

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

**MADRES DE ADOLESCENTES EN**

**SITUACIÓN DE RIESGO**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**CLAUDIA ELISA CANTO MAYA**

JURADO DE EXAMEN:

TUTORA: Dra. María Suárez Castillo

Revisora: Mtra. Susana González Montoya

Externa: Mtra. Blanca Barcelata Eguiarte

Suplente: Mtra. María Rosario Espinosa Salcido

Suplente: Mtra. María Olga Mejía Anzures

MÉXICO D.F.

27 de FEBRERO 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## *Dedicatorias*

### A mis papás:

Por que siempre me han ayudado  
confiando en mi para emprender nuevas aventuras  
¡Yo también confío en ustedes!

### A mis hermanos:

Por que a pesar de que somos diferentes  
compartimos muchas cosas y  
en **todo** andamos juntos.

### A mis amigos:

Por acompañarme en los momentos desestresantes de mi vida

### A Emiliano:

Con muchísimo cariño por ser tan especial

A mis compañeros de la séptima generación:

Por el viaje que emprendimos juntos ¡¡MUCHA SUERTE!!

A mis maestras:

Por todo el conocimiento que me compartieron dentro y fuera del aula.

Con un cariño y agradecimiento muy especial para Mar por la orientación, el apoyo y la amistad que me brindaste.

A Sussie, muchas gracias por la revisión y el tiempo dedicado a este trabajo.

A la UNAM:

¡Por ser un oasis en el desierto!

A CONACYT:

Por el apoyo económico otorgado para la realización de mis estudios de maestría

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<i>Antecedentes y contexto de la terapia familiar</i>	<i>1</i>
<i>Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar</i>	<i>2</i>
<i>Características del campo psicosocial</i>	<i>2</i>
<i>Principales problemas que presentan las familias</i>	<i>5</i>
<i>La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada</i>	<i>8</i>
<i>Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico</i>	<i>9</i>
<i>Descripción de los escenarios</i>	<i>9</i>
<i>Análisis sistémico de los escenarios</i>	<i>13</i>
<i>Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios clínicos</i>	<i>16</i>
<i>Marco teórico</i>	<i>18</i>
<i>Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo</i>	<i>19</i>
<i>Análisis teórico conceptual de los fundamentos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna</i>	<i>19</i>
<i>Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna</i>	<i>27</i>
<i>Modelo Estructural</i>	<i>28</i>
<i>Modelo Estratégico</i>	<i>32</i>
<i>Modelo de Terapia Breve centrada en Problemas</i>	<i>35</i>
<i>Modelo de Milán</i>	<i>42</i>
<i>Modelo de Terapia Breve centrado en</i>	<i>46</i>

<i>Soluciones</i>	
<i>Posturas posmodernas</i>	52
<i>Narrativa</i>	53
<i>Colaborativa</i>	60
<i>Reflexiva</i>	63
<i>Desarrollo y aplicación de competencias profesionales</i>	68
<i>Habilidades clínicas terapéuticas</i>	69
<i>Integración de expedientes de trabajo clínico</i>	70
<i>Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica</i>	70
<i>Análisis y discusión de un tema “Madres de adolescentes en situación de riesgo”</i>	79
<i>Análisis del sistema terapéutico total</i>	90
<i>Habilidades de investigación</i>	92
<i>Reportes de las investigaciones realizadas usando metodología cuantitativa y cualitativa</i>	93
<i>Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria</i>	100
<i>Elaboración de productos tecnológicos</i>	100
<i>Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria</i>	101
<i>Asistencia a foros académicos</i>	103
<i>Habilidades de compromiso y ética profesional</i>	105
<i>Consideraciones finales</i>	109
<i>Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas</i>	110
<i>Incidencia en el campo psicosocial</i>	111
<i>Reflexión y análisis de la experiencia: implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo</i>	112

**INDÍCE DE TABLAS**

<i>Tabla 1. Motivos de consulta más frecuentes</i>	<i>15</i>
<i>Tabla 2. Diferencias entre modelos sistémicos</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 3. Familias atendidas durante la residencia en terapia familiar como terapeuta principal</i>	<i>69</i>

**INDÍCE DE IMÁGENES**

<i>Imagen 1 Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala</i>	<i>10</i>
<i>Imagen 2 Clínica del Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco</i>	<i>11</i>
<i>Imagen 3 Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado de Tlalnepantla</i>	<i>12</i>
<i>Imagen 4 Familiograma Ríos Corazón</i>	<i>70</i>
<i>Imagen 5 Familiograma Zapata Negrete</i>	<i>75</i>

## ***RESUMEN***

En el presente trabajo se aborda la problemática de las madres que tienen hijos en situación de riesgo, debido a que en los últimos años se ha reportado en los adolescentes, que el uso de drogas legales e ilegales representa uno de los grandes problemas de salud.

Se trabajó desde una perspectiva sistémica, para el abordaje terapéutico de dos familias con motivos de consulta similares, hijos adolescentes en situación de riesgo, los modelos empleados fueron el de terapia breve centrada en problemas y el de terapia breve centrado en soluciones para ambos casos.

Al finalizar las terapias, los resultados obtenidos fueron que las madres de estos jóvenes, tenían más claridad sobre qué era lo habían hecho antes de la terapia, que tal parecía era más de lo mismo, y no daba el resultado que ellas esperaban y pudieron dar un giro en este modo de respuesta ante situaciones difíciles con sus hijos para obtener respuestas diferentes.

Así mismo encontraron otras fortalezas, en ambos casos, que les sirvieron para afrontar de manera diferente las situaciones que les estaban provocando conflicto, lograron tener más claridad sobre los riesgos a los que sus hijos estaban expuestos y emplear otras soluciones a las que habían manejado para así obtener resultados diversos que las dejaban más tranquilas.

A manera de conclusión, se resalta que los enfoques empleados para la terapia en casos de madres con adolescentes en situación de riesgo, resultaron efectivos ya que ellas lograron encontrar una serie de recursos en ellas mismas para afrontar situaciones difíciles con sus hijos adolescentes.



*I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA  
TERAPIA FAMILIAR*

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

## *1.1 Características del campo psicosocial*

De acuerdo a diversos estudios, el primer tipo de familia que existió fue la consanguínea, cuyo rasgo era la prohibición de contacto sexual entre padres e hijos. Este tipo de familia evolucionó a las familias punalúa, que poseían el mérito de excluir a hermanos y hermanas del comercio sexual. Para Engels (1891), este tipo de familia pertenece al salvajismo en el progreso humano. En la barbarie, el matrimonio es sindiásmico, con la característica de que ya existe una relación más o menos a largo plazo que se puede disolver en cuanto alguno de los dos decida. Por último aparece la monogamia en la civilización, con sus complementos: adulterio y prostitución.

En México, durante la época prehispánica, la estructura de la familia era frecuentemente extensa, mantenida por fuertes vínculos con otras familias o grupos domésticos y, por lo tanto, las relaciones con la comunidad ejercían una fuerte influencia e injerencia en la vida familiar; y, con respecto a sus relaciones internas, éstas eran de índole muy jerárquico y desigual, con una prevalencia del grupo sobre el individuo. Parece ser, que las relaciones familiares que predominaban eran aquellas orientadas por valores comunitarios.

La estructura familiar nuclear fue una realidad que se configuró de manera creciente desde el periodo colonial sobre todo entre la población indígena pero, a pesar de dicha nuclearización, ésta no estuvo acompañada de la asunción de pautas modernas desde el punto de vista sociocultural.

Durante esta misma época, surgió la “familia nuclear patriarcal restringida”, que tienen el tipo de relaciones familiares formadas que se caracterizaron por una disminución del peso de la comunidad y por un creciente peso de la unidad conyugal y del patriarcado. De ahí que a la vez que las relaciones familiares se individualizaron

o nuclearizaron, la cohesión interna fue reforzada dando sólo un espacio muy discreto a las individualidades como tales.

Desde el punto de vista sociocultural, algunos de los rasgos del tipo de “familia nuclear doméstica cerrada”, comenzaron a surgir a partir del proceso de no religión que se inició a mediados del siglo XIX, manifestado éste a través de la separación de la Iglesia y del Estado, de la conformación de códigos civiles republicanos, de la conformación de las escuelas como espacios específicamente destinados a la educación de los niños y de la instauración del matrimonio como un contrato civil establecido a partir de la libertad de elección de los individuos, entre otras cosas. Estos fenómenos produjeron la separación más nítida del núcleo conyugal y sobre todo la conformación de la familia como un espacio en donde se desarrolló la domesticidad, la intimidad, el amor romántico, el cultivo de la niñez y el sentimiento de que la familia era un espacio afectivo. Fue en este momento en que se definió de manera más precisa la delimitación de los roles genéricos modernos, aunque profundamente desiguales, moldeados por la moral católica y con una fuerte concepción biologista acerca de las diferencias de género. Las mujeres dirigieron sus esfuerzos hacia la atención de los hijos y el esposo; ellos, en cambio, definieron su rol público, de proveedores y de agentes encargados de la movilidad social del grupo familiar.

Con estos antecedentes, se da paso a la familia moderna, que se considera como una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes (Estrada, 1997).

A pesar de la falta de información oficial con respecto a la composición de las familias en las primeras décadas del siglo XX, en general hay consenso acerca de que a principios de ese siglo, la mayoría de las familias tenía una estructura nuclear, constituida por los padres y sus niños, y que la familia extensa también tenía una representación importante.

Estrada (1997), señala que de 1950 a 1970 continuaron desarrollándose las relaciones familiares nucleares previas y asumieron rasgos particulares. En estos momentos en que social y culturalmente se conformó el ideal típico asociado a la familia nuclear

occidental: una unidad conformada por padres e hijos, en donde imprimían su huella en las relaciones de pareja el amor romántico y el matrimonio de compañerismo (el matrimonio y la familia comienzan a ser concebidas como un refugio frente al mundo hostil y competitivo fomentado por el comercio y la industria. De acuerdo con esta visión, los esposos encontrarían un consuelo y renovación espiritual en la compañía mutua. En particular, en la mujer recaería esta función de ser una figura de consuelo (Esteinou, 2008).

Durante el periodo 1970 – 2000 se observa el patrón previo de relaciones familiares nucleares. Pero junto a éste, se desarrollaron una variedad más amplia de tipos de relaciones de familia nuclear, dentro de la estructura nuclear o incluso de la extensa, debido a que la sociedad mexicana experimentó cambios muy importantes y procesos de diferenciación más acentuados que dieron como resultado una multiplicación de los tipos de relaciones familiares. En efecto, entre los distintos tipos que podemos observar se encuentran aquellos generados dentro de las familias nucleares conyugales convencionales, de las familias nucleares conyugales de dobles perceptores de ingresos o de doble carrera, de las familias nucleares reconstituidas, de las familias nucleares monoparentales con mujeres a la cabeza, e incluso de familias extensas de tres generaciones.

No obstante que la estructura nuclear es dominante, ésta tuvo una tendencia hacia la disminución entre 1976 y 1987 y para los años posteriores muestra una tendencia estable. Por su parte, la estructura extensa tuvo una tendencia hacia el aumento entre 1976 y 1982, posteriormente y hasta el año de 1992 muestra un ligero decline para luego estabilizarse en el año de 1995. Los datos basados en fuentes nacionales muestran que la composición más común de las estructuras extensas parece ser aquel extendido verticalmente, es decir, constituido a través de la patrilocalidad de las nuevas parejas que se van a vivir con los padres de alguno de los novios, pero también por la presencia importante de las hijas con descendencia que han interrumpido una unión. De acuerdo con los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2005), la forma más común de organización en las familias mexicanas es la pareja con hijos; 69 de cada 100 están compuestas de esa forma.

Las funciones históricas asignadas a la familia son: la sexualidad, la reproducción, la socialización y el cuidado de sus miembros.

Es en estas funciones donde se han producido los mayores cambios por las transformaciones culturales y tecnológicas de los últimos años: desde la posibilidad de planificar la llegada de los hijos, hasta la modificación de las funciones domésticas tradicionales ligadas a la mujer y que hoy son compartidas por el varón. En relación a la conformación de los hogares, la variación incluye desde los nucleares hasta las familias ensambladas, los hogares unipersonales o uniparentales, las familias adoptivas o las uniones civiles entre homosexuales, las que conviven o las que tienen uno de sus miembros en otro país etc.

En el 2005, el INEGI, define a la familia como el ámbito en el que interactúan personas relacionadas entre sí por lazos de parentesco por consanguinidad, afinidad, costumbre o legales. En ella se establecen obligaciones y derechos entre sus miembros, con peculiaridades para cada uno de ellos dependiendo del sexo, edad y posición en la familia.

Para este mismo Instituto, la familia mexicana actual, está conformada en su mayoría por parejas con hijos; seguido de los hogares en donde viven la jefa o el jefe con sus hijos, posteriormente las parejas sin hijos y en última instancia se forman por el jefe o la jefa sin cónyuge ni hijos, pero con otros parientes, como nietos y sobrinos, esta última composición es llamada “hogares de jefe sin su núcleo familiar”.

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

Palomar, (1998), menciona que las tareas de la familia vienen impuestas desde afuera debido a que sus ingresos están sometidos a una apropiación arbitraria y por esta razón, en muchos casos, sus funciones, como la promoción de un desarrollo físico y emocional óptimo en sus miembros, se ven limitadas por condiciones externas que controlan a la familia; tal es el caso de la marginación, la pobreza, la ignorancia y el acceso limitado a los servicios de salud. Como el Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica (2001) refiere, existe una infinidad de problemas derivados de estas condiciones externas y se afirma que no puede haber personas sanas en la

pobreza y el resultado de vivir en esta estructura económica, en la que sobreviven cientos de miles de mexicanos, es un mayor deterioro de sus condiciones de vida.

Los programas que ha instrumentado el gobierno para darle solución a este tipo de problemas tales como el Programa de Educación Salud y Alimentación (PROGRESA), cuyo objetivo es lograr que las familias más pobres puedan desarrollar sus potencialidades y aprovechar al máximo las oportunidades sociales, económicas y culturales en el futuro próximo y el Programa Nacional por una Vida sin Violencia (PRONAVI), que han sido aplicados por instituciones públicas y privadas, no han obtenido resultados satisfactorios, y son calificados por Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de mujeres como limitados ya que consideran que no se atacan a fondo éstas problemáticas.

De acuerdo con el Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica (2001), estos grandes problemas nacionales conllevan a otros más específicos, como el gran número de casos de cáncer, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), drogadicción, alcoholismo, depresión, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes en el trabajo, discriminación en el trabajo, delincuencia, suicidios, violaciones, desintegración familiar y problemas de violencia, y discriminación a grupos minoritarios.

Con respecto a estos problemas más específicos, el INEGI, reporta que en los adolescentes, el uso de drogas legales e ilegales representa uno de los grandes problemas de salud. De entre las drogas legales utilizadas más frecuentemente están el alcohol y el tabaco. Y con lo que respecta a las drogas ilegales, la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), reportó que 1.5 millones de jóvenes han usado drogas alguna vez en su vida, lo que representa el 5.8 del total de población en estas edades y 4.16 millones tienen dependencia al alcohol.

La principal causa de muerte de los jóvenes para el 2006 son los accidentes; de éstos, los de tráfico de vehículos de motor representaron 59.5% del total de decesos por esta causa.

Entre los jóvenes, 5 de cada 10 hospitalizaciones se deben a traumatismos, envenenamientos, fracturas y heridas, mientras que entre las mujeres en la misma

etapa de vida, 9 de cada 10 son hospitalizadas por causas relacionadas con la reproducción.

Otro de los grandes problemas que se consideran de tipo social es la violencia, especialmente aquella ejercida contra las mujeres. Durante mucho tiempo la violencia hacia la mujer por parte de la pareja fue considerada como un problema individual, privativo del ambiente familiar, en múltiples ocasiones minimizado, ocultado y hasta justificado, y ante el cual la sociedad y los organismos e instituciones públicas no tenían nada que decir o hacer.

La violencia contra la mujer busca someterla en todos los aspectos de su vida, y se manifiesta en formas diversas y con variados matices, a veces interrelacionados y a veces recurrentes. Las manifestaciones de violencia dentro de la pareja no se reducen únicamente a los golpes, sino que comprenden toda una gama de actos psicológicos, físicos y sexualmente coercitivos, así como la explotación y el abuso económico practicados contra las mujeres por su pareja, todos sin el consentimiento de la mujer. Cada uno de estos hechos encierra particularidades y características que los hacen importantes, sin embargo, cada uno depende del grado de tolerancia o de percepción por parte de las mujeres y la frecuencia con que estos actos se presentan.

De la información de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), en el 2006, se desprende que en el país de las 21 631 993 mujeres casadas o unidas de 15 y más años, fueron violentadas a lo largo de su relación 10 088 340, dato que muestra un alto índice de violencia de género, al representar a casi la mitad de las mujeres encuestadas. De estas mujeres que han vivido violencia, el 44.7% ha recibido golpes por parte de su pareja, el 18.1% han sufrido violencia sexual, el 84.5 violencia emocional y el 60.8 de ellas han vivido violencia económica.

Otro tipo de violencia es la ejercida por algún miembro de la familia, que no sea la pareja. En mayor frecuencia, el agresor identificado en la familia de origen es la mamá, 61.3% vivió hechos violentos infligidos por ella, quizá porque es quién pasa la mayor parte del tiempo con sus hijos; 29.8% dicen haber recibido agresiones por parte

del padre y 15.4% fueron violentadas por la madrastra, padrastro, abuelos y otras personas.

Cuando se habla de la familia se concibe como un lugar donde los individuos buscan amor, amparo, seguridad y protección. Sin embargo, para muchos la familia es el origen de la mayoría de los problemas, entre ellos, algunas de las formas de violencia.

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

La terapia familiar se origina en Estados Unidos en la década de los 50's, de acuerdo con Bertrando (2005), esta surge como el intento, por parte de una sociedad inquieta, de protegerse frente a la disgregación, buscando perpetuar el modo de convivencia supuestamente ideal, pero ya no a través de la sanción social.

La cibernética, junto con la teoría general de los sistemas, constituyen la base teórica para el desarrollo de la Terapia Familiar. Fue el antropólogo Gregory Bateson quien introdujo la idea de que la familia podía ser semejante a un sistema cibernético y aplicó los conocimientos sistémicos (circularidad, información, retroalimentación, regulación, organización, etc.) a las ciencias del comportamiento y al estudio de las interacciones humanas. De esta manera se hizo posible pensar en una nueva forma de abordar los problemas.

Uno de los pioneros en el estudio de la familia fue Nathan Ackerman, quien teniendo una formación psicoanalítica, resaltó la importancia de que la familia participe en el tratamiento de los desórdenes emocionales. Posteriormente, Carl Whitaker y Thomas Malone trabajan en coterapia con pacientes esquizofrénicos y sus familias.

Murray Bowen y Lyman Wynne fueron de los primeros en hospitalizar a toda la familia. En los años 70's Salvador Minuchin trabaja con las familias de niños delincuentes. M. Erickson trabaja con hipnosis y sienta las bases para los trabajos posteriores del equipo de Palo Alto en donde Don D. Jackson, J. Weakland, J. Haley y P. Watzlawick crean el Mental Research Institute (MRI).



En esta misma década, surge el grupo de Milán, conformado por Mara Selvini, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Pratta, quienes están centrados en los conceptos de familia como sistema.

A partir de los 90's, se ponen en duda las concepciones universalizadas de la verdad, la objetividad, la racionalidad, el progreso y los principios morales. De estas dudas surgen nuevos diálogos. A esta nueva práctica en psicoterapia se le designa con el nombre de postmodernismo, considerado los conceptos del construccionismo social para describir y explicar la práctica sistémica caracterizada por el uso del lenguaje, la narrativa, la interpretación y la hermenéutica, la conversación, el trabajo colaborativo y la reflexividad, que se desarrollarán con mayor amplitud en el capítulo 2.

Bajo esta conceptualización, el énfasis se centra en la forma en que los seres humanos construyen su mundo de experiencia a partir de las relaciones sociales en que se involucran y, a diferencia del constructivismo donde la realidad se construye a partir de la experiencia individual (y biológica) en el lenguaje (contexto social), desde el construccionismo social, la realidad se construye en la relación social como productora de discursos. De este modo, la práctica clínica es explicada como un proceso que se orienta a la formación de historias y significados alternativos a la situación problemática de las personas (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001).

## ***2. CACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO:***

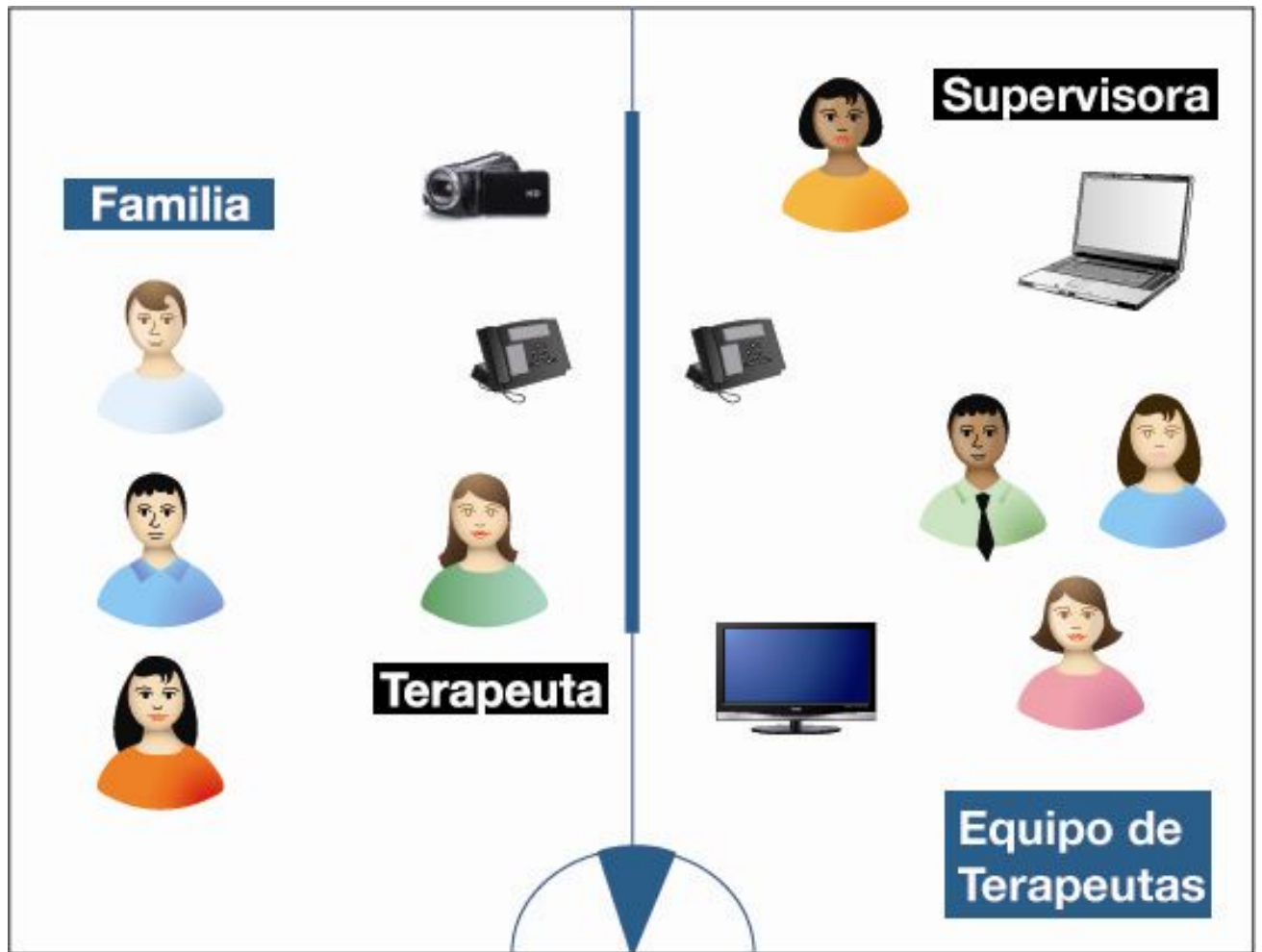
### ***2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ESCENARIOS***

*Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.  
Universidad Nacional Autónoma de México.*

Se encuentra en el primer piso del edificio de Endoperiodontología en el área de clínicas del campus de la Universidad ubicado en Av. De los Barrios #. 1 Col. Los Reyes Iztacala, Municipio de Tlalnepantla. Estado de México.

