron referirla con la psicóloga de la Clínica del ISSSTE, argumentando una posible causa emocional.

Durante la entrevista telefónica, la Sra. Sofía nos señaló que días antes su problemática dermatológica había sido etiquetada como alopecia androgénica de tipo femenino y enfatizó que no consideraba tener ningún problema de tipo psicológico, en su familia las cosas marchaban bien, sus hijos eran buenos muchachos y con su esposo la relación era estable, por lo que me subrayó que si aceptaba acudir a terapia era porque la Dra. se lo había pedido.

La alopecia androgénica de tipo femenino, es una condición que corresponde al tipo más común de alopecia y es atribuida a una mayor presencia de andrógenos, razón por la cual, se considera un padecimiento femenino asociado en su mayoría a la etapa de la menopausia, pues durante y después de ella, los niveles de estrógeno disminuyen y los andrógenos u hormonas masculinas toman un nivel superior, provocando que el cabello nazca más fino y más corto, hasta que al final deja de salir. (Manual Merck, 2000). Este padecimiento más allá de generar molestias físicas repercute en la esfera psicológica afectando los niveles de autoestima, ansiedad, irritabilidad e incluso depresión. Las personas que padecen esta condición tienden a aislarse y reportan una disminución importante en su calidad de vida ( Vorvin y Colven, 2010).

Al iniciar con la primera sesión la Sra. Sofía manifestó en concordancia a la entrevista previa que no creía necesitar la terapia, pues consideraba que lo que le sucedía guardaba mayor relación con una situación ginecológica.

Tanto el equipo como yo, nos mostramos comprensivos ante su relato, comentándole que estábamos de acuerdo con ella en que su padecimiento parecía deberse a alguna condición médica y enseguida desde una lógica construccionista le preguntamos en qué quería aprovechar la sesión y si había algo que nos quisiera compartir.

Esta pregunta provocó un giro de ciento ochenta grados, pues aunque la Sra. Sofía parecía nerviosa ante la experiencia de ser observada por todo un equipo de terapeutas, comenzó a compartirnos diversos aspectos de su vida.

Mientras transcurría la sesión, la Sra. Sofía parecía irse sintiendo más cómoda y comenzó a hablar de la percepción que tenía sobre sí misma como una persona muy sensible que lloraba fácilmente y se sentía una mujer débil.

Como resultado de esta conversación las supervisoras sugirieron el trabajo con el modelo centrado en soluciones y comencé a explorar excepciones en donde ella se visualizara como una mujer fuerte. Mi objetivo hasta ese momento era que así fuera la primera y única sesión, ella se pudiera llevar algo que le fuera de utilidad así que me mostré entusiasta ante la búsqueda de nuevas posibilidades.

La Sra. Sofía también se mostró entusiasta identificando dos eventos en los que su actuación ante los demás se caracterizó por su determinación y fuerza, así que comenzó a narrar la forma en la que procedió cuando su madre murió, señalando que hasta ella se sorprendió, pues les habló enérgicamente a todos sus hermanos incluyendo a los más grandes siendo ella quien tomó la decisión de actuar rápidamente. También resaltó la relación con su hija, en donde por la rebeldía de esta última había tenido que ejercer su maternidad con más fuerza poniendo límites a su comportamiento.

Estas dos momentos excepcionales nos llevaron a preguntarle, qué era lo que pensaba de esta mujer que tomaba decisiones en momentos importantes, que hablaba fuerte y decidida cuando era necesario y que además, se daba el tiempo para llorar. A esto, ella respondió que a lo mejor necesitaba que la vieran como una mujer débil, pero no sabía por qué y nos narró como un día antes, ella se mostró fuerte ante su marido ahora que él estaba pasando por una situación difícil en su trabajo. Señaló que cuando pasan por una situación difícil, ella actúa como una mujer fuerte.

La sesión estaba por finalizar y la Sra. parecía estar cada vez más involucrada con la conversación, se le dio el mensaje del equipo mencionándole que contaba con habilidades importantes que tal vez le serían útiles en esta etapa familiar.

También se le comentó que nos dábamos cuenta de que en su vida había tenido situaciones críticas sobre la salud; en donde tanto ella como su familia habían sido capaces de poner el ejemplo sacando fuerza, dejando el llanto para otro momento y tomar las mejores decisiones. Finalmente, ya para despedirnos llegó la hora de hacerle preguntarle si volvería con nosotros para compartirnos de su reflexión sobre una posible lucha entre la fuerza y la debilidad; la respuesta fue un sí y cinco sesiones más.

Hasta aquí me es importante señalar que decidí colocar gran parte del resumen de la primera porque para mí fue muy simbólico el hecho de cómo es que al colocarnos en una postura horizontal ante los relatos de la Sra. Sofía, la conversación dio un giro completo en donde ella se permitió así misma hacer de un espacio “médico” y “obligado”, un espacio de reflexión en el que se dejó entusiasmar ante la búsqueda de excepciones.

En este sentido O’Hanlon (2006), señala que para el curso del trabajo terapéutico se pueden tomar varias rutas aceptando que ninguna es más correcta que la otra, simplemente son posibilidades que pueden ser útiles por algún tiempo antes de decidir cambiar de dirección.

## *Análisis desde el Modelo Centrado en Soluciones*

### ▪ *Puntuación de los hechos:*

Al llegar a la sesión, para la Sra. Sofía, no había ninguna razón psicológica que le pudiera estar generando la alopecia, pues consideraba que se sentía muy bien y más apoyada que nunca por cada uno de los miembros de la familia. Suponía que las razones de su enfermedad estaban más relacionadas con cuestiones de la edad vinculadas a la menopausia.

Posteriormente en el transcurso de las sesiones surgió el tema de la percepción que ella tenía sobre sí misma, la cual se relacionaba con la ausencia de fuerza y a la vez con la preocupación que le generaba a los miembros de la familia y principalmente a su hija, quien en ocasiones le reclamaba que no preguntara las cosas y no se informara sobre lo que le pasaba.

Conforme fue avanzando el proceso terapéutico, la puntuación de los hechos parecía ir cambiando hacia un discurso de fuerza y determinación, en donde la Sra. Sofía logró verse como una mujer capaz de enfrentarse a situaciones de vida complejas como la presencia de una enfermedad o muerte y al mismo tiempo se valoró como una pieza importante dentro de su familia para la construcción de una dinámica familiar ,caracterizada por la unión y el apoyo que se brindaban todos los integrantes del sistema.

### ▪ *Pautas de comportamiento*

Pareciera que el comportamiento de la Sra. Sofía fluctuaba entre la debilidad y la fuerza, daba la impresión que durante la cotidianidad se colocaba en un rol pasivo en donde le era difícil mostrarse con determinación ante las decisiones de su vida; pero en situaciones de complejidad en donde los miembros de su familia requería de apoyo, ella se mostraba fuerte ejerciendo la toma de las decisiones, brindando contención a quien lo necesitara y desde luego manteniendo un diálogo interno de autodeterminación que le permitía enfrentarse de una manera positiva ante las experiencias difíciles de su vida, como lo habían sido la enfermedad y muerte de su madre, el alcoholismo de su esposo así como los diagnósticos de diabetes y alopecia que se le diagnosticaron en los últimos años.

- ***Construcción de la Realidad:***

A pesar de actuar con fortaleza y optimismo en diversas situaciones, la Sra. Sofía se narraba a sí misma como una mujer débil, muy sensible y chillona. A lo largo de la conversación nos fue posible identificar que gran parte de su relato, guardaba una fuerte relación con la creencia de que una mujer orgullosa de sí misma que hace públicos sus propios recursos es una mujer presumida.

Logramos identificar lo anterior de manera clara cuando de tarea se le dejó compartir con su hija la lista de sus recursos y ella regresó comentando que no lo pudo hacer porque sintió que no era correcto presumir las cosas que había hecho, así que optó por únicamente saberlo ella.

Tal aspecto me llevó a reflexionar sobre el rol de sumisión que durante muchos años ha jugado la mujer mexicana; rol que se caracteriza por mostrarse débil a pesar de no serlo y sacar adelante a tantas familias pese a las múltiples problemáticas económicas, de salud y violencia. Para muchas mujeres mantenerse en una postura de aparente pasividad, es sin duda la mejor opción para ser congruentes a los discursos de poder que dictan lo que es ser una buena o mala mujer/esposa/madre.

- ***Objetivos:***

Los objetivos en los que se centró el proceso terapéutico fueron:

1. Resaltar su fuerza y determinación para enfrentar las diferentes situaciones de la vida.
2. Fortalecer su agencia personal

- ***Intervenciones***

El proceso terapéutico se abordó con el modelo centrado en soluciones en donde las conversaciones se enfocaron a la búsqueda de excepciones y recursos que se presentaron en cada una de las esferas de vida que eran importantes para la Sra. Sofía, retomando su rol de madre, de esposa y como mujer. Las excepciones y recursos se abordaron haciendo uso del pasado presente y futuro, recordando que de acuerdo a este modelo el cambio es constante e inevitable, la conversación se centró en la omnipresencia del cambio, y de una conversación basada en el cómo

las cosas han seguido igual, cómo las cosas han cambiado y contribuirán a crear un futuro (O'Hanlon y Weiner, 2006).

- Explorando excepciones en su rol de madre:

Se conversó sobre lo que tiene esta familia para que hoy sea como es, y la Sra. mencionó que se debe a como es ella, es decir, tranquila y le gusta estar en su casa. Consideraba que esto le había benefició a su familia porque a ellos también les gustaba estar en su casa, les agradaba estar en familia porque no tenían problemas fuertes; ella pensaba que a la gente que disfruta de estar en la calle es porque no le gusta su familia debido a que hay muchos problemas.

De igual forma la Sra. Sofía mencionó que su hija le ayudaba mucho, "*lava su ropa y es muy responsable*", así que se le pregunta cómo es que logró esto de que su familia coopere es las labores del hogar, ya que esto es parte de la unión familiar. Ella pensaba que se debía a como les hablaba y como les platicaba, por ejemplo en el momento en que su hijo tuvo pareja habló con él sobre las reglas de la comida "Yo voy a hacer la comida, y si les gusta bien y si no pues buscan y se hacen otra cosa".

Se le preguntó cómo esta mujer fuerte que también dice "yo me siento bien" había favorecido a su familia; ella respondió que mucho, porque ella trataba de verle el lado amable a las cosas, y su hija se sorprendía de que su mamá tuviera sentido del humor en momentos difíciles.

- Explorando excepciones en su rol de esposa

Menciona que su esposo hace muchos años tomaba, pero ella se quedaba callada y ya hasta el otro día que él estaba bien hablaban. Últimamente su esposo había cambiado mucho y se ponían a platicar; además él le dijo que "*tantos años y no me había dado cuenta de todo lo que haces*", así que comenzó a ayudarle mucho, y eso era algo que la tenía muy sorprendida.

- Explorando excepciones de "ser fuerte" usando el pasado, presente y futuro.

## PASADO

Se le preguntó si desde que era niña ya usaba eso de buscarle el lado amable a las cosas y todas las cualidades mencionadas y ella respondió que sí, pues quedó huérfana de padre cuando tenía 8 años, y se quedó a cargo de la casa así que le tocó empezar a hacer de comer desde chica. Mencionó que desde niña le gustaba estar en su casa,

Con este ejemplo el equipo le señaló cómo es que esa mujer fuerte con dichos recursos había estado presente a lo largo de toda su vida.

## PRESENTE

En una de las sesiones conversamos sobre su presente y la necesidad de tener que ser fuerte; ella nos compartió, que había tenido que actuar con fortaleza, ya que su hijo y nuera días anteriores a la sesión perdieron a su bebé. Este evento lo enfrentó con mucha fuerza dándoles ánimo, consejos y cariño y evitando que ellos la vieran llorar pues consideró que en esos momentos era a ella a quien le tocaba apoyarlos. Esta actitud fue agradecida por su nuera, quien se sintió muy apoyada por la Sra. Sofía y esto le hizo sentir muy bien, a pesar del dolor presente en la familia.

## FUTURO

Consideró que el darse cuenta de sus recursos le serviría a su familia para que siempre se mantuviera unida aún cuando los hijos se vayan; lo más importante para ella era que su esposo permaneciera a su lado en esa nueva etapa.

También reflexionó sobre el ejemplo que ella y su marido les daba a sus hijos señalando que éste les serviría en un futuro para permanecer juntos en situaciones problemáticas. Incluso afirmó que esto es algo que ya lo veía reflejado en sus hijos pues ambos se habían hecho responsables de sus cosas y los dos cooperaban en las actividades del hogar.



- Excepciones “fuerza” en el manejo de la enfermedad

Comentó que mucha gente pensaba que ella estaba enferma, pero nos aseguró que ella no se sentía mal, incluso cuando le detectaron diabetes, ella siguió haciendo su vida normal y sólo se acostaba cuando le dolía la cabeza. *“¡No me siento mal, estoy bien y lo mismo con esto, no tengo nada y como me ven para acá para allá!”*

- Mensajes de equipo
- Mensajes del equipo centrados en excepciones

-El equipo se dio cuenta de que esta familia se apoya mucho y que ahora que Ud. está en esta situación sus hijos quieren estar con Ud. y que no les da pena. Su esposo ha tenido unos cambios impresionantes, muestra respeto y apoyo. Esto nos hace pensar, que quizá las situaciones de vida complicadas para ustedes como familia, se convierten en momentos de oportunidad para apoyarse más, para estar más unidas.

-Antes de darle el mensaje se le preguntó qué significaba para ella venir a platicar con nosotros, así que ella respondió que primero lo hizo porque la mandaron y después porque podía estar platicando y podía sacar todo. Así que se le preguntó sobre qué de lo que se había platicado era lo que le había llamado la atención y comentó que se sintió muy bien cuando se le dijo que era fuerte *“y sí tiene razón, soy muy fuerte y este problema así como otros los he enfrentado muy bien”*.

- Mensajes del equipo resaltando búsqueda de posibilidades

El equipo la felicita por darse la oportunidad de buscar alternativas para sentirse más bonita, además de que la peluca es un accesorio que se puede alternar con el uso de la mascada. Pero más allá de la peluca, el equipo reflexionó acerca de que la familia que Ud. tiene y el apoyo por parte de su esposo. El equipo piensa que ni la mascada o la peluca más hermosa del mundo, podrían darle lo que le da esa familia, ese cariño y ese apoyo.

- Preguntas de escala

En la cuarta sesión, se le hizo una pregunta de escala “Si pudiéramos poner en una escala del 1 al 10 la fuerza, siendo “0” la menor y “10” la mayor ¿cómo se sentía cuando llegó aquí y cómo se siente ahorita?” ella comenta que logró un cambio del 3 al 8.

Ejemplo de intervenciones llevadas a cabo en la quinta sesión

INTERVENCIÓN	EJEMPLO
Explorar el tema de la estima personal	<p>¿Podrá recuperar su cabello?  <i>Me dijeron que me fuera haciendo a la idea de que no le volverá a salir, así que ya me hice a la idea si me sale bien y si no también.</i></p> <p>¿Ud. se siente atractiva sexualmente para su esposo?  <i>No mucho porque necesito mi cabello.</i></p> <p>¿El que Ud. no se sienta atractiva ha afectado en su relación con su esposo?</p>
Normalizar:	<p><i>“A veces me veo en el espejo y siento que ya voy a dar el viejazo”</i></p> <p>Quizá estas son preocupaciones naturales con respecto a la edad.</p>
Búsqueda de excepciones “cuando se siente bonita”	<p>¿En esos momentos en que Ud. se siente bien, hay algo que haya notado que hace diferente para sentirse así?</p> <p>¿Qué le habrá ayudado a sentirse mejor?  <i>“que mi marido me dice que me veo bien, el apoyo de ellos es lo que me hace pensar “bueno”.</i></p>
Búsqueda de alternativas	<p>¿No ha pensado en la alternativa de las pelucas?  <i>Si, ya me dieron una pero no me gustó...</i></p> <p>¿Por qué no buscar una peluca que le guste?  <i>“Lo que pasa es que me han dicho que las pelucas buenas salen caras”</i></p>
Pregunta orientadas al futuro	<p>¿Cuando tenga la peluca que le guste, como se va a sentir?  <i>¡Uy pues mejor!</i></p>

- Lista de recursos utilizados a lo largo del proceso

PRIMERA SESIÓN	SEGUNDA SESIÓN	TERCERA SESIÓN	CUARTA SESIÓN
<p>-Apoyó a su madre</p> <p>-Habla fuerte cuando es necesario</p> <p>-Toma decisiones</p> <p>-Se da el tiempo de llorar cuando es necesario</p> <p>-Pone reglas a sus hijos</p> <p>-Aconseja</p> <p>-Ha sabido enfrentar las situaciones críticas como la salud.</p> <p>-Sabe que en los momentos críticos ella tiene que ser la fuerte.</p>	<p>-Hace su vida “normal”</p> <p>-Mantiene a su familia unida</p> <p>-Sabe que la quieren</p> <p>-Sabe que ella y su esposo están más unidos</p> <p>-Ya está preparada para la etapa en la que sus hijos se vayan.</p> <p>-Pone reglas decidiendo el tiempo que le dedicará a sus nietos.</p> <p>-Sabe que a pesar de las dificultades su familia ha salido adelante</p> <p>-Las situaciones difíciles de la vida las convierten en una oportunidad para apoyarse más</p> <p>¡Se siente bien! ¡Muy bien!</p>	<p>-Es muy tranquila</p> <p>-Le gusta estar en su casa</p> <p>-Le gusta estar con su familia</p> <p>-En su familia no hay problemas “fuertes”</p> <p>-Es comprensiva</p> <p>-Sabe cuando guardar silencio</p> <p>-Sabe cómo comunicarse, explicarles y hablar con ellos</p> <p>-Platica mucho con su hija</p> <p>-Sabe que su hijo tendrá que hacerse responsable de sus cosas</p> <p>-Establece reglas</p> <p>-Tiene a su familia unida</p> <p>-Hace bromas con sus hijos</p> <p>-Se siente muy bien</p> <p>-Tiene sentido del humor</p> <p>-Le busca el lado amable a las cosas</p> <p>-Responsable desde muy chica (a la mejor a eso se debe que sea fuerte)</p> <p>-Sabe que ella ha contribuido mucho a que su familia sea como es.</p> <p>-Acepta los reconocimientos que le han dado su esposo y su hija por todo lo que ha hecho por la familia.</p>	<p>-Ya casi no llora</p> <p>-Marca sus metas, como el tener su propia casa</p> <p>Sabe defender sus derechos</p> <p>-Sabe muy bien lo que está bien y lo que está mal</p> <p>-Es una mujer sabia</p> <p>-Aprovecha la experiencia</p> <p>-Sabe ser feliz y sonreír</p> <p>-Sabe decir las cosas de la manera adecuada</p> <p>-Es el pilar de la familia</p> <p>-Acepta los reconocimientos que le dan</p> <p>-Ha sabido apoyar a los demás</p> <p>-Les da a los demás lo que espera recibir de ellos.</p> <p>-Sabe escuchar y seguir consejos</p> <p>-Incorpora nuevas personas a la familia como a la nuera y eso no cualquier suegra lo hace.</p>

▪ Cierre de la terapia:

El cierre de la terapia se llevó a cabo de manera exitosa en la sexta sesión en donde era notorio un cambio en el relato haciéndose presente una mayor seguridad en la percepción que ella tenía de sí misma, y en donde incluso fue posible abordar el tema de la alopecia relacionada con el tema de la estima personal.

Durante las conversaciones me fue posible ver a una mujer fuerte y muy segura de sí misma, que

estaba satisfecha con su papel de madre y esposa, que además planeaba un futuro promisorio al lado de su esposo y que se sentía con la determinación necesaria de seguir enfrentando las diversas situaciones de la vida con la fortaleza con la que hasta ahora lo había hecho.

### **3.2 Análisis y discusión del tema “enfermedad crónica y familia”**

Las familias en general atraviesan por diferentes momentos evolutivos claramente identificados como etapas del ciclo vital de la familia. El paso de una etapa evolutiva a otra implica transformaciones y la constante negociación de nuevas reglas familiares, creación de diferentes subsistemas, distintos límites, etcétera. Estas transiciones naturales traen consigo conflictos y crisis, que idealmente deberían ser resueltos de tal forma que la familia se adapte a una etapa tras otra.

Sin embargo, adicionalmente a las transiciones correspondientes a cada ciclo evolutivo, hay familias que se enfrentan a situaciones que van más allá de la evolución “natural”. Diferentes sucesos o crisis como son la muerte inesperada de un familiar, alguna catástrofe natural, el nacimiento de un hijo con necesidades especiales o el diagnóstico de una enfermedad crónica o terminal, son en general situaciones que implican grandes ajustes para todo el sistema familiar.

En el caso de las enfermedades crónicas se ha observado que no sólo resulta fuertemente afectada la persona diagnosticada, sino que se genera un cambio a nivel familiar, que obliga a todo el sistema a reestructurar sus reglas y el rol que cada uno de los integrantes desempeña. Para Minuchin (2004) este tipo de eventos impone a las familias un alto nivel de estrés, ya que si algún miembro de la familia se enferma seriamente, varias de sus funciones y su poder, deberán ser asumidas por otros miembros de la familia.

Falicov (1991) considera que al interior de la familia, el diagnóstico de una enfermedad crónica se vive como un suceso que no sólo afecta al miembro que la porta sino a todo el sistema familiar. Se considera como parte de una crisis transaccional no esperada, en donde la familia tendrá que ajustar su estructura y decidirá vivirlo ya sea, como un reto o como un desafío.

De igual forma, para Patterson y Garwick, (1994) uno de los eventos de mayor estrés es el diagnóstico de un enfermedad crónica, ya que genera una crisis familiar que implica una reorganización en los estilos de funcionamiento, por lo que entre más elementos se tengan que reorganizar mayor será el estrés en el sistema. Esta opinión, la comparte Abia (2003), quien considera que la aparición de una enfermedad crónica trae sufrimiento tanto para la persona enferma como para la familia y suele vivirse como una catástrofe y algo que sale de su control.

Por su parte Rosman (1991 cit. en Falicov, 1991.) considera que muchas de las familias logran recuperar un equilibrio razonable al mismo tiempo que brindan los cuidados necesarios para el enfermo, mientras que otras familias, permanecen en un estado de desequilibrio, se estabilizan en una estructura disfuncional o bien, se equilibran pero prestando un cuidado inadecuado a la persona portadora de la enfermedad.

Autores como Fuertes y Maya (2001) consideran que la manera en la que actúan las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos. Señalan que en la mayoría de los procesos, las familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación siendo capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos a pesar de las reestructuraciones que esto les exija, mientras que por otro lado, hay familias que se cierran en sí mismas y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando su autonomía de independencia.

Al respecto Minuchin (2004) ha descrito que el funcionamiento de familias psicósomáticas de niños afectados de diabetes, asma o anorexia nerviosa, se caracteriza por una forma extrema de sobre involucramiento que tiene como resultado la exacerbación de la enfermedad.

En otras situaciones con pacientes crónicos, la familia en cambio se distancia a causa de la presión de la enfermedad hasta el punto de desintegrarse por la vía del divorcio, la institucionalización o la muerte y con mucha frecuencia los cónyuges de los pacientes crónicos experimentan un padecimiento subjetivo mayor que el del propio enfermo (Walsh y Anderson, 1988; Fuertes y Maya, 2001).

Desde esta lógica, muchos de los estudios de las familias con enfermedad crónica se han centrado en aquellas pautas de interacción que prevalecen en la familia y que mantienen los síntomas por más tiempo del que haría predecir el curso normal de la enfermedad o del trastorno, haciendo

énfasis en el proceso de adaptación (Falicov, 1991). En otros casos los estudiosos han abordado la crisis generada por la enfermedad desde un punto de vista estructural pero tomando en cuenta la significación de la enfermedad crónica y el ciclo vital en el que se encuentre la familia (Rolland, 1987; Maturana, 1987, citado en: Álvarez, 2001).

El objetivo del presente estudio es precisamente analizar el impacto que ha tenido la enfermedad crónica en dos familias que fueron atendidas en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala y la Clínica Tlalnepantla del ISSSTE. Para dicho análisis se tomarán en cuenta los siguientes puntos;

- a) El impacto de la enfermedad sobre la organización de la familia.
- b) La respuesta adaptativa del sistema para a mantener la estabilidad y la capacidad de cambio.
- c) Los efectos de la enfermedad en el proceso evolutivo del sistema familiar a lo largo del ciclo vital.
- d) Las creencias o significados familiares de la enfermedad crónica.

#### **a) El impacto de la enfermedad sobre la organización familiar**

Todo sistema familiar se ve sometido a un estrés considerable cuando a uno de sus miembros se le diagnóstica una enfermedad crónica. Se ha observado, que en la mayoría de las familias repercute particularmente en un estado de vigilia emocional que se transforma en angustia y sentimientos de culpa así como la amenaza potencial de pérdida o invalidez de un miembro de la familia (Ramírez, Méndez, Barrón, Riquelme y Cantú, 2001).

Esto plantea para el sistema familiar pesadas exigencias de consolación, búsqueda de información y apoyo mutuos. Las necesidades de la persona diagnosticada de recibir cuidados a largo plazo plantean nuevos retos que movilizarán por completo la estabilidad de la familia (Walsh y Anderson, 1988).

De acuerdo a Sheinberg y Fraenkel (2000, cit. en: Peen, 2001) el diagnóstico de una enfermedad crónica es vivido por toda la familia como una experiencia sumamente traumatizante por lo que usan el término de “trauma relacional” refiriéndose al efecto que el diagnóstico tiene sobre todo el

sistema, provocando estrés físico, desolación e impotencia para cada uno de los miembros de la familia.

**CASO 1**

*Hija mayor: para mi fue un cambio total porque de apoyarme en ella, ella era todo para mi. Todo fue muy rápido, de repente tener que hacer mis cosas, ya no depender de ella. Pienso que asimilé el cambio entendiendo que ya tengo que hacer mis cosas. Eso para mi fue un shock porque nunca pensé que le fuera a pasar eso a mi mamá.*

Algunos autores consideran que ciertas familias presentan características particulares que pueden potencializar la experiencia del estrés. Por ejemplo, algunas familias ya antes de ser diagnosticada la persona, poseen un subsistema parental desequilibrado por lo que el agregar una nueva causa de estrés puede sobrecargar al cónyuge más comprometido (Walsh y Anderson, 1988). También hay familias que se aíslan y rodean a todo el sistema de fronteras muy rígidas, que les impiden comunicarse con fuentes de apoyo extrafamiliar; otras por el contrario, son demasiado abiertas y se permiten guiar por asistentes bien intencionados pero mal informados (Falicov, 1991).

Así pues, para Boyer (2008), el impacto que tenga la enfermedad en el sistema familiar dependerá de diversas y particulares características como lo son:

1. La etapa del ciclo vital

El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra.

2. La flexibilidad o rigidez de los roles familiares.

Ante la presencia de una enfermedad, las familias responderán mejor cuanto más flexibles sean. En el momento que se diagnostica la enfermedad se crea la necesidad de redistribuir los roles, pues inmediatamente después tendrán que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad, ya que les es más difícil adaptarse a las nuevas condiciones de la dinámica familiar.

### 3. Las creencias familiares

El conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los integrantes de cada familia, intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad. Cada sistema familiar hará una interpretación distinta del proceso de enfermedad y de ello dependerá que se vea como un reto o una pérdida.

### 4. El nivel socioeconómico

Algunos autores consideran que la crisis por enfermedad será mayor en las familias con escasos recursos económicos, pues consideran que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. La familia requerirá para los cuidados, mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curas, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etc.; y en caso de que el paciente sea el proveedor, será necesaria la reorganización de roles, de tal forma que algún otro miembro tendrá que cumplir con la función, dejando atrás su rol habitual de estudiante o de ama de casa.

### 5. La comunicación familiar

Es común observar en muchas familias una actitud conocida como “pacto de silencio” o “conspiración de silencio”. La conspiración consiste en una supuesta protección que familiares, amigos e incluso el médico y otros profesionales de salud tratan de brindar al paciente enfermo, evitando hablar del tema de la muerte o del deterioro físico al que será sujeto a lo largo del padecimiento generando una fuerte sensación de ansiedad y temor en todo el sistema familiar, al grado de limitar el propio desarrollo e individuación de cada uno de los miembros de la familia.

### 6. La capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos

La capacidad de respuesta familiar a los conflictos es un indicador pronóstico del impacto que tendrá la enfermedad en el sistema y guarda una fuerte relación con la flexibilidad para negociar reglas y reestructurar roles e independencia de cada uno de sus miembros.

<b>CASO 2</b>
<i>“Sra. Sofía: también mi hija me apoya, yo pensaba que con mi “problema” no iba a querer salir conmigo, y no ocurrió eso, al contrario, me apoyan mucho y mi esposo me</i>



*quiere acompañar a todos lados. “Resulta que yo siento que al contrario hasta más están conmigo”.*

Ahora bien, de acuerdo a Galfré y Barinboim (2008) es fundamental resaltar que independientemente de las características de cada una de las familias, se han identificado fases similares de ajuste al momento de diagnosticar una enfermedad:

1. Fase de shock emocional: Se presenta en el momento en el que la familia es informada del padecimiento y principalmente se caracteriza por la “negación”

**CASO 1**

*Sra. Liliana: “cambió mi vida y no lo aceptaba, tuve que hablar con psicólogos para aceptarlo”*

2. Fase de aceptación de la enfermedad: Se considera que es a partir de este momento cuando aparecen cambios en la vida familiar y una alteración en el estilo de vida para cada uno de los integrantes. En esta fase aparecen miedos, dudas, incertidumbre, ansiedad y se genera una gran necesidad de saber qué es lo que va a pasar.

**CASO 1**

*Sr. Chuy: “Todo cambió bastante, ya no salimos, el descanso lo dedico para ir al hospital, para ir a firmar nóminas, todo el tiempo es para mi esposa, no descanso y todo el tiempo ando vuelta y vuelta. No me afecta y no me incomoda, lo hago con gusto.*

Se considera que tanto la fase inicial de shock como la fase de aceptación van acompañadas de negación.

3. Fase de adaptación a la nueva situación: esta fase en general se caracteriza por la aparición de sentimientos positivos, el sistema familiar comienza a construir expectativas de futuro y de lucha, de la sensación salir hacia adelante y por la búsqueda y aplicación de recursos para mejorar la calidad de vida.

**CASO 1**

*“Sra. Liliana: Me siento bien con la enfermedad, estoy contenta con mis compañeras, tengo fe en que un día va a llegar un riñón para mí, no quiero llegar a la fístula, pienso que le voy a echar ganas”*

Ahora bien, de acuerdo a Poveda (2008) en el transcurso de estas fases la familia experimenta diversas pérdidas que se ven reflejadas de forma sistémica en:

- Pérdidas del rol del enfermo.
- Cambios en el rol de los demás miembros de la familia.
- Separación del entorno familiar.
- Problemas de comunicación familiar.
- Cambio del nivel socioeconómico.
- Cambio en el manejo del tiempo libre.
- Cambio en proyectos de vida.

**CASO 1**

*“Sra. Liliana: el no poder hacer mis cosas, en donde vivimos no hay servicio de agua, así que tenemos que acarrearla y me molesta tener que pedirlo y que no sé si me lo den. O cuando se van a la escuela no puedo agarrar el agua para lavar los trastes.*

Como se puede ver el diagnóstico de una enfermedad irá acompañada de diferentes demandas, pérdidas, cambios estructurales, etcétera que cada familia de acuerdo a sus propias características deberá de enfrentar, y su estabilidad y sobrevivencia dependerá de su respuesta adaptativa.

**b) La respuesta adaptativa y capacidad de cambio**

Para Minuchin (2004) una familia logra adaptarse al estrés cuando mantiene la continuidad de sus miembros, al mismo tiempo que permite las reestructuraciones sistémicas; contrario a ello, una familia que responda al estrés con rigidez, manifestará pautas disfuncionales.

En el caso de las enfermedades crónicas la forma en la que las familias suelen afrontar la situación determina el logro adaptativo que han tenido de la enfermedad. Algunos autores consideran que cuanto menor sea el cambio estructural en la familia y mejor la adecuación del control médico, la adaptación podrá realizarse de una mejor manera desde el punto de vista de la estabilización del sistema en un nivel funcional (Morof y Larsen 2002).

Así pues, para Falicov (1991) una adaptación adecuada se caracteriza por cambios de orden primario, pues considera que si bien es cierto, los miembros de una familia quizás hagan algunas cosas de manera distinta que antes, la estructura familiar básica no tiene porque transformarse y si en cambio, debe haber aumento de apoyo emocional, flexibilización en la ejecución de las tareas en los diferentes subsistemas (compartiendo competencias y responsabilidades) y una normalización del régimen de atención médica que consiste en incorporarlo, en lo posible a las rutinas normales.

#### **CASO 2**

*“Sra. Sofía: “Lo que más me ha sorprendido es el cambio de mi esposo, pues antes era muy gritón, muy enojón, y ahora puede demostrar que me quiere cuando antes no lo hacía. Ahora me ayuda mucho, lava los trastes, lava ropa, va por la sobrina a la escuela, hace la tarea con ella y cuando yo llego a la casa ya está todo listo. Descubrí, que a pesar de su carácter él se preocupa mucho por mí, me habla suave y ya no me grita. Esto me hace sentir querida y me permite tejer y estar relajada”.*

Contrario a ello, una adaptación inadecuada se caracteriza en que el sistema familiar:

- Se excede en sus respuestas organizándose en torno del manejo de la enfermedad.
- Se presentan cambios de segundo orden, que implica ajustes innecesariamente amplios a las rutinas de tratamiento médico y de la vida cotidiana
- Se presenta una menor diferenciación de subsistemas por ejemplo, se desarrollan subsistemas confusos progenitor-hijo y en algunos casos el paciente es subestimado en sus funciones o utilizado como chivo emisario y se desjerarquiza entre los hermanos o bien el subsistema conyugal se sumerge en el subsistema parental

### **CASO 1**

*Hija mayor: cuando mi madre enfermó las personas nos retiraron el apoyo, pero además a mi mamá no le gusta pedir ayuda, así que yo siento mucha responsabilidad porque mi madre me dice “si tú me fallas yo me muero” pero yo me pregunto ¿en qué le puedo fallar?*

Las familias que manifiestan este tipo de adaptación suelen intensificar su adhesión a sus pautas transaccionales predilectas y desarrollar otra pauta aun más rígida, por lo que se logra una estabilidad precaria a un alto costo individual para los miembros de esa familia. Al evitar nuevos estresores y desafíos potenciales, reducen sus oportunidades de diversificar las interacciones con el ambiente que les rodea, aprender de las experiencias ajenas y probar nuevas pautas de conducta.

Se ha encontrado que las familias que se adaptan con dificultad, están conformadas por estructuras internas menos flexibles y apropiadas para las diversas etapas de su ciclo vital y son vulnerables en los puntos de transición de éste, por lo que a menudo se percibe una pauta de organización excesiva en torno de la afección, lo que conduce a una mayor rigidez de las pautas familiares y va en menoscabo de los procesos evolutivos, individuales y familiares.

Es por ello que Patterson y Garwick (1994) recomiendan poner énfasis en el ajuste y adaptación de la familia a través del tiempo, así como en la manera que asumen las nuevas demandas, sus recursos familiares y el significado que tiene para cada uno de los miembros del sistema, el enfrentarse y adaptarse a la enfermedad crónica con tal de mantener el equilibrio familiar.