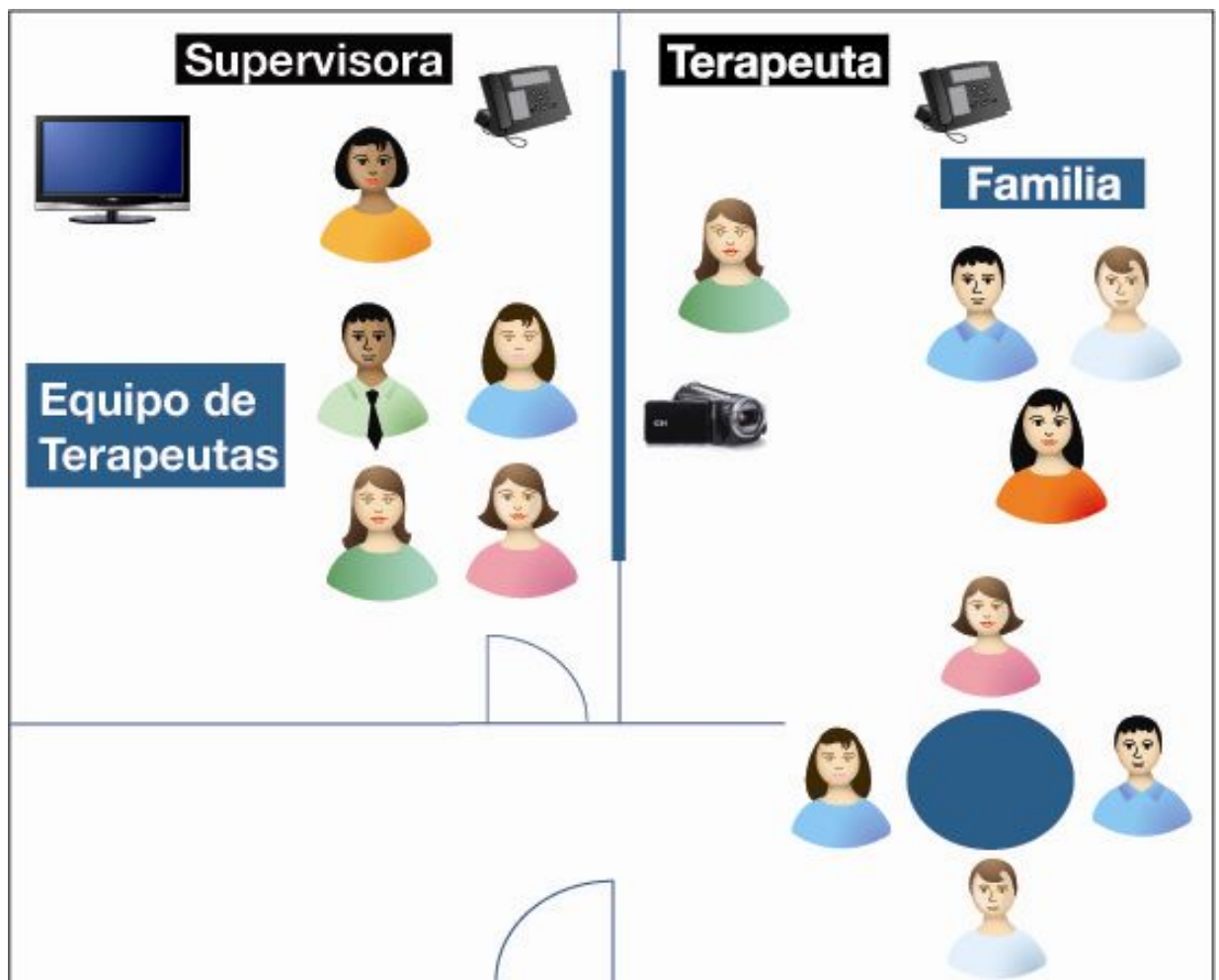


Imagen 1. Clínica de T. F. FES IZTACALA



El servicio de Terapia Familiar que se brinda en el Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco, se encuentra en el segundo piso del edificio del Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación (SILADIN), dentro de CCH, ubicado en Av. Aquiles Serdán # 2060 Col. Ex Hacienda del Rosario. Del Azcapotzalco.

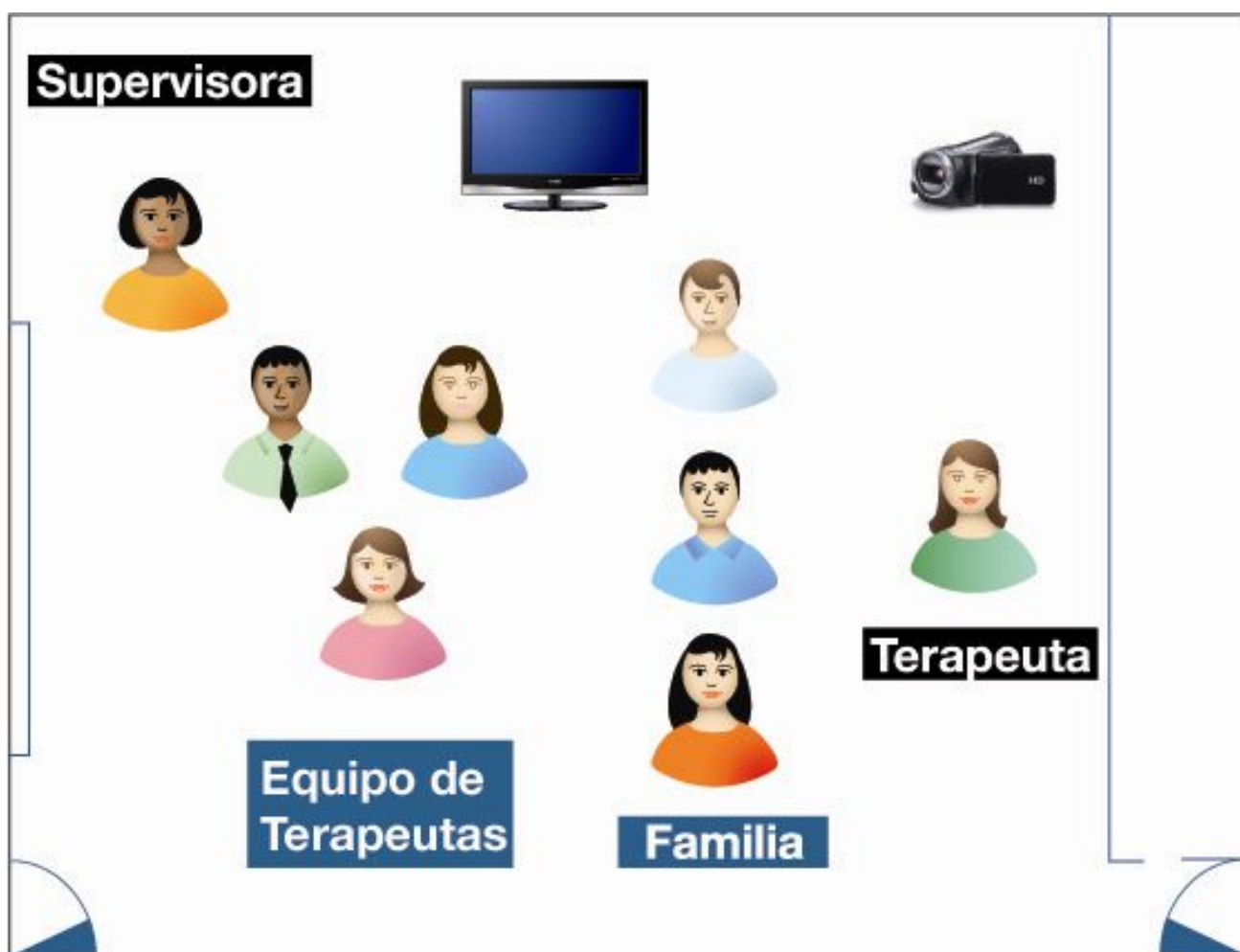
Imagen 2. Clínica de CCH AZCAPOTZALCO



*Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado*

Este espacio destinado a atender familias es el consultorio de Psicología, que se encuentra en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Tlalnepantla, que se ubica en la calle de Chilpancingo # 68 Colonia Valle Ceylan. Tlalnepantla, Estado de México.

Imagen 3 ISSSTE TLALNEPANTLA



## 2.2 ANÁLISIS SISTÉMICO DE LOS ESCENARIOS

### *Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala*

En la FESI se brinda el servicio de terapia familiar, principalmente a estudiantes y trabajadores de la entidad, y a personas de la comunidad cercana a las instalaciones.

Las principales fuentes de referencia son la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), el Departamento de Evaluación y Diagnóstico de la FESI, las escuelas (primarias, secundarias y el Instituto Tecnológico de Tlalnepantla) cercanas a la institución y personas que ya han sido atendidas o que conocen el servicio y lo recomiendan.

El servicio se ofrece dos veces por semana con un costo de \$50.00 y se realiza en un horario matutino.

La FESI es un sistema dentro del cual se pueden identificar muchos subsistemas constituidos por elementos diversos: alumnos, docentes, personal administrativo, etc. Todo el personal que conforma la FESI está organizado por Programas, Unidades y Coordinaciones, en dónde el Director tiene la mayor jerarquía dentro de este organigrama. La Clínica de Terapia Familiar pertenece a la División de Posgrado y Investigación.

Desde el 2001 y hasta el 2009 en la FESI se han atendido aproximadamente a 710 personas, los motivos de consulta más frecuentes son: bajo rendimiento escolar y problemas familiares, depresión, agresión, conflictos de pareja, comunicación y violencia familiar, familias de tres generaciones e infidelidad y celos.

### *Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco*

Se comienza a trabajar en esta institución a partir de un acuerdo con la Secretaria Estudiantil del CCH – UNAM y las autoridades del plantel Azcapotzalco. El CCH(A), es un sistema escolar conformado por diversos subsistemas de los cuales la Dirección

es la encargada de supervisar el funcionamiento académico y administrativo del personal que se estructura en Secretarías: Particular, General y Administrativa y en Departamentos.

En esta institución, el programa de Terapia Familiar Sistémica ingresó como un agente externo, y se insertó en la Secretaría de Asuntos Estudiantiles, estando en coordinación con el área de Psicopedagogía del Plantel.

La población atendida en esta institución son estudiantes y trabajadores del CCH y desde el 2001 hasta el presente año el total de personas asistidas es de 331 y los motivos de consulta más frecuentes han sido: dificultades para relacionarse y problemas familiares, problemas de comunicación, bajo desempeño escolar, violencia y depresión.

Las fuentes de referencia se obtienen del Departamento de Psicopedagogía, los profesores que recomiendan el apoyo a sus alumnos, y trabajadores o estudiantes que conocen del servicio y acuden a éste.

Las sesiones son cada 15 días en un horario matutino y el servicio es gratuito.

#### *Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado*

El ISSSTE es una institución dedicada a prestar Servicios de Seguridad Pública en el país dividiéndose en Subdelegaciones Médicas que a su vez se componen de Clínicas de Medicina Familiar (CMF).

La CMF de Tlalnepantla está organizada de acuerdo a la Subdelegación Médica en el Estado de México. En el nivel jerárquico más alto de esta institución se encuentra la Dirección y de ahí se desprenden tres áreas: Subdirección Médica, Subdirección Administrativa y Coordinación de Enseñanza e Investigación. En el departamento de Psicología que se desprende de la Subdirección Médica y en combinación con la Coordinación de Enseñanza e Investigación, se presta el servicio de Terapia Familiar.

Los pacientes son referidos al área de terapia Familiar, principalmente por las áreas de Medicina Familiar y Trabajo Social, así como por la Psicóloga encargada del área. La Terapia Familiar se presta como un servicio a los derechohabientes de esta clínica. Las sesiones se llevan a cabo por las mañanas y son semanales.

En el total de los casos atendidos por el programa de Terapia Familiar de la FESI en los diferentes escenarios se encuentran, como los motivos de consulta más frecuentes los que están expresados en la tabla 1.

Tabla 1. MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES.

<b>MOTIVOS DE CONSULTA Y PROBLEMÁTICA</b>	
Bajo rendimiento escolar y problemas familiares	Ideación suicida en adolescentes
Enfermedades psicosomáticas y dificultades para relacionarse	Comunicación y violencia familiar
Depresión e intento de suicidio	Consumo de sustancias tóxicas
Agresión y rebeldía	Problemas de alcoholismo
Depresión y abuso sexual	Depresión, miedos e insomnio
Conflictos de pareja y familias reconstituidas	Familias de tres generaciones
Depresión y conflictos de pareja	Infidelidad, celos y depresión



### 2.3 EXPLICACIÓN DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LOS DISTINTOS ESCENARIOS CLÍNICOS.

De la lista de espera que se tiene en cada escenario clínico, se asignan los casos a los terapeutas, que ya han sido previamente divididos en dos equipos de cinco. Cada semestre hay rotación de escenarios, de tal manera que el grupo de terapeutas que empieza en la clínica de la FESI, el siguiente semestre atenderán en las clínicas del CCHA y en el ISSSTE de Tlalnepantla, y de manera inversa el otro equipo.

El primer contacto con el paciente es vía telefónica, en ella es importante recabar datos de la familia para poder construir el genograma, especificar el motivo de consulta y preguntar cuántas personas asistirían a la sesión. Así mismo, es necesario explicarle por este medio, la manera en la que se realiza la terapia, a fin de que la familia autorice las video - grabaciones y la forma de trabajo. En este momento se tiene que tener mucho cuidado para evitar alianzas y/ o coaliciones con quien contesta la llamada, ya que se ha notado que en algunas ocasiones, el interés que tiene el terapeuta por que asistan a sesión provoca que se hagan alianzas que afectarán al trabajo terapéutico.

En las sesiones se realiza la Pre sesión, en donde se le relata al equipo de terapeutas y a la supervisora, los datos recabados durante la sesión anterior, se discuten las hipótesis y los objetivos para esa sesión y para la terapia.

Al establecer el primer contacto, en esta sesión, con el paciente / familia, es fundamental que una vez hecho el *rapport* se proceda a hacer el encuadre de la terapia.

Después de que se le ha explicado a los presentes que las sesiones son video grabadas y que se trabaja con el equipo de terapeutas detrás del espejo de visión unilateral, se les solicita que firmen una carta de autorización para poder realizar esta forma de trabajo.

Posteriormente, en el transcurso de la sesión, es importante tener una empatía adecuada con la familia, hacer un enganche con la misma y poder establecer el motivo de consulta.

Aproximadamente 15 minutos antes de que termine la sesión se hace una pausa y el terapeuta sale del espacio en dónde se está realizando la terapia para pasar con el equipo de terapeutas y supervisora detrás del espejo de visión unilateral. (en el caso de FESI y CCHA), en el caso de ISSSTE se le pide a la familia que salga un momento del consultorio y permanezcan en la sala de espera. En este tiempo el sistema de supervisión manda una devolución a la familia y junto con el terapeuta asignan una tarea para la familia.

Posteriormente el terapeuta vuelve con la familia y da el mensaje que el sistema de supervisión ha mandado, explica la tarea que tendrán que realizar y da la próxima cita.

Una vez concluida la sesión, se realiza la Post Sesión con el equipo de terapeutas y de supervisión para revisar el caso, y desde una perspectiva de cibernética de segundo orden, reflexionar sobre lo sucedido con la persona del terapeuta y con los miembros del equipo.

## *II. MARCO TEÓRICO*

## 1. *Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo*

La terapia familiar surge entre 1950 y 1960 como una epistemología diferente a las ya existentes. Es decir, como paradigma no evoca una tradición unitaria, sino que existen varias aproximaciones y estilos que interpretan y explican los sistemas familiares y sus síntomas de diversas maneras.

Para Kenney (1987), el término epistemología es definido desde diversos puntos de vista al mencionar que ésta se encarga de establecer de que manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden. Dentro del ámbito de la Filosofía, la epistemología hace referencia a un conjunto de técnicas analíticas y críticas que definen los límites de los procesos del conocimiento. En el ámbito sociocultural, la epistemología equivale al estudio de la manera en que las personas o sistemas de personas conocen cosas y de la manera en que ellos piensan que conocen cosas.

De acuerdo con Bateson, epistemología significa las leyes de que nos valemos para dar un sentido al mundo. Estas reglas no son siempre conscientes y determinan gran parte de nuestro comportamiento y nuestra interpretación del comportamiento de los demás" (en Hoffman, 1981).

Así pues, la epistemología sistémica y posmoderna se nutre de cinco fuentes principales: la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación y la Cibernética, el Constructivismo y el Construccinismo Social.

### *TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS*

La Teoría General de Sistemas (T. G. S.) fue concebida por Bertalanffy en la década de 1940, con el fin de constituir un modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar, analiza las totalidades y

sus interacciones internas y externas (con su medio). Sus objetivos son: señalar similitudes en las construcciones teóricas de diferentes disciplinas y desarrollar modelos que sean aplicables a campos diferentes de estudio. (Wiener, N. 1972).

De acuerdo con esta teoría, un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran, así pues, un sistema es un conjunto de partes interrelacionadas.

Según la teoría general de los sistemas cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la “totalidad”, y no en “sumatividad”, porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. En este sentido a un mismo efecto pueden responder distintas causas, y esto se da porque hay una permanente circularidad e interconexión entre los miembros de un sistema.

Un sistema puede ser cerrado cuando no intercambia información con su entorno o abierto cuando intercambia información con su entorno, por lo que es modificado y a la vez modifica a ese mismo contexto

Los sistemas vivos son sistemas abiertos pues intercambian con su entorno energía e información. Los sistemas abiertos tienden hacia una evolución constante y un orden estructural, en contraposición a los cerrados en los que se da una tendencia a la indiferenciación de sus elementos y al desorden, hasta alcanzar una distribución uniforme de la energía.

Propiedades de los sistemas abiertos.

A) Totalidad:

La T.G.S. establece que un sistema es una totalidad y que sus objetos (o componentes) y sus atributos (o propiedades) sólo pueden comprenderse como funciones del sistema

total. Un sistema no es una colección aleatoria de componentes, sino una organización interdependiente en la que la conducta y expresión de cada uno influye y es influida por todos los otros.

El concepto de totalidad implica la no aditividad, en otras palabras: "el todo constituye mas que la simple suma de sus partes"

#### B) Objetivo:

Los sistemas orgánicos y sociales siempre están orientados hacia un objetivo. La T. G.S. reconoce la tendencia de un sistema a luchar por mantenerse vivo, aún cuando se haya desarrollado disfuncionalmente, antes de desintegrarse y dejar de existir como sistema.

#### C) Equifinalidad:

En un sistema, los "resultados" (en el sentido de alteración del estado al cabo de un período de tiempo) no están determinados tanto por las condiciones iniciales como por la naturaleza del proceso o los parámetros del sistema.

La conducta final de los sistemas abiertos está basada en su independencia con respecto a las condiciones iniciales. Este principio de equifinalidad significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, porque lo decisivo es la naturaleza de la organización. Así mismo, diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas "causas".

Por tanto, cuando observamos un sistema no se puede hacer necesariamente una inferencia con respecto a su estado pasado o futuro a partir de su estado actual, porque las mismas condiciones iniciales no producen los mismos efectos.

#### D) Protección y crecimiento.

En los sistemas existirían dos fuerzas a) la fuerza homeostática, que haría que el sistema continuase como estaba anteriormente y b) la fuerza morfogenética, contraria a la anterior, que sería la causante de los cambios del sistema.

Estas dos fuerzas permitirían que el sistema se mantenga estable y se adapte a situaciones nuevas gracias a los mecanismos de feedback.

#### E) Equipotencialidad.

Este principio lleva implícita la idea que pueden obtenerse distintos estados partiendo de una misma situación inicial. Esto implica la imposibilidad de hacer predicciones deterministas en el desarrollo de las familias, porque un mismo inicio podrá llevar a fines distintos. El pasado no sirve y el futuro es impredecible.

Esta teoría ha sido aplicada al trabajo con familias haciendo posible reconocer a los individuos como parte de un todo más amplio. Asimismo, la familia es contemplada como un sistema de relación vivo, con sus equilibrios y desequilibrios, con sus etapas de crecimiento y también de estancamiento.

### *TEORÍA CIBERNÉTICA*

La otra gran fuente teórica que sirve como base de sustentación es la cibernética, teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivos. Su objetivo principal es entender cómo un sistema funciona de la manera en que lo hace, más que explicar qué es y por qué lo hace (Eguiluz, 2001)

Esta teoría se le atribuye a Norbert Wiener, matemático que estudiaba las máquinas como sistemas autocorrectivos.

De acuerdo con Bertalanffy, (citado en Eguiluz, 2001), el surgimiento de la cibernética ocurre paralelamente al nacimiento de otras dos contribuciones que resultaron posteriormente fundamentales para diversos campos de la ciencia: la teoría de la información de Shannon y Weaver y la teoría de los juegos de Neuman y Morgenstern.

Gregory Bateson introduce la cibernética al campo de la terapia familiar, debido a su particular interés por los mecanismos de retroalimentación que se proponían para entender a los sistemas humanos.

El concepto de “retroalimentación”, determina que cualquier conducta de un miembro de un sistema se transforma en información para los demás. En este sentido se habla de retroalimentación positiva o negativa, según que las acciones favorezcan o tiendan a corregir acciones. La cibernética toma el concepto de “Homeostasis”, según el cual a partir de la retroalimentación se tiende al mantenimiento de la organización del sistema.

Otra de las ideas de esta teoría que se retomaron en terapia familiar es la explicación que Wiener (1948) da acerca del grado de organización de un sistema de acuerdo al grado de entropía o probabilidad de caos.

Según Heinz von Foerster (1996), la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una Cibernética de "0 orden", implícita, la Cibernética de "1er. Orden", re-reflexión explicitada en la obra de Norbert Wiener (1948), y una Cibernética de "2do Orden", reflexión sobre la reflexión de la Cibernética, resultando imposible acceder a un nivel superior a éste, dado que cuando uno reflexiona sobre la reflexión se cierra el círculo de argumentación; se produce una clausura organizacional que sólo puede trascenderse a sí misma dentro de sí misma.

*Cibernética de Primer Orden y Cibernética de Segundo Orden*, en la primera Cibernética se hablaba de la homeostasis y los sistemas observados, en la que el observador es una especie de cámara que registra lo que ocurre afuera, sin rendir cuenta de su propia participación en el proceso de observación. Por otra parte, en la Cibernética de Segundo



Orden, también llamada cibernética de la cibernética, el observador es parte de lo observado y toda descripción acerca de las observaciones es una descripción acerca de quien genera la descripción (Sluzki, 1987).

### *NUEVA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN*

Los antecedentes de esta teoría están en los trabajos de Gregory Bateson quien en 1972 junto con Margaret Mead, se dedicó a estudiar la ceremonia del Naven en la tribu Iatmul en Nueva Guinea. Él, influido por Norbert Wiener (teoría cibernética), John von Neumann (teoría de los juegos) y Rusell (teoría de los tipos lógicos), tiene como interés principal desarrollar una teoría general de la comunicación derivada de las ideas cibernéticas (Eguiluz, 2001).

Debido a sus contribuciones, la nueva teoría de la comunicación se le atribuye a Gregory Bateson y todos sus contemporáneos que se encontraban trabajando con él en Palo Alto, California. Así, en 1989, formulan una serie de axiomas que constituyen la teoría de la comunicación.

El origen de las investigaciones sobre la comunicación desde un enfoque interaccional, se remonta al análisis de las observaciones de pacientes con esquizofrenia; en donde encontraron que mostraban un comportamiento diferente cuando estaban con su familia que cuando se encontraban en el hospital. De lo anterior se obtuvo “la Teoría del doble vínculo”, la cual resalta la importancia del contexto.

Bateson (Sánchez, 2000), centró su atención en la manera en que se transmiten dos o más mensajes o metamensajes, proponiendo así que “nunca existe un mensaje aislado, sino que siempre se encuentra asociado a dos o más mensajes relacionados entre sí, en diferentes planos y por lo general transmitidos por diferentes canales: cinestésicos, visuales, gestuales y verbales. Estos mensajes pueden ser ampliamente incoherentes entre sí y crear grandes pugnas y desconcierto, es decir dar un mensaje ambivalente”. Con esta base, Bateson habla del doble vínculo, refiriéndose a una secuencia de pautas de

comportamiento que se repiten, provocando una conducta patológica en algún miembro del sistema.