#### **c) Las influencias de la enfermedad en el proceso evolutivo del sistema a lo largo del ciclo vital**

El diagnóstico de una enfermedad crónica se experimenta como un evento no programado e intempestivo que llega en un momento evolutivo del ciclo familiar y personal, imponiendo limitaciones y restricciones que obligan a reorganizar prioridades y objetivos en el marco del proyecto de vida personal y familiar. De acuerdo a Alvarez (2001) esta reorganización implica

nuevas ordenaciones acompañadas de renunciaciones, aplazamientos y frustraciones, generando como resultado una nueva estructura del sistema individual y familiar en todos los ordenes:

- las relaciones entre ellos,
- el reparto de funciones y tareas,
- dejar de lado algunas metas y propósitos,
- aplazar el proyecto de vida familiar y personal.

#### **CASO 1**

*Hija mayor: me siento atada al salir con mi novio porque tengo que regresar con mi familia, me gustaría tener un poco más de tiempo y no tener que echar mentiras para poder salir con él.*

Se considera que la detección de una enfermedad crónica, es un evento estresante que se ve reflejado en altos niveles de ansiedad y que a la vez, afecta a las transiciones evolutivas correspondientes a cada etapa del ciclo vital. En este sentido Rolland (1987), sugiere que para comprender la adaptación de las familias a la enfermedad, es fundamental ubicar el ciclo evolutivo en el que se encuentra así como las demandas a las que ya de por sí se halla sujeta, pues sin duda, no será lo mismo el diagnóstico de una enfermedad crónica en una familia con hijos adolescentes, que con hijos que se están emancipando del hogar, o si le ocurre a la madre o al padre, o al hijo mayor o menor de la familia.

#### **d) Sistema de creencias familiares respecto a la enfermedad:**

Las familias pueden percibir la enfermedad crónica como un hecho amenazante que mina todos sus recursos o como un hecho retador que simbolice la oportunidad de reorganizarse y redefinirse como sistema familiar. Estas diferentes maneras de mirar la crisis desencadenada por una enfermedad crónica, dependerá del significado que se le asigne al padecimiento desde la propia lógica familiar que ha sido construida en la experiencia y la historia intergeneracional.

El conjunto de creencias se verán reflejadas en los relatos, la narrativa que gira en torno a la enfermedad, el significado que le da la familia y la persona enferma a la situación, las acciones

que ejercen para enfrentarla, sus miedos, las conversaciones que manejen en cuanto a experiencias previas con eventos críticos intergeneracionales, así como historias recientes.

Maturana 1987; cit. en: Alvarez, 2001) propone tomar como eje central la percepción que el individuo y la familia tienen sobre la situación y comprender que la crisis de la enfermedad será definida por la persona enferma así como por su grupo familiar y no por factores externos. La búsqueda de bienestar, competencia, capacidad de respuesta y autoorganización para la crisis, así como la forma de asumirla, determinará la percepción que la familia e individuo, tengan sobre la enfermedad crónica.

Esto no descarta el hecho de que la enfermedad junto con su propio ciclo evolutivo, pueda ser acelerado por variables del propio padecimiento como síntomas de malestar, fallas en los tratamientos, deterioro físico, no adherencia al régimen médico, efectos colaterales de las drogas, ruptura de redes familiares y sociales, fatiga, dolor, tensión física, psicológica y social, pero se enfatiza, que será la familia y la persona enferma quienes definan las crisis como retos o amenazas.

Del mismo modo las expectativas que la familia tiene acerca de su papel y de los agentes de salud, el significado que le atribuyen a estar enfermo, a la enfermedad, a la salud, influyen en el curso y vivencia de la misma. Así pues, la discusión comprensiva de tales creencias, temores y expectativas se convierte en un asunto crucial, si lo que se desea es asistir a la familia con el objetivo de preservar el sentido de competencia.

Al respecto, se ha observado que la construcción de creencias gira en torno a dos ejes:

1) De dirección: un sistema de creencias que orienta a la familia y a la persona enferma a la solución, creatividad y sensación de control así como de eficacia, acompañada de un sentido de esperanza.

<b>CASO 2</b>
<i>“Sra. Sofía: “¡No me siento mal, estoy bien y lo mismo con esto, no tengo nada y como me ven para acá para allá!”</i>

2) De sufrimiento: un sistema de creencias fatalistas que deja a la persona enferma y a la familia con un sentido de pobreza y desesperanza ante la situación.

**CASO 1**

*“Sra. Liliana: la enfermedad ha traído desesperación porque quisiera hacer las cosas, tanto me desespera que luego ya no quiero vivir donde vivo, también ha traído tristeza y enojo. Ahora me desespero de que no poder hacer nada más que “quehacer”. Me quiero sentir útil, pero no puedo a veces ni hacer cosas en mi casa.*

Ambas direcciones están relacionadas con eventos pasados de construcción de significados con respecto a la crisis y a la enfermedad, así como la percepción de la situación presente (Alvarez, 2001).

En conclusión, se puede decir que el significado que se le dé a la enfermedad crónica dependerá de las creencias acerca de la salud-enfermedad de la familia y del individuo enfermo, historia intergeneracional del afrontamiento a las crisis, habilidades de afrontamiento instrumental y afectivo de las demandas de la enfermedad, implicaciones de la enfermedad misma y desde luego las relaciones con los operadores de la salud.

**CONCLUSIONES**

De acuerdo al análisis realizado en estas dos familias, resalta la importancia de tener muy claras las características particulares de cada sistema familiar, además de las características del padecimiento que ha sido diagnosticado.

Parece ser que entre los aspectos que cobran mayor importancia es el conjunto de creencias que conforman a la familia con respecto a los conceptos de salud-enfermedad, pero de igual forma la concepción que tienen sobre las crisis en su construcción histórica. En el caso de estas familias, se observa que en el sistema uno, la experiencia de la crisis es vivida como una catástrofe que los empuja a aislarse de su entorno, pero esta pauta no es algo que se haya presentado a partir del diagnóstico de la enfermedad, sino que es una pauta de resolución de conflictos presente desde tiempo atrás. De forma opuesta se observa que en el caso 2, el optimismo para tomar la crisis

como un reto es una pauta que también se presenta en sucesos previos al diagnóstico del padecimiento pues a pesar de que la gravedad del diagnóstico es mayor para el caso uno, es de resaltar que ya previamente se le había diagnosticado diabetes a la Sra. Sofía (caso 2), pero las dificultades que se derivaron por ello también fueron tomadas como un reto.

En este sentido, se considera que para el abordaje terapéutico con familias en las que se ha detectado una enfermedad crónica, es trascendental explorar el sistema de creencias en sucesos previos que tengan que ver con el afrontamiento de las crisis, pues esto le aportará al clínico una breve pero importante mirada de cómo es que la familia vive la crisis actual y poder vislumbrar de una mejor manera el posible camino para un manejo satisfactorio de la situación.

### **3.3 Análisis del Sistema Terapéutico Total basado observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.**

En el transcurso de los dos años de residencia los alumnos tienen la oportunidad de vivenciar la integración del sistema terapéutico total que de acuerdo a mi propia experiencia está conformado por los siguientes sistemas:

- 1) Sistema terapéutico: familia/cliente y terapeuta.
- 2) Sistema de supervisión: supervisoras, supervisado, equipo.
- 3) Sistema del equipo de terapeutas: se conforma por los integrantes de la residencia y en específico por los cinco integrantes que son supervisados como parte del mismo equipo.
- 4) Sistema “persona del terapeuta”: corresponde a la forma en la que viví la experiencia del sistema total de supervisión, desde mi propio diálogo interno a lo largo de los dos años en la residencia.
- 5) Sistema terapéutico total: familia/cliente, terapeuta, equipo y supervisor.

#### **Sistema Terapéutico**

Este sistema se conforma por la familia y/o cliente - terapeuta. La asignación del caso es al azar, por lo que las temáticas abordadas por cada uno de los terapeutas pueden ser muy variadas desde



el número de integrantes que acudirán a las sesiones, hasta las problemáticas abordadas y los modelos e intervenciones utilizadas.

Considero que el sistema comienza a gestarse al momento en el que el terapeuta lee el motivo de consulta ya que es desde ese instante en el que automáticamente se elaboran hipótesis de lo que podría estar pasando con esa familia o cliente; el terapeuta comienza a construir una representación de las personas que acudirán con base a sus propias creencias, formación y conocimientos.

La relación con la familia se integra aún más al realizar la primera entrevista telefónica, en la que el terapeuta se presenta y plantea algunas preguntas de las que resultará información fundamental para dar comienzo a la fijación de objetivos de la primera sesión; sin embargo, es importante resaltar que ya desde este momento es necesario que como terapeutas hagamos uso de habilidades como el establecimiento de un adecuado joining, así como la sensibilidad de utilizar el tiempo de forma correcta ante las necesidades de la persona cuando se encuentra del otro lado del teléfono, pues en ocasiones por razones diversas, a las personas les es difícil expresar su situación. Estas habilidades serán fundamentales para que una vez hecho el contacto con la familia o cliente, se presenten a la primera sesión.

Después de la primera llamada, el proceso continúa con la primera sesión, en donde el sistema logra una mayor consolidación ya que se fortalece el vínculo terapéutico y en consecuencia se pueden poner en práctica todas aquellas sugerencias que cada uno de los modelos aporta a lo largo de la residencia.

Me parece importante resaltar que ser integrante de un sistema terapéutico ya era parte de mi historia previa a la residencia; sabía lo que era estar sentada frente a una familia o persona que deposita esperanzas, alivio, motivación, ánimo, desánimo, miedo, incredulidad, etcétera. Sin embargo, desde el inicio hasta el final de estos dos años, las personas y familias que formaron parte de mi sistema terapéutico me marcaron de una forma distinta.

Desde el primer día hasta el final de la residencia, mi rol como terapeuta agudizó todos mis sentidos, mi atención y mi percepción; no quería perderme ni por un segundo lo que la familia o

cliente me entregaba a través de su relato, deseaba fotografiar cada gesto, movimiento o suspiro que provenía de las personas sentadas frente a mi, y así lograr acercarme a la comprensión de su sentir, expectativas y necesidades; recuerdo que sólo una idea se centraba en mi cabeza “quiero dar lo mejor de mí”.

Paradójicamente a veces esas ansias de dar lo mejor de mí, me sabotaron pues me concentraba tanto en comprender lo que alguien decía, que dejaba de mirar a aquéllos que escuchaban y participaban de la conversación con sus gestos y movimientos. Afortunadamente mi formación como terapeuta sistémica a lo largo de estos dos años me hizo estar cada vez más consciente de la necesidad de reconocer a todos los integrantes de la familia como parte de una misma danza de la que ahora yo también formaba parte.

En cuanto a la diferencia principal con respecto a mi experiencia previa como terapeuta clínica y ahora en la residencia, me parece que tiene que ver con las expectativas propias de dar lo mejor de uno mismo desde la postura de terapeuta, pero también desde la posición de aprendiz. Esta combinación “rol de terapeuta/aprendiz”, en automático me condujo a sentirme agradecida con las familias y clientes que me brindaron su historia como una magnífica oportunidad de poner en práctica los conocimientos que iba adquiriendo.

Considero que más allá de la comprensión de los modelos, técnicas, preguntas, posturas, etcétera, las familias me enseñaron cosas de mi misma, pues más de una vez, al escuchar sus relatos me trasladaba a mi vida y a mis propios recursos; en ocasiones pude percatarme de mi muy particular forma de ver la realidad, a veces flexible, a veces rígida y el diálogo que mantenía con ellos me permitió conocer más de mi ser como terapeuta y más aún, de mi ser como persona.

Dentro de ese conocerme más, me pude dar cuenta del impacto que por mi propia historia de vida, han causado los relatos de enfermedad en mi familia, y es por eso, que me decidí por el análisis de casos referente a dicho tema, la oportunidad del análisis me la brindaron dos familias en las que se experimentaba el convivir día a día con la presencia de un padecimiento crónico. En general, las dos familias me dejaron mucho, pues me brindaron la oportunidad de apreciar cómo es que las creencias o representaciones que uno tenga sobre un suceso de tal magnitud, determina el curso de

la vida y la dinámica familiar; además, junto con ellas pude re-apreciar la terapia como un maravilloso recurso capaz de desvanecer relatos dolorosos y evocar relatos de lucha y reto.

### **Sistema de Supervisión**

El sistema de supervisión se integra por las distintas supervisoras, el equipo y el terapeuta a cargo, en mi caso pude presenciar la supervisión con nueve estilos diferentes, lo cual amplió mis posibilidades y recursos como terapeuta. En algunos casos, sólo participé como integrante del equipo de supervisión, pero aún así, el estilo de de cada una de las supervisoras impactó de forma significativa mi evolución.

Dos años después de iniciada la trayectoria es posible analizar en retrospectiva cómo es que cada sistema de supervisión se despliega en distintas direcciones. La “persona del terapeuta” entendiendo ésta como su propia historia, sus estilos de aprendizaje, su experiencia previa, sus creencias y desde luego el momento de vida en el que se encuentra, se co-construye en conjunción a la “persona del terapeuta-supervisor” dando como resultado estilos distintos de relación que se van reflejado en la interacción con el equipo y desde luego con la familia.

De acuerdo a Desatnik, Franklin, Rubli (2002) un supervisor se construye de sus propias creencias, ideologías y valores, su actuación tiene que ver con su devenir histórico y con los significados que le atribuye al ser humano, a la sociedad, a la terapia y desde luego a la propia supervisión. Desde esta lógica, sale a la luz la complejidad de la relación supervisor- equipo-terapeuta, en donde historias de vida completamente diferentes se entrelazan para dar lo mejor de sí en el abordaje de los distintos casos.

Nos encontramos entonces con que a lo largo de dos años, cada uno de los terapeutas sin dejar de lado su propia esencia así como la conformación del equipo, fluye de manera distinta de acuerdo a los estilos de supervisión, por lo que la forma de hacer terapia se va transformando de escenario en escenario, de caso en caso y de momento a momento.

## **Sistema de Terapeutas**

Considero que es en este sistema donde como terapeutas encontramos un espacio en el que nos es posible nombrar todas las emociones que acompañan a los diversos roles de los que participamos a lo largo de la residencia, es decir, de terapeutas supervisados, terapeutas supervisores, terapeutas a cargo de la familia y desde luego terapeutas aprendices. Es en este sistema, donde podemos expresar lo que nos motiva o angustia desde nuestro rol de terapeuta inexperto/experto/aprendiz y conseguimos ser vistos no sólo como terapeutas integrados sino también como personas.

Además, la dinámica del grupo se va transformando a la par de nuestra evolución, la estructura cambia de semestre en semestre, de supervisión en supervisión, de escenario en escenario y de caso en caso. Esta transformación implica retos constantes como la capacidad de negociar con los otros, poner límites y desde luego saber pedir apoyo y saber darlo.

En este sentido, una de las experiencias más ricas a lo largo de estos dos años fue sin duda crecer a lado de mis compañeros. Es sumamente satisfactorio apreciar cómo es que cada uno de nosotros hemos evolucionado y a veces me parece hasta mágico recordar cómo llegamos y como nos vamos; en definitiva hoy no somos los mismos que éramos hace dos años, conocemos más de nuestros recursos y límites como terapeutas y de nosotros mismos en general.

## **Sistema Terapéutico Personal**

La Cibernética de segundo orden enfatiza el papel del observador y no sólo resalta aquello que es observado. Se interesa por la forma en la que el observador marca las distinciones, la forma en la que logra diferenciar una forma de otra, el marco conceptual del que parte así como la historia de vida que influye para comprender por qué es que ese observador mira lo que mira.

En mi experiencia como observadora dentro de los equipos terapéuticos en los que pude interactuar a la vez con otros observadores, comprendí cómo es que cada uno mira de una forma tan distinta al otro y cómo es que esas distintas miradas construyen a su vez otra mirada diferente. Pude vivenciar la circularidad en la que una vez que envuelves en palabras lo que observas, tu discurso se transforma y a la vez éste es remplazado por la mirada y la palabra del otro en algo

diferente, que regresa a ti mismo siendo algo completamente distinto a lo que dijiste observar en un inicio, lo cual se representa con el famoso úroboro, en donde al comerse su propia cola, nunca se podrá regresar al mismo inicio.

El ser observadora me permitió experimentar de una manera muy clara dicha transformación, pues por un momento parecía estar completamente segura lo que miraba en las familias, había trazado mi distinción y mi discurso interno estaba repleto de argumentos que justificaban lo que decía observar, yo estaba “tan segura” de aquello que mis ojos veían, que me inundaba una sensación de certeza y quizá en momentos de soberbia. Estaba tan segura de lo que miraba que incluso mi seguridad era acompañada de emociones, a veces tristeza, a veces enojo y claro también de aquella emoción de alegría al sentir que el caso estaba resuelto dentro de mi cabeza. Mi propia historia de vida brincoteaba frente a lo que yo ahí veía, pero al expresarlo, al ponerle palabras comenzaba la transformación, no sólo de lo que observaba sino también de mi misma. La dificultad de poner las palabras a lo que yo veía con la soberbia intención de que los demás mirarán lo que yo exactamente describía y experimentarían las mismas emociones que por mí cruzaban, me invitaba a usar las palabras que yo consideraba más próximas a mi percepción. Sin embargo me topé con la otra mirada...

Aquella mirada, que me dejaba ver una “realidad alternativa”, me dejaba ver otras emociones y desde luego otras historias, invitándome a transformar mi percepción y quizá mi propio ser.

De pronto donde yo encontraba enojo por aquella madre “descuidada”, otro observador encontraba la ternura para una madre “desperada y quizá deprimida”. Mientras yo encontraba tristeza por el joven “solitario” otro encontraba ansiedad por el joven “callado”. Mientras yo miraba al niño que procuraba a sus hermanos, otro miraba a la niña que no comía y otro miraba como toda la familia sufría.

Fue entonces cuando después de unos largos meses, comprendí la complejidad a la que hace referencia la Cibernética de segundo orden, comprendí por qué es que el terapeuta y desde luego el observador que se encuentra detrás del espejo no se puede quedar con la primero que mira y mucho menos defender su opinión como si fuera la única.

Comprendí que la complejidad es el componente presente en cada instante, en cada palabra y en cada una de las cosas que construimos. Me gustó sentir como las distintas miradas danzan al mismo tiempo construyendo no sólo pasos por separado, sino toda una coreografía que nunca empieza ni termina de la misma manera y que es hermosa si se aprende a perder el miedo de construir junto al otro y principalmente si se comprende que nuestra mirada no es la única, ni absoluta; tan solo es un paso más de la coreografía, que al estar en conjunto con el resto de los pasos le es difícil distinguirla del fondo, pero que al observarla se da uno cuenta de que también danzas dentro de ella.

Llegó el segundo semestre y hubo un cambio importante, pues al formar parte también del equipo de los terapeutas, las miradas hacia el equipo y las familias se transformaron en algo más integrado y más lúcido.

Aún estando detrás del espejo, parecíamos estar más involucrados con las familias y el terapeuta, la palabra “equipo” cobró mayor sentido, pues nos dimos cuenta de cómo es que lo que nosotros observábamos detrás, era parte de ese “todo” que en algunas ocasiones el terapeuta o la familia no veía o lo miraban diferente; pero ese todo no acababa ahí pues de igual forma lo que el terapeuta compartía con respecto a su sentir estando cerca de la familia hacía que construyéramos una nueva visión.

Así pues, experimenté con mayor claridad cuatro sistemas integrados, la familia, el terapeuta, el equipo y yo.

Antes de iniciar con esta forma de trabajo me había preguntado cómo sería el trabajar con un equipo integrado por mis compañeros y el supervisor. Muy someramente me respondí que no sería fácil conjuntar varias visiones haciendo de todas una sola, pero hoy comprendo que no se trata de convertir el “mucho” en “uno”; sino que se trata de integrarlo, de hacerlo un todo e irlo entrelazando.

La familia llega con su historia, se les hace saber que son observados por un equipo, pero también se sabe observada por el terapeuta que a su vez se siente observado por nosotros, “el equipo”.

A leer esto quizá pareciera como una experiencia “paranoide” y no negaré que como terapeuta en un inicio guarda similitud con aquello, pero de pronto deja de serlo porque en el equipo de observadores lo que se entrega son palabras que se suman con la plena intención de generar el cambio y juntos; supervisor, terapeuta, observadores y desde luego la familia, trabajan para el cambio.

Llegó el tercer semestre y la integración de la familia, terapeuta, equipo, supervisoras, parecía haberse completado, parecía no necesitar nada más, parecía estar funcionando al unísono, con sus entradas y salidas hacia un objetivo en común.

Pero no era así, aún faltaba algo más, faltaba la nueva mirada integrada con aquello con lo que yo llegué hace ya un año, es decir, me faltaba formar parte de una nueva danza que consistía en integrar las dudas, la curiosidad, el hambre por aprender, el extremo entusiasmo, la reflexión, confusión e incertidumbre y por qué no decirlo, la irreverencia que nos caracteriza a la mayoría cuando llegamos a la maestría impregnados de un pensamiento lineal y anhelamos comprender que es la circularidad y la cibernética de segundo orden.

Así que comencé con la nueva experiencia de reaprender a integrar nuevas realidades y eso me llevó a hacer uso de mi propia y previa experiencia como observadora. Recordé lo que yo había sentido estando ahí sentada, recordé mis dudas, mi hambre de aprendizaje, mi entusiasmo, mi irreverencia ante lo que escuchaba y desde luego mi falta de comprensión ante las miradas de tan distintos coloridos; así que después de recurrir a mi experiencia, al mirarlos a ellos me miré a mi misma.

Sin embargo ahora era diferente porque lo podía ver desde otro lado de la espiral en la que de alguna manera el mirar a mis nuevos compañeros me hacía verme reflejada en ese pensamiento lineal con el cual llegué pero que sin darme cuenta se fue transformando en algo circular, un cambio que con mayor claridad lo pude apreciar en ellos, pude desde otra posición mirar lo que hoy mismo me sigue ocurriendo, es decir, esa metamorfosis entre lo lineal y lo circular, donde lo individual deja de tener sentido como una verdad absoluta y uno inicia en carne propia la integración de las diferentes voces en la movilización hacia el cambio.

Al mirarlos a ellos pude apreciar la importancia de un proceso en el que uno aprende más a mirar sin poner etiquetas a las cosas, a las personas o a los sistemas. Con esta nueva mirada construida al lado de todos ellos me fue más fácil observar como las familias al igual que terapeutas, supervisores y equipo; van formando parte de este mismo proceso en el que en un inicio la pura idea de estar siendo observados por más de dos ojos causa temor y me atrevería a decir que en ocasiones ganas de salir huyendo, pero al transcurrir del tiempo, ese sentir parece irse transformando. En qué, no podría nombrarlo porque hoy prefiero mirar, pero es como si la familia de pronto tampoco pudiera mirarse a sí misma ante la pura presencia de su terapeuta, es como si al final para la misma familia fuera inevitable no mirarse como parte un sistema mayor que forma parte de otros sistemas.

Y de esa forma queda una mezcla perfecta donde la familia le regresa a los observadores una mirada integrada que pareciera fortalecer el entretejido entre el equipo, terapeutas y supervisores, experiencia que a la vez se regresa a la familia y se crea un claro ejemplo de la recursividad, donde la espiral va en ascenso e inevitablemente dirigida al cambio.

### **Sistema Terapéutico Total**

Finalmente viene la integración de cada uno de los sistemas que juntos conforman el sistema terapéutico total: familia/cliente, terapeuta, equipo y supervisor. Cuatro sistemas que al interrelacionarse se co-construyen unos a otros, danzan al unísono de un objetivo pero combinando miradas e historias que transforman no sólo a la familia sino a cada subsistema del sistema total e incluso a sistemas mayores.

La participación de cada sistema en el sistema total impacta directamente en el ser de cada uno de ellos, la familia se permite dialogar con otras voces más allá de la suya y el terapeuta, recibe la mirada de los otros como recursos para el cambio y en muchos de los casos se muestra complacida con el papel de las supervisoras quienes para el equipo y terapeuta, parece semejarse al director de orquesta con quien se dialoga sobre la armonía, los desafines y la posibilidad de nuevas y diversas melodías.



De igual forma las supervisoras se muestra receptivas ante las miradas y voces construidas con cada equipo y con cada terapeuta, perciben que la dinámica en el sistema es cambiante de un día y otro, y su experiencia y conocimiento, les permite ser concientes de que además de la interacción con la familia, su participación, su bagaje y los nuevos repertorios influyen en las miradas de admiración, motivación, miedo o desánimo que recibe de lo los otros sistemas.

Entre el supervisor, equipo, terapeuta y familia, se entrelazan historias que conectan el presente al pasado y futuro; y después de esa experiencia nada vuelve a ser igual.

### **3.4 Habilidades de Investigación.**

#### **3.4.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa.**

#### **CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS Y DEL SERVICIO DE LA CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR DE LA FES IZTACALA**

**José Luis Castellanos Guevara,**

**Karla Lorena Guerrero Enríquez**

**Rebeca del Carmen Vela Núñez**

La demanda de servicios psicológicos se ha ido incrementando en los últimos años, generado diversas modalidades terapéuticas que buscan dar respuestas cada vez más efectivas a las necesidades de la población. Una de las modalidades que ha tomado mayor fuerza recientemente es la terapia familiar sistémica, ya que hay cada vez más familias en condiciones vulnerables y las fuentes de tensión familiar se amplían, por ende, este enfoque se ha extendido en los diferentes campos de la psicología dando como resultado la creación de centros de terapia familiar que abarcan áreas como la formación, investigación y la atención a las familias mexicanas.

La clínica de Terapia Familiar en la FES Iztacala surge como un espacio necesario para las actividades académicas de la Residencia en Terapia Familiar del Programa de Maestría en Psicología, que inició en agosto del 2001. De acuerdo a Desatnik (2007), en febrero del 2002 se planteó la necesidad de formalizar las actividades clínicas de los estudiantes, dentro de la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, de acuerdo a la propuesta del plan de estudios de la Residencia.

El procedimiento que se sigue en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala es el siguiente: una vez asignado el caso, el terapeuta correspondiente le llama a la familia para darle cita y recaba datos generales sobre el caso, con los cuales llena el formato de “llamada telefónica” (ver anexo 1). Posteriormente, se registra el proceso terapéutico en el formato de “Acta de sesión” (ver anexo 2), llenando una por sesión y con estos documentos se conforma el expediente clínico del caso.

Dicho expediente constituye el documento principal que contiene la información más relevante de cada familia, incluyendo desde las características de la familia y su motivo de consulta hasta el modelo terapéutico utilizado, el número de sesiones y la resolución del caso. Sin embargo, no se ha correlacionado la información de los casos individuales en una visión más global y abarcadora que nos permita conocer las características de los usuarios y del servicio proporcionado en la clínica. Lo cual es de suma importancia, ya que el avance de la ciencia y la tecnología, la socialización de la terapia, el alto costo de los servicios y la actitud crítica de la sociedad, generan la necesidad de ofrecer una atención de calidad a las familias y, a la vez, de evaluar el servicio.

En el caso de la práctica médica se han creado diferentes mecanismos de evaluación, siendo uno de los más importantes el estudio sistematizado de las historias clínicas que según Sotelo (2002), hasta hace algunas décadas se consideraba uno de los métodos más prácticos y confiables para evaluar la calidad de la atención médica.

Al hacer una revisión de las ventajas que se obtienen de las auditorías médicas, se considera importante realizar actividades similares en el campo de la terapia familiar, ya que esto permitirá determinar el tipo de población que solicita el servicio así como la satisfacción que obtienen al acudir a la clínica. Adicionalmente permitirá recabar información importante para los terapeutas en cuanto al modelo de terapia familiar más utilizado en las consultas clínicas. Con esto, se pretende retroalimentar el desempeño de la clínica de terapia familiar de la FES Iztacala para que ofrezca un servicio más adecuado a las características y necesidades de sus usuarios, así como detectar posibles mejoras para el ámbito de formación de los practicantes que prestan su servicio en la clínica. Por ello el objetivo del presente estudio es conocer las características de los usuarios de la clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, así como su percepción acerca del servicio

recibido. La investigación se compuso de dos etapas, la primera en la que se tendrá como finalidad describir las características de los pacientes que acuden a la clínica. Y la segunda etapa en la que se concretará la evaluación de la calidad de los servicios terapéuticos de acuerdo a criterios cualitativos.

Las variables consideradas fueron las siguientes;

*Solicitante del servicio.* Se consideró a la persona que pidió la cita, con las opciones de: madre, padre, paciente identificado, o tutor.

*No. de asistentes a la terapia.* Se tomaron en cuenta a todos los miembros de la familia que acudieron por lo menos una vez durante el proceso terapéutico, las opciones fueron de 1 a 5 ó más personas.

*Motivo de consulta.* Se consideró como tal la frase que colocó el terapeuta en el apartado de “motivo de consulta” del formato “Acta de sesión” de la primera sesión. Los motivos se clasificaron en 4 categorías: problemas relacionales, problemas emocionales, conductas de riesgo y enfermedad y muerte. Los problemas relaciones se definen como todas aquellas situaciones referentes a una interacción conflictiva entre dos o más integrantes de una familia. Se entiende por problemas emocionales aquellos que tienen que ver con estados anímicos o emociones desagradables para las personas que solicitan el servicio, tales como depresión, ansiedad, ira o miedo. En las conductas de riesgo se consideraron las acciones que pueden dañar la integridad física o psicosocial de la persona que lo ejerce tales como los que involucran a los trastornos alimenticios, adicciones y suicidio. La categoría de enfermedad y muerte se refiere a los motivos de consulta que guardan una relación directa con los temas de enfermedad, muerte y sus consecuencias en la familia.

*Estructura familiar.* Es el número de miembros que conforman a la familia, para ello se consideraron categorías que fueron de 2 a 5 ó más personas.

*Etapas del ciclo vital.* Corresponde al periodo de desarrollo en el que se encuentre la familia, el cual se considera a partir de la edad del hijo mayor y en base a las etapas que marca la teoría del

ciclo vital de la familia que son: joven adulto no emancipado, parejas recién casadas, familias con hijos pequeños, familias con hijos adolescentes, emancipación de los hijos, familia en las últimas etapas de vida, separación, divorcio y reconstitución de una familia.

*Modalidad de terapia.* Implica el tipo de terapia brindada, ya sea individual, de pareja o familiar.

*No. sesiones.* Se colocó la cantidad de sesiones que acudió la familia a terapia, y cuando eran más de 10, se registraron en la categoría de más de 10 sesiones.

*Modelo terapéutico.* Consiste en el enfoque de terapia familiar utilizado en el tratamiento: estructural, terapia breve del MRI, estratégico, terapia centrada en soluciones, modelo de Milán, narrativa, indefinido y mezcla de modelos.

*Fin del tratamiento.* Comprende el estatus final del caso, entendiendo éste como alta, baja o indefinido.

*Resultados del tratamiento.* Estado de evolución que presentó la familia en relación al motivo de consulta: caso sin modificación, caso con escasa mejoría, caso con evidente mejoría y caso resuelto.

*No. de casos atendidos por año.* Corresponde a la suma de los casos que se atendieron en el período de un año según los expedientes revisados.

El procedimiento consistió en describir las características de las familias que acuden a la clínica a partir de los datos de 130 expedientes clínicos archivados, y de esta manera se encontró que es más frecuente que sea la madre quien solicita el servicio (64.6%), del mismo modo se corrobora que la etapa del ciclo vital en la que más acuden las familias a terapia es la correspondiente a Familias con hijos adolescentes (46%), en relación al número de sesiones se encontró que el promedio es de 4.75 sesiones por tratamiento.

Se encontró que el modelo más utilizado es indefinido (36.9%), seguido por la mezcla de modelos (26.2%) y el modelo estructural (24.6%), así como otros datos relevantes relacionados con la modalidad de terapia más frecuente que es la familiar, la cual representa el 80% de los casos atendidos, lo que llega a coincidir con los resultados encontrados en la variable de motivo de consulta en donde el 83.1% es de tipo relacional.

A partir de las reflexiones generadas de los datos de esta investigación, se sugiere que en el programa de la Residencia de Terapia Familiar se revise con especial atención la etapa del ciclo vital de familias con hijos adolescentes, al encontrarse que son las familias en esta etapa quienes más solicitan la terapia; asimismo, surge la idea de indagar acerca de las construcciones y representaciones sociales que tienen los pacientes acerca de la terapia, ya que al conocer sus expectativas, se les facilitaría a los terapeutas el poder brindar un servicio que responda a las necesidades de los usuarios de ésta clínica. Es por ello que se sugiere un próximo estudio, de corte cuantitativo, sobre estos aspectos.

### **3.4.2 Reporte de la investigación realizada usando metodología cualitativa.**

#### **Construcciones alrededor de la terapia familiar sistémica Conociendo las opiniones de una familia antes y después de acudir a terapia en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala.**

José Luis Castellanos Guevara

Karla Lorena Guerrero Enríquez

Rebeca del Carmen Vela Núñez

Entre nuestras preguntas iniciales se esperaba conocer qué tipos de proceso de cambio llevan a la familia a terapia, cuál es la construcción de la realidad acerca de la terapia, cómo se les ocurrió, a quién y para quién es importante asistir a un proceso psicoterapéutico, qué esperarían del proceso, cuándo ir a terapia, qué idea tienen de lo que pueden resolver o no en la terapia, por qué deciden en ese momento consultar a un psicoterapeuta, qué es lo que provoca la terapia y cuánto debe durar un proceso de este tipo, cómo visualizan al terapeuta y cómo creen que debe ser éste, cómo se establece el vínculo terapéutico.

Todas estas preguntas surgen a partir del supuesto de que las personas que solicitan la terapia ya llegan con una serie de ideas preconcebidas acerca de la terapia, del terapeuta y en particular, de la terapia familiar y de lo que van a vivir en ella. También se tiene la creencia de que estas ideas influyen en su decisión de asistir en determinado momento a un proceso psicoterapéutico, y consideramos que dicho momento está relacionado con un proceso de transición entre las diferentes etapas del ciclo vital. Otro supuesto inicial se relaciona con la idea de que una familia completa va a terapia porque uno o dos de sus integrantes lo consideran importante o bien porque alguna figura de autoridad les sugiere o exige que acudan.

Consideramos que el responder estas inquietudes nos permite conocer mejor a los usuarios y sus necesidades, brindándonos elementos que ayuden a mejorar la atención de las familias y poder así satisfacer sus demandas. Por tanto, se plantea como objetivo de esta investigación conocer la construcción que tienen las personas sobre la psicoterapia antes y después de haber acudido a un proceso de este tipo en la clínica de terapia familiar de la FES Iztacala, entendiendo como “construcción” todas las preguntas anteriormente mencionadas.

Para elegir a la familia entrevistada nos basamos en el muestreo de casos típicos, es decir, los casos en los que el éxito o el fracaso son característicos en relación a la mayoría de los casos. El caso de estudio se determina desde dentro del sistema (Flick, 2004). En esta investigación la familia elegida fue un caso típico de éxito que se caracterizó por haber sido dada de alta una vez resuelto el síntoma que los llevó a consulta.

Debido a que el objetivo de nuestra investigación consistía en realizar construcciones de segundo grado, es decir, tipificaciones acerca de las categorizaciones que los individuos han hecho acerca del proceso terapéutico, se realizó un estudio “Etnometodológico”, ya que éste tiene como fin el observar el mundo social tal como es vivenciado y concebido, así como el producir descripciones y explicitar el conocimiento tácito del grupo, que en este caso es la familia atendida. (Mella, 1998).

Se utilizó un diseño proyectado ya que desde el momento del planteamiento del problema se hizo la planeación del proceso de investigación, definiéndose las acciones a seguir y la metodología que utilizaríamos para lograr nuestro objetivo partiendo del conocimiento en cuanto al servicio que se brinda en la clínica y de la literatura revisada. (Valles, 2000).