De acuerdo con Hoffman (1981), el doble vínculo describe un contexto de callejones sin salida en la comunicación, que son impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación. Se trata de una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifestada en un nivel es enmascaradamente anulada o contradicha por otro nivel.

En 1967, Watzlawick, Jackson y Beavin publican el libro de “Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas”, en el cual plasman las ideas de Bateson.

De entre estas ideas se desprenden los cinco axiomas de ésta teoría:

- La imposibilidad de no comunicar. En la relación social es imposible no comunicarse. Dicho a la inversa, esto significa que la comunicación se produce siempre. Para que esto sea claro, es preciso entender que comunicación es sinónimo de comportamiento, en la medida que todo lo que hacen las personas en presencia de otros tiene el valor de un mensaje. Cada comportamiento, consciente o no, intencional o no, puede ser interpretado y es, por tanto, un mensaje.
- Los niveles de contenido y las relaciones de la comunicación. Toda comunicación se realiza en dos niveles simultáneamente: un nivel de contenido (comunicación) y un nivel de relación (meta-comunicación). El primero de estos niveles está incluido y determinado por el segundo, lo que significa que las personas que se comunican, además de intercambiar información, establecen algún tipo de relación, y es esa relación la que otorga a la información y a la comunicación misma su sentido.
- La puntuación de la secuencia de hechos. Este axioma apunta a la idea de que las personas interpretan lo que ocurre, ordenando los hechos en secuencias coherentes, pero necesariamente arbitrarias, porque expresan una perspectiva personal. Resulta

evidente que no hay una sola manera de puntuar la realidad y que puede haber tantas puntuaciones como personas.

- Comunicación digital y analógica. La distinción entre comunicación digital y analógica resume los dos modos básicos de la comunicación humana. La digital se refiere a signos que representan arbitrariamente objetos o eventos. Lo analógico, en cambio, está constituido por símiles que reflejan parte de las características de lo que quieren representar.
- Interacción simétrica y complementaria. Finalmente, el último axioma plantea que todo intercambio comunicativo queda incluido en la categoría de interacción simétrica o complementaria, según esté basado en la igualdad o en la diferencia. La simetría ocurre cuando las personas intercambian el mismo tipo de comportamiento, la complementariedad es la característica de aquellas relaciones en que se intercambian diferentes tipos de comportamiento.

### *CONSTRUCTIVISMO*

El constructivismo es un enfoque epistemológico que se desprende del posmodernismo, desde esta postura se mantiene que la persona, tanto en los aspectos cognitivos, sociales y afectivos del comportamiento es una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción de sus disposiciones internas y del ambiente.

En consecuencia, según la posición constructivista, el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano, esta construcción se realiza con los esquemas que la persona ya posee y se hace todos los días y en casi todos los contextos de la vida.

## CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

Esta corriente también se encuentra dentro del posmodernismo, y sugiere la construcción de la realidad por medio de la interacción con los demás principalmente, a través del lenguaje.

De acuerdo con Gergen, el construccionismo social considera el discurso sobre el mundo no como una reflexión o mapa del mundo, sino un dispositivo de intercambio social. Intenta ir más allá del empirismo y el racionalismo al ubicar el conocimiento dentro del proceso de intercambio social.

El construccionismo social (Hoffman, 1981) mantiene 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.

Desde el construccionismo se apoya la idea de que no hay verdades sociales incontrovertibles, sino sólo relatos del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y que contamos a los otros.

A manera de conclusión se puede mencionar que el giro subjetivista que introdujo el posmodernismo en el modelo sistémico lo ha enriquecido con importantes elementos teóricos y prácticos, como la crítica de la posición supuestamente objetiva del terapeuta.

### *1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.*

A continuación se describirán los modelos de intervención sistémica que permitirán la comprensión teórica para la aplicación de intervenciones de dicha aproximación

epistemológica. Tales modelos son: Estructural, Estratégico, Milán y Modelo de Terapia Breve centrado en Problemas

También se incluirá el Modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones, que es considerado como un puente entre el enfoque sistémico y las posturas posmodernas. A estas últimas pertenecen la Terapia Narrativa, Reflexiva y Colaborativa que también se abordarán en este apartado.

### *MODELO ESTRUCTURAL*

El creador del modelo estructural para intervenir terapéuticamente en el sistema familiar es Salvador Minuchin (1974), para quien la terapia es centrada en la persona en el marco de su familia. Estudia al individuo en su contexto social.

De acuerdo con Minuchin, la familia es un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el exterior, su base es el apoyo, la regulación, la alimentación y la socialización. Define a la familia como un sistema que opera a través de pautas transaccionales y tiene propiedades de auto – perpetuación.

Minuchin distingue las familias funcionales de las disfuncionales relacionándolo con la forma en que se adaptan al ciclo vital y sostiene que una familia bien organizada es aquella que funciona adecuadamente y sus miembros estarán libres de síntomas.

La estructura de la familia está establecida por un conjunto invisible de demandas funcionales que organiza la forma de interactuar de sus miembros.

Las familias se clasifican de acuerdo a sus límites en:

° Desligadas. \_\_\_\_\_

El contacto y las transacciones entre los miembros es mínimo. Límites inadecuadamente rígidos.



◦ Aglutinadas. ....

Con interferencias en los subsistemas que impiden el desarrollo y la autonomía de sus miembros. Límites difusos.

◦ Familias con límites claros. -----

Funcionalidad familiar

Minuchin considera que los parámetros de observación importantes para realizar un análisis de la estructura y de los patrones de interacción son: Geografía refiriéndose al espacio físico que ocupa cada miembro de la familia, el espacio emocional que ocupa cada miembro de la familia se denomina territorio y se pueden reconocer la centralidad y la periferia de los integrantes de la misma. Jerarquía. Distribución del poder, dos o más personas unidas por intereses, sexo, edades, etc. (alianzas), dos o más personas unidas contra otro u otros (coaliciones). Especialmente estos en referencia a la violación de sus límites.

El modelo estructural comprende tanto las funciones de los holones del sistema para una familia funcional (holón individual, holón conyugal, holón parental, holón de los hermanos), como las tipologías de familias disfuncionales (familias de pas de deux, familias de tres generaciones, familias con soporte, familias acordeón, familias cambiantes, familias huéspedes, familias con padrastro o madrastra, familias con un fantasma, familias descontroladas, familias psicósomáticas).

La terapia orientada desde este punto de vista se basa en tres axiomas:

La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción. El individuo puede ser considerado como un subsistema, o parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta al conjunto.

Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de este sistema.

Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema, terapéutico en este caso, que gobierna la conducta de sus miembros.

Con base en esto, Minuchin propone tres estrategias para romper la homeostasis familiar y provocar el cambio

- ° Cuestionar el síntoma o Reencuadre. Consiste en tomar lo más relevante para la familia y ampliar la información proporcionada por esta, para convencer a sus miembros de la necesidad de ampliar o modificar interacciones, dirigidas a un manejo más diferenciado y eficiente de su realidad disfuncional. Para poder realizar esto se trabajan con las técnicas de escenificación, enfoque e intensidad:

*Para la escenificación se observan las interacciones espontáneas, se organizan secuencias de escenas en las que los miembros de la familia interpretan sus pautas disfuncionales en presencia del terapeuta y por sugerencia del mismo.*

*En el enfoque se hace una selección por orden jerárquico de lo que se va a enfocar, este enfoque se hace al servicio del cambio y se puede elaborar un tema sobre éste.*

*La intensidad se puede lograr por medio de la repetición de mensajes o de interacciones y cambiando la distancia y el tiempo.*

*Ejemplo. para dar intensidad en un mensaje se puede repetir de la misma forma o de diferentes maneras utilizando metáforas, esto podría ser un acuerdo entre los padres sobre la hora de llegada de los hijos.*



- Cuestionar la estructura o Reestructuración. La terapia es un proceso en que se cuestiona el “así se hacen las cosas”. Y un objetivo importante de ese cuestionamiento son los subsistemas familiares porque constituyen el contexto donde se elaboran la complejidad y la competencia. Puesto que la terapia supone un cuestionamiento de la estructura familiar, es preciso que el terapeuta comprenda el desarrollo normal de las familias y el poder que las reglas de los holones ejercen sobre el íntegro desarrollo de los miembros de la familia. Para esto se emplean las técnicas de fijación de fronteras, desequilibramiento y complementariedad:

*En la fijación de fronteras se puede hacer uso de las estrategias de distancia psicológica y tener en cuenta la duración de las interacciones.*

*Para el desequilibramiento se recurren a las alianzas con los diferentes miembros de la familia, las alianzas alternantes, ignorar a determinados miembros de la familia y la coalición con algunos de ellos.*

*Con respecto a la complementariedad, se recurre a cuestionar el problema, el control lineal y el modo de recortar los sucesos.*

- Cuestionar la realidad. Conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. Las estrategias usadas para el cuestionamiento de la realidad son: constructos cognitivos que se refieren a los símbolos universales, las verdades familiares y consejos especializados; paradojas y lados fuertes en donde se buscan los defectos y aportes de la familia, las respuestas al paciente individualizado y las alternativas de interacción.

Es importante resaltar que los métodos del terapeuta para la creación de un sistema terapéutico y situarse a sí mismo como líder se designan como operaciones de asociación. Para poder realizarlo es importante tener en cuenta los siguientes aspectos: unión, acomodamiento, mantenimiento, rastreo, mimetismo, diagnóstico y contrato terapéutico.

La unidad terapéutica se encuentra en continuo movimiento y el proceso de unión,

exploración, observación, elaboración de un contrato terapéutico y producción del cambio se realizan constantemente.

### *MODELO ESTRATÉGICO*

De acuerdo con Haley (2007), una terapia estratégica es aquella en la que el terapeuta planea cómo va a ocurrir la sesión y diseña un enfoque particular para cada problema. Para este autor el terapeuta debe ser muy sensible hacia el paciente y su medio social, pero no puede perder de vista que lo que pase en la sesión deberá ser determinada por él mismo y no por la familia. Por tal motivo, el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente a la gente.

Puede considerarse a Erickson como el maestro del enfoque estratégico en terapia.

Los principales representantes de este modelo son Jay Haley y Cloé Madaness quien ha sido directora del Centro de Terapia Familiar de Rockville, Maryland y del Instituto de Terapia Familiar de Washington D.C.

Haley propone que en terapia se construya una perspectiva en que se discernan relaciones sociales triádicas, para lograr esto la familia tiene que interactuar frente al terapeuta, así, este puede distinguir la organización secuencial de su conducta social.

En este modelo se entiende que las ideas de organización social y de jerarquía son indiscernibles, para lo cual, el autor propone que para poder realizar un diagnóstico de los sistemas perturbados se busquen las coaliciones entre los distintos niveles jerárquicos, particularmente si son secretas.

La unidad mínima de tratamiento se define como una tríada. Desde el punto de vista histórico, es importante advertir que la perspectiva de las relaciones sociales triádicas como principio organizador para la construcción de terapias familiares sistémicas fue elaborada en conjunto por Montalvo, Minuchin y Haley en la Clínica de Orientación

Infantil de Filadelfia.

La estrategia terapéutica de Haley se puede considerar basada en diferentes formas de intervención, que es a lo que se le conoce como “directivas”.

El trabajo del terapeuta durante las sesiones es:

Identificar problemas solubles

Fijar metas

Diseñar intervenciones para alcanzarlas

Examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último

Evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.

En el libro de “terapia no convencional”, Jay Haley señala una serie de estrategias para realizar en terapia:

- Alentar la resistencia.

*Cliente: Doctora, las cosas han estado peor, ahora Adrián es más rebelde y quiere hacer cosas que ya no le tolero.*

*Terapeuta: Eso está bien, de hecho Adrián puede ponerse todavía más difícil, pero eso significa que vamos por buen camino.*

- Ofrecer una alternativa peor

*Terapeuta: Cada que le grite a su esposo o a sus hijos, va a planchar la ropa, aunque haya acordado con su esposo que esa sería su tarea.*

- Determinar un cambio mediante comunicaciones metafóricas

*Terapeuta: Mire, le voy a platicar algo: cuando las aves nacen están en el nido durante algún tiempo, en lo que aprenden a volar, pero el caso del ave que le voy a platicar es muy peculiar, porque después de un tiempo de estar en el nido, un día, por fin abrió sus alas, unas alas hermosas, y se dispuso a volar, pero cuando intentó volar, no pudo hacerlo, y volvió a intentarlo, sin embargo, esta segunda*

*ocasión tampoco lo logró. Y sabe ¿por qué?, porque alguien había colocado una piedra en su patita para que no pudiera levantar el vuelo y así no abandonará el nido.*

*Mamá: O sea que nosotros estamos haciendo algo para que Israel no siga en la escuela y esté encerrado todo el día. ¿Porque así no va a dejarnos nunca?, pero nosotros no queremos eso.*

◦ Alentar la recaída

*Terapeuta: A pesar de que estás haciendo grandes cambios y parece que ya no temes hablarle a las amigas del chico que te gusta, y salir más con tus amigos, te voy a pedir que esta semana a propósito, vuelvas a sentir mucho miedo de salir con tus amigos y procures no salir, pero no salir por el miedo que te va a dar.*

◦ Frustrar una respuesta para alentarla

*Algunas veces cuando Erickson entrevistaba a una familia y uno de los miembros no hablaba, aún cuando se le estimulaba para que lo hiciera, lo que procedía a hacer Erickson, era impedir que hablara cuando tuviera la intención de hacerlo.*

◦ Emplear el espacio y la posición

*Se hace uso del espacio para modificar la geografía, se les pide que cambien de lugar durante la sesión o bien a algunos se les puede pedir que salgan del consultorio.*

◦ Enfatizar lo positivo

*Terapeuta: Bueno, creo que con dos hijos tan pequeños es difícil no gritar, sin embargo, tú quieres cambiar esto, ¡no lo aceptas!, y estás dispuesta a hacer cosas para que ya no grites en tu casa.*

◦ Sembrar ideas

*Se trata de introducir o subrayar ciertas ideas en la etapa de recolección de información. Posteriormente, si la situación se presta, se pueden construir sobre*

*estas ideas.*

- Ampliar una desviación

*Para realizar esta estrategia, existen dos enfoques que se consideran adecuados: una es introducir en la familia una crisis que rompa el equilibrio del sistema para que este se reforme con pautas diferentes; el otro es elegir un aspecto del sistema y provocar en él una desviación, para posteriormente alentarla y ampliarla hasta que el sistema se descontrola y se reorganice según una nueva serie de pautas.*

- Amnesia y control de la información

*Se le permite a la familia el intercambio de cierto tipo de información pero no de otra, controlando paso a paso el proceso hasta que se alcanza la meta.*

- Despertar y desenganche

*Se busca el logro de la autonomía por parte de los miembros de la familia.*

- Analizar el ciclo vital de la familia

*No se puede perder de vista los procesos vitales, ya que para poder cubrir los objetivos terapéuticos es necesario saber por qué fase del ciclo vital está atravesando la familia.*

#### **MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN PROBLEMAS**

Los aportes de las investigaciones que Gregory Bateson realizó, constituyen la base teórica más importante en el desarrollo del Mental Research Institute (MRI). Bateson afirmó que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación, que todo suceso es un mensaje y lo que cuenta es qué tipo de transmisión de información se está llevando a cabo. En 1960 el filósofo Paul Watzlawick, John Weakland y Jay Haley se incorporaron al MRI.

En 1967, gracias a una donación, se comienza a construir el Brief Therapy Center (BTC). En este espacio se realiza el análisis de las técnicas terapéuticas utilizadas por Erickson, Haley y Jackson, las cuales aportaron estrategias para abordar el proceso de cambio en las familias.

Los integrantes del centro estaban convencidos de que se podía realizar una terapia que implicara cambios en mucho menos tiempo, propusieron un máximo de 10 sesiones de una hora.

El equipo del BTC fue a contracorriente en las prácticas tradicionales a nivel del método de intervención terapéutica, su trabajo se caracterizó por intervenir en aquellas respuestas que los pacientes y sus familiares desarrollaban para solucionar la situación sintomática y que habían resultado infructuosas. Así mismo, no se interesaban por el origen de los problemas familiares.

De acuerdo con la terapia breve centrada en problemas se concede importancia al tener una identificación clara de la conducta problemática. Para que constituya un problema, una conducta tiene que realizarse de modo repetido. En las soluciones ensayadas por la gente, en los modos específicos con que intentan rectificar un problema, existe algo que ayuda en gran medida al mantenimiento o la exacerbación del problema.

Para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones:

- 1) Que se haga frente de forma equivocada a la dificultad
- 2) Que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma “solución”

Entonces queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original.

Se tiene la teoría de que las personas persisten por inadvertencia en actividades que mantienen vivos los problemas, y a menudo lo hacen con la mejor de las intenciones. En realidad, las personas pueden verse aprisionadas en esta conducta repetitiva, incluso cuando son conscientes de que lo que están haciendo no les sirve para nada.

Tal persistencia es con mucha frecuencia cuestión de un mero error lógico, en sentido literal, es decir, que las personas siguen lógicamente sendas que proceden de premisas incorrectas o inaplicables, aunque estas premisas no funcionen en la práctica.

Supuesta esta concepción de los problemas y de su solución, el terapeuta debe transformarse en agente activo de cambio.

De acuerdo con este modelo existen fundamentalmente tres modos de enfocar mal las dificultades:

- 1) Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad
- 2) Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente.
- 3) Se comete un error de tipificación lógica y se establece un “juego sin fin” cuando se intenta un cambio<sub>1</sub> en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior, o bien, se intenta un cambio<sub>2</sub> cuando resultaría adecuado un cambio<sub>1</sub>.

Así mismo se propone que el cambio o la resolución de los problemas ocurre cuando:

- El cambio<sub>2</sub> es aplicado a aquello que dentro de la perspectiva del cambio<sub>1</sub> parece construir una solución, debido a que dentro de la perspectiva del cambio<sub>2</sub>, tal “solución” se revela como la causa del problema que se intenta resolver.
- Mientras que el cambio<sub>1</sub> parece basarse siempre en el sentido común, el cambio<sub>2</sub> aparece habitualmente como extraño, inesperado y desatinado; se trata de un elemento desconcertante y paradójico del proceso de cambio.

- Aplicar técnicas de cambio<sub>2</sub> a la “solución” significa que se aborda la situación en su “aquí y ahora”. Estas técnicas se aplican a los efectos y no a sus supuestas causas; la pregunta crucial correspondiente es ¿qué? y no ¿por qué?
- La utilización de técnicas de cambio<sub>2</sub> libera la situación de la trampa engendradora de paradojas creada por la autorreflexividad de la solución intentada, y coloca a la situación sobre una base diferente.

Con lo anteriormente expuesto, el modelo de “terapia breve centrada en problemas”, propone un procedimiento en cuatro etapas para trabajar con los pacientes:

- 1) Una clara definición del problema en términos concretos.
- 2) Una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas.
- 3) Una clara definición del cambio concreto a realizar.
- 4) La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio.

Para poder realizar este procedimiento exitosamente, los autores proponen fijar un marco de tratamiento, planear la entrevista inicial, detectar la postura del paciente y su actitud ante el problema, la solución y la terapia. También se consideran puntos importantes el planificar el caso y finalmente terminar el tratamiento.

Existen dos grandes categorías de intervención planificada.

- Intervenciones generales
- Intervenciones principales

Las intervenciones generales poseen un ámbito de aplicación mucho mayor que las principales. Pueden utilizarse casi en cualquier momento del tratamiento, y son lo bastante amplias como para usarse en una extensa gama de problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente.

- 1) No apresurarse.



- 2) Los peligros de una mejoría.
- 3) Un cambio de dirección.
- 4) Cómo empeorar un problema.
- 5) Ilusión de alternativas
- 6) Reestructuración

Las intervenciones principales se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta.

- 1) El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo

El paciente padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona. Pertenecen a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico.

En esta clase de problemas es probable conseguir la solución cuando el paciente renuncia a sus intentos de solución y deja de esforzarse demasiado.

*T: Esta noche no va a hacer el mismo intento de siempre por dormirse, en lugar de eso va a pintar el retrato de su abuela que dijo que tenía ganas de hacer. Lo va a empezar a hacer a las 8 de la noche y hasta las 5 de la mañana que es cuando tiene que alistarse para ir al trabajo.*

- 2) El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

Los pacientes que se ven atrapados por esta contradicción suelen quejarse por estados de terror o de ansiedad. Estas dolencias son también auto - referenciales: el paciente experimenta él mismo este malestar.

*T. Me parece que estas desesperado, esto debe ser muy difícil para una persona de tu*

*edad, veo que aunque tú te esmeras y haces cosas, porque eres muy responsable, simplemente no puedes y no sé qué tan bueno sea que sigas intentándolo. Creo que lo mejor será que comiences a pensar que todo va a salir mal, que te va a ocurrir lo de siempre, pero aún así, como eres una persona tan responsable, te vas a presentar a tu exposición. De cualquier forma ¡ya sabes lo que va a pasar!*

*Como ya sabes lo que va a ocurrir, entonces te voy a pedir que te concentres en la información que vas a exponer, “los mayas”, y te imagines como era esta cultura, quiero que antes de empezar tu exposición, justo 10 minutos antes de exponer, empieces a hacer un dibujo de cómo te imaginas que era la civilización Maya y lo termines hasta que sea tu turno de presentación. La próxima sesión me lo vas a enseñar y me cuentas como te fue, que desde ahora ya sabemos que te irá como siempre: te van a sudar las manos, vas a tartamudear, te vas a paralizar y probablemente te pongas a llorar.*

### 3) El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

Los problemas relacionados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración.

Rara vez se presentan como clientes las dos partes contendientes. Por norma general, quien se pone en contacto con el terapeuta es la persona que piensa que la otra parte amenaza o niega la legitimidad de su propia posición.

El giro de 180° consiste en hacer que la persona que solicita la ayuda se coloque en una actitud complementaria y no simétrica.

*T: No tengo nada que discutir acerca de lo que ustedes le han estado pidiendo a su hijo. En todo caso, ustedes piden demasiado poco. Pero sea como sea, lo más importante es que ustedes subestiman lo previsible que resultan a los ojos de su hijo. Después de haber oído una o dos palabras, él ya sabe lo que ustedes dirán a continuación y, se desconecta. Por lo que he podido observar, ustedes nunca le han vencido en este aspecto. No, si ustedes quieren llegar hasta él, antes que nada tienen que conseguir que les atienda, pero esto exige que ustedes se vuelvan impredecibles.*

### 4) El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación

En este intento de solución el cliente busca conseguir espontaneidad mediante la premeditación. El giro de 180° consta en pedir claramente lo que se desea a la persona de quien se quiere obtener la espontaneidad.

*T: Veo que usted es una persona muy detallista, muy femenina, que le gusta que su esposo haga cosas para atraerla, y por lo que me dice, tal vez su esposo sí quiere atraerla, porque cuando usted le pide que tenga detalles, él los tiene.*

*Sin embargo, parece que a veces los hombres no son muy buenos para esas cosas y necesitan de la ayuda de una mujer, y que mejor que de usted en este caso.*

*Le voy a pedir que durante estos 15 días que no nos vamos a ver, ponga en práctica ayudarle a su esposo a tomar estas decisiones, es decir, usted le va a decir qué hacer y cómo hacer para complacerla y conquistarla y él solo lo va a hacer.*

#### 5) La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

En esta clase de problemas, por lo general, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado. Lo típico es que el sujeto A formule acusaciones acerca del sujeto B, y que éste responda mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa. Desafortunadamente la defensa de B suele confirmar las sospechas de A.