La estrategia de investigación utilizada fue la de estudio de caso de tipo instrumental, que permite conocer y comprender un problema más amplio a través del conocimiento de un caso en particular. Proporciona la posibilidad de iluminar las condiciones que afectan no sólo al caso seleccionado sino también a otros (Vázquez y Ángulo, 2003).

Para la recolección de datos se construyó una entrevista estandarizada abierta, según la clasificación de Patton (1990 citado en Valles, 2000) en la que se emplea un listado de preguntas ordenadas y abiertas. Decidimos hacer este tipo de preguntas porque se pretendía que las respuestas de los sujetos fueran espontáneas y libres pero centradas en el tema de interés, éste tipo de entrevista nos permitió indagar en las diferentes construcciones que tenía la familia en base a su experiencia terapéutica.

La entrevista se realizó con base en las siguientes dimensiones: datos generales, motivo de consulta, percepción del cambio, alianza terapéutica, percepción de los recursos familiares, expectativas respecto a la terapia, percepción de nuevas necesidades, sugerencias, construcciones familiares respecto al proceso terapéutico.

La familia entrevistada, está conformada por los padres y 2 hijos varones, de 6 y 11 años respectivamente, siendo el hijo mayor el paciente identificado. Todos los integrantes acudieron a la clínica de terapia familiar durante el periodo comprendido de septiembre a diciembre de 2007, y nos concedieron la cita para obtener los aportes de su experiencia el 12 de abril de 2008. La entrevista se llevó a cabo en el hogar de la familia, con todos sus miembros presentes y fue videograbada con una cámara Sony Handycam DCR-SR42, por los 3 integrantes que conforman el equipo de investigación.

Durante el periodo de abril y mayo de 2008, se trabajó sobre la transcripción y análisis de la entrevista. Para ello, toda la información generada fue puesta en formato digitalizado y para su análisis se ha utilizado la herramienta informática para el análisis cualitativo de datos textuales Atlas-ti 4.1, donde se crearon códigos y familias de categorías que nos permitieron analizar los resultados, mismas que se presentan a continuación.

Con el propósito de enriquecer los resultados de la presente investigación y de la investigación cuantitativa, se llevó a cabo una triangulación encontrando que así como en el estudio cuantitativo, fue la madre quien presentó el porcentaje más alto en la variable de “Solicitante del servicio” en el caso de la familia entrevistada se observa la iniciativa de acudir por parte de la madre y en el caso de el motivo de consulta correspondiente al “tipo relacional” también coincide.

Adicionalmente se pudo analizar que la familia entrevistada eligió el servicio de terapia familiar de la FES Iztacala por la simpatía que tiene el padre de familia hacia la universidad y porque tienen la percepción de que este tipo de servicios se preocupan más por ayudar a la persona y no por el lucrar, como según el padre lo haría un terapeuta particular. Esta idea contrasta con nuestras propias creencias acerca de que un terapeuta joven y estudiante, tiene menos credibilidad profesional ante sus pacientes que un terapeuta con experiencia en consulta privada.

Un aspecto interesante en cuanto a la concepción de la terapia familiar es el hecho de que los entrevistados comentan su preferencia hacia este modo de trabajo, en donde expresan tener la ventaja de poder compartir el proceso de su hijo y participar de éste, generando cambios no sólo en el paciente sintomático sino en todos los miembros del sistema familiar.

Algo que nos parece sumamente importante destacar de la información brindada por esta familia, son las características que ellos valoraron de su terapeuta como la flexibilidad, la apertura, la sinceridad, la franqueza, el uso de un lenguaje sencillo y ameno, directivas acorde a sus posibilidades y a su postura como clientes. Lo anterior puede tomarse en cuenta para el diseño de programas o planes curriculares para la formación de terapeutas pues muchas veces estas habilidades son hechas a un lado al no dárseles la suficiente importancia como se hace con las técnicas terapéuticas.



De igual forma, es de llamar la atención que para el niño identificado como paciente, la característica más importante que tiene que tener un terapeuta es el ser como un amigo, esta última frase refleja un aspecto que a nuestro parecer todo psicoterapeuta debiera tener siempre presente.

Se observó que las técnicas terapéuticas que más les impactaron fueron el prescribirles tareas, de forma sencilla, flexible y atractiva, a manera de juegos, de hacer actividades conjuntas fuera de casa, que les ayudaron a comunicarse de manera diferente, aunado a esto la técnica de cambio de roles fue la de mayor impacto para la familia, pues se cree que ayudó a modificar la percepción del problema. Por ende, consideramos que como terapeutas debemos tomar en cuenta el impacto de este tipo de técnicas sobre los procesos de cambio familiar.

Resultó enriquecedor escuchar de la familia sus sugerencias para mejorar y enriquecer nuestro trabajo terapéutico, ya que pocas veces se atiende a sus opiniones en este ámbito profesional. Entre las ideas mencionadas se encuentra la necesidad de recibir una retroalimentación continua a lo largo del proceso, en donde se les diga tanto de manera verbal como por escrito, en qué van bien y en qué pueden mejorar.

En conclusión, y en relación a nuestra pregunta de investigación, nos percatamos de que las construcciones que tiene la familia acerca de acudir a un proceso terapéutico se relacionan con mitos sociales en torno a la psicoterapia, como la creencia de que es “para locos” y no para la gente “normal”, la idea de que los iba a recibir un grupo de personas de edad avanzada, así como que el hecho de acudir a terapia es algo privado. Sin embargo, estas ideas cambiaron durante el proceso terapéutico y ahora refieren que es una buena idea ir a terapia, consideran el hecho de regresar e incluso la recomiendan.

### **3.5 Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.**

El proceso de aprendizaje y desarrollo profesionalizante de la Residencia en Terapia Familiar, se integra no sólo por la formación teórica y práctica en las clínicas de terapia familiar, sino por el

perfeccionamiento de habilidades adicionales que enriquecen el perfil profesional de los residentes, por lo que aunada a las habilidades de investigación, se llevan a cabo actividades destinadas a la comunidad con el fin de fortalecer la consciencia social.

Además, como complemento a las acciones ya mencionadas, se desarrollan instrumentos didácticos que son denominados “productos tecnológicos” y que constan de videos, manuales, carteles, trípticos; con los cuales se consolidan los conocimientos adquiridos en los seminarios.

De igual forma, para la formación profesional como terapeuta familiar se hace necesaria la asistencia a foros y congresos nacionales e internacionales, con el objetivo de que el residente se mantenga en el intercambio constante de conocimiento, ya sea desde una postura de promotor o escucha activa.

A continuación se presenta un resumen de las actividades llevadas a cabo:

**3.5.1 Elaborar y presentar productos tecnológicos como manuales, videos, programas, libros, capítulos en libros, folletos, etc., que sirvan para la atención de los usuarios o para programas de prevención en la comunidad, o bien, para los programas de formación de los terapeutas.**

La elaboración de manuales, videos, folletos y carteles, tiene como objetivo el desarrollo de habilidades para la enseñanza y el aprendizaje, mismos que son de suma utilidad para cualquier psicólogo y desde luego para un terapeuta familiar.

La producción de materiales como los antes citados, implica la capacidad de síntesis y análisis de materiales teóricos, el manejo de recursos tecnológicos, la planeación y organización de información, así como la habilidad de adaptar los conocimientos teóricos a programas comunitarios.

De igual forma, es importante resaltar que uno de los principales objetivos de formación que se logra a partir de la construcción de dichos materiales, es la capacidad de adaptabilidad para el

trabajo en equipo, pues gran parte de los recursos tecnológicos se desarrollan en equipos integrados ya sea por los diez integrantes de la maestría o en la modalidad de los cinco integrantes pertenecientes al equipo de supervisión. Este trabajo exige para cada residente capacidades de negociación, asertividad, auto observación, autorregulación, reconocimiento no sólo de las capacidades propias, sino de los recursos de los otros integrantes y la comprensión de ser parte de un sistema en el que nos co-construimos constantemente enriqueciéndonos con las aportaciones de los otros a lo largo de un trabajo de dos años, por lo que la realización de estos productos, equivale no sólo a elaborar material tecnológico de utilidad; también forma parte del enriquecimiento para la persona del terapeuta.

## **Manuales**

Con el objetivo de fortalecer las habilidades de enseñanza y aprendizaje, se desarrollaron manuales de cuatro modelos terapéuticos; modelo estructural, modelo de terapia breve del MRI, modelo estratégico y modelo centrado en soluciones.

Para su elaboración es fundamental que el residente cuente con la habilidad de análisis y síntesis, así como la puesta en práctica de la creatividad; ya que es necesario estructurar un pequeño compendio en el que se puedan reflejar antecedentes, características generales y principalmente las técnicas utilizadas por cada uno de ellos. En ese sentido, con la elaboración de los manuales no sólo se desarrolla un producto de corte tecnológico y didáctico, sino que a la vez le implica al alumno el aterrizaje y consolidación de los conocimientos adquiridos durante los distintos seminarios, así como la aplicación de estos en casos simulados.

La estructura de los cuatro manuales se conformó de la misma manera, tratando de lograr una clara puntualización de los elementos que integra cada enfoque terapéutico y poder ubicar fácilmente las similitudes y los contrastes entre las diferentes propuestas. La información se presentó en segmentos notoriamente diferenciados que permitieron identificar con claridad las características del modelo punteando los antecedentes con sus máximos representantes, los principios rectores del modelo, la comprensión del sistema e interacción, la visión sobre el

cambio, la postura del terapeuta, consultante o familia, las características principales del proceso terapéutico y finalmente las técnicas con sus respectivos ejemplos.

Además, en cada uno de los manuales se recurrió al uso de materiales visuales con el objetivo de hacerlos más didácticos; se utilizaron fotografías de los principales terapeutas, diagramas, cuadros, letras vistosas y desde luego el manejo de los colores para hacerlo más llamativo y motivante al aprendizaje.

A continuación se especifican algunas de las particularidades de cada uno de los manuales.

- **Manual: Modelo Estructural (Primer semestre)**

El manual de las técnicas estructurales se llevó a cabo con base en los libros de Minuchin (2004) *Familias y Terapia Familiar*, y Minuchin y Fishman (2005) *Técnicas de Terapia Familiar*. El objetivo fue mostrar de una manera breve y clara, las características principales del modelo, de tal forma que cualquier profesional de la salud interesado en las técnicas estructurales, pueda apreciarlas de manera inmediata sin necesidad de recurrir a otros recursos.

La estructura del manual se dividió en los puntos ya anteriormente mencionados; en el caso de los ejemplos se realizaron viñetas de diferentes casos que se basaron en la experiencia de la práctica clínica y que debido a la gran cantidad de intervenciones que el autor nos enlista, se conformó como el manual más extenso.

- **Manual: Modelo de Terapia Breve MRI (Segundo Semestre)**

La construcción del manual se realizó teniendo como base los libros de Watzlawick, Weakland, y Fisch, (2003) *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos* y Fisch, Weakland, y Segal, (2003) *La táctica del cambio*. El procedimiento para su elaboración fue exactamente el mismo utilizado para el manual anterior, es decir, respetando los puntos ya mencionados.

- **Manual: Modelo Estratégico (Segundo semestre)**

Este manual se realizó con base a los libros de Haley (1980) *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Haley (1985) *Trastornos de emancipación juvenil y terapia familiar*. Keeney y Ross (1993). *Construcción de terapias familiares sistémicas. Espíritu en la terapia*. Para su elaboración se dividió la información en los mismos puntos mencionados anteriormente.

- **Manual: Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones (Tercer semestre)**

La construcción de este manual se realizó con base en los libros de O'Hanlon y Weiner (1990). *En busca de soluciones* y Shazer, (1990). *Claves para la solución en Terapia*.

## **Videos**

El objetivo es proporcionar herramientas teórico-metodológicas sobre los distintos modelos de terapia familiar sistémica, a todos aquellos profesionales de la salud interesados en la comprensión y puesta en práctica, de algunas de las técnicas aplicadas por los especialistas en terapia familiar.

Es importante mencionar que los videos sirven como complemento didáctico a los manuales mencionados anteriormente, ya que cada manual cuenta con su correspondiente video y de esa manera se logran integrar los aspectos teóricos y prácticos, con recursos audiovisuales que desde luego fortalecen el aprendizaje.

A diferencia de los manuales, los videos se realizaron en equipos conformados con los cinco integrantes de cada grupo de supervisión, lo cual hizo muy rico el trabajo, pues de esa manera todos los integrantes pudimos participar en juegos de roles donde desempeñamos tanto el papel de terapeutas como de clientes.

- **Video: Modelo Estructural (Primer Semestre).**

Las técnicas proyectadas en este video se llevaron a cabo con base a los señalamientos del libro Minuchin y Fishman (2005). *Técnicas de Terapia Familiar*. La representación de los casos estuvo a cargo de las actuaciones de los integrantes del equipo, en donde tres de ellos representaron a una familia y los dos restantes fungieron como terapeutas estructurales. Las técnicas personificadas incluían la triada fundamental del enfoque: cuestionamiento del síntoma, cuestionamiento de la estructura y cuestionamiento de la realidad.

- **Video: Terapia Breve MRI (Segundo Semestre).**

Este video se elaboró tomando como referencia el libro de los autores Watzlawick, Weakland y Fisch, (2003). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Para este video se eligieron diferentes casos hipotéticos en donde cada uno de los integrantes del equipo pudo representar el rol de cliente-paciente-terapeuta ejemplificando el uso de las siguientes técnicas: prescribir el síntoma poniendo hora y duración, exposición a la tarea temida exigiéndole el fracaso de la misma o un dominio incompleto, intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición, intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación, confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa, así como las intervenciones generales, no apresurarse, los peligros de una mejoría, cambio de dirección, cómo empeorar el problema, la ilusión de alternativas y la redefinición del problema.

- **Video: Terapia Estratégica (Segundo Semestre).**

La elaboración de este video se llevó a cabo desde la misma lógica que el video anterior, es decir se escogieron casos hipotéticos que fueron caracterizados por todos los integrantes del equipo. En este caso, se representaron los fundamentos teóricos principales propuestos por Haley, relacionados con las etapas de entrevista inicial, etapa social, etapa de planteamiento del problema, etapa de interacción y la etapa de fijación de metas, así como la manera de prescribir algunas técnicas. Los libros que sustentaron el trabajo fueron; Haley (1980). *Terapia para resolver*

*problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz* y Haley (1985). *Trastornos de emancipación juvenil y terapia familiar*.

- **Video: Terapia Breve Centrada en Soluciones (Tercer Semestre).**

Este video se desarrolló tomando como base el libro de O'Hanlon (1990). *En busca de soluciones*. Las técnicas representadas fueron: normalizar-despatologizar, definición de objetivos, pregunta del milagro, preguntas de escala, tareas de fórmula, intervenciones para incidir sobre patrones, prescripciones para el cambio, entre otras herramientas que ayudan al terapeuta a identificar los recursos y potencialidades del cliente.

- **Video: Etapa del ciclo vital: Elección de pareja (Segundo Semestre).**

Como parte del seminario Modelos de Intervención, se llevó a cabo la revisión del ciclo vital de la familia por lo que se consideró necesario realizar un conjunto de videos que reflejará cada una de las etapas familiares; esto con el objetivo de intensificar los procesos de aprendizaje sobre el tema señalado, ya que el integrar recursos audiovisuales, como lo son el uso de películas, aplicado a la formación teórico-práctica, produce un fuerte impacto en la consolidación del conocimiento.

El trabajo se llevó a cabo con todos los integrantes de la residencia, pero fue necesario dividir las etapas por equipo; en mi caso desarrollé el video de la etapa "elección de pareja o noviazgo". Para ello se usó el programa de Windows Movie Maker que permite realizar cortes en escenas de películas así como anexar información por diapositivas.

En el video se presentó una muy breve información de las características de la etapa mencionada, lo cual se fue intercalando con escenas de películas acorde a lo que se iba señalando. Para lograr el objetivo se hizo uso de la película "Amar te duele", "Casarse está en griego" y "Amor en las Vegas".

La información escrita que se presentó fue muy breve y se le dio mayor énfasis al recurso audiovisual; los puntos que se mencionaron fueron las características generales de la etapa, la elección de pareja y lo que representa para el individuo.

### **Folletos**

- **Una alternativa a la violencia.**

Como complemento a los materiales de la conferencia “Una alternativa a la violencia”, se realizó un folleto que fue distribuido en el DIF de Tlalnepantla con el objetivo de difundir el evento.

El folleto se presentó con el título que encabezó a la conferencia “Una alternativa a la violencia”, y en él se abordaron puntos como: la definición de violencia, las consecuencias de la misma así como la cifra de mujeres que han reportado incidentes de violencia física.

### **Carteles**

- **Calidad de vida.**

Este cartel se llevó a cabo de manera individual; el objetivo fue difundir la conciencia del autocuidado, el equilibrio, la búsqueda de la felicidad, la exigencia social, las demandas laborales, las largas distancias a recorrer día a día, las crisis económicas, sociales y familiares, como posibles factores de efecto positivo y negativo sobre la calidad de vida.

### **3.5.2 Desarrollar y presentar programas de intervención comunitaria (conferencias, talleres, etc.).**

#### **Talleres:**

- **Una alternativa a la violencia.**

Como parte de las actividades comunitarias realizadas durante el primer semestre, se realizó el taller “Una alternativa a la violencia” basado en los fundamentos de la “Comunicación no Violenta” (Marshall, 2006) abordados en el seminario de Teorías y Modelos de Intervención.



El objetivo del taller fue difundir los recursos de la comunicación no violenta como alternativa a la no violencia en la población femenina. El taller se realizó dentro de las instalaciones del DIF de Santa Mónica y se dirigió a las mujeres en general.

Los materiales utilizados para la realización fueron diapositivas de Power Point, cuestionario “índice de violencia” referente a la identificación de conductas violentas en la pareja, hojas blancas y lápices.

Los temas abordados fueron: violencia, la muertes de mujeres, homicidios de mujeres, consecuencias, violencia familiar, ciclo de la violencia, maltrato físico, maltrato psicoemocional, maltrato sexual, violencia económica o patrimonial, mitos que reproducen la violencia, limitaciones, la comunicación no violenta, comunicación que aleja de la vida, observar sin evaluar, identificar y expresar los sentimientos, asumir la responsabilidad de nuestros sentimientos, lo que queremos pedir a los demás para enriquecer nuestra vida, la recepción empática, el poder de la empatía, la expresión plena de la ira, el uso protector de la fuerza, expresar reconocimiento.

Las dinámicas utilizadas para el manejo de la información fueron las siguientes:

- 1) Lluvia de ideas: Introducción al concepto de Violencia utilizando la película “Te doy mis ojos”
- 2) Exposición: Por medio de diapositivas de Power Point se describen las formas de violencia así como sus manifestaciones y consecuencias.
- 3) Aplicación del cuestionario: “índice de violencia” creado por el Instituto Nacional de las Mujeres. El objetivo fue que las participantes tomaran conciencia del nivel violencia al que pueden estar siendo sujetas.
- 4) Creando nuevos cambios: el objetivo fue reforzar en los participantes las posibilidades de cambio, enseñando y reforzando el pensamiento positivo hacia sí mismas.
- 5) Reflexión: se llevó a cabo una reflexión en torno a la manera en la que cada quien participa asumiendo su responsabilidad para no violentar o para protegerse.

Las mujeres que acudieron al evento fueron referidas por las terapeutas del área médica; la reacción de las participantes fue de interés y motivación por poner en práctica algunos de los recursos sugeridos por la comunicación no violenta; de esta forma se pudo constatar que este tema responde a una de las necesidades sociales en la actualidad y que será de suma importancia una mayor difusión del mismo.

- **Límites y reglas familiares y escolares.**

A inicios del segundo semestre, se presentó el tercer tema del programa de formación Escuela para padres de alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades del Plantel Azcapotzalco, con el seminario titulado “Límites y reglas familiares y escolares”, en donde se tuvo como objetivo propiciar la formación de los padres de familia y otras personas significativas con las que convive el adolescente, de manera que pudieran ampliar su comprensión en el desarrollo de sus hijos y de la problemática que viven dentro y fuera de la escuela; también se orientó a la adquisición de estrategias para enfrentar dichas situaciones participando activamente en la prevención de conductas de riesgo y en la adaptación de sus hijos en los contextos en los que viven.

El contenido comprendió los siguientes temas:

- Axiomas de la comunicación.
- Reglas de oro para poner límites.
- Consideraciones acerca de marcar límites.
- Algunos mitos sobre los límites.
- Letras de canciones que escuchan los jóvenes hoy en día.
- Libros recomendados.

Para ello se llevaron a cabo las siguientes dinámicas:

- Canciones de adolescentes: se tuvo como objetivo generar la reflexión de los padres ante el contenido de los mensajes recibidos por los adolescentes en los medios de comunicación.

- Exponer los axiomas de la comunicación: reflexionar sobre su uso para el manejo de límites.
- Juego de roles: poner en práctica el uso de axiomas de comunicación identificando desde una actividad lúdica la forma en que se comunican las familias entre su independencia-pertenencia
- Discusión: analizar los mensajes masivos que proyectan los medios de comunicación a los adolescentes.

Los materiales utilizados para la realización de las dinámicas fueron letras y música de canciones proyectadas por un cañón y computadora, diapositivas de Power Point, tarjetas con anotaciones sobre límites, hojas con las canciones impresas para repartir a los padres.

Los resultados del taller fueron satisfactorios, ya que los padres se mostraron participativos y motivados por la información proporcionada; se pudo observar que se encuentran interesados en conocer alternativas que los acerquen a sus hijos y puedan convivir de una manera más positiva.

- **Tercer curso taller para cuidadores de personas envejecidas frágiles.**

Se llevó a cabo el “tercer curso taller para cuidadores de personas envejecidas frágiles” en la clínica de Medicina Familiar “A” Tlalnepantla ISSSTE, de los días 18 al 21 de Noviembre del 2008.

El curso estuvo dirigido a derechohabientes mayores de edad y familiares, ya que se abordaron temas como:

- Proceso de envejecimiento
- Depresión
- Aspectos psicológicos del viejo
- Higiene
- Proceso de muerte
- El rol del viejo en la familia
- Identificación y desarrollo de actitud entre el adulto mayor

- Terapia ocupacional
- Colapso del cuidador

La conferencia que me fue asignada se título “Proceso de Muerte”, y en ella se tuvo como objetivo tocar los temas:

- Concepto de Duelo
- Etapas del Duelo
- Qué hacer

El grupo al que se dirigió constaba de 30 adultos mayores, la duración de la conferencia fue de una hora y se decidió hacer una plática participativa en la que los integrantes del grupo pudieran reflejar sus opiniones con respecto a los tres puntos centrales.

Al finalizar el evento, se pudo constatar que la población a la que fue dirigido el curso requiere de espacios de apoyo en donde puedan recibir contención no sólo por parte de los profesionales de la salud, sino por personas que están o han pasado por las mismas experiencias. Me parece que pláticas como estas ofrecen un espacio de contención en el que las personas pueden manifestar con mayor claridad sus vivencias, ya que en la mayoría de los casos precisamente por la situación en la que atraviesan, les es difícil encontrar espacios de diálogo.

### **3.5.3 Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación de trabajos realizados.**

#### **Asistencia a Foros Académicos**

##### **Como Asistente:**

- Seminario: Humillación, Vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar.

Organizado por el ILEF y realizado en la Ciudad de México. Octubre 2007,

Impartido por el Dr. Carlos Sluzki quien expuso el trabajo que ha realizado en relación al manejo de las tres emociones señaladas en título del seminario; para ello retomó ejemplos de sus diversas investigaciones llevadas a cabo con mártires de guerra, personas víctimas de violación o maltrato así como personas que también habían participado como victimarios y testigos de una situación violenta. A lo largo del seminario nos llevó a la reflexión permitiéndonos analizar aquellas ocasiones en las que como participantes de un contexto social hemos ejercido esos tres roles; víctima, victimario, testigo.

- II Foro Nacional sobre Prevención del Suicidio “El suicidio acaba con más de una vida” Asociación Mexicana de Suicidiología, A.C. Realizado en Morelia. Noviembre 2007

Durante el foro se presentaron diferentes trabajos de investigación sobre el tema de suicidio utilizando metodología cuantitativa y cualitativa. La información ahí brindada me permitió tener un mayor acercamiento al tema del suicidio y comprender las fuertes necesidades que presenta nuestra sociedad en cuanto a medidas de prevención e intervención y en donde me parece que la inserción del terapeuta familiar es muy importante.

- Taller: Psicología Positiva: Aplicación práctica en el trabajo Clínico. Organizado y con sede en la Universidad Autónoma de Monterrey. Junio 2008

Taller impartida por Bill O’Hanlon; el tema fundamental de la conferencia giró en torno a la Psicología Positiva y cómo es que los principios que la sustentan pueden ser aplicados en el espacio terapéutico. Para ello se retomaron diversas investigaciones que han tratado de especificar qué es lo que hace que unas personas sean más felices que otras, sugiriendo que las diferencias se centran en siete aspectos fundamentales; las relaciones familiares, la situación financiera, trabajo, comunidad y amigos, salud, sentimiento de libertad y valores personales como creer en Dios o en un poder supremo.

Otro de los datos de mayor relevancia a mi parecer tuvo que ver con las diversas investigaciones en las que se ha tratado de determinar qué es lo que hace que un proceso terapéutico sea exitoso; de acuerdo a lo señalado por Bill O’Hanlon los reportes indican que el 40% depende del cliente, el

30% de la alianza terapéutica; un 15% del efecto placebo o de las expectativas de la persona ante la terapia y finalmente otro 15% más depende de la técnica.

### **Como Ponente:**

- Experiencia en investigación en Terapia Familiar Sistémica. II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología organizado por la Universidad Nacional Autónoma de México. Agosto 2008.

Presentación de la investigación cuantitativa “Características de los usuarios y del servicio de la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala” Realizada por José Luis Castellanos Guevara, Karla Lorena Guerrero Enríquez y Rebeca del Carmen Vela Núñez.

### **3.6. Habilidades de compromiso y ética profesional.**

#### **3.6.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.**

Es bien sabido que el trabajo del psicólogo sea cual sea el escenario, siempre lleva implícita la necesidad de tener claros los parámetros de la ética, pero ¿qué es la ética? De acuerdo al diccionario de la lengua española, la ética es la rama de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre. Así, de acuerdo a la misma fuente, la moral es el conjunto de creencias que trata del bien en general y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia. La moral es el objeto de estudio de la ética y cuando se habla de moral se hace alusión a aquello que consideramos que está “bien” o está “mal” en relación al comportamiento humano (Mendoza, 2005).

A lo largo de nuestra vida aprendemos que nos es necesario precisar qué está bien y mal, así como quién es bueno y quién es malo. Esta tarea de discernimiento la realizamos constantemente y se extiende a nuestros procesos de aprendizaje y al ejercicio de nuestras profesiones (García y Suárez, 2000), pero hablar de ética, psicoterapia y concretamente de Terapia Familiar, se vuelve un tema complicado.

Actualmente la reflexión a la que nos invitan la perspectiva teórica de la postmodernidad es a la de abrirnos a múltiples posibilidades dejando de juzgar al otro y abandonando las etiquetas que engloban las acciones entre buenas y malas. La nueva propuesta teórica nos invita a mantenernos en un ejercicio de constante respeto por el sistema de valores con los que se construyen otras personas, familias, sociedades, etcétera; aún pareciendo que existe un mar de diferencia entre lo que a nosotros se nos enseñó que era bueno y malo y lo que nos comparten otros sistemas individuales, familiares, culturales y sociales (Sluzki, 2001).

Es innegable la necesidad de realizar un continuo autoexamen de cómo es que nuestros valores pueden estar influyendo en las personas que acuden a un proceso terapéutico y más aún, cómo es que estos valores pueden estar dificultando el mismo proceso, por lo que se hace un deber ético someter a examen crítico las tablas de parámetros morales que influyen nuestra conducta (Fronidzi 1995 citado en: Mendoza, 2005).

García (1996 citado en: Mendoza, 2005) realizó un análisis que ayuda a sintetizar las preocupaciones éticas en la práctica de las ciencias de la salud mental y propone cuatro áreas a considerar:

- Del respeto a la autonomía: ver a las personas con sus propios recursos independientemente de los valores que defiendan.
- Del apoyo, pero no dependencia: los procedimientos terapéuticos deben dirigirse a fomentar la independencia del paciente.
- De la no lesión a través de la negligencia, la ignorancia, la impericia o la ruptura de la confidencialidad.
- De la no discriminación, marginación o segregación de los pacientes: refiriéndose a la equidad en la distribución de los recursos escasos.

De acuerdo a estos cuatro puntos, a continuación se presenta un análisis de la experiencia en el sistema familia y/o cliente así como una reflexión en cuanto al sistema supervisor-terapeuta y equipo de terapeutas del que forme parte a lo largo de la maestría.

## **Consideraciones éticas en torno al sistema terapéutico: familia y/o consultante - terapeuta.**

Si bien es cierto que como psicólogos y más aún como terapeutas familiares en formación, nos sentimos con una fuerte responsabilidad de actuar acorde a principios éticos, a lo largo de los dos años de residencia se presentaron situaciones en las que en concordancia a nuestra propia historia de vida, creencias y el momento en el que nos encontrábamos, parecíamos alejarnos de los puntos que García (1996 citado en: Mendoza, 2005), nos sugiere a considerar.

- Respetar puntos de vista o visiones del mundo con las que llegan las familias:

Comprender que siempre habrá opiniones o marcos conceptuales que nos puedan parecer ilógicas o incorrectos, no sólo como terapeutas sino como observadores, contribuye a flexibilizar el sistema y permitir que el flujo del proceso terapéutico no se impregne de juicios de valor en los mensajes que el equipo y el terapeuta comparten a las familias.

Esto se pudo apreciar en un caso en donde la terapeuta se sentía confrontado ante el tema de la infidelidad y más aún cuando el consultante que acudía ante ella era precisamente quien mantenía una relación fuera del matrimonio. A lo largo de las sesiones fue notorio cómo es que el lenguaje corporal de la terapeuta dejaba al descubierto su incomodidad mientras abordaba el tema. Afortunadamente con apoyo del equipo y la supervisora el terapeuta pudo trabajar el efecto que producía la conducta infiel en su percepción sobre el consultante; por medio del trabajo grupal la terapeuta expresó sus creencias acerca de la infidelidad y puso en claro las emociones que le generaba; de esta manera logró separar sus propias creencias del caso y pudo flexibilizarse y sensibilizarse ante las necesidades del cliente.

- Respetar el derecho de confidencialidad:

Uno de los aspectos que más me llamó la atención es cómo todas las familias accedieron a ser filmadas; no pensé que aceptaran con tanta facilidad, pero eso me dejó ver cómo es que las familias llegan con la plena confianza de que ahí encontrarán ayuda y eso provoca que accedan a las condiciones de trabajo con las que opera el equipo. Por ello considero que la mejor manera de retribuirles su confianza es guardando total confidencialidad y que los casos sean únicamente comentados con el equipo.



- Evitar coerción que pueda estar afectado la voluntad del paciente:

Pienso que en muchas ocasiones el querer aplicar las técnicas tal y como las leemos en los libros nos lleva a olvidarnos de contactar con las demandas de los pacientes y muchas veces pareciera como si los quisiéramos obligar a tomar los puntos de vista que tenemos como equipo. Es muy claro cuando el equipo o terapeuta trata de convencer a las familias de que las cosas ocurren de una determinada manera, de inmediato se nota que las personas están inconformes con ello y pareciera que el espacio terapéutico se convierte en un cuadrilátero con el poder como disputa.

Esto sucedió en el caso de una Señora que decía estar ahí porque ella no se llevaba bien con su hija debido a que ésta no la obedecía; el terapeuta trató de hacerle ver que esto se debía más a un problema de pareja y le insistió más de una vez, pero la paciente se veía molesta por lo que a su vez trataba de convencer al terapeuta de que el problema era con la niña. El equipo pudo percibir esta molestia por parte de la madre y al reunirse con el terapeuta se discutió en torno a si la necesidad de ver la situación como un problema de pareja era más una necesidad del propio terapeuta que de la madre; el terapeuta analizó que los parámetros teóricos lo llevaron a encasillar el síntoma como resultado de un problema de pareja pero después del ejercicio de reflexión accedió a mirar la problemática como la madre lo señaló y el proceso terapéutico se pudo concluir exitosamente.

- Evitar alianzas equivocadas:

Considero que cuando la alianza no se utiliza como una estrategia terapéutica y sí como algo más relacionado con nuestra propia historia de vida, podemos dificultar o evitar el cambio en las familias. Debemos tomar en cuenta desde las primeras sesiones con quienes sentimos mayor simpatía y analizar de qué manera puede influir esa emoción.

Esto se pudo apreciar desde una primera sesión en la que una terapeuta que al sentir simpatía por la hija adolescente, sin darse cuenta contribuyó a dejar poco clara la jerarquía existente en los padres. Las observaciones del equipo y supervisores permitieron que esta alianza fuera visible para el terapeuta y en sesiones posteriores promover la alianza con otros miembros de la familia.

- Un correcto manejo de las emociones:

Aprender a manejar emociones como el enojo o la falta de motivación para trabajar con un paciente ya que estas nos pueden llegar a superar transmitiéndole al supervisor, equipo, terapeuta y al mismo paciente sentimientos equivocados que obstaculizan la buena realización de la terapia.

Es fundamental que en todo momento el terapeuta esté al tanto de sus emociones y desde luego recibir apoyo terapéutico el mayor tiempo posible, ya que de lo contrario podemos sentirnos confrontados o sobreinvolucrados con las experiencias que las diferentes familias comparten con nosotros.

Con el manejo de uno de los casos nos fue claro cómo la experiencia personal del terapeuta al ser también vivenciada por uno de los pacientes, generó en el clínico un muy mal trago emocional que lo llevó a perder de vista sus objetivos de trabajo e intentar sobreproteger al cliente. El supervisor exploró el motivo de esa reacción y le brindó contención al terapeuta, por lo que en sesiones subsecuentes el clínico logró canalizar de forma positiva su propia experiencia utilizándola como herramienta de cambio ante el sistema familiar.

- Apoyar pero sin generar dependencia:

En la práctica cotidiana de un terapeuta se experimentan un sin fin de emociones que se entremezclan y que hacen difícil el identificar en qué momentos el clínico confunde apoyar para generar el crecimiento, con apoyar por subestimar los recursos del paciente.

Esto sucedió con un terapeuta que se sobre involucró en el caso de un joven, que parecía estar sumamente necesitado del apoyo terapéutico, lo que provocó no sólo en el clínico sino en el resto del equipo, la sensación de que el muchacho era incapaz de salir adelante por carecer de los recursos necesarios. En definitiva esta creencia por parte del equipo y terapeuta, generó en el trabajo terapéutico más estrategias encaminadas a la sobreprotección que hacia el crecimiento, limitando la visión de lo que en realidad podría estar pasando.

Después de un par de sesiones el sistema terapéutico analizó las posibles causas del poco avance en el joven y se pudieron percatar de que eran justamente las intervenciones sobreprotectoras las que imposibilitaban al cambio; a partir de ese momento la postura del equipo giró hacia la

búsqueda de recursos y a recordar que todo sistema cuenta con los elementos internos necesarios para el cambio (Boscolo y Bertrando, 1996). Esta nueva lógica modificó por completo el proceso del muchacho quien comenzó a mostrarse motivado por asistir a la terapia y consiguió el objetivo de sentirse más seguro de sí mismo.

- De la no lesión a través de la impericia:

La importancia de respetar las diversas realidades con las que llegan las familias, así como identificar el momento adecuado para cuestionar o confrontar ciertas ideas, es trascendental en el buen manejo de un proceso terapéutico, pues de lo contrario podemos convertir un espacio de apoyo en una situación que genera la necesidad de huída.