*Micaela cree que su hija Eleonora ya no va a clases, a pesar de que ella asegura que si pero no permite que ella vaya a su facultad a corroborar la información argumentando que ya es adulta y ella decide lo que hace.*

*Terapeuta: Bueno, creo que usted Micaela, es muy perspicaz, dado que en el pasado Eleonora le mintió, ahora usted sabe el tipo de trampas que ella utiliza para esconder su falta y ahora a Eleonora no le va a ser fácil lograr que usted le crea.*

*Como le repito, me doy cuenta de que usted es muy perspicaz, detecta fácilmente las mentiras de Eleonora, por eso le voy a pedir que hagan una cosa, para lo cual necesito la colaboración de los dos:*

*Tú Eleonora, vas a asistir a la escuela todos los días.*

*Usted Micaela, en cuanto vea que Eleonora regresa de la escuela, antes de decirle “hola” o cualquier otra cosa, le va a preguntar si asistió a clases ese día.*

*Tú Eleonora le vas a contestar algunos días que sí, y otros días que no. Tú vas a elegir cuando le vas a decir que sí asististe y que días le vas a decir que no asististe.*

*Usted Micaela, tiene que adivinar qué días le dijo la verdad y cuándo le dijo mentiras.*

#### *MODELO DE MILÁN*

Este modelo tiene sus inicios en los trabajos de la Dra. Mara Selvini Palazzoli, quien comenzó trabajando con personas anoréxicas desde un enfoque psicoanalítico. Posteriormente, en 1967, se constituye el centro de estudios de la familia en Milán Italia y para 1971, queda integrado el equipo conformado por la Dra. Selvini, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prrata.

Este equipo elige trabajar con un modelo sistémico, por lo que se llevó a una transformación, cambiando:

- 1) La actividad del terapeuta en la coordinación de la sesión
- 2) El abandono de las técnicas explicativas para ser un provocador y catalizador de cambios. Su prototipo se vuelve la prescripción del síntoma. “No deben cambiar”

Se toma la idea de los juegos como sinónimos de sistema que pone especialmente el acento en las reglas y la estrategia del actor. En la medida en que en el juego se

integran los movimientos de cada jugador y las reglas generales, toma importancia la estrategia del actor y el sistema con sus vínculos y límites puestos a dicho actor. Estudiar el juego significa analizar los mitos, creencias, estereotipos, modas compartidas por el grupo y la atención a la secuencia de los movimientos del individuo; es decir, las estrategias específicas que apuntan a un fin (Selvini, (1990).

De acuerdo con el modelo de Milán, las sesiones se desarrollan regularmente en cinco partes:

La presesión

La sesión

La discusión de la sesión

La conclusión de la sesión

El acta de la sesión

Antes de que la primera sesión ocurra, este equipo considera importante recabar datos durante una entrevista telefónica.

Las estrategias terapéuticas propuestas en el libro de “paradoja y contraparadoja” (1994), son:

- Connotación positiva
- Prescripción en la primera sesión
- Los rituales familiares
- De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo
- Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos
- Los terapeutas aceptan sin objeciones una mejoría sospechosa
- Cómo recuperar a los ausentes
- Cómo eludir descalificaciones
- El problema de las coaliciones negadas
- Los terapeutas declaran la propia impotencia sin reprochárselo a nadie

- Los terapeutas se auto prescriben la paradoja extrema
- Los terapeutas abandonan el rol paterno, prescribiéndolo paradójicamente a los miembros de la última generación.

Posterior a este tipo de trabajo, el equipo de Milán hace desarrollos terapéuticos ulteriores que van del énfasis en las intervenciones de tipo verbal a valorizaciones crecientes de intervenciones no verbales como rituales, prescripciones simples, y prescripciones ritualistas.

Algunos de los conceptos básicos propuestos por este modelo son:

- Hipotetización. Se aplican deliberadamente los recursos cognoscitivos propios con el fin de crear explicaciones.

Las hipótesis se construyen con la información que se posee. Con éstas, el terapeuta determina el punto de partida de su propia investigación efectuada de acuerdo con métodos aptos para comprobar su validez. Si la hipótesis resultaría errada, el terapeuta deberá formular otra que le sea sugerida por las informaciones recogidas durante el trabajo de verificación de la hipótesis anterior.

Algo que es importante tener en cuenta es que nunca se inicia una sesión de terapia familiar partiendo de un nivel de información igual a cero.

Las hipótesis deben ser sistémicas, es decir, deberán incluir a todos los componentes de una familia y proporcionar una suposición relativa a todo funcionamiento relacional.

*Claves y pautas a seguir para hacer hipótesis:*

- *Diseñar hipótesis que sean útiles, que lleguen a conclusiones sistémicas, relacionadas a las inquietudes de la familia y diferentes de las hipótesis de la familia.*
- *Hacer preguntas a cada miembro de la familia y anotar las respuestas a las*

*preguntas y a las intervenciones para confirmar y desconformar hipótesis.*

- *Descartar hipótesis no confirmadas, modificar las hipótesis útiles a medida que se va proporcionando nueva información. Las hipótesis evolucionan.*
- *No decir nuestras hipótesis a la familia.*
- *Tratar de diseñar intervenciones basadas en las hipótesis confirmadas o en las que parezcan ser más útiles.*
  
- Neutralidad. Tomar la posición en la que el terapeuta acepta todo tal y cómo está sucediendo en el presente y evita cualquier atracción o repulsión a lo que el paciente haga o diga.

La neutralidad ayuda a evitar activamente la aceptación de cualquier posición dada como siendo más correcta que otra. De esta manera, con el uso de la neutralidad, al terapeuta se le facilita orientarse a una perspectiva sistémica.

Este punto es muy importante, ya que la familia percibe al terapeuta como alguien neutral, es decir, que no está del lado de ningún miembro o subgrupo, está aliado a todos y a nadie al mismo tiempo, es alguien que no juzga y que acepta a todos.

En el momento en el que el terapeuta hace preguntas sobre cada uno de los miembros, trata de pasar la misma cantidad de tiempo con cada uno de ellos, y moverse alrededor del círculo, frecuentemente con la misma pregunta o el mismo tipo de pregunta, para investigar las percepciones de cada persona.

El grupo ayuda a neutralizar cualquier intento de algún miembro de la familia por formar una relación especial o coalición con el terapeuta. (Nelson, Eleuridas y Rosenthal, 1986).

- Circularidad. Directriz para elaborar entrevistas desde la cibernética de segundo orden, aplicando la retroalimentación recursiva en el sistema de observación.

La circularidad se entiende como la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de las retroalimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones, que él mismo exige acerca de las relaciones y, por ende, de las diferencias y los cambios.

*Terapeuta: Matías ¿tú qué opinas sobre lo que nos acaba de comentar tu mamá?*

*Matías: Creo que no es cierto, porque ella es la primera que se enoja y luego ya le respondo yo.*

*Terapeuta: y ¿cuál es tu opinión con respecto a lo que se está comentando, Magdalena?*

*Magdalena: Bueno, yo he visto que a veces se enoja Matí primero y después mi mamá se desespera, pero a veces se enoja mi mamá primero y después él.*

#### *MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES*

En este modelo se busca observar las soluciones y no los problemas. Posee una orientación hacia el futuro y no interesa cómo surgieron los problemas, ni cómo se mantienen, sino, cómo se resolverán. No hay diagnósticos correctos ni incorrectos, ni teoría acertada o errónea, sino solamente datos acerca de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos. Lo más importante para este tipo de terapia es centrarse en las fuerzas y capacidades de los clientes.

Sus principales autores son Steve de Shazer y William O'Hanlon con métodos diferentes pero que comparten el interés por explorar y resaltar las soluciones, aptitudes, capacidades, posibilidades y excepciones. (Eguiluz, 2004).

Entre los precursores más influyentes fueron Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute y el Centro de Terapia Familiar Breve.



Las premisas de este modelo se centran en los recursos y las posibilidades, estas asunciones también ayudan a crear profecías autocumplidoras.

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas
- El cambio es constante
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio
- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla
- Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
- Los clientes definen los objetivos
- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos
- No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.
- Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.

Es importante co - crear problemas resolubles, para esto se recomienda:

- No reificar la realidad del cliente. Todo es un proceso.
- Hacer desaparecer la idea de que no hay un problema
- Negociar un problema resoluble
- Situar a los clientes en un marco en el que piensen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver su problema

El lenguaje ofrece la posibilidad de solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad. También se puede usar como un instrumento para cuestionar certezas inútiles. Por tanto es importante tener en cuenta los siguientes aspectos para hacer terapia centrada en soluciones:

- Adaptarse al lenguaje del cliente

- Adoptar la modalidad sensorial del cliente
- Encauzar el lenguaje del cliente

De acuerdo con O'Hanlon, los pasos para la primera sesión son la unión, una breve descripción del problema, definición de objetivos y la pausa, tras la cual se hace un breve resumen de lo visto en la sesión y permite al terapeuta volver a subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen.

Las técnicas utilizadas en este enfoque propuestas por O'Hanlon y Weiner – Davis (1990) son:

- Excepciones al problema

Independientemente de la magnitud o la cronicidad de los problemas que sufren las personas, hay situaciones u ocasiones en las que, por alguna razón, el problema simplemente no ocurre.

Las excepciones a los problemas ofrecen información acerca de lo que se necesita para resolver el problema. Se pueden desenterrar las soluciones examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no, con frecuencia los clientes simplemente necesitan hacer más de lo que ya les está dando resultado, hasta que el problema deja de existir.

*C: Siempre discuto con mi marido, y es por tonterías.*

*T: ¿Siempre discuten?*

*C: Bueno, no siempre, pero sí casi siempre*

*T: ¿Qué pasa cuándo no discuten? Platíqueme ¿cómo ocurre esto?*

- Preguntas presuposicionales

Es el nombre que se da al tipo de preguntas hechas durante la sesión y que están diseñadas a funcionar como “intervenciones”. A través del lenguaje se busca influir sobre las percepciones de los clientes dirigiendo hacia las soluciones. El poder reflexionar sobre estas preguntas ayuda a los clientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas. Una regla básica para este tipo de preguntas es mantenerlas abiertas, evitando preguntas a las que se pueda contestar con un “sí” o un “no”.

Durante la primera sesión, los clientes hablan de los cambios que han hecho entre la primera llamada para pedir consulta y la primera entrevista.

*T: Muchas veces, entre la llamada telefónica que tenemos con los clientes y la primera sesión, las personas notan que las cosas ya parecen diferentes ¿Qué has observado en tu situación?*

*C: Mi familia sabía que empezaría a venir y se interesaron más por mí, me preguntan cómo estoy y eso. Y pues... creo que la comunicación ha mejorado un poco.*

- Normalizar y despatologizar

Una de las directrices generales que guían durante la sesión es considerar la situación del cliente de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo psicológico o patológico.

*T: Señora, entiendo su preocupación, pero es normal que los chicos a esa edad cambien de humor y ya no quieran salir, de manera tan frecuente, con la familia. A esa edad les atrae más la idea de juntarse con personas de su misma edad.*

- Elogios

Se busca localizar y destacar las tendencias positivas. Saber qué no hay que hacer para evitar tener problemas también es un motivo para felicitar.

- Regreso al futuro. Preguntas de avance rápido: La pregunta del milagro

Cuando no se pueden recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las cosas que sacar partido, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas al futuro. Una vez que el cliente describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución. Una manera de hacer esto es plantear la pregunta del milagro:

1. *“Supón que sucede un milagro y te despiertas mañana y tu problema está resuelto: ¿qué será diferente?”*
2. *¿Hay algo que ya esté ocurriendo?*
3. *¿Qué tienes que hacer para que suceda con más frecuencia?*
4. *El terapeuta debe tener claro cuáles son los pequeños pasos que han de realizarse antes de que pueda suceder el milagro.*

- Preguntar sobre el problema

Si los clientes no son capaces de describir excepciones, o de contestar a las preguntas orientadas hacia el futuro, la siguiente línea a seguir es reunir información detallada sobre el tema.

Una vez que se tiene una imagen clara de la secuencia de eventos cuando se da el problema se puede sugerir un pequeño cambio que pueda dar lugar a una diferencia significativa.

- Intervenciones sobre patrones

En las situaciones aparentemente aleatorias y complejas existen patrones subyacentes que las organizan. En terapia, se encuentran los puntos de orden en el aparente caos de la situación que presenta el cliente y es necesario perturbar sistemáticamente estos organizadores del patrón.

- Prescripciones de soluciones: fórmulas para el cambio

#### Tarea de fórmula de la primera sesión o tarea genérica

1. *“Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a mí me gustaría observarlas de modo que puedas describírmelo la próxima vez, lo que ocurre en tu vida que quieres que siga ocurriendo”.*
2. *¿Qué está sucediendo que te gustaría que siguiera sucediendo?*

#### Tarea de la sorpresa

*T: “Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a B. No le digas qué es. A ti B te toca adivinar qué es lo que A está haciendo. No comparen sus notas, hacemos eso la próxima sesión”.*

*Preguntar a “B” ¿Qué cosas has notado que hizo “A” durante esta semana? Y viceversa.*

- Pregunta de escala

Se pide a los clientes que valoren, sobre una escala del 1 al 10, su situación antes de terapia, después se les pide que valoren la última semana con la misma escala. Finalmente se les pregunta en qué lugar de la escala tendrían que situarse para sentirse satisfechos.

La segunda sesión y las sesiones siguientes habitualmente se inician comprobando los resultados de la tarea. La pregunta inicial suele ser una pregunta presuposicional.

En la siguiente tabla se explican las diferencias medulares entre los enfoques sistémicos.

TABLA 2. DIFERENCIAS ENTRE MODELOS SISTÉMICOS

	MODELO ESTRUCTURAL	MODELO ESTRATÉGICO	MODELO CENTRADO EN PROBLEMAS	MODELO DE MILÁN	MODELO CENTRADO EN SOLUCIONES
CIBÉRNÉTICA	En sus inicios se ubicaba dentro de la cibernética de primer orden.	En sus inicios se ubicaba dentro de la cibernética de primer orden.	En sus inicios se ubicaba dentro de la cibernética de primer orden.	En sus inicios se ubicaba dentro de la cibernética de primer orden.	Se le considera un modelo puente entre la cibernética de primer orden y de segundo orden.
POSTURA DEL TERAPEUTA	Postura de jerarquía y es directivo, experto y utiliza estrategias de coparticipación con la familia	Postura de jerarquía y es altamente directivo.	Búsqueda de una postura igualitaria o inferior evitando la confrontación. En algunas ocasiones puede asumir una postura de superioridad.	Terapeuta neutral con actitud de curiosidad.	Propositivo y optimista al cambio.
FUNCIÓN DEL SÍNTOMA	Falta de adecuación entre las estructuras que presenta que presenta la familia y los requerimientos de su desarrollo evolutivo	Actos comunicativos analógicos que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones o como una incongruencia en la jerarquía.	Síntoma visto como dificultades de la vida cotidiana que al ser mal manejadas se convierten en problemas.	Solución a un problema encubierto.	Pone poco interés en el síntoma y se centra en las soluciones eficaces para resolver los problemas.
IMPORTANCIA DEL CICLO VITAL	Considerado punto medular para este modelo.	Considerado punto medular para este modelo.	No es considerado punto medular para este modelo.	No es considerado punto medular para este modelo.	No es considerado punto medular para este modelo.

### *POSTURAS POSMODERNAS*

El posmodernismo surge como un giro lingüístico y cultural en la manera de comprender el conocimiento y el yo. El posmodernismo es una crítica hacia el modernismo y un cuestionamiento a las verdades establecidas.

Una de las teorías posmodernas es el construccionismo social, que no constituye una teoría singular y unificada, sino más bien, un diálogo que se desarrolla entre quienes participan y tienen ideas, valores y puntos de vista variados. Estos diálogos ponen en duda la tradición del individualismo e invitan a considerar la relación como esencial al bienestar del ser humano.

Una de las principales ideas que han surgido de los diálogos construccionistas es aquella que propone que nuestra concepción del conocimiento del mundo y del yo tiene su origen en las relaciones humanas.

El construccionismo social cumple una gran función liberadora al despojar de su poder retórico a todos aquellos que proclaman una verdad, una sabiduría y una ética universales y útiles para todos. En esta teoría se generan verdades útiles a partir de tradiciones comunes. Pero resulta imposible sacar una verdad trascendente, una verdad, “verdaderamente verdadera” a partir de tradiciones tan a menudo rivales. Cualquier intento para determinar el relato supremo será sólo el resultado de un acuerdo común.

El construccionista propone que todo cuanto consideramos como real, verdadero, bueno, válido y deseable surge de un proceso de coordinación. Así, se pone en duda el derecho de poseer la autoridad suprema del conocimiento, y se invita a entrar en un diálogo sobre las posibilidades y las imposibilidades que hemos heredado del pasado. Con estos diálogos construccionistas la atención pasa del actor individual a las relaciones coordinadas.

El construccionismo social invita a adoptar una actitud de curiosidad infinita, a mantenernos constantemente abiertos a lo que cada tradición aporta. Si admitimos que las realidades de hoy dependen de los acuerdos que alcancemos hoy, se abren enormes posibilidades ante nosotros.

#### *NARRATIVA*

Este modelo es desarrollado por Michael White (Dulwich Centre de Australia), y David Epston (The Family Therapy Centre, Auckland, Nueva Zelanda). Sus bases teóricas provienen de diversas áreas de las ciencias ocupadas en el fenómeno humano y social, como Jerome Bruner, Barbara Myerhoff, Kenneth Gergen, Jerome Bruner, Paulo Freire, entre otros. Sus fundamentos teóricos son el construccionismo social y el constructivismo.



Asimismo, la terapia narrativa está inspirada en los trabajos de Gregory Bateson quien incluye la importancia que tiene la epistemología en el proceso de “cómo sabemos lo que sabemos”, la importancia de las “diferencias básicas que hacen una diferencia” en los sistemas vivos y de las “pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas”. Michael Foucault descubre cómo los sistemas de conocimiento tales como la medicina 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”. Humberto Maturana que propone una Teoría General de la cognición en donde ofrece una explicación de cómo surge la mente a través de la interacción humana y del empleo del lenguaje. Por consiguiente, la conciencia es fundamentalmente social y no sólo bioquímico, fisiológico o neurológico. De la misma manera tiene influencias de la teoría feminista, la teoría literaria, la antropología y la teoría crítica, entre otras.

Esta teoría tiene como base la afirmación de que los seres humanos son seres interpretantes: ya que interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo nuestras vidas. Supone que no es posible interpretar la propia experiencia si no existe algún marco de inteligibilidad que brinde un contexto para esa experiencia y posibilite la atribución de significados. Los relatos son los que constituyen este marco de inteligibilidad, los significados derivados en este proceso de interpretación no son neutrales en cuanto a sus efectos en nuestras vidas, sino que tienen efectos reales en lo que hacemos, en los pasos que damos en la vida, es el relato o historia propia lo que determina qué aspectos de nuestra experiencia vivida son expresados y es el relato o la historia propia lo que determina la forma de la expresión de la propia experiencia vivida. Se vive a través de los relatos que se tienen sobre las propias vidas, estas historias moldean las vidas, las constituyen y las abrazan. Es importante destacar que no existe relato que esté libre de ambigüedad y contradicción y que además pueda manejar todas las contingencias de la vida.

Así, la historia es muy importante porque por medio de ésta se pueden encontrar los acontecimientos extraordinarios que producen relatos alternativos debido a que la vida es multi no mono - relatada, siempre existen subrelatos en sus vidas, las personas tienen

muchas experiencias que no son fácilmente inteligibles por vía de los relatos dominantes o sub – relatos de sus vidas que están al margen de los relatos dominantes, los que realmente brindan un punto de entrada para el trabajo de reescritura de la vida. Es como la formulación de una contratrama o una trama alternativa.

Esta idea de que la significación que las personas atribuyen a su experiencia es lo que determina sus vidas, ha incitado a los científicos sociales a estudiar la naturaleza de los marcos que facilitan la interpretación de la experiencia. La metáfora narrativa propone que las personas vivan sus vidas de conformidad con sus historias, que esas historias son modeladoras de la vida y que tienen efectos reales, no imaginados, de modo que dichas historias procuran la estructura de la vida.

Para el trabajo terapéutico, el primer paso es intentar comprender a las personas que acuden a terapia y es importante que ellos sepan que se les entiende, como un modo de construir confianza entre ambas partes y como un modo de establecer nuevas posibilidades. Y luego el segundo, tratar de crear una atmósfera diferente alrededor del problema, en la cual las personas ven al problema no como intrínseco a ellas sino como algo que está actuando sobre ellas desde el exterior. El resultado de estas conversaciones externalizantes es lo que se le llama deconstrucción. La deconstrucción es el prelude de la re - autoría.

En estas conversaciones externalizantes, se propone una separación lingüística que distingue al problema de la identidad personal del paciente, así, se alienta a las personas a que relaten de qué manera el problema ha estado afectando sus vidas y sus relaciones. Este procedimiento de intervención abre un “espacio conceptual” que les permite a los pacientes tomar iniciativas más efectivas a fin de rehuir la influencia que el problema ejerce sobre sus vidas.

La deconstrucción tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas, esas llamadas “verdades” divorciadas de las condiciones y del contexto de su producción, esas maneras desencarnadas de hablar que ocultan sus

prejuicios y esas prácticas familiares del yo y de su relación a que están sujetas las vidas de las personas. Los métodos de deconstrucción son métodos que vuelven exótico lo doméstico.

En 1986, Bruner se refiere a los textos y propone la idea de que las historias están compuestas de panoramas duales: uno de acción y otro de conciencia. El panorama de acción está constituido por hechos eslabonados en secuencias particulares a través de la dimensión temporal y de conformidad con tramas específicas. (White, 1997).

El panorama de conciencia (identidad) está principalmente constituido por las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración. El panorama de conciencia abarca las significaciones dadas por los personajes y los lectores al “reflexionar” en los sucesos y tramas a medida que éstos se desenvuelven en el panorama de acción.

Las preguntas referentes al panorama de acción hacen que las personas sitúen logros aislados en secuencias de sucesos que se desarrollan en el tiempo de conformidad con tramas particulares y son eficaces para dar nacimiento a paisajes alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal. Las preguntas relativas al panorama de conciencia hacen que las personas reflexionen y determinen la significación de los hechos que ocurren en el panorama de acción, llevando a las personas a revisar estos acontecimientos que se desarrollaron y a determinar qué podrían revelar éstos sobre: la naturaleza de sus preferencias y deseos, el carácter de las varias cualidades personales y de relación, la constitución de sus estados intencionales, la composición de sus creencias preferidas y, la naturaleza de sus empeños.

A medida que las personas responden a las preguntas referentes al panorama de acción y al panorama de conciencia, van reviviendo experiencias y es como si sus vidas fueran contadas de nuevo.

También se hacen preguntas de influencia relativa en donde se incitan a los miembros de una familia a derivar dos descripciones diferentes de su relación con el problema que

presentan en terapia. La primera es una descripción sobre la influencia que el problema tiene en la vida y en las relaciones de los miembros de la familia.

*¿De qué manera afecta en la relación con su familia el que cuando usted está tan cansada, por el trabajo cotidiano, les grite a sus hijos y a su esposo?*

La segunda es una descripción de la influencia que los miembros de la familia y sus relaciones tienen en la persistencia del problema mismo. Este tipo de preguntas también invita a los miembros de la familia a re elaborar una nueva descripción del problema mismo, esto es, una descripción externalizada.

*¿Puede recordar alguna ocasión en la que estuvo a punto de gritarles a sus hijos y no lo hizo?*

*¿Puede recordar un momento en el que todo parecía indicar que empezarían los gritos y las discusiones y sin embargo usted evitó el problema?*

Cuando se pide a los miembros de la familia que localicen excepciones a la influencia del problema en sus vidas y en sus relaciones, les resulta más difícil. Para lograrlo, el terapeuta puede hacer preguntas que inciten a los miembros de la familia a prestar atención a los “logros aislados”, y esos logros que contradicen aspectos de la descripción de la vida de la familia saturada de problemas. Las preguntas de los logros aislados desconciertan por las contradicciones inherentes a ellas y porque descubren lagunas en el conocimiento que tienen de sí mismos, de los demás y de sus relaciones.

Lo que se puede lograr con este tipo de terapia es mucho más que deshacer los rótulos. Una vez que se ha externalizado el problema en su conjunto y sus componentes específicos, los pacientes pueden advertir las posibilidades que tienen de actuar contra el problema ya externalizado. El terapeuta los incita a escapar de la opresión que implica aquella rotulación y a encauzar sus vidas en la dirección que prefieran.

En la terapia narrativa no se sugieren estrategias terapéuticas para ayudar a los terapeutas a alcanzar determinados objetivos, sin embargo, si se proveen guías de las posibles rutas

que pueden ser tomadas por los clientes, así White (2005), utiliza metáforas como la metáfora de migración de identidad y los mapas, aludiendo a una manera de aproximación a la diversidad de las personas.

En la metáfora de migración de identidad se plantea el proceso de cambio como la metáfora de un viaje, lo que le permite al cliente revisar en qué lugar iniciaron, en qué lugar se encuentran y a dónde le gustaría llegar. Se les pide que identifiquen las señales que les permiten ubicar el lugar en donde están y las que les dirán que han llegado a ese nuevo lugar.

White (1995), habla de esta metáfora al referirse al proceso de reautoría cuando trabajaba con un grupo de mujeres que se estaban separando de relaciones de abuso. De esta manera, él realizó el mapeo con este proceso y se dio cuenta de que a las mujeres les servía para no volver a este tipo de relaciones cuando ellas se sentían confundidas o desesperadas.

Conforme se desarrollan estas conversaciones, las personas tienen la oportunidad de generar conclusiones de identidad. Es dentro de este contexto de desarrollo de conclusiones que las personas encuentran la oportunidad para distanciarse progresivamente de sus vidas, y desde esa distancia, darse cuenta de cómo proceder en sus asuntos. Con esta migración, las personas encuentran la oportunidad para comprometerse de manera significativa con sus propias vidas y asumir los pasos posteriores.

En lo referente al mapa de posición 1 hay cuatro categorías de indagación que constituyen las conversaciones de externalización y que contribuyen a: negociar una definición cercana a la experiencia particular del problema/preocupación, describir los efectos/influencia del problema través de varias esferas de la vida en donde se identifican las complicaciones, evaluar los efectos/influencia del problema en esas esferas de la vida y justificar estas evaluaciones.

Estas categorías descritas proporcionan un recuento de la estructura de las conversaciones de externalización.

El mapa de la posición 2 tiene la misma organización que el mapa de posición 1, sólo que en las cuatro categorías de indagación que proporcionan un andamiaje se contribuye a brindar a las personas opciones para estructurar los resultados únicos, las excepciones y habilidades de resolución de problemas de sus vidas de una manera significativa. Así las categorías son las siguientes: negociar una definición de cercanía y muy particular de las consecuencias, excepciones y habilidades de solución de problemas; describir los efectos / efectos potenciales de las consecuencias, excepciones y habilidades de solución de problemas en aquellas esferas de la vida donde pudieran identificarse esos efectos; evaluar los efectos / efectos potenciales de las consecuencias, excepciones y habilidades de solución de problemas en esas esferas de la vida y; justificar estas evaluaciones.

El enunciado del mapeo de posición puede ayudar al terapeuta a mantener una postura descentrada en sus consultas y contribuir al andamiaje de las conversaciones terapéuticas que den oportunidad para que los pacientes le atribuyan un significado a los distintos acontecimientos de sus vidas, acontecimientos que de otra manera, serían negados.

De acuerdo con White (2002), la importancia de testigos es también una posición fundamental, ya que permite que el cliente pueda escuchar el impacto que su historia tiene en los otros.

En este proceso se incluyen los cuatro pasos siguientes:

- a) La Expresión: en donde se busca que el testigo escoja, de lo que ve o escucha en la entrevista algo que le llame la atención.

*¿Qué te llamó la atención mientras escuchaba la historia, de lo visto o lo escuchado?*

- b) La Imagen: se le pide a la persona que observe las imágenes con su imaginación y la creatividad que le surgieron mientras escuchaba.

*¿Qué imagen llegó a tu mente mientras escuchabas la historia?, ¿Cómo se relaciona esa imagen con lo que es importante para (la persona)?, ¿Qué impresión te surge de lo que es importante para ...?*

- c) La Resonancia: son las ideas que conectan la vida del testigo con la historia escuchada

*¿Qué hay acerca de tu propia vida/trabajo que se conecta con esas partes de la historia que te llamaron la atención?*

- d) El Transporte o la movilización personal: el testigo externo, utilizando su propia experiencia de vida, aporta aspectos de sí mismo que describan el impacto que la vida de la persona tuvo, presentándolo en conclusiones que logró después de oír a la historia de la vida de la persona.

*¿A dónde te has movido o te ha llevado en tu pensamiento lo que has escuchado?,*

*¿En qué lugar estás ahora que no estabas al inicio de estas conversaciones?*

A medida que las personas avanzan un poco en la articulación y la experiencia de otras maneras de ser y pensar que están a su disposición, a medida que experimentan algunos de los objetivos, valores, creencias, compromisos, etcétera, que están asociados a estos relatos alternativos de la vida, se acercan a un punto en el cual la contribución del terapeuta ya es innecesaria.

#### **COLABORATIVA.**

Desde este enfoque, al igual que en el anterior, es importante tener en cuenta el contexto y la cultura dentro de las cuales tanto el terapeuta como el cliente viven y trabajan, ya que el discurso de la terapia y el sistema formado por ese discurso se circunscriben en contextos culturales, sociales, políticos y económicos universales y locales.

La comunicación y los discursos sociales producen y definen la organización social y los sistemas socioculturales. Los sistemas humanos son sistemas relacionales basados en la interacción lingüística. La significación se genera a través del lenguaje y es un proceso interactivo e interpretativo. Los sistemas y unidades sociales se forman cuando la gente se agrupa a propósito de temas especialmente importantes.

Anderson, basándose en la idea de que la acción social es la fuerza que construye a través del lenguaje las redes de relaciones que constituyen un sistema, conceptualizó los sistemas humanos como sistemas de lenguaje.

Así, Un sistema terapéutico es un sistema lingüístico relacional en el que dos o más personas generan significación. No es el producto de la organización social, sino que se forman y se distinguen como tales, en función de su pertinencia comunicacional. El sistema de terapia es definido internamente por quienes participan en él.

Una característica distintiva de este enfoque es la mutualidad y se propone que como terapeutas se respeten las ideas de los miembros del sistema acerca de qué es trascendental para la conversación terapéutica y quién debe ser incluido en ella. Todas las decisiones acerca de quiénes van a participar en las sesiones, cuándo, y de qué se va a hablar se toman colaborativamente sesión por sesión, conversación por conversación.

Esta nueva perspectiva sugiere la colaboración entre terapeuta y cliente que busca ser menos jerárquica, autoritaria y dualista, y más horizontal, democrática e igualitaria. El sistema terapéutico coproductivo es una conversación entre compañeros, donde el terapeuta y el cliente co - deciden cómo participar, co - definen límites y coseleccionan las metas del tratamiento.

Se define que el cliente es el experto en el área de contenido, en las experiencias vitales que lo han traído a la relación terapéutica y el terapeuta es experto en el área del proceso, en participar con el cliente en un proceso dialógico de narrativa en primera persona. En este proceso, el terapeuta no es más que uno de muchos autores de narrativas todavía no contadas.

Generalmente las personas ingresan a terapia por varias razones, una de ellas es porque han llegado a un punto de quiebra conversacional y de pérdida del sentido de autonomía, ya sea como individuos o como miembros de una familia o de otro sistema relacional. En



terapia un problema es un asunto a tratar en un discurso y el factor distintivo es la forma cómo se habla de algo, no su foco o su contenido.

Una terapia basada en la ideología posmoderna de los sistemas lingüísticos colaborativos, propone que el interés y la intención del terapeuta consista en establecer una oportunidad para el diálogo, en crear posibilidades de autodeterminación, libertad y sucesos únicos para cada cliente y su situación, en cuya invención o perfeccionamiento el cliente participa. Es decir, se trata de crear un espacio y facilitar un proceso donde situaciones problemáticas no trabajables puedan ser transformadas en trabajables con posibilidades. El cambio ocurre mientras el diálogo fluye.

Los problemas viven y respiran en el lenguaje. El comunicarse sobre un problema configura un sistema social: problemas producen sistemas. El problema determina al sistema. Anderson y Goolishian usan expresiones como sistemas determinados por problemas, sistemas organizadores y disolventes de problemas, o sistemas de problemas, para designar a este conjunto de personas comunicativas, a estas unidades sociales. Así un sistema de problema es simplemente una clase de sistema relacional.

La terapia consiste en encontrar formas nuevas de dialogar acerca de las partes de las historias de los clientes que les preocupan o alarman.

La tarea del terapeuta no es reproducir o reconstruir la historia del cliente, sino facilitar y participar en su narración y renarración. Se busca la multiplicidad de versiones, los terapeutas son participantes en una conversación, son activos pero no directivos, siempre influyen en el cliente; del mismo modo que el cliente siempre influye en el terapeuta.

Un terapeuta quiere que cada participante en la conversación sienta que su versión es tan importante como las otras. Es una posición de multiparcialidad, en la cual se alía simultáneamente con todos los participantes. Esta postura es muy diferente de la neutralidad, donde se esfuerza por no aliarse con nadie.

La conversación dialógica tiene como característica la indagación compartida, y ésta se establece por varios rasgos: el espacio dialógico, la exploración y el desarrollo mutuos, la comprensión desde dentro de la conversación, el diálogo interno, la expansión y expresión de lo no dicho, el transfondo de la conversación, el pertenecer a la conversación y la intencionalidad compartida.

Una parte importante de la terapia colaborativa es que la estructura de la conversación terapéutica es espontánea, los sistemas terapéuticos y de problemas son abiertos, fluidos y cambiantes y con la disolución del problema viene la disolución del sistema de la terapia, el sistema del problema.

En este enfoque, la terapia permite el desarrollo y utilización del estilo personal de un terapeuta.

### *REFLEXIVOS*

El origen de los equipos de reflexión se remonta a 1984, cuando el equipo de Tom Andersen, utilizó el método de Milán, pero aplicando una característica diferente, empezaban por decir a las familias: “además de lo que ustedes vieron, nosotros vimos esto además de lo que ustedes trataron de hacer, podrían intentar esto (su sugerencia)”.

La idea de estas conversaciones con la familia permaneció latente durante algún tiempo, hasta que en marzo de 1985, el equipo integrado por Magnus Hald, Eivind Eckhoff, Trygve Nissen y Tom Andersen comenzaron a trabajar con el formato de equipos de reflexión, proponiendo una relación heterárquica, cambiando la dicotomía excluyente (o esto, o lo otro) por la dualidad inclusiva (tanto...como), pasando de entrevistas a conversaciones, de preguntar “cuáles” a preguntar “cómo”, conversando sobre las conversaciones, abriendo la posibilidad de hablar sobre lo todavía no visto, todavía no oído y todavía no pensado, proponiendo estar en la conversación y estar en las relaciones.

Las bases de este trabajo están en la posmodernidad, en donde se tiene la concepción de que las personas son creadoras de significados a través del lenguaje y que una persona

tiene una multiplicidad de verdades posibles, así como hay múltiples realidades, en tanto puede generar más de una descripción y, entonces, más de una interpretación del mismo fenómeno.

Otra de las ideas bases del trabajo de Andersen (en Friedman, 2005) es que hablar a otro u otros puede describirse como una “conversación exterior”; por otra parte, mientras escuchamos hablar a otros, mantenemos con nosotros mismos una “conversación interior”.

Si dejamos que un tema determinado pase una y otra vez de las conversaciones externas a las internas y de éstas a aquellas, podríamos decir que pasa a través de la perspectiva de varias conversaciones interiores y exteriores.

Desde esta perspectiva, la terapia es una co – construcción de significados basada en un intercambio de la posición local de cada participante, que implica el riesgo de que las narrativas cambien en el curso de la conversación mantenida entre los colaboradores. La terapia es una relación entre dos partes. La terapia no es una técnica, es un modo en el que el terapeuta puede participar en las relaciones con sus clientes.

White, citado por Lax (en Friedman, 2005), propone un formato en el que el primer paso es entrevistar a los clientes por el terapeuta, reflexiones, respuestas de los clientes a las reflexiones y “deconstrucción de la terapia”.

Andersen, plantea que puede haber diferentes procesos reflexivos:

1. Podría haber un equipo en la habitación contigua, detrás del espejo de visión unidireccional, o bien utilizarían una sola habitación, con el equipo escuchando y hablando desde un rincón.
2. En el caso de un terapeuta sin equipo, un colega podría estar presente para conversar con él durante los intervalos “de reflexión”.

3. Si el terapeuta está sólo, sin equipo, podría hablar con un miembro de la familia mientras los otros escuchan. Luego, el terapeuta hablaría con los demás miembros, mientras el primer miembro con el que tuvo la conversación escucha; después, solicitaría la opinión de este miembro de la familia y eventualmente volvería a conversar con él. De esta manera, la familia y el terapeuta se convierten en un equipo de reflexión.
4. Si el terapeuta entrevista a un cliente a solas, ambos pueden hablar de un tema abordándolo desde la perspectiva de una persona ausente.
5. Durante un taller o una consulta que tiene lugar en un salón y ante una audiencia, la totalidad de esta podría servir de equipo de reflexión.

Este mismo autor, propone tres pautas para conducirse durante una conversación: la primera es hablar a partir de algo que se haya visto u oído durante la conversación entre la familia y el terapeuta, evitar las declaraciones, las opiniones y los significados, y al hablar es recomendable hacerlo entre el equipo sin incluir a la familia en la conversación.

De estos procesos surgen cuatro interrogantes, la primera es para el terapeuta:

*¿Es adecuadamente insólito?*

Ya que para que produzcan un cambio, las conversaciones tienen que ser diferentes de lo habitual pero no demasiado. Lo excesivamente habitual no hace diferencia alguna. Lo excesivamente insólito no hace diferencia alguna. Lo adecuadamente insólito hace una diferencia.

Las dos siguientes se plantean abiertamente

*¿De quién fue la idea de asistir a terapia?*

*¿Cómo les gustaría utilizar la reunión?*

Y la última se puede plantear algunas veces abiertamente y algunas otras para el terapeuta.

*¿Quién podría, puede o debería hablar con quién, sobre qué tema y en qué momento?*

En 1994 Griffith y Griffith resumieron las reglas de procedimientos establecidas por Andersen.

1. Las especulaciones sólo se refieren a las conversaciones mantenidas en la habitación.
2. Las ideas se presentan en forma tentativa, con frases calificativas tales como: me preguntaba, quizá, posiblemente o es sólo una idea.
3. Los comentarios se formulan como connotaciones positivas o lógicas, en oposición a las atribuciones negativas o las inculpaciones
4. Los miembros del equipo se miran a los ojos y mantienen la separación entre las posiciones de oyente y hablante
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”.

De acuerdo con este enfoque, los terapeutas tienen el deber específico de interrogarse unos a otros delante del sistema cliente, pasando luego a una conversación entre los reflexionadores que incluye preguntas.

Así mismo es necesario preguntar a los clientes si hay alguna duda que deseen formularles, es importante analizar no sólo lo que el cliente dice sino el modo en el que lo hace, pero teniendo en cuenta que el oyente debe abstenerse de pensar que el hablante quiso decir algo distinto de lo que dijo. En lo expresado no hay más que lo expresado; en lo dicho no hay nada más que lo que se dijo; en lo mostrado no hay nada más que lo que se mostró.

El conectarse amigablemente con los integrantes del sistema de significados y permitir a la familia hablar tanto tiempo como consideren necesario y no interrumpir para servir como testigo es fundamental en este modelo.

Algunas de las sugerencias que los autores dan para realizar este tipo de terapia es que no se debe reflexionar sobre algo perteneciente a un contexto ajeno al de la conversación dentro del sistema de la entrevista, ni dar connotaciones negativas así como tampoco se debe participar en conversaciones negativas.

### *Elementos comunes en las terapias posmodernas*

En las terapias posmodernas existe una multiplicidad y diversidad de puntos de vista, se acepta la influencia mutua entre el terapeuta y el cliente, la relación es heterarquica, es orientado al futuro y se utiliza un lenguaje despatologizante.

Se pone un mayor énfasis en la importancia de la creación del sentido, en la naturaleza construida de la realidad, en los procesos de co-construcción en terapia y el carácter político de la práctica terapéutica.

1. El tratamiento terapéutico en sí mismo no existe
2. El acuerdo terapéutico es una forma de acción colaborativa
3. El cambio terapéutico ha surgido de la acción colaborativa
4. Tal vez la gran resistencia al cambio terapéutico no exista
5. La revelación terapéutica no es un movimiento en un espacio vertical sino en uno horizontal
6. Cualquier enunciado acerca del sentido lo transforma
7. La terapia puede obrar maravillas, pero lo importante es la puesta en práctica.
8. Las prácticas terapéuticas deben transformarse continuamente.

Los diálogos construccionistas dan preferencia a cuatro movimientos importantes de la orientación terapéutica: la flexibilidad, la toma de conciencia de la construcción, la colaboración y la práctica en conformidad con valores importantes. Estos diálogos han dado lugar a un diversificado conjunto de nuevas prácticas, muchas de estas prácticas se hallan bien implantadas en determinados entornos, otras se desarrollan en ellos.

*III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE  
COMPETENCIAS PROFESIONALES*

# 1 HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

A continuación se presentará el cuadro que hace referencia a las familias atendidas durante mi estancia en la residencia de Terapia Familiar estando yo como terapeuta principal.

2 Tabla 3. FAMILIAS ATENDIDAS DURANTE MI DESEMPEÑO COMO TERAPEUTA PRINCIPAL

FAMILIA	SEDE	NÚMERO DE SESIONES	MODELO USADO	MOTIVO DE CONSULTA	ALTA	BAJA
1	FESI	5	Modelo Estructural	Que la niña conviva con su papá por divorcio de padres.		X
2	FESI	7	Terapia Breve centrada en Problemas	Depresión y problemas de pareja.	X	
3	ISSSTE	4	Terapia Breve centrada en Problemas y Terapia Breve centrada en soluciones.	Depresión y problemas para poner límites a las hijas.		X
4	ISSSTE	6	Narrativa y Terapia Breve centrado en Soluciones.	Depresión y sensación de ser atacada sexualmente durante las noches por espíritus.	X	
5	CCHA	2	Milán	Problemas de pareja.		X
RÍOS CORAZÓN	FESI	8	Terapia Breve centrada en Problemas y Terapia Breve centrada en soluciones.	Problemas con su hijo adolescente.	X	
ZAPATA NEGRETE	FESI	6	Terapia Breve centrada en Problemas y Terapia Breve centrada en soluciones.	Problemas con su hija adolescente.	X	



## 2.1 Integración de expedientes de trabajo clínico

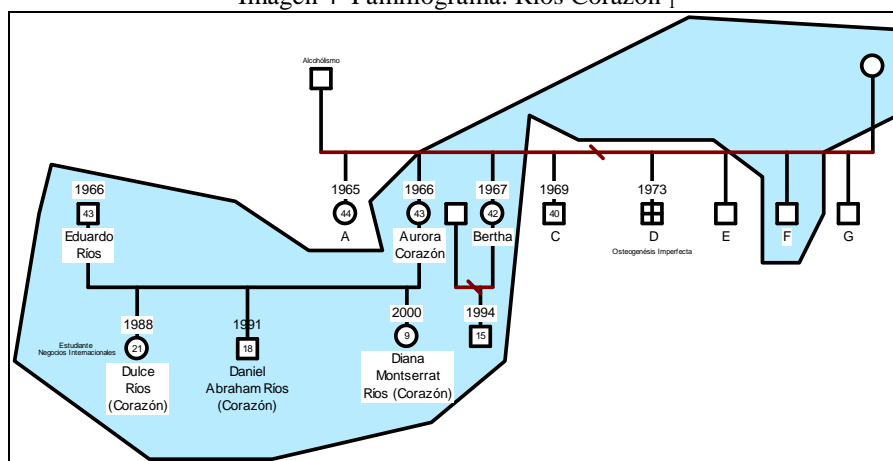
## 2.2 Análisis y discusión teórico – metodológico de la intervención clínica

### Familia Ríos Corazón.

La familia Ríos Corazón está compuesta por el papá “Eduardo Ríos”, quien se dedica al comercio, la mamá “Aurora Corazón”, es ama de casa, Dulce de 21 años es estudiante de negocios internacionales, Daniel de 18 años es obrero y Diana que tiene 9 años de edad y es estudiante.

La terapia se lleva a cabo en ocho sesiones y sólo Aurora se presenta a ellas.





Imagen 4 Familiograma: Ríos Corazón <sup>1</sup>



<sup>1</sup> Se utilizaron pseudónimos para proteger el anonimato de las familias.

Los famiogramas fueron hechos con Genopro beta

Simbología usada:

- a.  Quienes habitan en un mismo hogar
- b.  cercana
- c.  desconfiada
- d.  hostilidad

### *Cómo llegó la familia a terapia:*

Aurora y su familia viven en casa de su mamá en donde también vive su hermana Bertha con sus hijos, por lo que, de acuerdo con Minuchin (1984), se trata de una familia de tres generaciones que atraviesan por el ciclo vital de familia con hijos en edad escolar o adolescentes e hijos adultos.

La señora Corazón comentó que quería la terapia porque tenía problemas con su hijo Daniel, ella consideraba que estaba saliéndose de control la relación con Daniel. Mencionó que uno de sus hermanos le dijo que Daniel estaba robando celulares y su miedo era que lo hiciera para comprar droga, ya que la zona en la que viven es de alto riesgo. Cuando le preguntaron a Daniel si esto era cierto él lo negó.

Dijo que su esposo le había expresado que no estaba bien que ella estuviera “*encima de Daniel*”, que lo tenía que dejar solo y era él quien iba a decidir qué hacer con su vida. Pero esto le provocaba angustia a ella.

Aurora refirió que en su familia todos eran muy unidos desde pequeños, ya que su padre es alcohólico y tuvieron una vida muy dura; sin embargo, a pesar de eso, todos sus hermanos salieron adelante “*casi de la nada*”, porque todos han sido “*muy luchones*”.

Ella comentó que ninguno de sus hermanos o hermanas son alcohólicos pero hizo notar que a su hijo Daniel le gusta tomar y los hijos de su hermana Bertha también.

En constantes ocasiones repitió que considera haberse equivocado en algo con su hijo, ya que su hija mayor, Dulce, “*es muy buena hija*”, es estudiosa, trabajadora e independiente y le ayuda mucho. En cuanto a su hija Diana, es también muy independiente, aunque no es tan trabajadora como Dulce, ya que a ella le tiene que insistir un poco más en que haga lo que le corresponde, pero finalmente las hace, cosa que no ocurre con Daniel.

Daniel era el hijo que le causaba problemas y recurrió a terapia para aprender a orientarlo. Anteriormente ya habían acudido a recibir otro tratamiento psicológico,

que dejaron por falta de dinero. El motivo, en aquella ocasión era por los problemas que tenía Aurora con Daniel.

En un principio se eligió trabajar con el modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas ya que al preguntarle a Aurora por las soluciones que había intentado con su hijo ella mencionó que era: gritarle, darle largos discursos que él ya ni escuchaba, pedirle a Eduardo que hablara con él sin lograr su objetivo, ya que su esposo no estaba de acuerdo con ella en vigilarlo.

La primera estrategia usada, después de averiguar estas soluciones intentadas, fue preguntarle a Aurora si le habían funcionado. Ella respondió que no y se procedió a solicitarle que dejara de darle consejos a través de largos discursos porque parecía que Daniel ya lo tenía muy medido y en los primeros consejos él se desconectaba, le restaba importancia, por lo tanto, ya no era eficaz.

Así mismo se hizo una intervención reestructuradora, que se resume en la recomendación “El padre dos pasos adelante y la madre dos pasos atrás”, para llegar hasta aquí, se replanteo la queja de la madre sobre su desconfianza hacia las acciones de Daniel, que la impulsaban al control excesivo y la confianza del padre que lo orillaba al extremo contrario, la indiferencia.

Para que Daniel no sintiera el peso de la desconfianza de la familia, se sugirió darle un voto de confianza para que él asumiera su responsabilidad y decidiera el camino que iba a tomar en su vida, es decir que lo dejaran crecer.

Aurora comentó que esta tarea le era muy difícil porque su temor aumentaba cuando pensaba en lo peligroso que podía ser dejar a Daniel sin control, sin embargo, lo estaba intentando. Éticamente a mí me parecía una situación complicada, porque sólo teníamos la versión de la mamá y no sabíamos si el chico de verdad estaba en un riesgo o era sólo la percepción de Aurora, entonces, decidimos escribirle una carta a Daniel en donde lo invitábamos a asistir a las sesiones para conocer sus sentimientos y pensamientos, además, exploré un poco más sobre las relaciones con ejemplos concretos, que me ayudaron a comprender mejor la situación incluyendo otras voces, para llegar a la multiplicidad de verdades.

Bajo reflexión, consideramos que si Aurora continuaba vigilando al joven, aumentaría su desconfianza, entonces también era un riesgo para el chico, porque eso podía orillarlos a hacer justo lo que su mamá quería evitar. Además su relación se hacía cada vez más distante, entonces si en algún momento Daniel llegara a necesitar de su madre, no se acercaría a ella o bien ella no podría ayudarlo, por la dinámica que ya tenían establecida.

Haciendo gala de flexibilidad y eficacia también de nuestra parte, al transcurrir las sesiones, comenzamos a combinar el modelo elegido con el de Terapia Breve centrada en Soluciones para lograr que Aurora se enfocara en hacer cosas por ella misma (sus dos pasos hacia atrás) y que no fuera predecible con Daniel.

Fue entonces que buscamos excepciones, y encontramos que al momento de hacer la tarea que le pedíamos, a pesar de que le costaba trabajo hacerla, el resultado era el esperado, ya que Daniel comenzaba a mostrar independencia (buscó y encontró trabajo) y Eduardo manifestaba más interés por las cosas de su hijo.

Posteriormente Aurora volvió a sentirse desesperada por perder el control de su hijo y manifestaba que le costaba mucho trabajo darle confianza y no estar pendiente de él la mayor parte del tiempo.

Para poder dar un giro a esta dinámica, se le narró la metáfora de las madres cocodrilo:

Primero se le preguntó si ella sabía cómo eran las mamás cocodrilo y respondió que ella sabía que transportaban a sus hijos con la boca, entonces se le dijo que eso lo hacían para cuidarlos, pero que en ocasiones era tanto su afán por cuidarlos y protegerlos, que se los comían.

Después se le dijo que algunas mamás actuaban como las madres cocodrilos, ya que es tanto lo que quieren proteger a sus hijos que terminan viviendo por ellos y no los dejan experimentar lo que ellos quieren vivir.

Se trabajó el resignificado y replanteamiento de su filosofía de acción, se le dijo que en algunas ocasiones en mejor no hacer nada para planear una estrategia que hacer

algo sin pensarlo, de esta manera se dirigió la atención a ella misma y se trabajó su propia responsabilidad en la desconfianza y el desasosiego que sentía, así, ella tendría que buscar su tranquilidad en sus propios pensamientos, sentimientos y acciones. Aurora no podía percibir los cambios de Daniel, tenía dificultad de ver lo obvio.

En las sesiones posteriores a esta, Aurora comenzó a notar más cambios en ella y en su dinámica familiar.

Antes de concluir la terapia se propuso trabajar sobre un ritual en el que era necesario que ella encontrara su brújula para saber cuándo estaba apoyando a Daniel y cuando lo sobreprotegía. Se le dijo que esa brújula le ayudaría a saber el momento más oportuno para dejar de presionar.

Con esta idea, buscamos desactivar el mecanismo que la impulsaba a seguir controlando para bajar su ansiedad. Ella podía pensar que “No hacer significaba hacer más y mejor”. Era un patrón diferente con su mismo significado “hacer más” con menos de su parte.

Ella eligió un dije de corazón y dijo que esa sería su brújula. Finalmente se le recordó una metáfora con la que habíamos trabajado dándole un metal flexible y uno rígido, le pedimos que los manipulara para notar las bondades de la flexibilidad y lo áspero y que resultaría la ruptura del metal rígido.

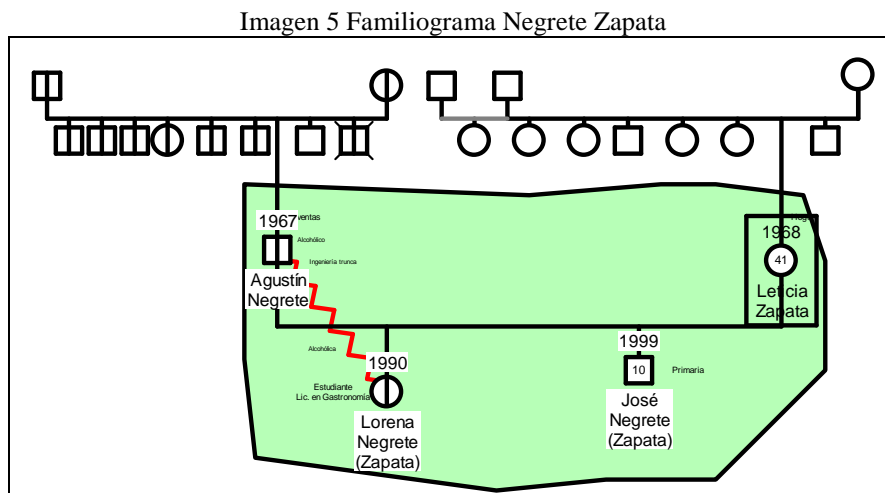
A pesar de que ella acostumbraba ponerle “peros” a las excepciones que íbamos encontrando, se logró cambiar esa palabra por “a pesar de... lo hizo”.

En la última sesión de trabajo, se notó un cambio importante en ella, ya que no expresó tanto dolor como en las primeras sesiones por sentirse anclada en el pasado sufriente con un padre alcohólico y consumidor de drogas, este sentimiento se fue transformando y cesando poco a poco.

*Familia Negrete Zapata*

La familia Negrete Zapata está constituida por el papá “Agustín Negrete” vendedor de seguros, la mamá “Leticia Zapata” quien es ama de casa, Lorena de 19 años, estudiante de gastronomía y José de 10 años y estudia la primaria.

La terapia se llevó a cabo en 7 sesiones y sólo Leticia se presentó a ellas.



*Cómo llegó la familia a terapia:*

Leticia acudió a terapia solicitando apoyo debido a que tenía problemas en su casa con su esposo y su hija. Mencionó que su esposo fue alcohólico, pero lleva 17 años sin tomar, sin embargo comentó que Lorena tomaba regularmente y a veces lo hacía en exceso.

De igual forma se exploró sobre las familias de origen de ambos cónyuges y se encontró que excepto un hermano de Agustín, todo el resto de la familia Negrete consume alcohol y algunos de ellos lo combinan con otro tipo de drogas.

Leticia relató que para ella era una situación preocupante el alcoholismo de su hija y quería poder ayudarla. Comentó que ya había hablado con ella en repetidas ocasiones para que dejara de hacerlo pero ella seguía presentando dicha conducta.

Dijo que consideraba ser la culpable de la iniciación de su hija en el consumo del alcohol, debido a que asistía a escuela particular y cuando entró a bachillerato la inscribió en escuela oficial y fue ahí donde empezó a beber.

Así mismo comentó que ella ha asistido a talleres y cursos con psicólogos en varias ocasiones debido a sus problemas de salud, pero esta era la primera vez que ella tomaba terapia Agustín se encontraba tomando terapia de constelaciones familiares como auxiliar a su tratamiento en alcohólicos anónimos y José también asistía a terapia por problemas de conducta.

Se le solicitó a Leticia que asistieran a la terapia toda la familia, pero dijo que por motivos de horarios no podían.

Mencionó que en su casa las peleas son constantes, que Agustín llegaba de mal humor y todos peleaban contra él, refirió que consideraba que Lorena actuaba de manera agresiva y en una ocasión que discutía con el señor Negrete pelearon tan fuerte que ella lo levantó de la camisa y lo estrelló contra la pared.

Comentó que también las riñas entre sus hijos son constantes, pero que José se comportaba de manera “*muy noble*” y aguantaba mucho maltrato antes de hacer algo, sin embargo, asiste a terapia por parte de su escuela ya que agredió físicamente a otro niño. A este evento ella dijo que fue porque ya se había cansado de que el otro niño lo molestará de manera constante y decidió defenderse.

Finalmente, la señora Zapata dijo que su verdadero motivo de consulta es que quería hacer algo para que no le importara lo que los demás hicieran con su vida, que ella pudiera vivir independientemente de lo que los demás decidieran hacer. Refirió querer alejarse de los pleitos de su casa.

Para abordar este caso, se eligió en modelo de terapia breve centrada en problemas y lo combinamos con soluciones, por lo que se le solicitó narrará una de las discusiones motivo de su queja y malestar, fue entonces que comenzó a relatar lo que ocurría una tarde cuando Agustín llegaba a comer y Lorena le solicitaba dinero, él se negaba a dárselo, y así comenzaban a discutir, ella trataba de abogar por su hija, la discusión se

hacía más grande y podía terminar en gritos y en que el papá se marchará sin resolver el conflicto, mismo que continuaría en la noche.

Leticia mencionó que este tipo de dinámica era constante en su hogar, ella no sabía como controlar esa situación y le preocupaba que José no decía ni hacia nada, pero que en su escuela empezaba a resentir las consecuencias de tan acaloradas discusiones familiares.

Aunado a esto sentía el peso por el consumo de alcohol de su hija, y sentía que su esposo no la apoyaba ya que ella le pedía que hablara con ella y él no lo hacía.

Al saber que esa era la dinámica, se le preguntó si ella recordaba alguna vez que hubiera sido diferente, y ella respondió que cuando no estaba su esposo la convivencia era mejor y ella podía hablar con Lorena y llegar a acuerdos, además de estas ocasiones no pudo recordar otra.

Ante esta respuesta se le dejó a Leticia la tarea formalizada de la primera sesión, en dónde se le solicitó que durante los 15 días que no nos veríamos, ella debería observar a su familia y describir qué sucede en ella que le gustaría que siguiera sucediendo, esto se hizo con el fin de poder encontrar excepciones y reencuadrar lo que provocaba malestar en la familia Negrete Zapata.

Para la siguiente sesión comentó que pueden estar bien cuando cada quien tiene actividades diferentes, pero siempre y cuando los padres se pongan de acuerdo para organizar dichas acciones, ya que si no es así, las discusiones son entre los hijos.

Para evitar las discusiones se le dijo a Leticia que en esa ocasión, cuando empezarán las peleas, ella iba a hacer algo diferente, algo que nunca había hecho durante tales circunstancias. Se le preguntó que se le ocurría que podría hacer y ella dijo que retirarse del lugar de la pelea, entonces se le dejó la tarea de hacer eso que se le había ocurrido.

Cuando Leticia relató lo que había ocurrido durante sus observaciones, dijo que ya se había dado cuenta que ella tenía mucho que ver en que las discusiones se agrandaran,



ya que si ella se retiraba cuando empezaban los desacuerdos, entonces Lorena y Agustín llegaban a algún acuerdo o paraban la discusión.

De esta manera se logró un acercamiento diferente entre el padre y la hija, sin peleas y sin la intervención materna. Posteriormente, se retomó lo de los acuerdos entre los padres y dijo que no le era difícil lograrlo, que le costaba más trabajo involucrar a Agustín en las cosas de sus hijos.

Refirió que Lorena llegó alcoholizada en el fin de semana anterior a la sesión y que Leticia la castigó no permitiéndole usar la computadora, posteriormente la joven quiso tomarla, a pesar del castigo, y Agustín apoyó la decisión de Leticia aún con el enfado de la hija.

Se le solicitó que estas actividades continuaran haciéndolas, que se comunicaran las decisiones tomadas respecto a la crianza y que cuando no estuvieran presentes los hijos las discutieran para llegar a acuerdos, de tal manera que cuando los chicos estuvieran presentes, notaran el acuerdo entre los padres.

En cuanto a las discusiones en casa, Leticia continuó apartándose de éstas y se dio cuenta de que se sentía mejor, además de que la relación con los demás miembros de la familia estaba cambiando y se volvía más estrecha.

Le pedimos a la señora Zapata que encontrará algunas actividades que podía realizar en lugar de quedarse escuchando la discusión, ella enumeró algunas, entre las cuales se encontraban: retirarse a su cuarto a bordar, leer, escuchar música, salirse a caminar, regar sus plantas, arreglar sus cosas y ver la televisión.

Se le solicitó que en el tiempo que transcurriría hasta la siguiente sesión hiciera una actividad diferente de las que había escogido cada que hubiera discusiones y que observará cuál era la que más le gustaba realizar, además de que si encontraba otra, entonces la agregará a la lista de actividades que ya había hecho.

Conforme pasaron las sesiones ella encontraba más fácil alejarse de las discusiones en casa y poner reglas firmes a sus hijos para evitar las conductas no deseadas, como el

alcoholismo de su hija y las peleas entre ellos. Además pudo llegar a acuerdos con su esposo.

En la última sesión se le preguntó si había algo más que quisiera trabajar, ella dijo que habían muchas cosas, pero que había comprendido que no podía cambiar a los demás pero si a ella misma y así sentirse mejor y provocar un cambio positivo en quienes la rodean.

Ante esta reflexión y por los cambios que ya había presentado se procedió a dar el alta y a dejarle la tarea genérica, que siguiera haciendo lo que había notado que estaba funcionando.

### *2.3 Análisis y discusión de un tema*

#### MADRES CON HIJOS ADOLESCENTES EN RIESGO

##### *Adolescencia*

La adolescencia se caracteriza por ser un periodo de transición entre la pubertad y el estado adulto del desarrollo; es una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, los sentimientos y las sensaciones. De acuerdo con el INEGI (2008), el 27.3% de la población es representado por jóvenes de 15 a 29 años.

Este grupo etéreo posee características y necesidades propias que demandan a su vez cuidados especiales, ya que se trata de una etapa en la que los jóvenes se enfrentan a situaciones nuevas ante las cuales no siempre cuentan con los elementos necesarios que les permita prevenir situaciones de riesgo para la salud. La adolescencia rebasa el ámbito de lo biológico; refleja los ideales, valores, normas y expectativas que los distintos grupos sociales crean para producir y reproducir un orden entre las generaciones. Por otro lado, en la construcción de su identidad, el joven se ve inmerso continuamente en los cambios del contexto social, las condiciones económicas, políticas, culturales y ambientales en que se desarrolla, creando así un ambiente de

riesgo y al mismo tiempo de factores de protección que le permiten adaptarse e ir descubriendo su individualidad social y su identidad colectiva.

Dicha fase del desarrollo debe contemplarse más como una transformación social que biológica y no existe independientemente de un contexto social definido. Según sostiene Michael Rutter, la idea misma de esta etapa es una creación de las fuerzas psicosociales operantes en un momento dado (Fishman, 1990).

De acuerdo con Fishman (1990), hay algunos aspectos comunes que suelen manifestarse en los adolescentes:

**Identidad.** Definida por Erik Erikson (1958) como alguna perspectiva y dirección fundamental que cada joven debe forjarse para sí mismo, alguna unidad operativa, producto de los remanentes efectivos de su niñez y de las esperanzas de su prevista edad adulta (citado en Fishman, 1990).

**Competencia social.** Esta tarea incluye la construcción de nuevas estrategias para enfrentar cambios en las relaciones interpersonales y para redefinir el sentido del sí mismo del adolescente a la luz de nuevas realidades sociales.

**Narcisismo adolescente.** Se caracteriza por el hecho de que el adolescente se considera el centro de atención de la familia.

**Separación.** La separación es una tarea fundamental para todos los adolescentes, pero en muchos casos provoca enormes tensiones tanto en el adolescente como en su familia, la separación funcional requiere un alejamiento.

### *Ciclo de la familia con hijos adolescentes*

Todas las etapas por las que atraviesa la familia contienen movimientos internos y externos, es la función de ésta adaptarse a esas constantes crisis y ser flexibles al cambio para asegurar la sobrevivencia del grupo. De acuerdo con Estrada (2007), de todos los eventos que en forma natural afectan a la familia, el advenimiento de la adolescencia es tal vez el que más pone a prueba la flexibilidad del sistema.

A esta etapa Haley (1989), le llama “el destete de los padres” en la cual, el adolescente busca una desvinculación de sus progenitores para ir logrando su independencia.

Para Eguiluz (2003), las familias con hijos adolescentes además de flexibilizar las normas deben delegar responsabilidades en los hijos, con el objeto de que los jóvenes aprendan a tomar decisiones y puedan asumir responsabilidades sobre sus asuntos, de tal manera que en la medida en que los hijos ganen autonomía, incrementan el grado de responsabilidad con el grupo familiar.

Según Minuchin y Fishman (2006), los hijos no son los únicos miembros de la familia que crecen y cambian. En la vida adulta de pasaje que tienden a concentrarse en determinadas décadas. También estos estadios influyen sobre los holones de la familia y son influidos por éstos.

En el caso de la familia Ríos Corazón, a Aurora se le dijo que Daniel estaba pasando por una etapa de transición dentro de la cual hay cambios, pero que como mamá ella también tendría que pasar por una transición para convertirse en una mamá que cuida pero a distancia, renegociando con su hijo reglas y límites de casa. Para Fishman (1990), es este proceso de negociación el que construye un sentido del sí mismo en el adolescente; es un proceso de confirmación y respeto mutuo.

Así en esta etapa se combinan varios factores: en esta edad se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios; los padres, aún cuando muchas veces ya se encuentran en su madurez, muy a su pesar se ven obligados nuevamente a revivir su propia adolescencia; la edad de los abuelos por lo general es crítica; se acercan a no poder mantenerse por sí mismos, y la soledad y la muerte se avecinan; esto es motivo de otra preocupación.

En el caso de la familia Ríos Corazón, los padres y suegros de Aurora les preocupaban a ambos cónyuges, como consecuencia de esto viajaban continuamente a Guanajuato, ya que allá vivían los padres de Eduardo y el padre de Aurora, los visitaban y ayudaban a diferentes tareas que ellos ya no podían hacer.

La evolución familiar alcanza un punto clave en el momento en que los hijos logran ser autónomos e independientes. Reducen el tiempo en casa debido a que amplían su mundo social; además, participan cada vez menos en las actividades familiares. Los padres se van acostumbrando a esta situación y, al final, asumen las repercusiones del desprendimiento de los hijos (Eguiluz, 2003).

Sin embargo, conforme los hijos crecen y adquieren autonomía, pueden entrar en contradicción con las reglas y valores impuestos por la jerarquía del subsistema parental.

En el primer caso presentado, Daniel se negaba a ir a Guanajuato a visitar a los abuelos, solicitaba continuamente el permiso para quedarse y a pesar de las amenazas familiares con castigos económicos, él se quedaba.

En el segundo caso, Lorena también empezaba a aumentar su mundo social y ya pasaba más tiempo con su novio.

Además, con la adolescencia, el grupo de pares cobra mucho poder, es una cultura por sí misma, con sus propios valores sobre sexo, drogas, alcohol, vestimenta, política, estilo de vida y perspectivas de futuro. Así la familia empieza a interactuar con un sistema poderoso y a menudo competidor; por otra parte, la capacidad cada vez mayor del adolescente lo habilita más y más para demandar reacomodamientos de sus padres. Los temas de la autonomía y el control se tienen que renegociar en todos los niveles (Minuchin y Fishman, 2006).

En términos de las etapas del desarrollo moral de Kohlberg, la mayoría de los adolescentes se hallan en la etapa 3, en la que la aprobación de los otros constituye la base para tomar decisiones morales (Micucci, 2005).

El progreso tecnológico, las comunicaciones, la moda, la música, la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debido a la migración, el turismo y los medios de comunicación son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y la juventud.

Por lo anteriormente descrito se puede hablar de la presencia de condiciones disipadoras en varios pasajes de la adolescencia en que las necesidades sexuales, las demandas escolares y los desafíos competidores del grupo de los pares desorganizan las pautas establecidas del sistema.

La adolescencia de un miembro de la familia cuestiona sus valores, disocia las pautas familiares aceptadas, torna obsoletas las reglas habituales, desafía y pone en descubierto los roles usuales, modifica las metas y expectativas de los progenitores para su hijo y aumenta constantemente la presión familiar.

#### *Padres de Adolescentes que presentan conductas de Riesgo*

En el caso de una familia en crisis pueden operar fuerzas que mantienen el statu quo de un modo perjudicial para el sistema, impidiéndole cambiar ante la aparición de presiones del desarrollo.

De acuerdo con Bawmrind (1973) y Stiper (1992), (citados en Eguiluz, 2003), esta situación es más probable en el caso de los adolescentes que viven en un hogar cuyas reglas no son claras ni consistentes, sobre todo en los adolescentes cuya familia maneja un patrón de crianza permisivo.

Afirma Fishman (1990), que una característica común en familias con hijos delincuentes es que la autoridad parental ha sido debilitada de alguna manera. Menciona que esto podría deberse a diversos factores como el hecho de que haya ausencia de figura paterna o de que la figura masculina sea transitoria, también puede ser porque el padre delega la crianza y la formación de los hijos enteramente a la madre, por patrones crónicos de desacuerdos entre los padres o por división entre uno de los progenitores y los abuelos.

En los dos casos presentados en este capítulo, los cuidados de crianza estaban a cargo de la madre, sin embargo, en algunas cuestiones en las que se requería la participación del padre, no lograban ponerse de acuerdo, por lo que, cada uno daba una indicación o mensaje diferente.

Según Aguirre (1996), las conductas problemáticas suelen deberse a la falta de una clara definición de la naturaleza de la transición de la dependencia a la independencia familiar. Igualmente, Estrada (2007), señala que uno de los motivos por los cuales la familia con adolescentes puede presentar problemas es por la tendencia de los padres a regresar a etapas anteriores del desarrollo, mediante mecanismos de sobreprotección.

Así mismo, las investigaciones han mostrado en forma consistente una relación entre los resultados negativos en el adolescente y altos niveles de control parental que carece de calidez. (Beveridge & Berg, 2007). El humor negativo de los adolescentes, podría relacionarse con la paternidad hostil y coloca dificultades para el logro de un óptimo proceso interpersonal. (Kim, Conger, Lorenz, & Elder, 2001 en Beveridge & Berg, 2007).

Además de esto, según Haley (1989), los problemas familiares surgen también si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, como lo es en el ejemplo de Leticia y su familia en la que entre Agustín y Lorena existía una coalición.

Otros factores que precipitan la aparición de conductas de riesgo son una comunicación triangular y poco clara en la familia, familias multiproblemáticas, conflictos entre los padres, alianzas y coaliciones intergeneracionales, patrones familiares de adicción, niveles de satisfacción familiar bajos, percepción familiar orientada a aspectos negativos, desintegración familiar y bajos niveles de monitoreo por parte de los padres (Nuño, Rodríguez y Álvarez, 2006).

La agresividad, la delincuencia y otras conductas problemáticas representan una ruptura en la relación del adolescente con su familia. Como el apego a la familia varía en forma inversamente proporcional al vínculo establecido con los pares desviados, cuanto más se oriente un joven hacia estos últimos en busca del sentido de pertenencia que no encuentra en su familia, más tenderá ésta a rechazarlo, con lo cual lo empujará a una asociación aún más estrecha con sus pares desviados.

Mientras tanto, la familia comienza a recorrer un ciclo improductivo. Cuanto más desafía el adolescente las reglas y restricciones parentales, más intentan sus padres controlarlo. Estos intentos de control intensifican en el joven la sensación de humillación y exacerbaban el problema, ya que el adolescente se siente aún más maltratado e incomprendido y tiende a unirse más con sus pares desviados. Esta relación simétrica aumenta hasta que la relación del joven con sus padres sufre una separación precipitada y con frecuencia irremediable.

En estos casos, los adolescentes y sus padres sienten que los separa un profundo abismo en toda clase de asuntos. A menudo sostienen que su relación se asemeja a la de desconocidos que no tienen nada en común o a la de enemigos que libran una guerra.

Con referencia a lo expuesto en el párrafo anterior, cito a Aurora, madre de Daniel del primer caso expuesto en el presente capítulo, ella relataba que su hijo le decía que ya le aburrían las cosas que decía, lo que provocaba sentimientos de tristeza en ella, ya que, mencionaba, él se lo decía de una manera agresiva.

Los progenitores, dice Pittman (1990), son quienes deben mantener la visión general de la naturaleza temporaria de todo el proceso adolescente, los adolescentes lo ven todo como algo permanente y si sus padres hacen lo mismo, nadie tiene una perspectiva global. Además si los padres comienzan a ver los cambios como permanentes, pueden empezar a ver a su hijo peligrosamente imperfecto, y empezará la batalla con él tratando de controlar al joven, provocando así la rebelión temida.

La literatura ha revelado en forma consistente que los adolescentes y sus padres que han mostrado conducta autónoma en el contexto de guía paternal (control moderado) y calidad han manifestado resultados positivos. (Allen, et al., 1994b; Barber, 1996; Conger, et al., 2003 en Beveridge y Berg 2007).

También se ha encontrado que la habilidad de las díadas padres-adolescentes para facilitar las interacciones calidas e impedir los intercambios hostiles es una clave para el proceso óptimo de relación interpersonal. Las respuestas calidas a conductas hostiles por cualquiera de las dos partes podrían romper la cadena de hostilidad en la



interacción, y facilitar futura reciprocidad de calidez y optimas interacciones (Slesnick y Waldron, 1997). Sin embargo, cuando las conductas calidas son frecuentemente encontradas con respuestas hostiles e incongruentes, esto podría ser particularmente perjudicial, haciendo difícil que se mantenga la calidez y dando por resultado una escalada de hostilidad. Padres que proveen firmeza, pero con calidez, guían a sus adolescentes hacia una adaptación positiva (Barber, 1996; en Beveridge & Berg, 2007).

### *Factores de Riesgo*

Al hablar de factores de riesgo se alude a aquellos que están vinculados a la estructuración o conformación de cierto tipo de conducta o comportamientos humanos que se manifiestan en forma voluntaria, con resultados de alguna manera indefinidos y que tienen alta probabilidad de provocar consecuencias negativas en lo referido a cuestiones de salud, tanto en su perspectiva personal subjetiva como social-comunitaria.

Dulanto (2000), conceptualiza a los factores de riesgo como la contingencia, evento o acción que aproxima a un daño, y cuya normatividad y control quedan bajo la influencia de la suerte; dicho daño puede afectar la salud biológica, psicológica y social del individuo.

Las llamadas “conductas de riesgo” en adolescentes tales como agresión / delincuencia, uso / abuso de sustancias, comportamiento sexual de riesgo y deserción escolar se encuentran asociadas a los mismos factores, tales como: la edad, donde la iniciación temprana de cualquiera de estas conductas de riesgo tiene un valor predictivo negativo en cuanto a un compromiso futuro; las conductas generales negativas, es decir, la tendencia a la actuación de los conflictos como modalidad predominante; la baja resistencia a la influencia negativa de los pares, debido a que es común que el adolescente sea inducido a conductas de riesgo a través de la seducción o presiones de los pares; las influencias parentales negativas, donde es indudable que la ausencia de un buen vínculo entre padres e hijos, la falta de control y supervisión

adecuada por parte de los padres, o por el contrario que sean muy autoritarios, están estrechamente asociados con las conductas de riesgo señaladas, entre ellas el consumo de alcohol y drogas; las expectativas en relación con la educación, los adolescentes que tienen una baja expectativa en cuanto al nivel de educación y que muestran un bajo desempeño escolar o académico tienen más posibilidades de desarrollar conductas de riesgo; y la calidad del barrio, el cual se asocia con el grado de disponibilidad de drogas y con las características familiares en cuanto a la presencia relativa de los padres para cumplir sus funciones y el nivel de estrés asociado con el grado de contaminación, violencia y oferta de servicios de recreación saludables.

Florenzano (2000), señala que la familia disfuncional es un factor de riesgo en el uso de sustancias en el adolescente y sobre todo si los padres son consumidores de estas sustancias también. Es decir, el riesgo de que un adolescente consuma drogas es mayor cuando un familiar las usa. Tal es el segundo caso presentado, en donde la familia paterna de Lorena incluyendo su padre, consumían alcohol.

Entrar en el mundo de las adicciones legales es más fácil de lo que se puede suponer. Los jóvenes aprenden a fumar y consumir bebidas alcohólicas en la familia y en cualquier fiesta (Lafarga, 1992; Miller y Loncar, 1997, citados en Eguiluz, 2003).

Los adolescentes llegan a creer que el consumo de drogas legales es una acción definitoria del adulto y, ya que ellos están en la transición de niño a adulto, eligen como modelos a sus padres, abuelos actores, cantantes, etcétera, a toda persona que socialmente represente para ellos el “deber ser” como adultos. Al asociar valor o prestigio social a estas acciones, aprenden a fumar, a ingerir bebidas alcohólicas, a consumir tranquilizantes, pastillas para dormir, anfetaminas y demás drogas (Eguiluz, 2003).

De acuerdo con lo anterior, Elizondo (2004), destaca lo siguiente:

- El alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas en todo el mundo
- El alcohol y la nicotina son las dos sustancias que produjeron mayor mortalidad en el mundo en el 2004

- La nicotina y el alcohol son las primeras drogas que consumen los adolescentes. De ahí se brincan a las drogas ilegales.
- No es necesario ser adicto al alcohol para que se produzcan problemas graves. La mayor parte de los adolescentes que en 2003 murieron en accidentes de tránsito por estar alcoholizados, no eran alcohólicos, sólo habían bebido excesivamente.
- La mayor parte de los adictos a drogas ilegales empezaron consumiendo alcohol y nicotina en la adolescencia.

Para Jessor y Jessor, (citado en Micucci, 2005), las conductas problemáticas adolescentes suelen agruparse, de modo que la presencia de una de ellas tiende a pronosticar la aparición de otra.

En la adolescencia es muy fácil cruzar la delgada línea que separa a las bromas de los actos antisociales o delictivos, como sustraer objetos, destruir o deteriorar intencionalmente propiedad ajena u otros.

Tal es el caso del Daniel de la familia Ríos Corazón que comenzó tomando pequeñas cosas, hasta llegar al celular de su hermana.

Esto puede ocurrir ya que, según Selman (1980), (citado por Micucci, 2005), algunos adolescentes tienen dificultad para apreciar las consecuencias de sus actos porque el desarrollo de su capacidad de adoptar una perspectiva se encuentra retrasado. La fábula personal de la invulnerabilidad los lleva a subestimar los riesgos implícitos en las actividades potencialmente peligrosas (Elkind, 1967).

Con respecto a lo anterior, Nuño y Flores (2004), encontraron, en un estudio cualitativo, que una de las percepciones centrales de los adolescentes que utilizaban drogas es que ellos no lo veían como un problema y pensaban que nada iba a ocurrirles.

Sin embargo, entre los factores de protección que se han encontrado se pueden abarcar desde los internos como la motivación, personalidad e inteligencia hasta los

externos como la cercanía familiar y calidad de las relaciones de amistad. De entre éstos, los que más influencia tienen para la salud psicológica de los adolescentes son la familia, la escuela y el grupo de pares (Hawkins & Weiss, 1985).

Con lo descrito en páginas anteriores, no se pretende decir que todos los adolescentes, como grupo, estén propensos a sufrir problemas de desarrollo graves. Hay que tener presente, no obstante que la concepción popular de la adolescencia es que la misma constituye una época de profundas dificultades emocionales.

### *Posibles abordajes desde la terapia sistémica*

Tratar al adolescente de forma individual sin una visión contextual, únicamente en términos de una etapa del desarrollo sujeta a una diversidad de problemas predecibles resulta incompleto. El abordaje sistémico favorece una visión amplia donde se integran por un lado, la información propia del desarrollo evolutivo individual por el cual transita el adolescente, y por el otro, el marco familiar y relacional en el que se encuentran inmersos todos los miembros de la familia a entrar a esta etapa del ciclo vital.

De acuerdo con los modelos de terapia breve, tanto orientado a problemas como a soluciones, recomiendan tener en cuenta estos postulados para trabajar con familias de adolescentes en situaciones de riesgo:

- Los clientes tienen la fortaleza y los recursos necesarios para cambiar, tanto los adolescentes como sus padres poseen ciertas virtudes y determinados recursos que el terapeuta puede utilizar para co construir soluciones
- Sólo es necesario un cambio pequeño
- El cambio es inevitable. El concepto de resistencia no es útil. Si una madre es pesimista acerca de la posibilidad de que su hija descontrolada cambie, el terapeuta puede probar con la pregunta del milagro en vez de seguir haciendo más de lo mismo.

- No es necesario saber demasiado sobre el problema de cada cliente, hay excepciones, es decir, situaciones en la que el problema no se presenta
- Los problemas son intentos infructuosos de resolver dificultades
- Existen múltiples perspectivas

De acuerdo con Selekman (1993) Watzlawick y otros formulan las preguntas orientadas a la excepción. Y si eso no funciona, entonces puede imitar la actitud pesimista de la madre preguntando: ¿Cómo es posible que las cosas no empeoren?

Algunas de las intervenciones orientadas a la solución que fueron utilizadas en los casos anteriormente expuestos fueron la entrevista sistémica, que se centra no sólo en el individuo, sino también en su sistema de pertenencia constituido por las relaciones que se dan en él. Las preguntas presuposicionales que consisten en que el terapeuta presupone la existencia de una solución que ya existe en el consultante, produciendo con ello cambios. El observar lo que ellas, como madres de adolescentes hacen y posteriormente ver que sí les funciona y que no para, en una siguiente sesión, solicitarles hacer algo diferente.

#### *2.4 Análisis del sistema terapéutico total*

La cibernética de segundo orden nos introduce en la observación del observador. El objeto de estudio pasa a constituirse en el observador observando su propia observación; cibernéticamente hablando, la cibernética se transforma en cibernética de la cibernética, o cibernética de 2do. orden.

Así, en el trabajo terapéutico se pueden distinguir los siguientes sistemas:

Sistema familiar + terapeuta = sistema terapéutico

Equipo de supervisados+ supervisora =sistema de supervisión

Sistema de supervisión + terapeuta = sistema de terapeutas

Sistema terapéutico + sistema de supervisión = sistema terapéutico total

### *Sistema terapéutico*

En general, con todos los casos que atendí como terapeuta, me sentí satisfecha, ya que hubo buena empatía que contribuyó al enganche terapéutico y, en la mayor parte de la terapia un joinning cercano, aunque considero que cuando fue necesario pude recurrir al joinning lejano o intermedio sin afectar el enganche a la terapia.

Con algunos de los consultantes fue un poco más difícil este enganche y el proceso en general, debido a que el motivo de consulta que presentaban, abordaba temas poco conocidos teórica y prácticamente por mí, sin embargo, a medida que avanzaba en los seminarios de los modelos y en el proceso terapéutico pude revertir esta situación y hacer una terapia en la que se alcanzaron los objetivos terapéuticos de manera satisfactoria.

Particularmente, considero que fue más difícil atender a familias bajo un enfoque que aún no había visto en la teoría o que apenas lo estaba revisando que con los modelos que ya conocía.

Pienso que uno de mis aprendizajes más grandes en este sistema fue el abarcar a toda la familia en la terapia aunque sólo una persona asistiera a las sesiones.

### *Sistema de supervisión*

Desde un principio mis compañeros me brindaron confianza ya que las retroalimentaciones fueron siempre respetuosas, acertadas y flexibles, y en todo momento fueron cuidadosos con la persona del terapeuta.

Conforme pasaron los semestres, aprendí a ver a mis compañeros como una invaluable herramienta para hacer una terapia breve y eficaz.

Con respecto a las supervisoras, cada semestre se presentaba como un reto nuevo, ya que mostraban estilos diferentes y cada una era experta en modelos diferentes; sin embargo, esto no fue un obstáculo, ya que siempre respetaron mi estilo y me

apoyaban en la planeación de la sesión de acuerdo con los objetivos que ya llevaba diseñados, de esa manera me retroalimentaban y proponían otras alternativas.

### *Sistema de terapeutas*

Este fue uno de los sistemas en dónde pude obtener más aprendizaje, ya que al realizar la PRE Y POST sesión, podía clarificar las ideas que aún tenía vagas y preparar de manera más ordenada y con más elementos la terapia.

Fue en este sistema en dónde pude obtener mayores herramientas para observarme y retroalimentarme para ver qué estaba haciendo, asentarlos sobre una teoría y no perder de vista las emociones que acompañaban este proceso y de esa manera no perder de vista la persona del terapeuta.

Considero que en la mayoría de las ocasiones la supervisión fue la más apropiada para el caso, sin embargo creo que hizo falta que las supervisoras modularan su participación y hacerlo de manera más frecuente cuando me veían desconcertada o insegura y con menos periodicidad cuando había fluidez en la sesión.

A pesar de esto, considero que aprendí mucho de ser participe en este sistema y creo que el trabajo que de su conformación se desarrolló me dejó una gran riqueza en el aprendizaje para hacer terapia.

### *Sistema terapéutico total*

Tomando como referencia mi experiencia como parte de este sistema puedo decir que fue un proceso gradual que partió desde el nerviosismo y la desconfianza hacia la seguridad y la confianza para hacer terapia.

En un principio me descontrolaba el saberme observada, pero conforme pasaban la y las sesiones, mi interés se centraba en la terapia y en lo que se estaba trabajando durante la misma.

Siempre mantuve la curiosidad en Pro del trabajo terapéutico y aunque en algunas ocasiones los nervios me distraían, aprendí a superarlo y con ayuda del sistema de supervisión hacer un mejor trabajo.

A manera de conclusión puedo decir que como parte del sistema terapéutico total aprendía y participe en el aprendizaje de los demás.

## 2. *Habilidades de investigación*

Observando los medios de comunicación masiva y los temas de interés social que van de boca en boca, este rango de edad representa una preocupación frecuente en nuestra sociedad, sería difícil determinar si estas preocupaciones se van cubriendo en su totalidad con acciones específicas o programas efectivos de intervención, lo cierto es que es un punto del ciclo vital que desde diferentes perspectivas se ha visto como crucial y dada su proporción entre los habitantes mexicanos merece que giremos la mirada a sus necesidades.

Martin (1997, citado en Aburto, 1999) ha hecho estudios con adolescentes y comenta que la palabra adolescencia viene del vocablo “*adolecere*”, que significa crecer. Esta idea sugiere un dinamismo, habla de movimiento hacia la satisfacción de las necesidades y carencias; por lo tanto la adolescencia no es una etapa estable, sino un proceso en el cual se atraviesa por desequilibrios e inestabilidad, extremos combinados con periodos de pseudo-armonía.

En este proceso tanto físico como psicológico, el adolescente tiene ciertas características, como la búsqueda de sí mismo, la tendencia grupal y social y la evolución sexual.

Desde los orígenes de la psicología, la adolescencia se ha considerado como un período de dificultad en el proceso de desarrollo hacia la adultez. Ha sido vista como una etapa de crisis caracterizada por cambios profundos. (Corsano, Majorano y Champretavy, 2006). Algunas investigaciones recientes, argumentan que la adolescencia es un ciclo de elevado “estrés” y que es universal e inevitable. Está



estrés está en términos de tres características específicas: (a) conflicto padres - adolescente, (b) estado emocional, y (c) conductas de riesgo. (Hines, y Paulson, 2006).

### *2.1 Reporte de la investigación realizada utilizando la metodología cuantitativa*

El estudio consistió en comparar dos grupos de adolescentes en base a los reactivos de la Escala de Clima Social en la Familia (FES), la cuál está formada de 90 elementos, agrupados en 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales:

Sus objetivos son apreciar las características socio-ambientales de todo tipo de familias; evaluar y describir las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. (Moos, Moss y Trickett, 1995).

El diseño del grupo fue con posprueba únicamente y grupo control:

G <sub>1</sub>	X	O <sub>1</sub>
G <sub>2</sub>	—	O <sub>2</sub>

A uno de los grupos se les dio un taller de “Auto violencia” y a los padres de estos jóvenes, un taller sobre “comunicación familiar efectiva”.

Para el presente estudio el taller dirigido a adolescentes consistió en tres sesiones de tres horas cada una, realizadas con espacios de una semana y en un horario vespertino, aprovechando las instalaciones escolares. Durante la primera sesión se trabajó sobre la identificación y reflexión de las características del contexto que rodea a un adolescente en México. En la segunda sesión se buscaba reconocer en la conducta cotidiana las actividades que dirigen a consecuencias negativas así como opciones de autorregulación. Para la última sesión se analizó la influencia del medio en el proceso de tomar decisiones y ubicar formas constructivas para este proceso.

El trabajo con los padres se realizó en tres sesiones sabatinas, pensando en que los participantes pudieran asistir a todas las sesiones sin interferir con su trabajo o labores domésticas. Cada sesión constó de 5 horas de trabajo, en ellas se abordaron los siguientes temas: familia de origen, creencias familiares, adolescencia como momento del ciclo vital, comunicación efectiva.

En la primera sesión de este taller se propició que cada participante construyera su propio genograma, que de acuerdo a Miller (2002) puede ser una herramienta útil para ayudar en terapia al terapeuta y a la familia a ganar insight en la transmisión intergeneracional de invalidación.

Al concluir los talleres se aplicó la Escala de Clima Social en la familia a los adolescentes que asistieron al taller y al grupo de adolescentes que no asistió al taller para hacer una comparación entre grupos.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

En total entre alumnos y alumnas que participaron en el taller se atendieron a 15 personas, y los evaluados sin taller fueron un total de 35.

Para la comparación de grupos se realizó la prueba t para muestras independientes, y se encontraron datos significativos para las siguientes subescalas: en la subescala de conflicto el nivel de significancia fue de 2.2821 con nivel de confianza de .027; la subescala de autonomía tuvo un nivel de significancia de -2.136 con nivel de confianza de .038; para la subescala actuación el nivel de significancia fue de 1.946 con nivel de confianza de .057; la subescala de intelectual-cultural tuvo significancia de 2.051 y confianza de .046; la subescala de social-recreativo tuvo nivel de significancia de 2.5333 y nivel de confianza de .015; la subescala de organización tuvo un nivel de significancia de 2.802 y un nivel de confianza de .007.

Dado que todos los resultados de pruebas t se colocaron en una posición superior del 1.6759 nivel de significancia determinado para un margen de 5% de error, además de cumplir con que los niveles de confianza correspondientes eran menores al 0.5, podemos indicar que en estas subescalas en específico si hubo una afectación al comparar al grupo que tomó el taller con el grupo de alumnos que solo fueron evaluados.

Las medias correspondientes a las pruebas t, previamente descritas se muestran en la siguiente tabla:

SUBESCALA	GRUPO CON TALLER	GRUPO SIN TALLER
CO	48.87	41.31
AU	44.2	50.29
AC	53	48.29
IC	50.27	45.03
SC	52.67	46.8

OR	49.4	41.46
----	------	-------

Las medias de las subescalas que no presentaron una relación significativa con la prueba t son las siguientes:

SUBESCALA	GRUPO CON TALLER	GRUPO SIN TALLER
EX	45.73	46.54
CT	53.07	53.94
MR	51.33	50.43
CN	54.73	53.49

#### Discusión

Al comenzar este estudio se tenía la confianza de conseguir resultados desde un punto de vista pragmático, más significativos para las familias involucradas tanto en el rubro de grupo como los individuos que la integran, partimos de la idea de que esta combinación si bien puede no dar cambios radicales si construiría el clima esperado para que los cambios o ajustes necesarios, para el buen desarrollo de todos, tengan un efecto constante, es decir, el efecto de estas intervenciones perdure por tener el apoyo de cooperación desde los individuos hasta el sistema total.

Una característica positiva que encontramos en los talleres aplicados, tanto por la respuesta de los participantes cómo por las ventajas que proporcionó al momento de su aplicación, fue el hecho de diseñarlo no con fines informativos sino de desarrollo de habilidades ante los dos temas ejes: conductas de riesgo y comunicación, en los respectivos casos de adolescentes y adultos.

Reconocemos que bajo el análisis estadístico, las muestras utilizadas no son del todo equilibradas, interviniendo en este punto la baja disponibilidad de los alumnos para asistir al taller debido al establecimiento de horario fuera de sus horas clase o bien la disposición de sus padres para asistir en sesiones sabatinas.

A pesar del tamaño de las muestras, nos parece notable que en 6 de las 10 subescalas no sólo se hayan encontrado datos favorables bajo la prueba t, sino que se observan más de 5 puntos de diferencia entre las medias directas de cada grupo.

El hecho de que la diferencia entre Autonomía del grupo con taller y la del grupo sin taller sea una diferencia a posible primera vista en contra de los objetivos del taller (la percepción del nivel de autonomía bajo mientras que todos los demás puntajes subieron), lo encontramos cómo un resultado a favor de aspectos “funcionales” para la familia, pues si bien la adolescencia es una etapa dónde es necesario replantear los límites y obtener mayor independencia, en la mayoría de las familias que participaron los límites de no ser difusos se encontraban casi inexistentes propiciando situaciones que de manera empírica y en análisis teóricos se reconocen con alto grado de riesgo para los jóvenes, permitiéndoles tomar decisiones para las que todavía no cuentan con la preparación suficiente.

Otra limitación que no se perdió de vista durante el análisis estadístico es la falta de un PRE-test que respaldará la información encontrada, a favor de que la asistencia a los talleres propiciara cambios en la percepción de la funcionalidad o disfuncionalidad familiar. Sin embargo a riesgo de no tener un respaldo total en un sentido objetivo y de evidencias, se prefirió no hacer un PRE-test para evitar exponer más allá de lo necesario los puntos a tratar en los talleres, y evitar resistencias durante las sesiones tanto de adolescentes como de padres, si bien se les indicó cuáles eran los objetivos de cada sesión, esperábamos que sin saber los puntos específicos a evaluar se evitarán efectos de deseabilidad social, desatar discusiones para las que la familia no estuviera lista y que no fueran a ser contenidas durante las sesiones, ni inducir contaminaciones sobre el “debe ser” de las familias.

## *2.2. Reporte de la investigación realizada utilizando la metodología cualitativa*

Esta investigación se realizó posterior a la investigación cuantitativa debido a que percibimos la necesidad de ahondar más acerca del tema de conductas de riesgo en adolescentes de manera más individual, no grupal, ya que encontramos que en algunas ocasiones los adolescentes, sus padres y sus maestros difieren de lo que consideran conductas de riesgo en los jóvenes y no tienen la misma perspectiva de los posibles

peligros a los que los chicos se enfrentan. Por esta razón, el trabajo se realizó con el propósito de escuchar más allá de las teorías y las convenciones sociales, si existen riesgos y de existir, cuáles son los que los adolescentes consideran los acechan con mayor facilidad.

Al trabajar con este grupo nos dimos cuenta de que algunos de ellos, por llevar dos años juntos y compartir ciertas actividades, no son sólo compañeros, ya existe un vínculo de amistad entre ellos, y es eso lo que puede poner en riesgo a los miembros del grupo, ya que si uno de ellos presenta conductas de riesgo, entonces los demás pueden tener facilidad de acceso a esta actividad, estar más familiarizado con ella y perder de vista el riesgo por tener presente la necesidad de pertenencia al grupo.

Cuando buscábamos averiguar el por qué de estas conductas, nos percatamos de que ellos no perciben como conducta de riesgo lo que hacen, lo ven como diversión y no piensan que puede ocasionarles daño.

Desde luego que por sí sola, la lección que nos pudiera dar un solo adolescente bastaría para entender un poco más lo que viven quiénes ahora tienen entre 12 y 18 años, pero ni los jóvenes viven solos ni las ideas que tienen del mundo las forman de manera totalmente autónoma. Es por eso que elegimos entrevistar a dos de los adolescentes del taller, sus mamás y su maestra, decidimos trabajar con estos dos adolescentes ya que al conocerlos, consideramos que ella era quien mostraba más conductas de riesgo, en tanto que él presentaba menos en relación al grupo.

Nos pareció necesario buscar los convencionalmente entendidos adultos significativos de estos jóvenes entrevista-dos que para el caso son sus madres y una de las maestras que por la materia que imparte suponíamos bastante cercana y enterada de los pensamientos y sentimientos de estos adolescentes.

Esto sirvió para poder explorar un poco la interacción que tienen estas posibles conductas o situaciones de riesgo con las relaciones sociales en las que se maneja el adolescente.

Al parecer, casi un mito, confirmando otras teorías sobre el pensamiento adolescente que señalan la imposibilidad de concebir un fracaso en la historia que de ellos mismos se cuentan, las conductas de riesgo son ese tipo de cosas que les pasan a otros, a los que están fuera pero nunca a mí que no corro ningún peligro, que tengo todo bajo control.

Curiosamente, aunque con algunas verbalizaciones las mamás que participaron en la investigación pareciera que si tienen conciencia de los riesgos que pueden y corren sus hijos, en sus planes inmediatos y acciones presentes no se refleja en forma obvia o preventiva dicha conciencia. Desde su rol de maestra, nuestra otra entrevistada detectó conductas existentes, posibles consecuencias, llegó incluso a formular posibles soluciones, pero se presentaron demasiados obstáculos de difícil y lejano manejo, pues iban dirigidos a situaciones institucionales, normativas y una alta necesidad de cooperación por parte de los otros dos agentes importantes (padres y adolescentes) que con su bajo reconocimiento de las secuelas que podrían tener sus actos, probablemente no apoyarían en forma efectiva.

Más allá de las conductas de riesgo, queda la impresión de que la comunicación, confianza, en general las relaciones entre padres-adolescentes, maestros-padres, son tres puntos de interacción donde se encuentran conflictos de forma general.

Algo que se encontró fue que, al parecer, los adultos son los encargados de subrayar las cosas negativas y corregir conductas por ser los encomendados para vigilar el orden de los adolescentes.

Bajo estos papeles de vigilantes, reparadores y autoridad desde una postura rígida, resultará sumamente difícil promover el desarrollo autónomo del adolescente.

En base a las entrevistas realizadas, con las observaciones y experiencias que los entrevistados mencionaron, consideramos importante dejar de concentrarnos en dar apoyo a los padres y maestros cuando quieren controlar a sus adolescentes para, en un mejor caso, facilitar la transición de ser padre/ educador de un niño a ser padre/ educador de un adulto joven.

Aunque se mencionaron relaciones con pares y conciencia de vivir en un medio social, ningún agente resultó tan importante como la familia.

Se observó que existe una influencia negativa por parte de algún tipo de interacción ante la posibilidad de presentar conductas de riesgo, sin embargo, ninguna de las cinco personas entrevistadas reconoció que aún bajo una influencia negativa, es el adolescente quien tiene el recurso de tomar la decisión.

A pesar de que todos los entrevistados tienen información sobre prevención de conductas de riesgo y saben de algunos lugares a los que pueden acudir para solicitar información, ninguno de ellos tuvo certeza en el qué hacer en caso de que una conducta de riesgo estuviera presente.

En este mismo sentido, a pesar de la información con la que cuentan sobre diferentes temas, cuando no hay conductas de riesgo desconocen las razones por las que esto ocurre, sin embargo tienen más claridad para señalar los motivos por los cuales una persona presenta conductas de riesgo.

### *3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria*

#### *3.1 Elaboración de productos tecnológicos: manuales y videos*

En la actualidad, vivimos inmersos en una sociedad “tecnificada” y “globalizada”, con cambios sociales, culturales y educativos. Dentro de este marco de referencia., García (2003), señala que la educación se está replanteando en los nuevos contextos sociales, y en esta reestructuración tienen un papel fundamental no sólo la incorporación de las nuevas tecnologías a los procesos de enseñanza-aprendizaje sino también el trabajo sobre la elaboración de nuevos materiales didácticos, y las estrategias de enseñanza formal y no formal, en definitiva, la reestructuración del sistema educativo tal y como ha subsistido hasta nuestros días.

Bajo este contexto, dentro de la Residencia en Terapia Familiar se busca que el residente desarrolle habilidades para la enseñanza; por tal motivo, se propone que el



estudiante cree recursos didácticos y tecnológicos que sirvan de apoyo en todo el transcurso del aprendizaje del proceso terapéutico.

Es por esta razón que durante mi estancia en la Residencia en Terapia Familiar, elaboré cuatro videos y tres manuales, como productos tecnológicos facilitadores del aprendizaje.

Video 1. Modelo Estructural

Video 2. Modelo Estratégico

Video 3. Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas

Video 4. Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones

Manual 1. Modelo Estructural

Manual 2. Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas

Manual 3. Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones

En los videos, se crearon situaciones terapéuticas simuladas, en las que se atendían diversas problemáticas bajo un modelo teórico específico (Estructural, Estratégico, Problemas, Soluciones), mostrando las estrategias propuestas por cada uno de los modelos teóricos abordados.

En los manuales, se a bordo de manera teórica las estrategias de intervención de cada modelo propuesto.

La finalidad de estos trabajos es el mostrar de manera teórica y práctica los principales presupuestos del modelo y las estrategias para trabajar en terapia que los autores proponen.

### *3.2 Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria*

#### TALLERES

“Comunicación No Violenta”

Este taller fue dirigido a los 25 maestros de la Escuela Primaria “Tonantzin” del turno matutino, en dos sesiones de tres horas cada uno.

El objetivo fue sensibilizarlos sobre la importancia de atender las formas de comunicación y toma de conciencia de que dichas formas afectan las relaciones humanas.

“El Desarrollo Del Adolescente Y Su Relación Con La Familia Y La Escuela” Y  
“Conductas De Riesgo Y Prevención”

En el período Diciembre 2007 – Febrero 2008, se realizaron una serie de cursos – talleres para padres con sede en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco. (CCH - A) Estos talleres fueron realizados en coordinación con la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

De la serie de talleres, yo presenté dos de éstos que fueron dirigidos a los padres de los alumnos del CCH –A.

Ambos talleres se brindaron a dos grupos de padres en dos turnos diferentes. Los talleres tuvieron una duración de tres horas en las cuales se expusieron los temas de interés relativos a los títulos de cada taller y después se daba un espacio para que los padres pudieran exponer sus dudas y se les pudiera dar atención a éstas.

“El Rol Del Viejo En La Familia”

Durante el tercer semestre participé como ponente en el tercer curso - taller para cuidadores de personas envejecidas frágiles con sede en la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado , delegación Estado de México.

En este taller se buscó sensibilizar a los asistentes sobre el rol que juegan los adultos mayores en la familia procurando tocar temas como violencia, maltrato, abuso, salud – enfermedad, empatía y cuidados.

## EXPOSICIONES

Participación como expositora en la Jornada Multidisciplinaria de Salud Integral 2009, llevada a cabo en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

El tema que presente fue el de prevención de adicciones. Se brindó información verbal y por medio de folletos, trípticos y otros materiales impresos a los estudiantes de la FESI

### *3.3 Asistencia a foros académicos*

*Como Asistente:*

Seminario “Humillación, Vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar”

Lugar: Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF)

Fecha: 27 y 28 de Octubre 2007

Duración: 12 horas

En este seminario el Dr. Carlos Sluzki presentó de manera teórica las implicaciones de la humillación, la vergüenza y el perdón en la dinámica familiar y posteriormente presentó y explicó un caso atendido por él y por una terapeuta del ILEF.

II Foro Nacional sobre Prevención del Suicidio. “El suicidio acaba con más de una vida”

Lugar: Morelia Michoacán. Escuela de Psicología, Asociación Mexicana de Suicidología, Salud Michoacán y Centro Michoacano de Salud Ambiental.

Fecha: 22 y 23 de Noviembre del 2007

Duración: 10 horas

En este foro se presentaron diversas investigaciones sobre suicidio y su prevención.

“Seminario de Historias Familiares”

Lugar: Universidad del Noreste

Fecha: 25 y 26 de Abril del 2008

Duración: 12 horas

Durante este seminario el Dr. Luigi Boscolo habló sobre la importancia de las historias dentro de las sesiones terapéuticas desde una visión sistémica y posteriormente entrevistado a una familia. En la siguiente sesión habló sobre el lenguaje como narración y nuevamente entrevistado a una familia diferente.

“Positive Psychology: Practical Applications in Clinical Work”

Lugar: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología

Fecha: 9 y 10 de Junio 2008

Duración: 12 horas

En el taller sobre psicología positiva: aplicación práctica en el trabajo clínico, Bill O’Hanlon habló sobre las bases teóricas y prácticas de su planteamiento para posteriormente presentar un caso en vivo en el cuál puso en manifiesto las técnicas propuestas por él para hacer terapia.

Videoconferencia – Taller “El cuerpo sentido: La dificultad de ver lo obvio”

Lugar: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México

Fecha: 26 de Marzo del 2009

Duración: 4:30 horas

Yvan Joly desde Canadá nos puso algunas dinámicas para ejemplificar el método Felden Kraiss así como explicó de manera breve la teoría del mismo método.

*Como Ponente*

“II Congreso De Investigación De Maestría Y Doctorado En Psicología”

Mesa temática: “Experiencia en investigación en Terapia Familiar Sistémica”,

Lugar: Facultad de .Estudios .Superiores.Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México,

Fecha: 18 y 19 de Agosto del 2008

En este congreso presente las investigaciones tanto cuantitativa como cualitativa desarrolladas en primero y segundo semestre con el tema de adolescencia y conductas de riesgo.

“III Congreso De Investigación De Maestría Y Doctorado En Psicología”

Mesa temática “Experiencia en Investigación en Terapia Familiar Sistémica”

Lugar: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Fecha: 4 y 5 de Agosto 2009

Participé con el tema “La persona del terapeuta”, investigación desarrollada en base a la revisión y análisis de tesis de maestría en terapia familiar sistémica de la FESI UNAM.

### *3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional*

Como psicólogos, no es extraño encontramos ante dilemas éticos, refiriéndome a situaciones en las que la mejor actuación profesional no está clara. Ante dichos momentos, la ética nos ofrece algunas consideraciones que nos ayudan a determinar cómo actuar.

Etimológicamente, la palabra ética es derivada del griego “*ethos*” que significa costumbre. Así, se puede decir que la ética en psicología se refiere a la costumbre más admitida al interior de cierto “*targets*” profesional.

Desde la cibernética de segundo orden encontramos también la presencia de la ética y la responsabilidad. Esta ética se explica ya que al admitir el nexo entre el observador y lo observado conduce a examinar cómo participa el observador en lo observado.

Hay que hacerse responsable desde dónde uno mira, ya que se toma una decisión de cómo mirar haciéndonos cargo de ella, se ve el “territorio con ese mapa”. Esto va a repercutir en que no se va a saber si la realidad es así, porque va a ser mi elección que estará dada o gatillada por mi emoción.

Esta cibernética nos provee una visión de autorreferencia y consideraciones éticas sobre la manera en que participamos en la construcción y mantenimiento de nuestro universo de experiencia (Keeney, 1987). Es decir, se pasa desde un pensamiento bidireccional a un pensamiento sistémico mutualista, de la preocupación de las propiedades de lo observado al estudio de las propiedades del observador. Las propiedades del observador son esenciales a la hora de describir y conocer la realidad, en base a ella el observador va a conocerla y a darle características.

Es por esto, que la terapia vista desde esta perspectiva, le da énfasis al papel que tiene el terapeuta en cuanto a la responsabilidad que posee a la hora de considerar desde dónde está mirando la realidad y cómo lo está haciendo. Es en este sentido, que el terapeuta debe tener cuidado de no llevar siempre “su” realidad a la terapia, ya que sus emociones no van a ser las mismas que las que tienen la familia. Sin embargo, las puede tener en cuenta, sólo si es que le hacen sentido a la familia.

El tipo de terapia que se ofrece en los escenarios clínicos de la residencia en terapia

familiar de la FESI es el videogravar las sesiones y que el sistema de supervisión este presente en las mismas. Por tal motivo, es necesario que el terapeuta que este al frente del caso, obtenga el consentimiento por parte de los usuarios. Para conseguirlo, se le explica a la familia, con un lenguaje sencillo, cual es el modo en el que hacemos terapia y posteriormente se lee un documento previamente elaborado en donde se explica dicho proceder, una vez que lo han leído se les solicita que lo firmen todos los asistentes a la sesión.

Es importante mencionar que en algunos casos, cuando se incorporan miembros nuevos a la terapia, no siempre se les solicita el consentimiento informado para videogravar, esto es un detalle que a veces se pierde de vista pero considero que es importante tener presente, ya que de acuerdo con el código ético todos los pacientes tiene derecho a decidir si quieren ser videogravados y por lo mismo es necesario que nosotros obtengamos su autorización, pero no sólo de los que empezaron y excluir a los que se asisten después.

En lo que se refiere a la confidencialidad se cuidaron mucho los detalles para mantener el anonimato de los consultantes, así, la revisión de los videos sólo se hicieron por el terapeuta encargado del caso, y el análisis de los casos con otras supervisoras que no fueran del equipo de supervisión, se hizo sin mencionar los nombres de la familia en terapia.

En el código ético del psicólogo (2007), se establece que sólo se pueden efectuar aquellas intervenciones para las que posee la educación, información o experiencia supervisada y la pericia necesaria.

En este sentido, a pesar de que en algunas ocasiones no me sentía preparada para atender ciertos casos, el equipo de supervisión me ayudo para planear la terapia y en algunos casos este apoyo se vio complementado con recomendaciones bibliográficas y retroalimentaciones a la terapia y a la persona del terapeuta.

Otra parte importante del trabajo ético es el reconocer que los problemas y conflictos personales pueden interferir con la terapia.

Para minimizar o desaparecer este dilema ético, considero que las supervisoras deberían hacer una revisión constante con la persona del terapeuta para poder detectar este tipo de dificultades y así contrarrestar los efectos que los problemas del terapeuta tendrían sobre los pacientes o bien, cambiar de terapeuta a la familia.

Algo que se hace en la residencia para poder neutralizar este efecto es el trabajar con el equipo de supervisión in situ, de esa manera, cuando se detecta que cuestiones personales del terapeuta están influyendo su trabajo, se le retroalimenta para que éste pueda cambiar la dirección de su terapia.

De cualquier forma considero que no es suficiente y que también se podría trabajar si fuera requisito asistir a terapia por parte del sistema de terapeutas.



#### *IV. CONSIDERACIONES FINALES*

## *1. RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS*

Sobre este tema puedo mencionar que, la primera de las habilidades adquiridas y que considero que es la base para las otras es la que se refiere al campo teórico. En este sentido, la teoría desarrollada durante mi estancia en la residencia de terapia familiar se divide en las concernientes a investigación, evaluación psicológica y temas selectos de psicología importantes para la sociedad actual, además de las bases teóricas de los modelos sistémicos y posmodernos.

En general, todas las clases en las que se revisó la teoría, fueron abordadas en forma de seminario, en los cuales no fui una escucha pasiva, sino que los expertos (profesores), dirigían estos seminarios pero se construían por todos.

De esta manera, con exposiciones, participaciones, ejercicios, juego de roles, discusión de artículos entre otras actividades, considero que pude comprender a profundidad la teoría para después aplicarla sobre los otros campos de habilidades desarrolladas: las de investigación y las clínicas.

En lo referente a las habilidades de investigación, resultó fundamental en mi formación, el poder aplicar la metodología cuantitativa y cualitativa a un tema que desde un principio me interesó: adolescentes y conductas de riesgo.

Para poder lograr la investigación cualitativa, resultó muy valioso el haber conocido algunas pruebas psicológicas y aprender a aplicarlas, calificarlas, interpretarlas e integrar los resultados obtenidos de las mismas para posteriormente conjuntarlas con técnicas propias del modelo sistémico tal como el genograma y la entrevista sistémica.

Finalmente, en las habilidades clínicas puedo decir que fueron aproximadamente 435 horas de supervisión in situ, más las que trabaje con el equipo de terapeutas en las sesiones de seguimiento sin supervisora. 70 de estas horas fueron como terapeuta frente a la familia y el resto como parte del sistema de supervisión y del sistema de terapeutas.

Además de la práctica supervisada in situ, también trabajé en una escuela secundaria pública federal con un grupo de adolescentes en situación de riesgo, sus padres y maestros, esto fue con supervisión a distancia.

Por lo anteriormente mencionado, aprecio, que las habilidades clínicas adquiridas fueron la parte medular de mi formación en la residencia de terapia familiar. Así mismo, considero que estoy capacitada para el trabajo terapéutico de manera ética con sistemas, ya sean estos individuales, de pareja, familiares o sociales.

## *2. INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL*

Durante mi estancia en la residencia en terapia familiar me pude dar cuenta de que, aunque no hay una estadística oficial de todas las personas que solicitan el servicio, si se tiene registro de las personas atendidas.

Así pues, de las personas que acudieron a los diferentes escenarios clínicos a recibir atención terapéutica fueron en su mayoría familias (35 casos), 28 casos para atención individual y 5 de pareja.

De los motivos de consulta más frecuentes, me llama la atención la alta incidencia que tiene la solicitud de familiares de adolescentes por tener problemas con éstos últimos.

A pesar de que existen programas gubernamentales para dar atención a estos jóvenes como población vulnerable, no son suficientes y hay pocos espacios en dónde se trabaja con la familia de estos adolescentes.

Por esa razón, considero que el servicio ofrecido por la residencia en terapia familiar debe ser más divulgado y recibir más atención porque resultan fundamentales para apoyar a este tipo de población y lograr un cambio en un micro y meso sistema.

### *3. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA: IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO*

De acuerdo con la cibernética de segundo orden, el observador no es ajeno a lo observado, siendo así, entonces puedo hablar sobre la importancia de los sentimientos del terapeuta para una adecuada trabajo de los casos y para la propia salud del terapeuta.

Considero que durante mi estancia en la maestría hubo muchos momentos de tensión, éstos podían ser por parte del sistema terapéutico y entonces eran resentidos por el sistema de supervisión, pero también a la inversa afectaban.

Creo que fue fundamental aprender a controlar y trabajar esto, porque definitivamente estas tensiones afectaban al trabajo que se hacía con la familia, así como la afectaba también el hecho de que hubieran desacuerdos entre nosotros, si estos desacuerdos eran trabajados de manera abierta, entonces se podían usar en terapia y promovimos un equipo reflexivo, pero en algunas circunstancias, estos desacuerdos quedaban ocultos, no propiciamos una metacomunicación y el efecto en las familias no fue positivo, considero que algunas de las que no concluyeron el proceso terapéutico fue por este motivo.

Un aspecto más que me impactó como terapeuta sistémica, fue el saber que el terapeuta es el recurso más a mano para ser modificado, de modo que esta modificación ayuda a cambiar el sistema terapéutico.

Es por eso que considero que la flexibilidad es una característica que desarrolle ampliamente durante este tiempo, ya que al trabajar con diferentes familias, bajo diferentes enfoques y con diferentes supervisora, tuve que adaptarme a muchas situaciones distintas, algunas más cómodas y fáciles para mí, pero otras que implicaban mayor esfuerzo y preparación de mi parte. Esa es la razón por la que considero que hacer terapia implica realizar un trabajo de administración de las

propias emociones del terapeuta al servicio de la terapia, del equipo y del crecimiento personal.

Sin embargo, no sólo ocurrió que mis emociones afectaban tanto a la terapia como a los diferentes sistemas que se encontraban inmersos en ella, sino que la terapia y las emociones que en ella se manejaban, también me influyeron a mí.

Al respecto, considero, que no importa cuan larga era la post sesión, de cualquier forma hubo situaciones que me impactaron de tal manera que aún quedaba impregnada en mí, la sensación de lo vivido en la terapia a pesar de que pasaban las horas e incluso los días.

Por último considero que la separación de mi equipo de terapeutas fue una gran pérdida que se pudo haber trabajado cuando aún estábamos juntos para prepararnos al trabajo individual.

Pienso que todo lo que viví no sólo me impactó a nivel profesional, sino que también hubo cambios individuales y en mi propia familia. Cambios que se seguirán dando y evolucionando conforme siga avanzando en esta profesión.

## V. *BIBLIOGRAFÍA*

## 1. BIBLIOGRAFÍA

Aburto, G. (1999) *Evolución del funcionamiento familiar. La perspectiva del ado-lescente*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.

Aguirre, A. (1996). *Psicología de la adolescencia*. México: Alfaomega.

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Argentina: Amorrortu.

Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2005). *Historia de la terapia familiar*. España: Paidós.

Beveridge, R.M. y Berg, C.A. (2007). Parent-adolescent collaboration: An interpersonal model for understanding optimal interactions. *Clinical Child and Family Psychology Review* 10, (1), 25-52.

Corsano, P., Majorano, M. & Champretavy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: the contribution of interpersonal relations and experience of being alone, *Adolescence*, 41, 341-353.

Dulanto, E. (2000). *El adolescente*. México: Mc Graw Hill Interamericana

Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica: Alternativas para investigar el sistema familiar*. México: UNAM: FES Iztacala.

Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax

Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.

Elizondo, J. A. (2004). Adolescencia y consumo de drogas: combinación explosiva. *Liberaddictus*, 80, 29 – 30.

- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025 – 1034.
- Engels, F. (1884). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. México: Colofón S. A.
- Esteinou, R. (2008). *La familia nuclear en México: lecturas de su modernidad. Siglos XVI al XX*. México: CIESAS. Porrúa.
- Estrada, L. (2007). *El ciclo vital de la familia*. México: DeBolsillo.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio*. España: Herder.
- Fishman, H. Ch. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. Barcelona: PAIDOS.
- Florenzano, U. (2000). *Adicciones, consumo de sustancias y factores de riesgo* . En Grau Martínez y Meneghello. *Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia*, Argentina, Médica Panamericana.
- Friedman, S. (2005). *Terapia familiar y equipos de reflexión*. Argentina: Amorrortu.
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad*. España: Paidos.
- Haley, J. (1989) *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu
- Hawkins, J. D., & Weis, J. G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention, *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.
- Hines, A. R., Paulson, S. E. (2006). Parents' and teachers' perceptions of adolescent storm and stress: relations with parenting and teaching styles, *Adolescence*, 41, 597 – 614.



- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: FCE.
- Keeney, B. (1987) *Estética del Cambio*. Buenos Aires: Paidós
- Keeney, B. y Ross, J. M. (2007). *Construcción de terapias familiares sistémicas. "Espíritu" en la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Micucci, J. A. (2005). *El adolescente en la terapia familiar. Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aires: Amorrortu
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1984) (2006). *Técnicas de terapia familiar*. México: PAIDOS
- Nuño, B. L. y Flores, F. (2004). La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes Mexicanos usuarios de drogas ilegales, *Salud Mental*, 27(4), 26-3.
- Nuño, B. L., Rodríguez, O., Álvarez, J. (2006). Why do adolescents use drugs? A common sense explanatory model from the social actor's perspective, *Adolescence*, 41, 649-665.
- O'Hanlon, W. y Weiner – Davis, M. (1989). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Palomar, J. (1998). *Funcionamiento familiar y calidad de vida*. Tesis doctorado UNAM
- Pittman, F. (1990). *Momentos decisivos: tratamientos de familias en situaciones de crisis*. Barcelona: Paidós.

- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, J. (1994). *Paradoja y contraparadoja*. España: Paidós.
- Sociedad Mexicana de Psicología C. J. *Código ético del psicólogo: Normas de comportamiento ético de los psicólogos*. México: Trillas.
- Selekman, M. D. (1993). *Terapia breve orientada a la solución, con adolescentes difíciles*. En Friedman, S. *El Nuevo lenguaje del cambio*. España: Gedisa.
- Slesnick, N., & Waldron, H. B. (1997). Interpersonal problem-solving interactions of depressed adolescents and their parents. *Journal of Family Psychology*, 11, 234-245.
- Sluzki, C. (1987). Versión ampliada "A minimal map of Cybernetics". *The Family Therapy Networker*. 9 (1), 26.
- Von Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética. Obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fish, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Paidós.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Madrid: Gedisa.

White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Madrid: Gedisa.

White, M. (2005). *Workshops notes: Re- membering conversations*.

<http://www.dulwichcentre.com.au>.

White, M. (2005). *Workshops notes: Externalising conversations exercise*.

<http://www.dulwichcentre.com.au>.

White, M. (2005). *Workshops notes: Statement of position maps 1 y 2*.

<http://www.dulwichcentre.com.au>.

Wiener, Norbert .(1972). *Cibernética : o el control y comunicación en animales y máquinas*

Barcelona: Tusquets.

#### SITIOS WEB

Encuesta Nacional de Adicciones:

[www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/.../Ena02.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/.../Ena02.pdf) -

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. ENDIREH:

[www.inegi.gob.mx/est/.../ENDIREH06\\_marco\\_concep.pdf](http://www.inegi.gob.mx/est/.../ENDIREH06_marco_concep.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www.inegi.org.mx>.

Programa de Residencia en Terapia Familiar:

[www.posgrado.unam.mx/psicologia/residencia\\_11](http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/residencia_11)