Así pues, pudimos observar en el caso de una señora que parecía colocarse constantemente en una postura de víctima, como al precipitarnos a cuestionar su actitud utilizando el sarcasmo, se obtuvo como resultado la huída y enojo de una persona que estaba interesada en recibir apoyo y que a pesar de que el terapeuta llamó posteriormente para concertar de nuevo una cita la Sra. ya no accedió.

Considero que el trabajo con las familias requiere de una gran responsabilidad ética, y ello implica reconocer no sólo quiénes somos como psicólogos, sino también quiénes somos como personas y por qué momento de nuestra vida estamos pasando, qué es lo que nos mueve, lo que nos duele, lo que nos motiva o abruma; en este sentido es fundamental que todo terapeuta se mantenga en un continuo proceso terapéutico para evitar cometer errores tan graves como el aquí mencionado.

- De la no lesión a través de la negligencia:

Me parece que para cualquier profesional de la salud, es necesario el desarrollo de la empatía y la capacidad de conectarse con las emociones y necesidades de las personas, más aún si se trata de un terapeuta; contrario a ello carecer de dichas habilidades podría volverse una desventaja para el profesional y desde luego riesgoso para quienes acuden a terapia. En ese sentido creo que cuando un terapeuta identifica la falta de contacto en alguno de los casos, es necesario que se responsabilice ante sus propias necesidades y exteriorice ya sea con su equipo o algún colega lo

que le sucede, pues de esta manera puede detectar de dónde surge ese bloqueo que no le permite empatizar o contactar con alguna persona.

Esto sucedió en un caso en donde el terapeuta desde un inicio percibía una falta de contacto ante el discurso del cliente ya que consideraba que había incongruencias en el mismo, desafortunadamente esto se vio reflejado en la insensibilidad para mantenerse en una posición de cercanía y se hizo necesaria la intervención de la supervisora para proporcionar la contención necesaria. Posteriormente la supervisora abrió el espacio necesario para que el terapeuta explorara a que se debía dicha falta de contacto, lo cual resultó tener una fuerte relación con su propia historia de vida. Después del análisis, el contacto del terapeuta con el paciente logró ser más cercano y esto facilitó un proceso sumamente exitoso.

### **Consideraciones éticas en torno al sistema de supervisión: supervisor/terapeutas:**

Ya ha sido mencionado anteriormente que el sistema terapéutico total se conforma por los supervisores quienes claramente desempeñan una pieza clave en el manejo de las familias o clientes; la responsabilidad que comparten con el terapeuta y equipo, es sin duda, sinónimo de múltiples tareas que son vinculadas al buen manejo del caso y desde luego al enriquecimiento de las habilidades en el terapeuta y equipo.

De acuerdo a Haley (1996) un supervisor debe mantenerse familiarizado con la situación actual de su sociedad, además de ser un experimentado conductor de terapias, al mismo tiempo que deberá ser bondadoso, ambicioso y escrupuloso en el manejo de los casos que trate, sin perder de vista lo que sucede en el consultorio y lo que les pasa a los terapeutas en formación detrás del espejo (Haley, 1996).

De igual manera, para Desatnik, Franklin y Rubli, (2002), supervisar implica creatividad, conocer profundamente los fundamentos teóricos que sustentan las técnicas, el análisis de la dinámica grupal, no perder de vista a la persona del terapeuta y tener conciencia de los diferentes roles que juega el supervisor como maestro, facilitador, evaluador, consultante entre otros.

En lo que respecta a su función con el grupo de terapeutas en formación, se considera que el supervisor debe mantenerse atento a dos aspectos fundamentales:

- El papel que desempeña como guía y manejo de las intervenciones, considerando que un individuo con un cargo de autoridad o responsabilidad, como un supervisor clínico, es responsable de los actos de todo aquel bajo su supervisión (Tanenbaum y Berman, 2005).
- Los aspectos de relación entre el grupo de terapeutas vinculados directamente a sus propias historias de vida, emociones, creencias, etcétera, por lo que será indispensable su capacidad para consolidar un equipo de trabajo en donde se desarrolle un alto grado de coparticipación a través de manifestarles contención, seguridad, confianza y un espacio adecuado para expresar sus temores (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002).

Ahora bien, la incapacidad de incumplir en ambas funciones puede derivar en que el supervisor, antes de ser un experto en la materia, y desde luego terapeuta, es una persona que puede llegar a asumir una postura rígida en cuanto a las jerarquías, al conocimiento y a la habilidad terapéutica. El poder que le es conferido por los propios alumnos y terapeutas puede llegar a ser utilizado de forma incorrecta que contrario a establecer una relación respetuosa con los alumnos siendo tolerante y paciente ante los diferentes estilos de aprendizaje de los alumnos, el supervisor puede hacer uso de descalificaciones o desconfirmaciones, e incluso utilice al mismo equipo para establecer coaliciones que además de separar al grupo en alumnos “exitosos” e “incapaces”, genere tensiones entre el mismo equipo de terapeutas (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002, Haley, 1999).

En este sentido se debe resaltar la rutina de conciencia y de autorreflexión a las que cada supervisor de manera constante debe someterse y de esa forma no olvidarse de una mirada comprensiva ante la diferencia en los estilos de aprendizaje y desde luego en la forma de hacer terapia; aceptar los errores de los terapeutas como parte de su formación dejando de lado las etiquetas correspondientes a las habilidades técnicas, y más aún, descartar por completo aquellas etiquetas que se llegan a colocar sobre la propia persona del terapeuta.

### **Consideraciones éticas en torno al sistema de terapeutas o equipo:**

De acuerdo a García y Suárez (2000), siempre existen discrepancias entre los miembros de un equipo de trabajo terapéutico y si estas no se trabajan dentro de la supervisión pueden revertirse en el proceso terapéutico de las familias y dañar intensamente el curso de un proceso psicoterapéutico.

Más que las diferencias objetivas entre el equipo, lo que influye es el manejo que se haga de ellas; aquí se hace evidente el uso que cada integrante hace de su propia personalidad individual como “herramienta” de trabajo y como “herramienta” de control ante el manejo de sus relaciones interpersonales.

Aunado a ello, ya se ha visto que la interacción de este sistema depende en mucho de la relación con el sistema de supervisión, el cual en diversos sentidos marca la pauta para el tipo de relación que se desarrolle en el equipo de supervisados. Es importante considerar que muchas de las tensiones en el equipo pueden surgir de la confusión que el supervisado experimenta ante la evaluación y retroalimentación de su trabajo, no sólo por parte del supervisor, sino también por parte de su equipo.

En ese sentido considero la gran necesidad de que como equipos, al ingresar a la residencia, antes que cualquier otra formación, se oriente con base en ciertos lineamientos éticos como los aquí mencionados, de tal forma que independientemente de que se presenten o no, las mismas problemáticas aquí señaladas, los integrantes del equipo observen y debatan en cuanto a su propio actuar ético para con sus compañeros, supervisor y ante ellos mismos.

Me parece que al tener claros los cuatro puntos aquí mencionados, permitiría que a lo largo de la residencia el equipo de terapeutas pudiera expresar de una mejor manera sus propias necesidades reflejado en un mejor manejo relacional ante aquellas situaciones de conflicto. Por lo que se hace indispensable construir un espacio adicional a la supervisión con el equipo en donde más allá de abordar las intervenciones se pudiera hablar sobre los efectos que cada familia e incluso cada estilo de supervisión, provocan sobre la persona del terapeuta

Pienso que ese espacio construido únicamente por el equipo permitiría reflexionar específicamente sobre las dinámicas que se van presentando a lo largo de la residencia; creando de forma responsable una conciencia grupal ante la posible discriminación, marginación o segregación de alguno de los integrantes como resultado de alianzas y coaliciones; esto con la finalidad de ser congruentes con nuestros propios principios éticos no sólo con las familias sino con nuestros compañeros y supervisores.

#### 4) Consideraciones éticas desde el sistema personal o persona del terapeuta.

Más allá de lo mencionado anteriormente creo que el punto álgido en el manejo de la ética, es precisamente el trabajo de la persona del terapeuta; esto significa para mí el compromiso que cada uno tiene de estar consciente de sus recursos pero también de sus limitaciones. En mi opinión una forma útil y responsable de conseguirlo es trabajando en el propio proceso terapéutico, pues al ser seres cambiantes día a día nos vamos topando con nuevas encrucijadas o retos.

En muchas ocasiones son las familias frente a nosotros las que nos recuerdan de nuestra condición de seres humanos en procesos de cambio, porque al estar frente a nosotros algo de nuestras historias lo escuchamos en sus narraciones y nos mueve más que de costumbre obligándonos a preguntar, por qué estoy sintiendo lo que siento.

Me parece que es muchas veces después de esa pregunta cuando debemos reflexionar en si será necesario reiniciar con nuestro proceso personal y de esa manera evitar que nuestras propias emociones limiten la construcción de nuevas historias en los otros y en nosotros mismos.

Nuevamente reitero la importancia de que el terapeuta haga contacto consigo mismo y se responsabilice ante sus propias emociones y creencias e identificar cuando estas pueden estar interfiriendo o limitando una mirada comprensiva ante las narraciones del otro.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El programa de Residencia en Terapia Familiar es un programa profesionalizante que tiene como objetivo desarrollar diferentes habilidades en el egresado, de tal forma, que sea capaz de ejercer su profesión desde diversos escenarios con los más altos estándares de calidad. Esto se logra con todas las actividades teórico-prácticas descritas en capítulos anteriores. A continuación se hace un resumen de las habilidades desarrolladas a lo largo de estos dos años y su proyección en el campo psicosocial.

### **Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.**

#### **Habilidades Teórico Conceptuales**

A lo largo de dos años los residentes recibimos parte de nuestra formación teórica en clases estructuradas a manera de seminarios en los que por medio de lecturas actuales, exposiciones, elaboración de análisis, juego de roles, etcétera, se explicitan conceptos que van desde la epistemología de la Terapia Familiar Sistémica hasta las características más específicas de los modelos que hasta la fecha integran dicha corriente psicoterapéutica.

Este recorrido inicia con la revisión de la epistemología sistémica, que en mi caso me permitió comprender las bases de los modelos terapéuticos y conceptualizar las diferencias que esta perspectiva guarda con corrientes como el Psicoanálisis y el Conductismo además de comprender la propia transformación de la Terapia Familiar Sistémica.

En lo personal me parece que transitar por un trayecto teórico que va desde la epistemología hasta la especificidad de cada uno de los modelos, enriqueció considerablemente mi formación, proporcionándome las habilidades teóricas necesarias para ejercer con un alto profesionalismo no sólo en el ámbito clínico, sino en ámbitos educativos y organizacionales.

#### **Habilidades Clínicas**

Me parece que son precisamente las habilidades clínicas las que más se potencializan a lo largo de



estos dos años de residencia; ya se ha visto en los capítulos anteriores que al participar como terapeutas supervisados tenemos la oportunidad de formar parte de un sistema terapéutico total que nos demanda el desarrollo de destrezas no sólo como terapeuta a cargo, sino como integrante de un equipo que detrás del espejo también juega un papel fundamental en el desarrollo del proceso terapéutico.

La experiencia de terapeuta a cargo nos permite desarrollar habilidades clínicas que van desde establecer contacto telefónico, hasta acciones como la comprensión de los objetivos, el establecimiento de un joining adecuado, saber aplicar las intervenciones en el tiempo justo, mantener el contacto visual con toda la familia e identificar cuándo se hace necesario bajar la mirada, aprender a establecer la cercanía necesaria en cada uno de los casos, hacer uso del humor y hasta de ciertas dotes histriónicas, saber cerrar una conversación así como hacer saber el momento oportuno para concluir el proceso y desde luego tener la habilidad de integrar estas competencias a los conocimientos conceptuales relacionados con cada uno de los modelos.

La integración entre el cómo ser terapeuta, el estilo de cada uno y los conocimientos teóricos nos permite ir experimentando la evolución en nuestra forma de ser terapeutas. Esta evolución se hace exponencial al formar parte de un equipo de terapeutas que también evoluciona al unísono de nuestro propio crecimiento. El desarrollo se refleja claramente al participar en los equipos reflexivos en donde cada uno de los integrantes del grupo de terapeutas aprende en primer lugar a cómo hacer uso de su lenguaje y en segundo lugar a respetar no sólo el lenguaje de la familia, sino también el lenguaje de sus compañeros.

Además, a lo largo de dos años la integración tanto de las habilidades teóricas como de las habilidades clínicas nos permite evolucionar en nuestra propia práctica, reflejándose en la postura que como terapeutas vamos ejerciendo del principio a final, es decir, en un principio nos colocamos fácilmente en una posición vertical con respecto a la familia y conforme avanza la residencia aprendemos a “no saber”, a ser horizontales y a disfrutar de la curiosidad, permitiéndonos el goce por la metamorfosis que los discursos familiares provocan en nosotros.

## **Habilidades de Investigación y Enseñanza**

Los seminarios de metodología forman parte del programa de Residencia en Terapia Familiar ya que de esta manera se logra que sus egresados cuenten con las habilidades necesarias para llevar a cabo investigaciones ya sea de corte cuantitativo o cualitativo.

Aunque para muchos terapeutas sistémicos el acercamiento a los métodos propuestos por la psicología experimental, puede parecer incongruente ante las posturas sistémicas o posmodernas, considero que como profesionistas debemos estar preparados en el uso de instrumentos metodológicos, indispensables para ir en busca de aquellas nuevas posibilidades capaces de responder a las necesidades de nuestra sociedad.

Ahora bien, las habilidades metodológicas no pueden dejar de estar acompañadas con habilidades de enseñanza, es decir, la instrumentación necesaria con la que debe contar el residente para lograr transmitir ideas ante distintos foros y extender así el conocimiento. Es por ello, que se estimula en el alumno la búsqueda de diferentes audiencias en las que pueda presentar sus trabajos y de igual forma acudir como escucha en congresos o conferencias de reconocidos estudiosos, que desde un aprendizaje vicario siembren en el alumno maneras de difundir experiencias del saber teórico y clínico.

## **Habilidades de prevención**

En el capítulo anterior ya se ha hecho mención de las actividades que el residente dirige hacia la comunidad como lo son conferencias, cursos, talleres, manejo de información en base a folletos o carteles. En este sentido, es básico que el alumno desarrolle una fuerte conciencia y compromiso social y responsable en cuanto a las necesidades del contexto nacional, con el objetivo de generar acciones encaminadas a la prevención.

## **Ética y compromiso social**

En diversas ocasiones, he reflexionado acerca de lo significativo que es, el que una persona que no me conoce y que se encuentra en un momento del que quizá desemboque un rompimiento, un suicidio, la huida de un hijo, el distanciamiento de unos padres, la decisión de un matrimonio o la

proyección de un sueño; se coloque frente a mí y me comparta sus relatos llenos en algunos casos de desesperanza y en otros de motivación por el cambio.

Esa reflexión me ha llevado a tomar conciencia de la fuerte responsabilidad que tengo con los demás y conmigo misma, obligándome a potencializar mis recursos como terapeuta, pero también a estar conciente de mis propios límites, temores y creencias, que han sido co-construidas a lo largo de la historia de mi vida.

En ese sentido, considero que el manejo de mis principios éticos y conciencia social, implica el continuo reencuentro con mi propio proceso terapéutico. Y ahora, después de dos años de trabajo en equipos de supervisión, también me hace estar consciente de la gran utilidad y sobre todo beneficios éticos que se brinda a la familia o cliente al obtener múltiples miradas, por lo que me parece indispensable hacer del trabajo supervisado y en equipo, un paso obligado en la cotidianidad de mi práctica como terapeuta familiar.

### **1. Incidencia en el campo psicosocial.**

La grave situación de nuestro país en cuanto a desigualdad social, se ve reflejada en aspectos como el déficit en educación, la insuficiencia en los servicios de salud, la pobreza extrema y desde luego otras situaciones como la violencia, las adicciones, la carencia cada vez mayor de los recursos naturales, entre otros; todo ello, pone de manifiesto la gran necesidad de que profesionales del área de la salud se inserten en los diferentes ámbitos sociales principalmente como promotores de una conciencia social, pues desafortunadamente esa carencia en educación, coloca a un gran número de mexicanos en una situación de ignorancia y de mayor desigualdad.

En ese sentido, me parece que la formación como terapeuta familiar sistémico, me sitúa en una posición de suma responsabilidad para responder profesionalmente a muchas de las necesidades de mi sociedad, y señalo muchas, porque considero que la formación que se nos proporciona, no sólo hace referencia a mantenernos dentro de cuatro paredes en nuestro ejercicio como clínicos del más alto nivel. Más allá del término “familiar”, nuestra formación es desde la lógica de los “sistemas”, y por ello, se nos brinda la posibilidad de aprender a no perder de vista todas las combinaciones posibles; microsistemas, macrosistemas, mesosistemas, etcétera, facilitándonos el

ejercicio como promotores de un cambio relacional en diferentes ámbitos sociales, es decir, todos aquellos contextos de los que vamos formando parte; académicos, gubernamentales, organizacionales, institucionales, etcétera.

Si bien es cierto, que la funcionalidad de la terapia familiar ha demostrado ser sumamente útil dentro del contexto clínico e incluso por estudios de eficacia, se ha puesto de manifiesto la credibilidad de sus modelos, llegándose a afirmar que es mejor que el tratamiento que no involucra a la familia para la atención de adultos esquizofrénicos, depresión, conflictos de pareja, abuso de drogas y alcoholismo en adultos, anorexia, autismo infantil, complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, demencia así como factores de riesgo cardiovasculares (Pinsof 2000 citado en: García y Suárez., 2006). Considero que la formación recibida no se puede limitar puramente a la práctica clínica.

En general, los modelos de intervención sugeridos por cada una de las escuelas sistémicas y posmodernas, proporcionan elementos que pueden ser aplicados en cualquier escenario social, ya sea, desde las técnicas estructurales hasta la desconstrucción de los discursos de poder.

Si como terapeutas familiares logramos integrar nuestros recursos teórico-prácticos adquiridos en la residencia, a nuestros principios éticos y desde luego a nuestra conciencia social, nos acercáramos más a la comprensión de las grandes necesidades de nuestro país y podríamos aportar un pequeño, pero valioso grano de arena, en beneficio de nuestra sociedad.

## **2. Reflexión y análisis de la experiencia.**

### **Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.**

Han pasado ya dos años desde que inicié con esta nueva experiencia y aún recuerdo mi llegada, mis expectativas, mis sueños, mis temores, mis promesas y mis objetivos, pero igual recuerdo no haber imaginado lo que hoy sé, lo que ha implicado mi trayectoria por esta residencia.

Si hoy me pidieran representar con dos únicas palabras la experiencia, elegiría “RETO” y “FUERZA”. Reto porque desde el primer día implicó para mi desarrollar nuevas habilidades y en

algunos casos traer de regreso habilidades que ya había dejado olvidadas en un cajón, pues a pesar de haberme mantenido en cursos y diplomados, las habilidades de una persona dedicada al cien por ciento al estudio las había dejado abandonadas siete años antes, al haber obtenido mi título de licenciatura. Me había olvidado de cómo leer y comprender al mismo tiempo con tan sólo subrayar, me había olvidado de cómo participar en clases y me había olvidado de los retos que implica el estar hambriento de conocimientos.

Afortunadamente como dice el dicho, lo que bien se aprende nunca se olvida, siempre he sido una apasionada de la adquisición de conocimientos y mis habilidades como una estudiante dedicada, pronto volverían; pero aún faltaban mayores retos.

En el primer semestre mi experiencia como observadora me hacía admirar a mis compañeros de la generación anterior y recuerdo que me preguntaba ¿Cómo le hacen para estar con la familia, concentrarse en su sesión y al mismo tiempo hacer caso de las sugerencias de la supervisora? En esos momentos no tenía la respuesta, sólo sensaciones casi todas representadas por una gran alegría de poder estar ahí, pero al mismo tiempo de un fuerte temor.

Así que el día llegó y sin lograr la comprensión del cómo, simplemente lo hice, ahí estaba yo, con mi alegría, mi temor, el equipo, las supervisoras y la familia. Entré a la sala y desde ese momento pareció que el tiempo se congelaba, alcanzaba a percibir mi respiración impregnada de una fuerte ansiedad que se combinaba con la idea de estar siendo observada por la familia, el equipo y la supervisora, y al mismo tiempo, con una consigna interior que me decía “lo más importante es la familia así que has lo mejor que puedas”.

Recuerdo haber sentido que fluía pero sin dirección alguna, al principio tenía certeza de cómo iniciar la entrevista pero conforme iba avanzando la sesión todo se iba complicando y sentía que la familia crecía ante mi cada vez más, si bien es cierto que antes había atendido una gran cantidad de clientes en sesiones individuales y en menor medida a una que otra familia, lo había hecho desde una lógica artesanal que me liberaba en cierta manera de mis errores por la sencillez de la ignorancia, pero en esta ocasión era diferente, llevaba un semestre estudiando a Minuchin, un seminario de entrevista y la epistemología de la perspectiva sistémica, así que me sentía en la

obligación de no fallar, ahora comprendía mejor a la familia como sistema, pero la pregunta era cómo no dejarme llevar por el famoso “síntoma”.

En fin, llegó la hora de salir con el equipo y supervisora, esa primera experiencia la percibí como si yo fuera el blanco de unos dardos y todos llegaran a mí, así que fue en ese momento donde apareció la fuerza para regresar con la familia y poner en marcha las sugerencias dadas por el equipo y supervisor.

Mi experiencia como supervisada me colocó en una encrucijada donde sería yo la responsable de elegir el camino a tomar; uno de ellos era el camino de la victimización en el cual me mantendría en la metáfora de ser el blanco “perseguido” por los dardos; la otra opción era mirar el lenguaje de los otros (compañeros y supervisoras) como cajas de regalos en donde la decisión de abrirlas o no, sólo sería mía. Rápidamente me decidí por la segunda opción, es decir, aprecié la supervisión como el gran privilegio de recibir regalos cada vez que estaba frente a una familia, y valorar la oportunidad de estar rodeada de mis compañeros que a la par de mi crecimiento ellos también crecían.

El trabajo con el sistema de supervisores, fue para mi uno de los retos más significativos durante la residencia, desde un inicio independientemente del estilo de supervisión, por mi propia historia de vida y mi propio estilo de aprendizaje, sabía que implicaría una gran responsabilidad y crecimiento personal.

Ese crecimiento personal llegó desde el principio cuando me encontré en la encrucijada de decidir entre mirar la supervisión como una crítica o como una retroalimentación, lo cual para mi significaba quedarme en una postura de víctima y sufrir los retos o moverme a una postura de aprendiz activa, abierta al crecimiento de tal forma que lo que se me dijera, me llevara a ampliar mis posibilidades y las de las familias.

Debo reconocer que esta decisión implicó para mi un fuerte trabajo personal que no se limitó a un solo instante; cada estilo, cada sede, cada caso, implicaba reformular discursos, pero en cada uno de ellos me hacía la misma pregunta ¿víctima o aprendiz? y siempre me decidí por la segunda.

Al aceptarme como aprendiz, flexible y abierta a las nuevas miradas, pude sacar lo mejor de cada estilo de supervisión, caso tras caso, me preguntaba qué es lo que cada forma de supervisión implicaba para mí como terapeuta y en respuesta a eso puedo resumirlo en fuerza, confianza, disciplina, flexibilidad, fluidez, humildad, persistencia, adaptabilidad y crecimiento.

Esto cambió todo, logré saber el cómo, cómo conseguir estar frente a la familia, concentrarme en la sesión e integrar las sugerencias de la supervisora; conseguí apreciar cada estilo y cada palabra como una gran oportunidad de desarrollo, en la que lo más importante era siempre sacar lo mejor de cada sesión, de cada intervención, de cada retroalimentación.

De esta forma gané el que al colocarme frente a una familia pudiera sacar mis mejores recursos como terapeuta y al mismo tiempo hacerme conciente de mis límites, conocí más de mí, de mis creencias más arraigadas y de mi capacidad para ser flexible en algunas de ellas, por lo que a lo largo de cuatro semestres puedo decir que conocí parte de la fuerza que no sabía que tenía y eso me ayudó a superar mis propios retos.

Hoy después de dos años, me siento agradecida por todos los regalos, aún por aquellos que decidí no abrir, y sobre todo, mi mayor agradecimiento es para las familias que me brindaron sus relatos aún a pesar de haber percibido en muchos de los momentos mis propios temores y con todo y eso, decidieron seguir confiando en mí.

## BIBLIOGRAFÍA

Abia, J. (2003). *Aspectos generales de los procesos sistémicos en los enfermos crónicos y sus familias*. México: Material editado en el Instituto Milton H. Erickson.

Aguilar, R. (2006). *México en el contexto internacional. Comparación socioeconómica. ¿Estamos bien? Revista Investigación Universitaria Multidisciplinaria. Institución Universidad Simón Bolívar (México)*. Periodicidad: anual. ISSN: 1665-692X. Recuperado el 23 de marzo del 2009, de [http://www.scribd.com/doc/13644372/-Mexico-en-el-contexto-internacional-Comparacion-socioeconomica-Estamos-bien-#document\\_metadata](http://www.scribd.com/doc/13644372/-Mexico-en-el-contexto-internacional-Comparacion-socioeconomica-Estamos-bien-#document_metadata).

Álvarez. R. (2001) *Modelos explicativos y de intervención psicosocial de la enfermedad crónica*. MED UNAB. Recuperado el 15 de octubre del 2008, de <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/url/ITEM/309F6587E5760A64E0440003BA3D5405>.

Andersen, T. (1996). *Reflexiones sobre la reflexión con familias*. En S. Mc Namee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Argentina: Amorrortu.

Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de psicoterapia familiar*. (2) 41-72

Bertrando, P y Tofanett, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. España: Paidós

Boscolo, L. Cechin, G., Hoffman, L y Penn, (2003). *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Argentina: Amorrurto.

Bóscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. México: Paidós.



Boyer, N. (2008) *La familia ante la enfermedad*. Recuperado el 15 de octubre, de [http://humanizar.es/formación/img\\_documentos/jornadas\\_humanización\\_2008/05\\_com\\_mariaboyer.pdf](http://humanizar.es/formación/img_documentos/jornadas_humanización_2008/05_com_mariaboyer.pdf)

Calderón, F. (2009). “*Alcanzará México la cobertura universal de salud en el 2011*”. *Sala de prensa del Gobierno Federal*. Recuperado en Marzo 2009 en: <http://www.presidencia.gob.mx/prensa/>

Ceberio, M. y Watzlawick, P. (2006) *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.

Cecchin, G. (1987). Nueva Visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Family Process*. 26. (4) 405-413.

Córdova V., Barriguete M., Lara E., Barquera S., Rosas P., Hernández, A., León M., y Aguilar, S. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: Sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Rev. Salud Pública de México*. (50) 05. 419-427. Recuperado el 21 de marzo del 2009 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10650510>

Desatnik, O. (2007). *Historia de la Clínica de Terapia Familiar*. Manuscrito no publicado. Universidad Nacional Autónoma de México, México, Edo. Mex.

Desatnik, O; Franklin, A y Rubli, A. (2002). Visiones y re-visiones y supervisión del proceso de supervisión. *Psicoterapia y Familia*, 15(1) 47-56.

Eguiluz, L. (2004 compiladora). *Terapia Familiar, su uso hoy en día. Capítulo 3: El modelo estructural de Salvador Minuchin*. Desatnik M. 49-79. México: Pax México.

Eguiluz, L. (2004 compiladora). *Terapia Familiar, su uso hoy en día. Capítulo 4: Terapia estratégica*. Galicia, M. 81-113. México: Pax México.

Eia, A., Tomson, P. (1997). *Intervención Familiar. Guía práctica para los profesionales de la*

*salud*. Barcelona: Paidós.

Falicov, C.J. (1991). *Transiciones de la familia*. Ed. Amorrortu: Buenos Aires.

Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fisch, R., Weakland J. y Segal L. (2003). *La táctica del cambio*. España: Herder.

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Editorial Morata.

Freeman, J; Epston, D y Lobovits, D. (2001). *Terapia Narrativa para niños*. España: Paidós

Friedman, S. (2001) *El nuevo lenguaje del cambio. Colaboración constructiva en Psicoterapia*. España: Gedisa

Fuertes, M. y Maya, M. (2001) Atención a la familia: atención a la familia en situaciones concretas. *Revista Anales* (2). Recuperado el 15 de octubre del 2008, de <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple10e.html>

Galfré, O. y Barinboim, B. (2008) Salud y Familia: La relación entre enfermedad y dinámica familiar. *Aportes para el desarrollo del tema. Apuntes No. 78*. Recuperado el 15 de octubre del 2008, de [http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt\\_nuevos/78\\_galfre.htm](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/78_galfre.htm).

García, M. (1990). *El loco, el guerrero, el artista. Fabulaciones sobre la obra de Michael Foucault*. México: Plaza y Valdés.

García, M. (2007). *Estrategias de evaluación e intervención en psicología. Compiladora. Vargas, P. (2000). La visión orientada a los sistemas de interacción. El centro de Terapia Breve del MRI*. México: UNAM

García, M. y Suárez, M. (2006). La dimensión asistencial de la ética en la terapia familiar. *Revista de Psicología Online*. Recuperado el 22 de enero del 2009 en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/mgvaldes/etica.shtml>.

Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona. Paidós.

Gergen, K. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Gregory B. (2006). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1996). *Aprender a enseñar*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (2002). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (2003). *Trastornos de emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. (2ª ed.). México: McGraw Hill.

Hoffman, L. (1991) *Fundamentos de Terapia familiar*. México: FCE

Johansen, B. (1999). *Introducción a la teoría general de los sistemas*. México: Limusa.

Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Argentina: Paidós.

Keeney, B. y Ross, J. (1993). *Construcción de terapias familiares sistémicas. "Espíritu en la terapia"*. Buenos Aires: Amorrortu.

Labinowicz, E. (1987). *Introducción a Piaget*. USA: Addison-Wesly Iberoamericana.

Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia Constructiva. Una guía práctica*. Barcelona: Paidós

Manual Merck (2000). *Información Médica para el hogar*. España: Océano

Marshall, R. (2006). *Comunicación no violenta: un lenguaje de vida*. Buenos Aires: Gran Aldea Editores.

Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico metodológicas de la investigación cualitativa*. Santiago: CIDE. 25-74.

Mendoza, R. (2005). *Ética y psicología clínica*. Perspectivas psicológicas.5.Santo Domingo. Recuperado el 22 de enero del 2009 en: <http://www.pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pp/v5/v5a04.pdf>.

Minuchin, S. (2004). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa

Minuchin, S. (2005). *A four step model for assessing couples and families: From Symptom to System*. Apuntes editados por Minuchin,S.

Minuchin, S., y Fishman, H. (2005) *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós

Molina, L. (2002). *Nuestras abuelitas ya lo sabían: las historias y los cuentos pueden curar dolores del alma*. Brasil: ArteSa.

Morof, L. y Larsen P. (2002) *Chronic Illness. Impact and Interventions*. E.U.A: Jones and Bartlett.

Napoles, G. (2006). Páginas de salud pública. *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*. México: OPS/UNAM/UAEM-X/IPN, 2006:235-250. Recuperado el 21 de marzo del 2009, de [http://www.insp.mx/rsp/\\_files/File/2007/Mayo%20Junio/10-paginas.pdf](http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/Mayo%20Junio/10-paginas.pdf).

Nardone G. y Watzlawick, P. (2001). *El arte del cambio*. España: Herder.

Navarro, J. & Pereira, J. (2000). *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona: Paidós.

Navarro, R. (2007). *Políticas de Salud en México: ¿Hacia la búsqueda de un nuevo modelo?* Vol.5 Enero-Marzo 2007. Recuperado el 21 de marzo del 2009, de

[http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/Revista\\_Enlace/rev\\_anteriores\\_0107.html](http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/Revista_Enlace/rev_anteriores_0107.html).

Newman, W. L. (1997). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. Boston: USA.

O'Hanlon, B. (2006). *Crecer a partir de las crisis*. México: Paidós

O'Hanlon, B., Weiner, D. (1990). *En busca de soluciones*. España: Paidós.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques de Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Resumen de análisis de situación y tendencias de salud en México*. Recuperado el 21 de marzo 2009 en: [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp\\_484.htm#problemas](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_484.htm#problemas).

Patterson, J. y Garwick, A. (1994). Levels of Meaning in Family Stress Theory. *Family Process* 33(3) 287-304

Penn, P. (2001). Chronic Illness: Trauma, Language, and Writing: Breaking the Silence. *Family Process* 40 (1): 33-52.

Pérez, E. (2000). *Propuesta de un modelo de auditoría médica organizacional para la evaluación de la calidad de la atención con fines de la certificación hospitalaria*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Investigación de Servicios de Salud, FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México, México.

Phyllis, H. (2001). Algunas reflexiones sobre el movimiento de la terapia familiar sistémica. *Rev. Mexicana de Psicología. Universidad Iberoamericana*. 2(2).

Poveda, S. (2008). Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica. *Family Process*. 33 (3): 287-304.

Rivero, N. (2007). Políticas de salud en México. Hacia la búsqueda de un nuevo modelo. *Rev. Nueva Época*. Año 5. No. 7. Recuperado el 13 de junio del 2009, de [http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/Revista\\_Enlace/contenido0107.html](http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/Revista_Enlace/contenido0107.html).

Rolland, J. (1987). Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framework. *Family Process*. 26(2): 203-221.

Rozo, C. (2002). La terapia desde el punto de vista del construccionismo social ¿Tiene algún sentido la terapia? *Revista Electrónica de Psicología Científica. Com. Evolución y proyección de la Psicología en Internet*. Recuperado en abril 2009 en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-104-1-la-terapia-desde-el-punto-de-vista-del-construccionismo-soci.html>.

Salinas, J. L, y González, H. E. (2006). Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. *Psicología para América Latina*, N. 8, Noviembre 2006. Extraído el 10 septiembre, 2007, de [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2006000400014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400014&lng=pt&nrm=iso)

Sánchez y Gutiérrez (2000). *Terapia Familiar. Modelos y Técnicas*. México: Manual Moderno.

Selvini, M. (1990). *Paradoja y Contraparadoja*. México: Paidós.

Selvini, M. (1991). *Crónica de una investigación*. Buenos Aires: Paidós

Shaughnessy, J. J, Zechmeister, E. B. & Zechmeister. (2000). *Research methods in psychology*. Boston: McGraw Hill.

Shazer, S. (1990). *Claves para la solución en Terapia*. Barcelona: Paidós.

Sluzki, C. (2002). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Argentina: Gedisa.

Sotelo, G. (2002). *La evaluación de la calidad de la práctica médica: perspectiva del paciente y perspectiva del médico*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Investigación de Servicios de Salud, FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México, México.

Tanenbaum, R. y Berman, Marcie. (2005). *Cuestiones éticas y legales de la supervisión en psicología*. Toxicomanía, ISSN 1136-0968, (45) 21-26. Universidad Nacional Autónoma de México, México, Edo. Mex.

Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis. 75-103, 177-235.

Vázquez, R. y Angulo, F. (2003). *Introducción al estudio de casos: los primeros contactos con la investigación etnográfica*. Granada: ediciones Aljibe. 15-51.

Vivanco, B. (2000). *Auditoria médica psiquiátrica (evaluación del expediente clínico)*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Investigación de Servicios de Salud, FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México, México.

Vorvick, J. y Colven, R. (2010). *Alopecia Androgénica Femenina*. Recuperado el 2 de Agosto del 2010 en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001173.htm>.

Walsh, F. y Anderson, C. (1988). *Chronic Disorders and the family*. E.U.A.: Haworth.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. España: Herder

Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (2003). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. España: Herder.

White M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa