

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**



LA IDENTIDAD EN CONSTANTE CONSTRUCCIÓN

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRA PRESENTA:
ANA LILIA ESCALANTE ZAMUDIO**

DIRECTORA:

Mtra. Blanca E. Barcelata Eguiarte

REVISORA:

Dra. Ma. Elena Rivera Heredia

COMITÉ TUTORIAL:

Mtra. Rosario Espinosa Salcido

Dra. Ma. del Carmen Merino Gamiño

Mtra. Jacqueline Fortes Besprosvany

México, D.F. Febrero 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Gracias a Lu y Pablo por recordarme permanentemente que tenía un pendiente que atender.

Agradezco a todos los mexicanos, entre los que me incluyo, que pagamos impuestos, porque bien utilizados permiten que haya inversión en educación, salud, arte y en el desarrollo del país.

Gracias a mí familia y a mis amigas por su confianza y apoyo permanente.

Agradezco a todos los profesores de la Maestría en Terapia Familiar que compartieron con nosotros el proceso de enseñanza-aprendizaje

Y mi más profundo reconocimiento a Lulú, Elvia, Julio, Maribel, Roberto, Martha, Miriam, Guadalupe y Domingo, todos ellos compañeros de grupo con quien compartí la intensa experiencia que fue cursar esta maestría.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.	Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar.	5
1.1	<i>Características del campo psicosocial.</i>	5
	<i>Panorama Mundial</i>	
1.2	<i>Principales problemas que presentan las familias</i>	7
	<i>El panorama en México.</i>	7
	<i>Diversas acepciones del concepto “familia”.</i>	10
1.3	<i>La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada</i>	12
2	<i>Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico</i>	14
2.1	<i>Descripción de los escenarios</i>	15
2.2	<i>Análisis sistémico de los escenarios</i>	21
2.3	<i>Descripción del trabajo clínico realizado en las distintas sedes</i>	21

II. MARCO TEÓRICO

1.	<i>Análisis teórico conceptual del marco epistemológico que sustenta el trabajo con familias.</i>	23
1.1	<i>Breve historia de la Terapia Familiar sistémica.</i>	23
1.2	<i>Base epistemológica de la Terapia Familiar.</i>	27

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1	<i>Habilidades Clínico-terapéuticas</i>	98
	<i>Caso 1. Familia Álvarez</i>	98
	<i>Caso 2. Familia Flores</i>	105

2	<i>Habilidades de Investigación</i>	112
2.1	<i>Investigación con Metodología Cuantitativa</i>	112
2.2	<i>Investigación con Metodología Cualitativa</i>	120
3	<i>Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento (Atención y prevención Comunitaria)</i>	135
3.1	<i>Elaboración de video</i>	135
3.1.1	<i>Elaboración de un tríptico sobre violencia dirigido a usuarias (os) de Centros de Atención Psicológica</i>	135
3.2	<i>Desarrollo y presentación de programas de Intervención Comunitaria</i>	137
3.3	<i>Reporte de asistencia a foros académicos y presentación del trabajo realizado en foros académicos.</i>	143
4	<i>Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional</i>	144
IV.	CONSIDERACIONES FINALES	146
	<i>Bibliografía</i>	
	<i>Apéndices</i>	

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar

Características del campo psicosocial

Panorama mundial

Hacer una descripción del acontecer mundial a nivel psicosocial, nos lleva irremediablemente a tocar temas como la pobreza, que afecta a millones de personas e impacta especialmente a los niños como lo consigna en su informe del 2005 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, que propone en sus objetivos del Milenio la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad en la Infancia, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente así como fomentar una asociación mundial para el desarrollo; es necesario considerar, también, las transformaciones políticas, económicas, tecnológicas, científicas y sociales que se han vivido en las últimas décadas; la creciente participación de las mujeres en las actividades productivas remuneradas y extra domésticas (Rendon, 2004); problemas de salud como el SIDA que se ha convertido en una de las principales causa de muerte de adultos por infección en el mundo (Irwin, Millen y Fallows, 2004); y otros problemas como los de salud mental ocasionados por factores psicológicos y sociales complejos, tales como la guerra, los desplazamientos, las violaciones a los derechos humanos, la discriminación (Organización Mundial de la Salud, 2001) o de enfermedades como la epilepsia que es una de las alteraciones neurológicas que presenta las más altas tasas de incidencia y prevalencia en el mundo, con 40 millones de afectados de los cuales el 80% vive en países en desarrollo (Medina, 2004).

Todo lo anterior tiene un impacto directo en una de las instituciones más complejas y determinantes en el desarrollo de la sociedad, como lo es la familia. No obstante, pareciera que los temas que preocupan o llaman la atención en relación a la familia, en los distintos países, están relacionados con el nivel de desarrollo económico, político y social que hayan alcanzado éstos.

Así, por ejemplo, Arraigada (2001) plantea que pese a la diversidad de opiniones entre los especialistas, en relación a cuáles son los principales problemas que enfrenta América Latina, hay consenso respecto a que ésta enfrenta temas como la violencia intrafamiliar; el desempleo asociado directamente con la pobreza, la crisis económica, y el deterioro de las condiciones materiales de vida de las familias; y finalmente, lo que se denomina desintegración familiar.

En Colombia, algunas voces llaman la atención sobre el problema del abandono infantil, como producto de los grandes desequilibrios socio-económicos, y políticos a los que ha estado sometido este país y que afectan a la estructura familiar (Arana, 2004).

En la África subsahariana uno de los problemas más graves, son los devastadores efectos de la pandemia del SIDA. De los 42 millones de personas que viven con el VIH en el mundo, más de 29 millones, más o menos 70% viven y mueren en esa zona del planeta. No obstante los autores insisten en que el SIDA no es un problema africano, como se ha insistido en hacer creer. Éste problema está relacionado con unas condiciones de pobreza y explotación que se remontan a la conquista y colonización del continente (Irwin, et al. 2004).

Mientras que en España, país perteneciente a la Unión Europea, las principales preocupaciones en torno a la familia se delinean en el siguiente párrafo: Rodrigo y Palacios (1998:31) señalan que:

En el curso de un par de décadas, la familia española ha conocido una serie de transformaciones de gran magnitud, (...) esas transformaciones afectan no sólo a los aspectos demográficos (drástica disminución del número de hijos, alargamiento de la vida de los padres y de la presencia de los hijos en el hogar familiar, con la consecuente postergación del matrimonio), sino también a las formas de organización familiar (disminución del número de hogares multifamiliares, aparición del divorcio y de las familias reconstituidas, incremento de las familias monoparentales y de las uniones consensuales o no matrimoniales).

Otras preocupaciones de los españoles son las que señala Bel Bravo (2000), que tienen que ver con la responsabilidad de los padres respecto a los hijos, la influencia de los medios de comunicación, el fenómeno llamado el “final de la infancia” en donde el mundo de los niños es cada vez menos, un espacio de protección contra las tensiones y la violencia del mundo de los adultos, la existencia de múltiples problemas sociales y económicos, el declive de los apoyos comunitarios, la carencia de recursos sociales de tipo lúdico y cultural, la escasa vinculación entre la casa y la escuela, además de una preocupación por situaciones de adopción, etc.

Lo anterior constituye un pequeño ejemplo de las grandes desigualdades y brechas que existen entre países desarrollados y los países pobres donde mientras en estos últimos, los problemas están relacionados con satisfacer las necesidades básicas, en países como España los temas más significativos respecto a la familia se encuentran ubicados en aspectos que llaman a tomar conciencia sobre la importancia que tiene la niñez y el impacto que en ella tienen los medios de comunicación, etc.

1.2 Principales problemas que presentan las familias

El Panorama en México

Los casos que atendimos los alumnos de la Maestría en Terapia Familiar del Programa de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, están insertos en unas ciertas tendencias que hablan del debilitamiento de las formas tradicionales de la familia patriarcal (Castells, 2001 citado por Rendón, 2004). Nos encontramos con una gran cantidad de casos en donde cada vez es más frecuente que, aun cuando a las mujeres les es difícil tomar la decisión de separarse de su pareja lo hacen ante la violencia sufrida por parte de ésta.

Lo anterior se enmarca en el hecho de que hacia la segunda mitad del siglo XX se encuentran claras huellas de la erosión del patriarcalismo, que suponía un sistema de relaciones familiares en donde la autoridad se ubicaba en las personas mayores de sexo masculino, había una clara división de roles en la familia en donde los hombres se encargaban de las necesidades materiales y las mujeres de la reproducción de la vida cotidiana (Mier y Terán y Rabell, 2005).

Existen cada vez una mayor cantidad de hogares unipersonales debido a la creciente propensión a la disolución de parejas y al envejecimiento de la población, así como una tendencia a formar unidades domésticas donde convivan varias generaciones, que implica el surgimiento de nuevos y más complejos arreglos residenciales y domésticos que han servido como estrategia frente a los bajos ingresos individuales, al envejecimiento de la población y a su cada vez más insuficiente acceso a la seguridad social (Rendón, 2004).

Según los últimos reportes del INEGI al 2005 en México la tasa de crecimiento anual de la población disminuyó en casi un punto, a la par que se da una disminución de la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. Algunas proyecciones plantean que durante las próximas décadas se incrementará el ritmo de incorporación de las mujeres al trabajo remunerado. Habrá más mujeres viviendo solas o con sus hijos, sin pareja conyugal; el nivel educativo de las mujeres continuará acercándose al de los varones (Rendón, 2004).

Por otro lado se encuentran aspectos relacionados con algunos temas que actualmente constituyen fuentes de malestar y problemas para la sociedad y para las familias mexicanas, entre los que resaltan la violencia familiar que según los resultados del 2004 por el INEGI muestran que el 46% de las mujeres al menos han vivido un incidente de violencia en los últimos doce meses, y los porcentajes de las formas de maltrato son los siguientes: el 38% emocional, 9% físico, 7% sexual y el 29% económico. Es importante señalar la forma en que interactúan estos datos pues el grupo de mujeres que reportan más episodios de violencias son las económicamente activas, los otros grupos se refieren a las mujeres que siguen sólo actividades domésticas y quienes llevan otra actividad remunerada. De acuerdo con estos datos, las mujeres que reportan violencia familiar son aquellas que llevan un doble rol, el de amas de casa y el de proveedoras.

En este sentido (Alva, 2002) plantea que el perfil en México de las familias que presentan violencia doméstica indica que son familias donde la pareja está casada, los cónyuges tienen entre 21 y 40 años, son empleados no profesionales, con primaria o secundaria, tienen dos hijos en promedio y habitan en una casa con 3 ó 4 personas más de la familia extendida.

En cuanto al maltrato infantil, otro los temas que preocupan a la sociedad mexicana, tiene diferentes vertientes el que se da al interior de la familia como lo muestra un diagnóstico que realizó el gobierno del Distrito Federal sobre maltrato a menores en el seno familiar y casos de violación y abuso sexual, por lo menos en 3 de cada 10 hogares sondeados, en zonas de alta y muy alta marginación, se detectó este problema (Bolaños, 2006). Otra situación que es preocupante es la que se relaciona con el abuso sexual contra los menores de edad y la pornografía infantil, delitos que por lo general están vinculados y que se han convertido en una pandemia social, tanto en México como en el mundo entero. Como se puede apreciar en la siguiente tabla tomada del INEGI, el maltrato infantil no se define tan sólo en violencia física, sino que tiene varias acepciones.

Tabla 1. Tipo de maltrato y su prevalencia hasta el año 2004

Tipo de maltrato	2002 a	2003 a	2004 b
Físico	31.0	29.2	23.7
Abuso sexual	4.9	4.4	3.8
Abandono	6.4	8.4	7.7
Emocional	20.6	27.0	21.1
Omisión de cuidados	23.2	27.7	27.6
Explotación sexual	0.3	0.2	0.2

Lo anterior observado desde un punto de vista cronológico denota cierta disminución en alguno de los tipos de maltrato, que podría explicarse como una mayor atención al tema por parte de los medios de comunicación o denuncias de todo tipo.

En lo concerniente a la adolescencia y la juventud de Latinoamérica autores como Donas (2001) plantean que uno de los mayores desafíos tiene que ver con la manera en que ha sido y es objeto de violencia (política, económica, educativa, cultural) al no contemplarse sus derechos por parte del estado de sus respectivos países. Los jóvenes se encuentran entre la población postergada que son carne de cañón en los ejércitos, en las fuerzas policiales para reprimir e infiltrarse en los movimientos juveniles u obreros o por la delincuencia organizada para transportar y traficar con drogas.

De esta manera se convierten en actores de la violencia al insertarse, además, en grupos que los acogen y los contienen sobre todo en las áreas urbanas, con distintos nombres u objetivos: tribus, pandillas, maras, barras bravas, etc.

El consumo de alcohol y drogas por parte de la población adolescente se convierte en un fenómeno que ha tomado dimensiones alarmantes. Las estadísticas nacionales e internacionales reportan un aumento en la cantidad de jóvenes farmacodependientes y una disminución de la edad en la que comienzan el consumo. En el caso específico de México, la evidencia epidemiológica indica, que hay ciertos antecedentes familiares que pudieran estar aumentando el riesgo de consumo de sustancias en este grupo *etario* como son la desintegración familiar, la violencia doméstica, la ausencia de uno de los progenitores, el hacinamiento, el uso y abuso de sustancias dentro del grupo familiar, entre otros (Martínez, 2003).

Una de las conclusiones que podemos desprender de lo anterior es que los principales problemas que tiene la humanidad están relacionados, en gran medida, con las profundas desigualdades que se viven entre países pobre y ricos. Estas diferencias impactan directamente en la familia como núcleo de la sociedad. Así, entre muchas cosas, se encuentra la cada vez más alarmante y creciente migración de los hombres, principalmente, en búsqueda de mejores condiciones de vida, con la consiguiente necesidad de las mujeres de incorporarse al ámbito laboral, fenómeno que a su vez genera cambios a nivel psicosocial que impactan directamente en los roles, la dinámica, las creencias, la organización, la estructura de la familia, entre otras.

La familia como el núcleo más próximo al individuo, es tema de estudio y reflexión para entender diversos fenómenos sociales. Así en el apartado siguiente haremos una breve exposición respecto a la importancia de la familia y revisaremos algunos conceptos en torno a ella.

Diversas acepciones del concepto “Familia”

Desde un punto de vista evolutivo educativo (Rodrigo y Palacios, 1998), se considera a la familia como escenario de desarrollo tanto para los adultos como para los niños y adolescentes que la componen.

La familia es un grupo social en donde las relaciones que sus miembros establecen están mediatizadas por la misión educativa que poseen los adultos hacia los niños, de proporcionarles los instrumentos y habilidades necesarias para que lleguen a la madurez como personas, en un ambiente de cariño, apoyo y compromiso emocional.

En la terapia familiar encontramos acepciones que de alguna manera coinciden con esta forma de entender lo que es la familia por una parte y por otra, plantean aspectos que tienen que ver con su desarrollo interno.

Para el doctor Macías, quien es considerado como uno de los iniciadores de la Terapia Familiar en México (Eguiluz, 2004), la familia es “un grupo de 2 o más personas con lazos de consanguinidad o no, que comparten la escasez o la abundancia de recursos de subsistencia o de servicios, que incluyen al menos 2 generaciones en su ciclo vital”¹.

Otros significados que se plantean desde este enfoque aluden también a normatividad, funciones, e interacciones. Para Minuchin (1974) la familia posee tres características esenciales, a saber:

- Es un sistema sociocultural abierto en constante transformación.
- Se desarrolla desplazándose a través de ciertas etapas de evolución, las cuales le exigen reestructuraciones constantes.
- Se adapta a las circunstancias cambiantes manteniendo su continuidad, a la vez que fomenta el crecimiento psicosocial de sus miembros.

Este especialista considera que la familia es un grupo natural que, en el transcurso del tiempo, elabora pautas de interacción que en conjunto dan lugar a la “estructura familiar”, que rige el funcionamiento de la familia y define una cierta gama de conductas. Las tareas fundamentales de la familia son: apoyar la individuación, proporcionando al mismo tiempo un sentido de dependencia, dos tareas que pueden parecer polos opuestos (Minuchin, 1974).

¹ Raymundo Macías. Comunicación personal

Por su parte Andolfi (1991) concibe a la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí, por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior.

La familia se entiende, también, como unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, las cuales difieren de acuerdo con los parámetros de cada cultura, aunque se pueden apreciar ciertas constantes universales que comparten, como son: los requerimientos y leyes idiosincrásicas que se estructuran en su interior y que responden a las necesidades y expectativas de sus miembros (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En los conceptos anteriores podemos apreciar tanto la importancia que tiene la familia para sus miembros como para la especie misma, así como algunas características que la constituyen. Esto nos lleva a pensar que la familia es el espacio en el cual sus miembros, unidos o no por lazos de consanguinidad, mantienen interacciones intensas que pueden variar en cercanía espacio-temporal y que se esperarían satisfacer necesidades de diversa índole: afectivas, materiales, de desarrollo, que impactan tanto a los individuos como a la sociedad debido a que se puede considerar a la familia el punto donde las historias "individuales" cobran su carácter social.

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

Después de revisar algunos de los principales problemas que impactan a esta unidad social, como Sánchez y Gutiérrez (2000) llama a la familia, algunas de sus acepciones y la importancia que tiene para el desarrollo de los seres humanos, es necesario considerar las aportaciones que la Terapia Familiar Sistémica y los enfoques Posmodernos, hacen en el abordaje de sus principales problemáticas.

El enfoque sistémico y posmoderno en la terapia familiar es importante para la comprensión de los problemas porque parte de la consideración, en el primero, de que la interacción de los seres humanos a través de acciones y la comunicación y en el segundo

la construcción social de significados, además de ser la base sobre la que se construye la cultura, juega un papel relevante en la creación de las dificultades por las que atraviesan las personas y las familias.

La identidad humana está constituida en gran parte por su carácter social, que se expresa en la casi imposibilidad de sobrevivencia cuando se carece de un entorno humano. En la mayoría de los casos cuando un bebé nace, necesita al menos de una persona que esté cerca y le provea de todo lo necesario. Esta primera relación cubre las necesidades básicas de alimentación, abrigo, afecto y al mismo tiempo, provee de los recursos necesarios para aprender a relacionarnos con otros seres humanos. El desarrollo de este proceso no se da sin contratiempos al igual que cualquiera, en el que estén involucradas más de una persona, a cada paso nos encontramos ante la necesidad de comparar significados, conciliar intereses y necesidades de diversa naturaleza, que algunas veces se puede llevar a cabo sin mayor conflicto. No obstante, existen situaciones que las personas, a pesar de hacer un gran esfuerzo no pueden resolver.

Desde el enfoque sistémico los problemas se crean en la interacción entre las personas más que al interior de éstas. La unidad problemática a tratar no se encuentra en un solo individuo, sino en todas aquellas personas que tengan algo que decir o hacer respecto al problema. Podríamos decir que esto requiere de una actitud solidaria, comprensiva y menos estigmatizadora, hacia las personas en las que se manifiestan los síntomas. Permite también *despatologizar* y en este sentido, sacar del aislamiento a los pacientes identificados, diríamos que se promueve la responsabilidad personal en la medida en que es posible entender la manera en que se generan las situaciones problemáticas.

De esta premisa se sigue que para resolver los problemas es necesario considerar lo que sucede en el presente, en los intercambios que se dan en la comunicación entre las personas, más que buscar su origen en el pasado remoto. Esta postura, conlleva un sentido de control sobre el problema al permitir explorar las posibilidades y los recursos presentes en lugar de acudir a un pasado inamovible.

En la medida que se va generando una autocrítica hacia el Modelo Sistémico van surgiendo otros rumbos a considerar, así desde una perspectiva posmoderna se incluye la noción de la postura del terapeuta, y en este sentido se cuestiona su papel como experto

en lo que es mejor o no para el cliente o paciente. Se propicia el esfuerzo por la construcción de relaciones más horizontales, más respetuosas de la singularidad de los pacientes o de aquello que los hace únicos, promotoras de la conciencia de la participación que tenemos todos en la construcción de la realidad, que se lleva a cabo momento a momento y por medio de los actos que practicamos cotidianamente, en las relaciones que establecemos con los otros.

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

Un aspecto fundamental en el desarrollo de la Maestría en Terapia Familia es la práctica clínica que se lleva a cabo en distintos escenarios. En el caso del grupo que cursamos estudios en la facultad de psicología, los tres principales escenarios son el Centro de Atención Psicológica “Dr. Guillermo Dávila”, el Centro de Atención Comunitaria “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” y el Hospital Infantil Psiquiátrico “Juan N. Navarro”.

En lo que se refiere a los dos primeros centros arriba mencionados dependientes de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), forman parte de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector social de nuestra máxima casa de estudios. Esta Coordinación tiene dos objetivos primordiales: a) Proporcionar actualización, capacitación, orientación, asesoría y servicio *in situ* y en la Facultad, así como hacer canalizaciones a Instituciones y comunidades; b) Participar académicamente en las redes institucionales, locales, nacionales e internacionales con las que existen convenios de colaboración. Sus principales líneas de acción se dirigen al apoyo para desarrollar programas institucionales y comunitarios, de forma que puedan cubrirse las necesidades académicas de profesionales y de la comunidad a través del asesoramiento, orientación o ayuda psicológica (en el área psicológica). También participa con otras instituciones en el desarrollo y aplicación de programas dirigidos a intervenir en problemáticas psicosociales, tanto a nivel nacional como internacional.

Con esto se pretende que la Facultad de Psicología tenga una presencia constante y de calidad en la sociedad, a través de expertos académicos y que el conocimiento de éstos rebase los muros universitarios, impactando con su trabajo en las comunidades vulnerables de México, brindándoles apoyo psicológico. También se busca capacitar y actualizar a profesionales del sector social que trabajan con poblaciones marginadas.

2.1 Descripción de los escenarios

Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

El 8 de mayo de 1981 fue inaugurado el primer centro de atención comunitaria en la Facultad de Psicología, estando a cargo de su coordinación la licenciada Josette Benavides. En sus inicios, el centro se encontraba adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado, y es en 1983 que adquiere su autonomía.

El Centro atiende tanto a trabajadores y estudiantes de la UNAM como a personas canalizadas por otras instituciones o que acuden directamente, gracias a la difusión que este servicio tiene en distintos medios de comunicación.

Los principales objetivos del Centro son:

1. Proporcionar atención psicológica de calidad a la población universitaria y a la Comunidad en general, enfocando dicho servicio a los siguientes aspectos:

Informativo.- Proporcionar, mediante un banco de información institucional, la orientación necesaria acerca de las diversas instituciones que ofrecen servicios en el área de la salud mental.

Preventivo.- Por medio de ciclos de conferencias, talleres, cursos, mesas redondas sobre temas relevantes para la comunidad.

Académico.- Apoyando a la docencia en el desarrollo de programas de entrenamiento teórico-práctico para estudiantes de posgrado, desde diversas especialidades, contando para con ello con la estrecha supervisión de maestros altamente calificados

Terapéutico.- a través de las diferentes modalidades terapéuticas que ofrece el centro (terapia individual, familiar, infantil, grupal, etc.).

2. Apoyar a la docencia en el desarrollo de programas de entrenamiento teórico-práctico para estudiantes de posgrado, desde diversas especialidades, contando para ello con la estrecha supervisión de maestros altamente calificados.
3. Fortalecer la producción científica y la investigación aplicada, a través de incidir en problemas sociales reales que requieren la atención del/a psicólogo/a
4. Difundir los productos del quehacer psicológico, a través de participar en foros científicos y en la comunidad.

Actualmente este Centro de Servicios se encuentra ubicado en el edificio “D” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria.

El Centro “Dr. Guillermo Dávila” cuenta con cuatro cubículos equipados con cámara de Gessell, sistema de circuito cerrado y videograbación; seis cubículos para trabajo individual y tres cubículos de retroalimentación biológica.

El proceso de admisión comienza con la solicitud del servicio, mediante el llenado de una forma que es entregada al interesado en la recepción; a continuación se le realiza una entrevista de preconsulta para precisar el motivo de consulta. Posteriormente se hace una primera evaluación del caso, para determinar a qué área será(n) canalizado(as). Por último, se asigna la solicitud a los terapeutas correspondientes, los que se encargarán de fijar fecha y hora en que dará inicio el proceso terapéutico del caso.

El servicio del Centro es otorgado por estudiantes de las diferentes residencias del Programa de Maestría en Psicología y por algunos profesores de la Facultad de Psicología.

Debido a la alta demanda que tiene el Centro, es difícil dar respuesta a todas las solicitudes. Por tanto, cuando han pasado aproximadamente cuatro semanas, se les canaliza a otras instituciones.

Los diferentes programas a través de los cuales el Centro proporciona sus servicios son:

Programa de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual.

Terapia con enfoque psicoanalítico.

Dictámenes para guarda y custodia de niños en caso de divorcio.

Modificación de hábitos alimenticios.

Terapia Familiar.

Terapia de pareja.

Retroalimentación biológica.

Terapia conductual infantil

Programa de atención psicológica a enfermos crónicos degenerativos.

Centro Comunitario “Dr. Julián Mac. Gregor y Sánchez Navarro”

Esta Clínica fue fundada con posterioridad al Centro de Servicios “Dr. Guillermo Dávila”, pero basada en el mismo objetivo de articular la teoría y la práctica en el ejercicio profesional de la Psicología. Los principales objetivos de este Centro son:

Participar en la profesionalización de los estudiantes de las diversas áreas de la licenciatura en Psicología y sus diferentes posgrados, mediante su incorporación en el diseño, desarrollo y evaluación de programas, proyectos y actividades, que redunden en beneficio para la comunidad en la que se encuentra ubicado el Centro.

A partir del conocimiento de las características y problemáticas de dicha comunidad, contribuir a la comprensión e incidencia de las mismas, contando para ello con la participación activa de los diferentes grupos que conforman la colonia.

Este Centro Comunitario se encuentra ubicado en la calle de Tecacalo Mz 21 Lt. 24 en la colonia Ruíz Cortines de la delegación Coyoacán. Cuenta con una sala de espera, una recepción, una cámara de Gesell, equipada con audio, espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas: dos aulas para impartir cursos o talleres, una biblioteca, una sala de cómputo, varios cubículos para profesores y un amplio comedor.

Con excepción del Programa de Terapias, este Centro ofrece un nivel de atención primaria, ya que el énfasis de sus programas se encuentra en los aspectos preventivos. Para ser atendidas dentro del Programa de Terapias, las personas se presentan al Centro a solicitar el servicio y proporcionan sus datos así como el motivo de consulta, con lo cual

dependiendo de la capacidad que tenga el Centro en esos momentos, se decide si se les canaliza a otras instituciones o al Programa de Terapias. Si se decide esto último, los datos de las personas son proporcionados a los terapeutas, quienes vía telefónica acuerdan una cita con el o los interesados. La cuota de recuperación para el Centro es de \$ 50.00.

Hospital Infantil Psiquiátrico “Juan N. Navarro”

La tercera sede de nuestra maestría es el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. El hospital atiende a niños y adolescentes entre 0 y 17 años con once meses de edad con problemas de salud mental, discapacidades y problemas emocionales asociados a múltiples factores, relacionados con alguna alteración en el desarrollo, problemas de bajo rendimiento escolar y problemas de conducta.² Este hospital cuenta con tres unidades de hospitalización una de varones, otra de mujeres y una de cuidados prolongados, dirigida ésta última a la atención de pacientes crónicos con alteraciones como: epilepsia y daños orgánicos severos.

Durante la década de los años ochentas se implementó un modelo de equipo de trabajo interdisciplinario, que funciona con la participación de un responsable médico paidopsiquiatra, un psicólogo y un trabajador social. En las unidades de hospitalización se integran el área de enfermería e intendencia (actualmente son compañías externas que dan servicio al hospital). En ese momento la forma de trabajo consistía en la integración de la historia clínica, pruebas psicológicas y la discusión del psicodiagnóstico.

El área de Terapia Familiar y Modificación Conductual formaba parte de un bloque psicopedagógico en el área específica de Psicología. Había 2 psicólogos en Modificación Conductual, 7 psicólogos en psicodiagnóstico y 6 en psicopedagogía, además de aproximadamente 20 médicos, personal de enfermería y áreas afines. Siempre han existido servicios complementarios de Pediatría, Medicina y Rehabilitación Física. Cuando inició el hospital existía un laboratorio de Genética para el trabajo con niños con Síndrome

² Conversación personal con la T. F. Silvia Becerril, adscrita al servicio de Terapia Familiar en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

de Down, pero más tarde este servicio se ha canalizado a otras instituciones. Posteriormente se conformaron las clínicas que a continuación se detallan:

Clínica de otras alteraciones del Desarrollo, atiende a pacientes entre 0 y 6 años de edad con alteraciones del desarrollo (inmadurez por hipoxia hasta retraso mental y epilepsia), el tratamiento está enfocado principalmente a aspectos conductuales y al entrenamiento de los pares respecto al control farmacológico. Se cuenta con el apoyo de 3 médicos neuropediatras. El servicio hospitalario en las clínicas también atiende a pacientes entre 6 y 17 años de edad con retraso mental, llamadas ahora discapacidades globales físicas o intelectuales.

La Clínica de la Conducta atiende a niños entre 6 y 12 años de edad, dirigida a pacientes con déficit de atención con o sin hiperactividad.

La Clínica de las Emociones atiende a niños de entre 6 y 12 años de edad con cuadros de depresión, ansiedad, trastornos afectivos en general.

La Clínica de la Adolescencia atiende, a través de terapia grupal de niños y terapia grupal de adolescentes, las crisis normales de la adolescencia (pacientes de entre 12 y 17 años) con trastornos depresivos y problemas de conducta.

La Clínica de Atención a niños de entre 0 y 12 años de edad que han sufrido abuso sexual. Se trabaja con terapias grupales e individuales

Todas las clínicas trabajan de manera multidisciplinaria. En la década de los años noventas se crea la Unidad de Atención a niños y adolescentes con problemas de adicciones, anteriormente la problemática se ubicaba entre los 14 y 17 años de edad, pero actualmente desde los 10 años. Se crea a partir de una donación de la Comunidad Europea. Existe una Unidad de adolescentes (una para varones y otra para mujeres), donde se hospitaliza a pacientes entre 12 y 17 años de edad con depresiones o cuadros psicóticos.

En la Unidad de Cuidados Prolongados se atiende a niños que fueron abandonados con un retraso mental profundo y cuadros orgánicos severos.

A partir de los años noventas se hace una reestructuración y se crea la División de Rehabilitación psicosocial. Se trata de un grupo de atención psicopedagógica que divide la atención en área maternal y escolar, atiende a niños con inmadurez neurológica que puede propiciar problemas de lecto-escritura o problemas de bajo rendimiento escolar.

Se crea el hospital de día, el cual se encarga de atender a niños básicamente con autismo. Hay terapeutas de lenguaje y maestros de educación especial.

En la década de los noventa se le comienza a dar un fuerte impulso a las actividades de enseñanza, debido a la gran demanda en la población de profesionales que presten su servicio social. Actualmente se encuentran profesionales de distintas universidades, quienes realizan estudios de posgrado en Neuropsiquiatría, Pediatría, Paidopsiquiatría, Terapia Familiar y Psicólogos.

Servicio de Terapia Familiar

Los paidopsiquiatras son quienes hacen las canalizaciones al servicio de Terapia Familiar, se basan en el psicodiagnóstico y en ocasiones se esclarece el motivo de consulta durante la primera entrevista familiar. Generalmente acuden al servicio, niños con problemas de conducta.

El servicio de Terapia Familiar se encuentra básicamente abocado a la terapia de pareja, familia y grupo.

Existen algunos criterios específicos de admisión a este servicio. No se trabaja con familias de pacientes psicóticos, es necesario esperar a que los pacientes salgan del cuadro psicótico.

El servicio de Terapia Familiar depende de la Coordinación de Psicoterapia, dentro de este bloque se encuentran todas las modalidades terapéuticas como: cognitivo-conductual, terapia psicodinámica, análisis conductual aplicado y terapia familiar.

El servicio actualmente cuenta con 5 terapeutas familiares, quienes ejercen su práctica clínica desde distintas enfoques teóricos. También se encuentra un grupo de 6 terapeutas en formación.

Análisis sistémico de los escenarios

Es destacable la labor que lleva a cabo la UNAM e Instituciones como el Hospital Infantil Psiquiátrico al promover a través de los Centros antes descritos actividades entre las que se encuentran: brindar la atención psicológica con el personal capacitado que requiere la población de una de las ciudades más grandes del mundo, como lo es el Distrito Federal, a bajos costos; difundir los beneficios que profesionistas de la psicología aportan al desarrollo y bienestar social al promover la cultura del conocimiento sobre la manera en que nos comunicamos, solucionamos problemas, tomamos decisiones, utilizamos nuestros recursos y el aprendizaje que todo esto aporta para la continua búsqueda de alternativas de vida que aporten bienestar; generar procesos que de retroalimentación entre los aspectos teóricos y prácticos de la formación de los estudiantes de posgrado. Todo lo anterior implica la necesaria vinculación entre Instituciones, profesionales y comunidad que promueva el desarrollo y crecimiento, cultura y económico que cualquier país requiere.

2.3 Descripción del trabajo clínico realizado en las distintas sedes.

En la Maestría de Terapia Familiar los alumnos iniciamos la atención de pacientes a partir del segundo semestre, no obstante que en el primero contamos con una materia nombrada práctica supervisada, y otra de práctica clínica, estos espacios se utilizan para llevar a cabo dramatización de casos y revisión de la familia de origen del terapeuta. La atención de paciente se inicia con tres supervisiones de 3 horas cada una que hace un total de 9 horas semanales. En este lapso de tiempo, atendemos seis casos de familias, parejas o pacientes individuales.

La primera sede en la que comenzamos la práctica clínica es el Centro de atención Psicológica “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología. El número de horas de práctica va aumentado en los siguientes semestres.

La forma de organizarnos para la atención a los pacientes queda a cargo del grupo. En el segundo semestre, algunos casos fueron abordados desde el modelo Estratégico y otros desde el modelo Estructural. Conformamos equipos de trabajo en donde la mayoría de los casos se atendieron en coterapia. Al inicio del semestre, formé parte del equipo de supervisión detrás de cámara. Posteriormente establecimos un rol, dando prioridad a quienes teníamos menos pacientes.

En el tercer semestre, además de la atención en el Centro de Servicios psicológicos de la facultad, se agregó la atención en el centro “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro. Por las características del espacio fue necesario hacer dos equipos que asistíamos cada 15 días. La forma de supervisión en este caso era narrada, es decir se grababan las sesiones y se revisaban en el grupo con un supervisor. En lo particular, yo asistía los viernes con un equipo y los sábados con otro equipo.

En los dos Centros antes mencionados, las sesiones terapéuticas se llevaban a cabo en cámara de Gesell, se videograban, y contábamos con la participación del equipo detrás del espejo. Durante la sesión se hacía una pausa y el terapeuta salía de la sala para escuchar los comentarios del equipo y les planteaba sus dudas; de vuelta con el paciente, le transmitía los mensajes que el equipo le enviaba. En algunos espacios hicimos equipo Reflexivo, que en varias ocasiones nos dio muy buenos resultados. Para los pacientes esto era totalmente sorpresivo y novedoso.

La última sede a la que asistimos fue el Hospital Infantil Psiquiátrico “Juan N. Navarro” en donde nos supervisó la doctora Silvia Becerril. Esto se llevó a cabo en el cuarto semestre, aquí únicamente asistimos tres integrantes de nuestro grupo y tres de la generación que ven después de nosotros. La forma de trabajo en este espacio fue diferente a la que estábamos acostumbrados a hacer en los otros Centros. Trabajamos en coterapia un integrante de la cuarta y otro de la quinta generación de la Residencia en terapia familiar. A diferencia de las sedes anteriores aquí no teníamos ni cámara de Gesell ni de video. Generalmente la supervisora estaba con nosotros la primera sesión y en las sesiones posteriores en algunas ocasiones se integraba al equipo terapéutico. Al término de la sesión dábamos y recibíamos comentarios de los diferentes casos.

II. MARCO TEÓRICO.

Análisis teórico conceptual del marco epistemológico que sustenta el trabajo con familias.

1.1 Breve historia de la Terapia Familiar Sistémica

Para poder describir cual ha sido, en los diferentes momentos de la historia de la Terapia Familiar, la epistemología dominante, es necesario considerar el camino que ha recorrido durante sus más de 70 años de existencia. Sánchez y Gutiérrez (2000) plantea un recuento de los principales personajes y momentos en un periodo aproximado que va de 1930 a 1950. En la siguiente página se presenta una tabla con una síntesis de dicho recuento.

Tabla 2. Pioneros y Precursores de la Terapia Familiar

Personaje	Lugar	Fechas relevantes	Aportaciones
Hirschefeld.	Alemania	1929-1932	Estudios de la familia
Popenoe	Estados Unidos	1930	Instituto Estadounidense de Relaciones Familiares en los Ángeles, California Introduce el término Marriage Counseling
Abraham y Hanna Stone	EUA	1930 – 1949	Trabajan de manera independiente en distintos lugares de E.U. A. Stone editó sus casos clínicos el libro Emily Mudd's
Emily Mudd	Filadelfia	1932	Se dedicó a la investigación en T.F. y fue la primera en desarrollar un programa de evaluación, fue una de las fundadoras de AAMC
David y Vera Mace	Londres, Inglaterra	1938	Forman el primer concilio de consejeros matrimoniales. Establecieron los lineamientos para formar orientadores familiares
John Bell	Worcester Massachussets	1951	Comenzó a trabajar con toda la familia de un joven violento. Su obra Family Group Therapy es reconocido por Ackerman.
Nathan Ackerman	E.U.	1930	Su formación inicial es de psiquiatra infantil. Durante la década de 1930-1939 realiza un estudio con 25 familias en un pueblo minero de Pensilvania. En la Menninger Clinic en Topeka, Kansas, permitió que los psiquiatras vieran a toda la familia. Un documento básico para la T.F. es su artículo junto con Sober, Family, Diagnosis and Approach to the Preschool Child, fundó la Family Mental Health Clinic of Jewish Family Services en N.Y. fundó también, en 1960 The Family Institute en N. Y. actualmente Ackerman Institute
Christian F. Midelfort	Wisconsin	1952	Entrega en 1952, sus estudios y modelo técnico para la terapia familiar en la American Psychiatric Association APA. Para Midelfort los valores de cada familia se basaban en sus propias tradiciones y raíces. Nunca estableció contacto con otros investigadores.

Tabla 2. (Continúa) Pioneros y Precusores de la Terapia Familiar

Personaje	Lugar	Fechas relevantes	Aportaciones
Theodore Lidz	Universidad de Yale	1940-1949	De formación psicoanalítica. Perteneció al grupo de la Johns Hopkins University. Trabajó con familias de pacientes esquizofrénicos. Entre las cosas que descubrió se encuentran: que estos pacientes tienen una familia de origen que tiende a ser muy inestable, la falta de capacidad de éstas para desarrollar sus estructuras internas. Fue miembro consultante de las publicaciones de Family Process
Lyman C. Wynne	Massachussets, Bethesda, Md.		Trabajó con precursores de áreas como psicología, psicología social y antropología esto lo llevo a identificarse con las ideas de Parsons. Colaboró en una de las primeras clínicas que brindaban un servicio completo a la salud mental y que atendía pacientes psicóticos con colitis ulcerada causada por problemas familiares. Estableció contacto con Don Jackson, Ackerman y Lidz
Murriay Bowen			Psiquiatra infantil. Inició su relación con la TF en la clínica Menninger. El pensaba que los padres y especialmente la madre debían ser hospitalizados junto con el paciente psiquiátrico. En 1954, en el National Institute of Mental Health (NIMH) logró llevar a cabo sus ideas y encontró resultados positivos que aplicó en su consulta privada. En 1971, realizó el famoso viaje a cada de su familia en Pensilvania para llevar a cabo una "reunión de asuntos pendientes", que recomendaba a sus pacientes.
Carl Whitaker	Atlanta	1943	Desarrollo su técnica de lo absurdo. En la clínica Emory en Atlanta, enfatizó su práctica con pacientes esquizofrénicos y encontró que era conveniente involucrar a la familia. El fue quien convocó a la primera reunión del movimiento de terapia familiar. Publicó los resultados de su tratamiento a 30 parejas. Incorpora a la terapia la figura de los abuelos

Como se puede apreciar desde la década de los 30, en diferentes lugares del mundo y en Estados Unidos principalmente, existen terapeutas que trabajan con familias haciendo investigación, llevando a cabo estudios, desarrollando programas de evaluación,

acuñando términos. Actividades que buscaban dar respuesta desde un abordajes distinto, al prevaleciente en ese momento, a los problemas que les presentaba su práctica profesional o clínica.

Se inicia el movimiento que va desde un enfoque individual de los problemas de salud mental hacia la consideración del entorno de la persona “enferma”, se empieza a poner especial atención a los efectos negativos de la madre sobre el desarrollo del hijo; se observa la aparición de técnicas terapéuticas como la psicoterapia de grupo o el psicodrama que contribuirán a disminuir el miedo hacia los efectos de transferencia y de contratransferencia. Se introducen los conceptos de cultura y relaciones interpersonales en la constitución de la personalidad a través del trabajo de estudiosos de la psicología como Sullivan, Horney, Fromm o Erikson. Las teorías de Sullivan, principalmente, otorgan cada vez más importancia a las dificultades presentes de los pacientes. También se descubre que existe una distinción epidemiológica de la enfermedad mental según subgrupos sociales, étnicos y culturales (Wittezalle y García, 1994).

Por otra parte la introducción, también, de conceptos de la cibernética y la teoría de sistemas propicia cambios en los métodos y las técnicas que conllevan la revisión de la forma de hacer psicoterapia que planteaban las teorías psicodinámicas, además de cuestionar la distancia entre el terapeuta y el entorno del paciente que planteaba el enfoque analítico

Gradualmente van cobrando relevancia los estudios que exploran la importancia de la relación y la interacción en la pareja o entre los miembros de una familia y la necesidad de incorporar al tratamiento a un mayor número de personas lo cual golpeaba directamente el tabú de los contactos entre el especialista y el entorno del cliente.

En los años sesenta, paralelamente a los trabajos del MRI, aparecerán los grandes nombres de la primera generación de terapeutas familiares: Bowen, Wynne, Boszormenyi-Nagy, Lidz, Ackekrman, Whitaker (Wittezalle y García, 1994).

Base epistemológica de la Terapia Familiar

En todo este movimiento cobra especial importancia el trabajo que lleva a cabo el Grupo de Palo Alto encabezado por Gregory Bateson, uno de los participantes de Conferencias de Macy en los albores de los años 40. Vargas (2004) considera que este investigador tiene un papel destacado en la construcción de una nueva epistemología para la terapia familiar al lograr sintetizar las ideas del teórico de la información como Claude Shannon, el cibernético Norbert Wiener y el teórico de los sistemas generales Ludwig von Bertalanffy. Bateson da cuenta de los procesos de comunicación y es uno de los primeros en introducir la idea de que una familia podía ser análoga a un sistema homeostático o cibernético.

Los conceptos esenciales, extraídos de la cibernética, sobre los que el grupo de Palo Alto fundamentó su enfoque interaccional del comportamiento humano, son entonces la causalidad circular, la teoría de los tipos lógicos y la noción de información.

Para entender un poco más lo que es la Terapia Familiar y su relevancia en la atención psicoterapéutica a continuación se hace una breve revisión de las principales aportaciones de la Teoría General de Sistemas, la Teoría de la Comunicación, la Cibernética, el Constructivismo y el Construccionismo

Teoría General de Sistemas

La importancia de la incorporación de la Teoría General de Sistemas a la psicología estriba según Bertalanffy (1991) en que a diferencia de las teorías que plantean el esquemas de estímulo-respuesta, o que consideran la conducta como producto de la búsqueda de satisfacción de necesidades o reducción de tensiones y a las que les resulta muy difícil explicar actividades como el juego, la exploración, la creatividad, la autorrealización, etc., la TGS aporta una visión de los fenómenos como un todo organizado en que cada una de sus partes interactúa entre sí. Además de esta perspectiva se desprenden principios que propician la expansión de la ciencia y el conocimiento en Psicología.

En un primer momento la TGS, resulta muy valiosa para la Psicología, ya que abre nuevos panoramas y puntos de vista susceptibles de aplicación experimental y práctica. El concepto de sistema resultó ser lo bastante abstracto y general para permitir su aplicación a cualquier todo que consista en componentes que interactúen.

Otros autores como Watzlawick, Beavin y Jackson (1986) piensan que la TGS, procura derivar y aplicar a fenómenos concretos, partiendo de una definición general de sistema como complejo de componentes interactuantes, conceptos característicos de totalidades organizadas, tales como interacción, suma, centralización, competencia, finalidad, diferenciación, parte conductora, sistemas cerrados y abiertos, finalidad, equifinalidad, crecimiento en el tiempo, crecimiento relativo, sumatividad, entropía, negentropía. Estos componentes proporcionan los elementos a la terapia familiar para intervenir en los procesos familiares desde un enfoque holístico, en donde todos los miembros participan de la organización del sistema, y las acciones de cada uno cumplen un papel en la conformación de un todo.

Sluzki (1987) por su parte, enfatiza la importancia que conceptos como retroalimentación negativa y retroalimentación positiva han tenido, en los diferentes modelos en Terapia Familiar Sistémica para poder estudiar a las familias como totalidades y para explicar los procesos autocorrectivos de éstas, que buscan neutralizar el “ruido” y por lo tanto impedir el cambio o asimilar la nueva información, dar un salto cualitativo y organizarse dentro de un nuevo equilibrio.

Desde el punto de vista de la TGS los elementos que son importantes para entender lo que sucede en una familia tienen que ver con las características de las relaciones que se establecen tanto al interior como hacia el exterior de ella; el síntoma se considera como producto de la organización familiar y por lo tanto es consecuencia de sus necesidades, redundancias y conflictos. Las situaciones familiares habrán de abordarse de manera integral, entendiendo que cada individuo percibe y refiere la situación propia y la del grupo de acuerdo a las *puntuaciones* que hace de la realidad, es decir, de acuerdo a las circunstancias desde dónde observa su vida y entorno. Estas puntuaciones inevitablemente conducen a juicios lineales de la interacción, sin embargo el terapeuta sistémico, apoyándose en la noción de causalidad circular, plantea las diferentes acciones de cada miembro como causa, efecto y contexto de las conductas de los otros: todos participan en la construcción de la situación problemática (Bertalanffy, 1991).

Sánchez y Gutiérrez (2000) sintetiza los principios de la teoría de sistemas aplicados a la terapia familiar:

- Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus propias reglas, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. El comportamiento de un individuo no se podría entender de forma aislada.
- La estructura sistémica está formada por subsistemas. Al interior de cualquier sistema existen jerarquías que son delimitados por los límites.
- Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, es decir, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de uno influye en el comportamiento de los otros y viceversa.
- Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, no obstante los sistemas abiertos como son las familias se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente, y no por principios estáticos o cerrados, en este sentido, la homeostasis en el sistema familiar es la búsqueda innata de la media después de una desviación. La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos.

En síntesis, la perspectiva de la Teoría General de los Sistemas aporta a la psicología una mirada y unos principios que permiten entender lo que sucede con y entre los seres humanos de manera tal que considera el contexto, la interacción humana y la manera en que nuestras acciones retroalimentan las acciones de los otros todo lo cual amplía la comprensión de diversos fenómenos sociales, entre ellos uno de los más significativos como lo es la familia.

La Teoría de la Comunicación

Otro de las bases primordiales para la Terapia Familiar Sistémica la constituye los planteamientos que hacen Watzlawick, Beavin y Jackson (1986) en la Teoría de la comunicación, en donde entre otras cosas, enuncian algunas propiedades de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas. Estas propiedades se traducen en cinco axiomas de la comunicación que se asocian con algunas patologías.

1° La Imposibilidad de no comunicar. No hay nada que sea lo contrario de conducta por lo tanto toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje. Este postulado enfatiza el carácter eminentemente social del ser humano y su capacidad de, por una parte emitir mensajes más allá del lenguaje verbal y por la otra interpretar esos mensajes. Una patología asociada a este axioma es la esquizofrenia.

2° Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación. A través de la comunicación se transmite información y conductas. Toda comunicación se compone de dos aspectos el referencial y el conativo que se traducen en información y tipo de relación que existe entre los comunicantes respectivamente. Este axioma nos remite a la riqueza que contiene toda comunicación o interacción entre las personas y se constituye en la puerta a un mayor número de elementos de análisis ya que más allá de lo que decimos cobra gran importancia la manera en qué lo decimos y lo que esto dice de la relación que mantenemos con nuestros interlocutores. Se plantea también la constante necesidad de definición del sí mismo de los participantes en el proceso de comunicación y las tres posibles respuestas: Confirmación, cuando un interlocutor acepta la definición que de sí misma hace una persona esto se constituye en uno de los factores que más pesa en el desarrollo y la estabilidad mentales. Rechazo, la segunda respuesta posible es que una persona frente a la definición que otra hace de sí misma la rechace, acción que presupone por lo menos un reconocimiento limitado de lo que se rechaza y por lo tanto niega la realidad de la imagen de quien se autodefine.

Desconfirmación. La tercera posibilidad, puede considerarse la más importante desde el punto de vista pragmático y el psicopatológico. Mientras que el rechazo equivale al mensaje "Tú estás equivocado" el mensaje que envía la desconfirmación del sí mismo sería "Tú no existes"

3° *Puntuación de la secuencia de hechos*. La puntuación organiza los hechos de la conducta por lo que resulta vital para las interacciones en marcha. Hay dos supuestos básicos que están detrás de la dificultad para puntuar las interacciones: 1) Pensar que el otro tiene la misma información que yo y 2) Que ese otro, debe sacar idénticas conclusiones que yo. Culturalmente compartimos muchas convenciones. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. Podemos decir que detrás de esta falta de acuerdo se encuentra la dificultad para reconocer la validez de la perspectiva del otro o la creencia de la existencia de verdades absolutas o pensar que existe una única realidad. Una patología asociada a este axioma es la profecía autocumplidora.

4° *Comunicación digital y analógica*. En la comunicación humana, podemos referirnos a los objetos de dos maneras totalmente diferentes: Mediante un símil, tal como un dibujo, o bien mediante un nombre. Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje. En tanto que en la comunicación analógica hay algo particularmente "similar a la cosa" que se utiliza para expresarla. No obstante los seres humanos nos comunicamos tanto de manera digital como analógica. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico tiene la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones. Las patologías relacionadas con este axioma pueden ser los síntomas histéricos. Cuando se bloquea la comunicación digital se hace una retraducción nuevamente hacia lo analógico.

Por último Watzlawick, Beavin y Jackson (1986) plantean el *Quinto Axioma de la Comunicación: Interacción simétrica y complementaria*. Bateson describe, a partir de sus observaciones antropológicas, el fenómeno de la cismogénesis que se entiende como un proceso de diferenciación de las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos. Este autor identifica dos tipos de cismogénesis la interacción simétrica y la interacción complementaria. Se consideran relaciones basadas en la igualdad o la diferencia. En el primer caso, podemos recordar lo que ocurre en las relaciones de competencia en donde quienes participan apuntan a igualar su conducta recíproca. En el segundo caso, ocurre lo contrario la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo de gestalt. Entonces la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia. La patología en la interacción simétrica, escalada, tiene su distintivo en una guerra más o menos abierta o por el cisma que implica el rechazo del yo del otro. Por el contrario, las relaciones complementarias rígidas son desconfirmaciones antes que rechazos del yo del otro (Watzlawick, 1986)

Como podemos apreciar, este modelo aporta a la Terapia Familiar una estructura desde la cual comprender un proceso cotidiano y complejo en las relaciones humanas de toda índole como lo es la comunicación. A través de sus axiomas los autores nos muestran la manera en que las personas y las familias nos entramamos en los laberintos de la comunicación. Si bien desde el primer axioma: no es posible no comunicar, nos ubica en un plano muy pragmático, también es cierto que aporta de una manera muy sutil toda una serie de conceptos que trascienden este plano. En la Teoría de la Comunicación los autores desanudan pacientemente la complicada madeja que en muchas ocasiones significa la comunicación, por todo lo idiosincrásico, afectivo y emocional que generalmente la compone. Finalmente los axiomas se constituyen como elementos de análisis para identificar los diferentes niveles que están implicados en la comunicación y la complejidad que representa el poder acceder al mundo de los otros que no son yo pero al mismo tiempo si lo son.

La Cibernética

La aportación de la Cibernética a la Terapia Familiar Sistémica se alimenta de la investigación en diferentes áreas como lo es la antropología con Gregory Bateson quien retoma conceptos de la cibernética o ciencia de los sistemas autocorrectores, para entender más sobre la esquismogénesis en término de los ciclos de retroalimentación activados por el error, ciclos que encontró en los sistemas que se gobernaban a sí mismos (Hoffman, 2004)

Otras aportes significativos se constituyen desde los estudios de las matemáticas de Wiener quien en su relación con investigadores como Cannon encontró que un factor muy importante de la actividad voluntaria es el feed-back o retroalimentación, ya que permite corregir la desviación entre el movimiento previsto y el movimiento realmente efectuado. Estas conclusiones iban más allá de la ingeniería, toda vez que Wiener consultó a Arturo Rosenblueth, neurofisiólogo del Instituto de Cardiología en México, para obtener información acerca de estos mismos mecanismos de feed-back en el sistema nervioso humano (Wittezalle y García, 1994).

En términos de lo que sucede en una familia o en la interacción entre personas concepto de feedback o retroalimentación alude que las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (retroalimentación positiva) o las corrigen (retroalimentación negativa) la homeostasis que refiere a un proceso de mantenimiento de la organización del sistema a través de feedback negativo; o el de morfogénesis que es el proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo (Wittezalle y García, 1994).

Así, podemos decir que la cibernética y la teoría general de los sistemas, sostienen que el análisis de cada elemento de un sistema no permite captar las características del conjunto, ya que sólo se podrá comprender el sentido de un comportamiento, si se sitúa dentro del contexto donde se produjo, debido a que la conducta se haya controlada por el entorno. Dentro de un sistema, el comportamiento de cualquiera de los elementos afecta al que le sigue en el circuito de interacción, por lo tanto la causalidad es circular.

Por otra parte se puede decir que mientras esta cibernética se centraba en una perspectiva externa al sistema, la cibernética de segundo orden, cuyos modelos revisaremos más adelante, enfatiza el rol del observador en la construcción de la realidad observada. De ahí que la realidad no se conciba como independiente de los procesos de organización del observador (Botello y Vilaregut, 2006).

Constructivismo

Hoffman (1989) narra su encuentro con lo que llama la posición filosófica del constructivismo, hace un recuento de algunas aseveraciones y cuestionamientos que a principios de 1980 se hacían al modelo sistémico para la terapia familiar entre las que se encuentran: el que no podemos conocer más allá de lo que nuestro sistema nervioso nos lo permite; se plantea la forma en que la terapia familiar contribuye a la creencia de que las estructuras familiares disfuncionales son las culpables de muchos de los problemas de los individuos; la idea de que el terapeuta conduciría a la familia hacia una estructura familiar funcional o de que las estructuras familiares se puedan tratar objetivamente.

A partir de estas críticas comienza a cobrar fuerza la corriente llamada constructivismo a la que Mahoney (1998) define como una familia de teorías y terapias que enfatizan al menos tres principios interrelacionados de la experiencia humana: a los seres humanos como participantes proactivos en su propia experiencia lo cual implica la expertez sobre su propia vida que se traduce en la capacidad de organizar y crear significados; que la vasta mayoría de los procesos de ordenamiento que organizan la vida humana operan a un nivel de conciencia tácito lo que implica la necesidad de considerar esto en la organización del conocimiento y las emociones, y por último que la experiencia humana y el desarrollo psicológico personal reflejan la operación continua de autoorganización individualizada que tiende a favorecer el mantenimiento de los patrones experienciales y por lo tanto todos los actos de asesoramiento, educación, paternidad y psicoterapia son necesariamente actos de participación en los procesos individuales del “sí mismo” y la evolución psicológica del sí mismo está limitada y modelada de una manera más poderosa por las relaciones íntimas que han tenido mayor poder emocional en la persona.

Lo anterior conlleva la importancia que juega la persona del terapeuta. Elkaïm (1996) señala que hasta los años setenta se consideraba al terapeuta como un observador externo en el proceso terapéutico y muy pocos terapeutas se interesaban en el sistema terapéutico total que incluye la relación terapeuta – paciente / terapeuta - familia.

Entre las ideas que conformaron esta perspectiva, resaltan desde el punto de vista de Hoffman (1989) las que Von Foester suscribió respecto a que cada uno de nosotros computa activamente su visión del mundo toda vez que lo que percibimos está limitado por nuestra estructura nerviosa; Humberto Maturana que sostuvo que no existe algo como la transmisión de imágenes del mundo externo a nuestro cerebro toda vez que el sistema nervioso está *informacionalmente cerrado*; von Glasersfeld planteó que más que buscar la verdad debemos buscar el acomodo con el medio ambiente; y por último Varela que propuso el estudio de los sistemas *autopoieticos o autónomos* en contraposición a los sistemas cibernéticos que son comparados con máquinas que pueden ser programadas.

El impacto de esta nueva perspectiva implicó un cuestionamiento a la noción que del mundo se tenía hasta entonces. La nueva visión obligaba a reflexionar respecto al papel que juega la iniciativa humana y la fuerza de la capacidad constructiva que implica la interacción social dentro del campo del lenguaje (Goolishian y Winderman, 1989).

En síntesis, parafraseando a Fried y Fuks (2002) el constructivismo confronta la existencia de un mundo real; reconoce el papel constructivo del conocimiento del lenguaje y parte de que la realidad la construimos, por lo tanto nunca podremos encontrar un lugar exterior desde donde observarla y por último, la autorreferencia y la reflexividad atraviesan la construcción del conocimiento.

Construccionismo Social

Algunos años después surge el construccionismo social que plantea una serie de cuestionamientos al constructivismo. Elkaïm (1996) reconoce en Kenneth Gergen, a uno de los principales representantes del construccionismo social en el campo de la psicología, quien propone que los terapeutas reemplacen las metáforas mecanicistas de la cibernética por las metáforas sacadas de la teoría literaria o de la antropología posmoderna y ubica al construccionismo social dentro de la era posmoderna.

Por su parte Mc Namee y Gergen (1996) hacen un recuento de las críticas que se hicieron, desde una visión posmoderna, a la forma de hacer terapia que predominó durante mucho tiempo:

- Existe un sesgo ideológico dentro de las principales teorías, prácticas y evaluaciones. No existe la neutralidad política ni moral.
- Los terapeutas familiares cuestionan la idea de que los individuos son el centro de las disfunciones.
- Los psicólogos comunitarios amplían el ámbito de las consideraciones contextuales, no es posible separar la “patología individual” del proceso de la vida en comunidad.
- Los feministas cuestionan y señalan las diversas maneras en que las practicas psicoterapéuticas más corrientes son opresoras y perjudiciales para las mujeres.
- Los fenomenologistas buscan que el terapeuta pueda comprender la situación del cliente y sus actos en los términos de éste.
- Los constructivistas cuestionan la separación entre el conocedor y lo conocido.
- Los hermenéuticos ponen el acento en la necesidad de reconocer que la interpretación terapéutica está fuertemente influida por los presupuestos del terapeuta.
- Algunos ex pacientes psiquiátricos se organizan contra la profesión de la psiquiatría por considerar que el actual sistema de clasificación de las patologías es opresor, cosificador, peyorativo y favorece a las diversas ramas de la profesión de la salud mental.

Ante estos cuestionamientos estos autores se preguntan ¿será posible beneficiarse con estas críticas y al mismo tiempo evitar la repetición del pasado y sortear otras dificultades?

Para Hoffman (1996) las posibles respuestas las podemos buscar en el origen mismo de las críticas. Esta autora dice que a principios de los 90 ha surgido dentro la terapia familiar un nuevo enfoque que es más participativo que otros y está menos orientado hacia los objetivos. Este enfoque simpatiza con el movimiento conocido como posmodernismo que proclama la aparición de nuevas perspectivas y se han propuesto dismantelar los fundamentos filosóficos del pensamiento occidental.

El término posestructural, que se utiliza como sinónimo de posmoderno en ciencias sociales, alude a un cuestionamiento de todo marco de trabajo que plantee algún tipo de estructura interna para el ente en cuestión (un texto, una familia o un juego). En terapia familiar esto significa un ataque a la concepción cibernética de que la familia es un sistema homeostático. Así para los terapeutas familiares que simpatizan con la hermenéutica, la curva de retroalimentación de los sistemas cibernéticos es reemplazada por la curva intersubjetiva del diálogo.

Gergen (1992) nos da una serie de ejemplos que dan cuenta de lo que él considera un cambio social profundo que, fundamentalmente, nos sumerge cada vez más en el mundo social y nos expone a las opiniones, valoraciones y estilos de vida de otras personas. La tesis que sostiene es que esta inmersión nos va empujando hacia una nueva conciencia de nosotros mismos: la posmoderna. La posmodernidad conlleva una gran posibilidad de contactos a partir del desarrollo de las tecnologías de la saturación social; éstas son de dos tipos: de bajo y alto nivel. Las primeras desarrolladas preponderantemente en el siglo XX son el ferrocarril, el servicio postal, el automóvil, el teléfono, la radiofonía, el cinematógrafo y la edición comercial de libros. Cada uno de estos avances vincula más estrechamente a las personas, las expone a sus semejantes y fomenta una gama de relaciones que nunca podrían haberse dado en el pasado.

Las tecnologías de alto nivel corresponden a los avances en materia de transporte aéreo, televisión y comunicación electrónica. Algunos de los ejemplos que Gergen plantea tienen que ver con lo rutinarios que se convierten los viajes en avión o la posibilidad que proporciona la televisión de estar presentes en más de un lugar a la vez, o las oportunidades de intercambiar grandes cantidades de información que las innovaciones tecnológicas propician. Esta multiplicidad de relaciones trae consigo una transformación en la capacidad social del individuo tanto para saber acerca de las cosas, como para saber el cómo de las cosas. El sentido relativamente coherente y unitario que tenía del yo la cultura tradicional, cede paso a múltiples posibilidades antagónicas del yo. Surge así un estado *multifrénico* en el que cada cual nada en las corrientes siempre cambiantes, concatenadas y disputables del ser.

Para Hoffman (1996) las múltiples posibilidades del ser que conllevan la gran diversidad de relaciones plantean nuevos retos al quehacer psicoterapéutico por lo que la

visión posmoderna retoma las propuestas construccionistas y constructivistas que paulatinamente van definiendo cada una sus características particulares. Una muestra de la dificultad que ha implicado entender las diferencias entre una y otra perspectiva nos la plantea esta autora cuando asevera que “ muchas personas, entre las que me cuento, confundieron esta teoría con el constructivismo” (Hoffman, 1996, p. 26).

Elkaim (1996) retoma el discurso de Gergen, quien enfatiza las principales diferencias que existen entre el constructivismo y el construccionismo social, que si bien comparten la idea de que el saber es una construcción de la mente y el rechazo de una realidad existente fuera de nosotros, considera al primero ligado a la tradición occidental del individualismo, puesto que describe la construcción del saber a partir del proceso intrínseco del individuo, mientras que el construccionismo social, intenta por el contrario, ligar a las fuentes de la acción humana a las relaciones sociales. Las consecuencias de este enfoque para la psicoterapia podrían ser las siguientes:

Los intercambios verbales entre el terapeuta y el paciente no reflejan una verdad cualquiera; no se trata de verificar o de aplicar una teoría preconcebida, sino de comprometerse con un diálogo potencialmente productivo.

Cuando el paciente habla de tal o cual problema, lo que importa es deslindar el contexto relacional o preguntar para quién hace ese discurso y con qué fin. La evocación de una depresión, por ejemplo, puede ser una manera de conectarse con alguien, de invitar a ciertas personas a participar en ciertos “bailes” específicos.

Puesto que los significados son co-generados tanto por el paciente como por el terapeuta dentro del contexto terapéutico, ya no existe una voz única ni tampoco un yo unificado, ya no existe una voz sino varias y por lo tanto, incumbe al terapeuta a ayudar al paciente, partiendo del aspecto pragmático del lenguaje terapéutico, a generar otras voces que le permitan orientarse hacia otro tipo de “conversaciones” (Elkaim, 1996).

1.2 Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna:

Por lo anteriormente expuesto podemos hablar de al menos dos grandes miradas desde las cuales vemos como terapeutas: la cibernética de primero y segundo orden. El enfoque sistémico se inserta en la primera mirada que se asienta en la premisa de que el sistema observado podía considerarse separado del observador y por lo tanto el terapeuta se asume como experto frente a cliente. Esta idea ha dado pie al desarrollo de los Modelos que a continuación se describen y que al cobijo de sus principales fundamentos han abordado el trabajo psicoterapéutico.

A. Modelo Estructural

Antecedentes

Hoffman subraya la importancia del trabajo de Salvador Minuchin, principal representante del modelo Estructural de terapia familiar, cuando plantea que “si el proyecto de investigación de Bateson se convirtió en un centro magnético para el talento y las ideas de la costa oeste de Estados Unidos durante los cincuenta, Wiltwyck aportó un marco similar en la costa del Este durante los sesenta” (Hoffman, 2004, p.242). Entre los talentos que colaboraron con Minuchin en ese entonces se encuentran E.H. Auerswald, Richard Rabkin y Braulio Montalvo.

El modelo estructural en terapia familiar ha sido desarrollado por Salvador Minuchin, de origen argentino y emigrado a Estados Unidos en la década de los sesenta. Psiquiatra, de origen judío realiza novedosas propuestas para abordar los problemas de salud mental, apoyado en su práctica clínica y en el contacto con las propuestas teóricas de la terapia sistémica. Desde este modelo hay un interés por encontrar cómo es que, todos los miembros del sistema participan en el mantenimiento del síntoma (Desantnik, 2004).

Sánchez (2000) describe el trabajo que Salvador Minuchin y Braulio Montalvo llevaron a cabo en Nueva York con jóvenes provenientes de familias marginadas y con limitaciones de lenguaje, y el tipo de intervenciones que implementaban las que debían ser muy concretas y con acciones orientadas en lugar de abstractas y verbales. La alternativa por la que optaban era “más acción y menos habla” que consistía en técnicas de acción, de role-playing, técnicas basadas en acciones para la casa y otras completamente innovadoras que servían para determinar el diagnóstico y el tratamiento. Este modelo tuvo mucho éxito durante el decenio de 1970-1979, además de la especialización que llevó a cabo Minuchin de la estructura familiar.

Para Hoffman (2004) Minuchin tiene un método claro y una teoría consecuente con tal método lo que se puede apreciar en su investigación con familias de niños psicósomáticos. Esta autora considera que el modelo normativo que Minuchin propone para una familia que está funcionando mal es muy útil. La tarea del terapeuta, desde este modelo, sería identificar cual es el ángulo de desviación entre el modelo y la familia que lo consulta

Ideas y conceptos que sustentan el modelo.

Entre los conceptos más importantes que plantea Salvador Minuchin (1974) se encuentra el de estructura familiar que a través de un conjunto de demandas, no necesariamente explícitas, organizan la interacción entre los miembros de una familia. De este concepto se desprenden los de pautas transaccionales que son formas de relación que se repiten y que van dictando el cómo, cuándo y con quien se relacionan los miembros de una familia. Las pautas transaccionales que regulan la conducta en la familia se mantienen por dos sistemas de coacción. El primero implica las reglas universales de la organización familiar y el segundo es idiosincrásico y tiene que ver con las expectativas que tiene cada uno de los miembros de la familia.

Minuchin considera que en la medida que una familia tenga un mayor repertorio de pautas transaccionales alternativas será capaz de dar continuidad al marco de referencia que la cohesiona, al mismo tiempo que enfrenta los cambios externos e internos que representa el paso del tiempo y las circunstancias distintas que implica el desarrollo de sus miembros.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. La organización en subsistemas de una familia proporciona entrenamiento adecuado en el proceso de mantenimiento del diferenciado “yo soy”, al mismo tiempo que ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles Minuchin (1974).

Ochoa (1995) plantea que el creador del Modelo Estructural defiende la idea de que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras. En este sentido “las variables estructurales específicas en las que se centra son los límites, que implican reglas de participación, y las jerarquías que encierran reglas de poder” (p. 127)

El síntoma es considerado como producto de un sistema familiar disfuncional y en este sentido en la medida en que la organización familiar se vuelva más “normal” el síntoma desaparecerá (Hoffman, 2004).

Sánchez y Gutiérrez (2000) señala que la estructura denota la configuración de la familia, que se manifiesta cuando los miembros de ésta adoptan una cierta aproximación o distancia entre unos y otros. La estructura de las actividades y los roles en la familia cambia según el ciclo de vida por el que ésta atraviesa. Para este autor las técnicas que Minuchin utiliza son sencillas y claras y pueden emplearse en cualquier contexto familiar o social y brindan también una señalización y organización a la estructura de la familia. Otros aspectos a considerar son los que tienen que ver con la distribución del poder y la flexibilidad. Se observa la jerarquía y se concede más estatus a los miembros de mayor edad. Los miembros de la familia se agrupan en subsistemas según la posición que tengan en ésta. Es importante que existan límites claros y bien definidos al interior de la familia y entre los subsistemas. Las alianzas y coaliciones forman parte de la realidad familiar.

Entre las cosas que la visión sistémica estructural permite observar se encuentran: la exploración de las interacciones de las personas en los diversos contextos de los que forman parte; experimentar las diversas maneras en que los miembros de la familia se sostienen y se califican entre sí; la consideración de que el problema se encuentra entre el sujeto y sus contextos más que en los procesos internos del paciente (Desatnik, 2004).

Ochoa (1995) considera, con fines puramente pedagógicos, que el proceso terapéutico que plantea Minuchin se desarrolla fundamentalmente en tres etapas:

El terapeuta se “une” a la familia desde una posición de liderazgo;
Se “desliga” y evalúa la estructura familiar subyacente, y
Crea las circunstancias que permitirán transformar dicha estructura.

Intervenciones

Las técnicas que plantean Minuchin y Fishman (1994) apuntan a cuestionar a ese conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia y sus creencias y explicación que se dan de la vida familiar. Además, estas técnicas apuntan propiciar nuevas formas de relación en su interior. Algunas de las técnicas referidas son las siguientes.

Tabla 3. Técnicas Modelos estructural

Nombre de la técnica	Descripción	Objetivo
Unión Acomodación	El terapeuta pone el acento en las acciones que lo lleven a relacionarse con los miembros de la familia o el sistema familiar. La acomodación acentúa las adaptaciones del terapeuta para lograr la alianza. El terapeuta debe aceptar la organización y estilo familiar y fundirse con ellos. Debe ser capaz de empatizar con el miembro excluido.	Propiciar la creación del sistema terapéutico.
Mantenimiento	En la interacción con la familia, el terapeuta analiza, apoya y esclarece las pautas habituales de ésta; respetando las características particulares de cada miembro y sus pautas de interacción, al menos en las primeras sesiones.	Proporcionar un apoyo programado, en las primeras sesiones, a la estructura familiar que percibe el terapeuta.
Rastreo Mimetismo	El terapeuta realiza comentarios que aprueben lo que dicen las personas a fin de ampliar un punto. No cuestiona lo que se dice, se ubica como una persona interesada. El rastreo fortalece a los miembros de la familia al estimular la información. El terapeuta no inicia una acción: él conduce siguiendo: convalidando a la familia tal como es, estimulando y aceptando sus comunicaciones. El Mimetismo es una operación humana universal que implica semejanza de gestos y movimientos corporales con las personas con quienes interactuamos. Son acciones por lo general implícitas y espontáneas. Estas operaciones pueden ser utilizadas con fines de reestructuración.	Plantear preguntas que busquen clarificar lo que está en juego. Transmitir empatía con la familia.

Tabla 3 (continuación)

Nombre de la técnica	Descripción	Objetivo
<p>Reestructuración:</p> <p>Fijación de fronteras</p> <p>Desequilibramiento</p> <p>Complementariedad</p> <p>Técnicas basadas en la concepción del mundo y construcciones:</p> <p>Símbolos universales</p>	<p>Está relacionada con la modificación de los límites que existen entre los subsistemas en una familia a través de las siguientes técnicas:</p> <p>Se lleva a cabo a través de la regulación de la permeabilidad de las fronteras que separan a los holones. Para lograr lo anterior se utilizan frases a través de las cuales se indica la deseabilidad de una actitud; utilización del tiempo de una interacción; tareas para el hogar.</p> <p>Se alía con algún miembro de la familia, forma coaliciones contra algún miembro de la familia, puede ignorar a alguien. Cuestiona la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos: El problema, el control lineal, el modo de recortar los sucesos.</p> <p>Se hace un cuestionamiento del conjunto de esquemas cognitivos de la organización familiar.</p> <p>El terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasarán el ámbito de la familia (determinado orden moral, la sociedad o la decencia, el sentido común o la expresión común, la tradición, etc.</p>	<p>Cuestionar la manera en que funcionan los subsistemas entre ellos y en su interior en una familia.</p> <p>Confirmar a las personas resaltar fortalezas y así apuntalar la autoestima.</p> <p>Confirmar al miembro más débil o periférico y propiciar el reconocimiento de las habilidades diferentes que tiene cada subsistema.</p> <p>Modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia.</p> <p>Promover la idea de que las acciones no son entidades independientes, sino parte de un movimiento necesario dentro de un todo.</p> <p>Edificar un nuevo ordenamiento en el conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar.</p> <p>Cuestionar la lealtad que los miembros de la familia guardan a su realidad peculiar.</p>
<p>Verdades familiares.</p> <p>Consejo especializado</p>	<p>Selecciona las metáforas que simbolizan la realidad familiar y las utiliza como una construcción cada vez que surjan o que se las pueda introducir, transformándolas en un rótulo que señala la realidad de la familia e indica la dirección del cambio.</p>	<p>Utilizar la concepción del mundo de la familia para inaugurar una dirección diferente.</p> <p>Presentar algunos de los diferentes universos parciales que se sitúan fuera del núcleo del universo de la familia.</p>

Consideraciones finales

En esta exposición se ha priorizado dar a conocer el Modelo Estructural de manera más bien descriptiva. Como podemos ver éste está perfectamente estructurado, haciendo honor a su nombre, toda vez que se marcan claramente los diferentes momentos del proceso terapéutico, el papel directivo del terapeuta y las técnicas para cada momento. Indudablemente Salvador Minuchin ocupa un lugar preponderante dentro de la Terapia Familiar Sistémica. Así como puede ser reconocida la importancia de su modelo también ha generado una gran cantidad de críticas entre las que se encuentran la posición del terapeuta, el papel que da a la mujer, la normatividad que implica el modelo, etc. En una entrevista realizada por Richard Simon, editor de *The Family Therapy Networker*, es interesante conocer el punto de vista de Salvador Minuchin, sobre alguno de estos temas. Citamos aquí un par de extractos que ejemplifican la postura personal que sostiene a los 75 años, en una especie de recuento de lo que ha sido el modelo estructural y las ideas que estaban detrás.

Hoy, técnicamente, soy mucho más complejo que cuando era un terapeuta más joven. Mucho de ello, por supuesto, es el resultado de la edad. A medida que uno se pone viejo, todas las certidumbres se vuelven signos de pregunta. También comienzas a hacerte preguntas fundamentales como: "¿El mundo sería distinto si yo no existiese?". Entonces uno se vuelve menos apegado a su contribución particular.

(...) Las feministas me hicieron darme cuenta que yo he puesto a las mujeres en categorías angostas y que mis etiquetas para las mujeres contenían prejuicios de género: para mí la preocupación de una madre podía, fácilmente, ser desechada como "sobrepotección". Focalizaba en el hombre, proveyendo dirección; y la mujer, crianza, y en mi trabajo enfatizaba la importancia de la dirección y daba por sentado la crianza. Creo que ya no hago más eso. Estoy más atento a los mensajes de las etiquetas y presto atención a lo que privilegio. Pero sigo trabajando, sistemáticamente, viendo cómo las parejas se gatillan mutuamente en sus interacciones. Siempre he pensado que trabajar con el hombre es una forma importante de atraerlo hacia la familia, hacerlo más participativo y aliviar las cargas de la mujer; pero ahora presto más atención a estar seguro de que la voz de esta última se oiga, su dolor se exprese y su necesidad de respeto se comprenda.

Dentro de la gran diversidad de formas de ser familia que existen, se encuentran aquéllas con las que tal vez sea más eficaz, por la naturaleza de sus dificultades, un trabajo terapéutico basado en modelo normativo, y de la figura de un terapeuta que asuma cierta jerarquía en la relación de trabajo que se establece. No obstante el avance que modelos más horizontales tienen de hacer terapia, podría decirse que la imagen que, generalmente, se maneja de un proceso terapéutico es la del terapeuta como experto que dice lo que es correcto y lo que no. Independientemente del modelo que se elija para abordar una cierta situación que presenta la familia me parece que no podemos evitar plantear ciertas hipótesis a partir del ciclo vital en que se encuentra ésta o la persona que consulta, explorar cual es el contexto en el que se desenvuelve, cómo se relaciona con las personas con las que convive, cuáles son sus creencias, etc. y todo esto son elementos que se manejan en el Modelo Estructural. Creo que este modelo es muy útil para atender a familias en las que la forma de organizarse no satisface las necesidades de sus miembros.

Por otra parte en términos de formación de terapeutas, pienso que el Modelo se constituye como una base sólida a partir de la cual se puede entender y abordar de manera sistemática a las familias. Por su parte Hoffman (2004) señala dos aspectos en los que considera que Minuchin podría mejorar su Modelo: uno es la escasa utilización de intervenciones paradójicas que podrían aportar mayor creatividad a la terapia y el segundo tiene que ver con la dificultad pedagógica del mismo, toda vez Minuchin "trabaja con comportamientos analógicos, tanto que sus discípulos deben ver a muchas familias antes de que puedan empezar a reconocer las pautas invisibles que un experimentado terapeuta estructural reconoce a la primera mirada" (p. 255).

B. Modelo Estratégico

Antecedentes

En este modelo como en el de Terapias Breves y el Enfocado en las Soluciones cobra especial importancia la influencia de Milton Erickson y Gregory Bateson por lo que a continuación presentaremos una pequeña semblanza de cada uno de ellos y algunas de sus principales aportaciones

Milton Erickson

Retomamos de Wittezaelle y García (1994) algunos pasajes de la vida de Milton Erickson quien nació en Aurum Nevada, desde pequeño padeció de daltonismo y sordera tonal. A los 16 años sufre su primer ataque de polio, que lo postra en cama incapaz de mover el menor músculo, a excepción de los ojos. A partir de esto, se vuelve particularmente atento a los más pequeños movimientos de su cuerpo y del de quienes lo rodean, para poder amplificarlos. Entre las lecciones que esta circunstancia le aportan para su propia reeducación y para el trabajo en psicoterapia se encuentra la atención a los elementos relacionales más que al discurso verbal.

Lleva a cabo estudios de medicina. Sus primeros contactos con la hipnosis tendrán lugar en la Universidad de Wisconsin donde el doctor Clark L. Hull acude a hacer una demostración. Queda fascinado y comienza a practicar con todo el que se lo permita.

En 1952, por razones de salud traslada su residencia a Phoenix, Arizona. En 1953, Jay Haley y John Weakland, comenzarán sus visitas semanales a Phoenix, dentro de su investigación sobre las paradojas en la comunicación. Erickson consideraba que un cambio es un cambio, y la terapia es sólo un aprendizaje como los otros. Erickson ha sido considerado como el más importante especialista mundial en hipnosis médica y a su Terapia Estratégica como una extensión lógica de la técnica hipnótica.

La hipnosis según Erickson, es un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas que facilita y promueve el contacto con los recursos naturales que cada individuo posee, para prevenir o enfrentar y resolver situaciones problemáticas en la vida cotidiana (González, 2004).

Pacheco (1999 citado por González, 2004) reporta la utilización de los siguientes criterios para analizar el enfoque psicoterapéutico ericksoniano: el cambio terapéutico, hay que producir un cambio pequeño para producir un efecto; la orientación temporal de la terapia ericksoniana está ubicada en el presente y dirigida hacia el futuro; las teorías acerca de las personas son innecesarias; en cuanto a los objetivos de la terapia no se partía de un concepto o anomalía, la terapia era pragmática orientada a metas alcanzables y susceptibles de ser evaluadas por el cliente y por el terapeuta; respecto a la duración de la terapia esta es breve en cuanto al número de horas invertidas en el tratamiento, generalmente un período de menos de 20 sesiones; la relación terapéutica con el cliente se entiende como una relación de influencia en el comportamiento de éste; el papel del cliente en este enfoque es activo, través de sugerencias indirectas se busca que se manifieste la individualidad del sujeto; se concibe a la resistencia como una expresión de la individualidad del paciente y se utiliza esta individualidad para ayudar al cliente a rodear sus limitaciones aprendidas; el enfoque ericksoniano se caracteriza por emplear técnicas en la sesión (trance hipnótico formal) y fuera de ésta; alguna de las técnicas para ser efectuadas entre las sesiones de terapia son las tareas paradójicas, las tareas para construir habilidades, las tareas de función ambigua y por último se considera que esta es una terapia que busca alcanzar metas co-construidas por el cliente y el terapeuta.

Jeffrey Zeig citado por Wittezaelle y García (1994) destaca algunos puntos sobre los que Erickson insistía constantemente en sus supervisiones:

No tener ideas preconcebidas sobre el paciente. Observación minuciosa y ausencia de toda clasificación de éste. ¿Cuál es la situación que los hace sufrir hoy? ¿Cómo ven las cosas para impedirse a sí mismos encontrar una solución? ¿A dónde quieren llegar?

Pretender un cambio progresivo. Para llevar a cabo esto es necesario aclarar la situación, no dispersarse en todos los detalles de la problemática para luego poder delimitar un objetivo. Cuando el terapeuta ha definido un problema central, podrá iniciar un cambio, dar un primer impulso.

Establecer el contacto con el paciente en su propio terreno. Desarrollar la escucha, resistir a las interpretaciones, son las claves de una real comprensión de las particularidades idiosincrásicas de los pacientes. Para Erickson hablar el lenguaje del

paciente tiene que ver con el sistema de valores, el marco verbal en que la persona presenta su problema, a la imagen que tiene de sí misma.

Crear situaciones en las que las personas puedan darse cuenta de su propia capacidad para modificar su manera de pensar. Erickson veía como una ventaja sobre los otros el haber tenido polio y haber estado completamente paralizado. Él podía encontrar capacidades donde otros veían limitaciones. Todo acontecimiento es fuente de esperanza y revela unas posibilidades. En esta búsqueda de lo “posible” cobra sentido este punto.

Gregory Bateson

Este investigador es considerado como uno de los fundadores más importantes del campo de la terapia familiar (Sánchez, 2000; Vargas, 2004). Gregory Bateson tuvo varias facetas, como antropólogo investigó la estructura social de las tribus de las islas de Bali y Nueva Zelanda. Fue uno de los primeros en estudiar la teoría de los sistemas y la cibernética, tenía estudios filosóficos y debatía la filosofía de personajes como Bertrand Russell y Whitehead. Intercambiaba experiencias y conocimientos con personalidades de la psiquiatría como Kurt Lewin y Harry Stack Sullivan.

Un momento importante en los estudios sobre la Teoría de la comunicación fue cuando en 1952, Bateson obtuvo fondos de la Fundación Rockefeller para continuar con sus investigaciones en este campo junto con Haley y Weakland (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Hoffman (2004) plantea que Bateson encabezaba un notable proyecto de investigación que intentaba clasificar la comunicación por niveles: niveles de significado, de tipo lógico y de aprendizaje. Entre otros campos de interés el grupo contemplaba las pautas de la transacción esquizofrénica. Los miembros del grupo se preguntaban si estas pautas surgirían de una incapacidad de discriminar entre niveles del tipo lógico: por ejemplo entre lo literal y lo metafórico.

Bateson se plantea la hipótesis de que una persona con este tipo de dificultad podría “aprender a aprender”.

Uno de los trabajos del equipo de Bateson fue en 1956, el artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia”. En este artículo se plantean los requisitos para que la confusión de niveles se dé en forma tóxica o patógena:

1. Una orden negativa primaria
2. Una orden negativa secundaria a otro nivel que entra en conflicto con el primero.
3. Una orden que prohíbe todo comentario (generalmente, claves no verbales, que refuerzan reglas que ya no es necesario explicitar) y otra que prohíbe a la persona abandonar el campo.
4. Una situación que parece de importancia para sobrevivir, por lo que es vital que la persona discrimine correctamente entre los mensajes.

Una vez establecida una pauta de comunicación que contenga estos elementos, sólo se necesita un pequeño recordatorio de la secuencia original para producir una reacción de pánico o de ira.

En síntesis podemos decir que el trabajo de estos dos estudiosos ha sentado las bases para el desarrollo de la mayor parte de los modelos que constituye la terapia familiar.

Volviendo al Modelo Estratégico, Hoffman (2004) considera a Haley como el primero en acuñar el término “estratégico” para referirse a cualquier terapia en que el terapeuta diseña las intervenciones para cada problema.

Haley (1983) afirma que la terapia estratégica más que ser un enfoque particular es un conjunto de terapias que tienen como común denominador el hecho de que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. Es decir, éste inicia lo que ocurre durante la terapia y diseña un enfoque particular para cada problema. La tarea del terapeuta reside en programar una intervención en la situación social en la que se encuentra el cliente (Madanés, 2001).

Ideas y conceptos que sustentan el Modelo

Madanés, que junto con Haley, es considerada una de las principales exponentes de la terapia Estratégica (Galicia Moyedo, 2004; Ochoa de Alda, 1995; Sánchez y Gutiérrez,

2000), asevera que el interés de este enfoque consiste en ayudar a los clientes a sobrellevar las crisis que les plantea las diferentes etapas del ciclo vital de la familia. Se pone especial atención al momento en que los hijos comienzan a dejar el hogar y las patologías que generalmente surgen: esquizofrenia, delincuencia, drogadicción.

Un problema se define como un tipo de conducta que está inserta en una secuencia de actos entre varias personas. Los síntomas son concebidos como contratos entre las personas y por lo tanto adaptados a las relaciones que ellos mantienen.

La terapia Estratégica hace una diferencia entre identificar un problema llevado a la terapia y crear un problema a partir de un diagnóstico o una caracterización de los pacientes. Este modelo, por el contrario, apuesta a definir los problemas de tal manera que sean solucionables. Otra de las características de la terapia estratégica es su inclinación a tomar en cuenta para el tratamiento a la red más amplia de la familia, como pueden ser otros profesionales que la atienden (Madanés, 2001).

En un recuento que hace O'Hanlon (1993) de las diferentes sistematizaciones que se han hecho sobre el trabajo de Erickson, enumera las elaboradas por Haley durante más de una década y señala que su artículo *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected Paper of Milton Erickson*, constituyó el primer esfuerzo por compilar los principales artículos escritos por Erickson sobre hipnosis y terapia.

En el estudio del trabajo de Erickson, Haley (1963, 1983) insiste en las semejanzas que se observan entre la relación del hipnotizador y sujeto y el terapeuta y paciente. Según Haley, Milton Ericson redefinió el trance hipnótico como un concepto que se aplica a un tipo especial de intercambio entre dos personas, más que al estado de una de ellas. Es decir, en lugar de considerar a la hipnosis como un ritual se la concibe como una forma de comunicación entre la gente. De esta manera señala que entre las cosas que tienen en común el enfoque de hipnosis de Erickson y un proceso terapéutico, se encuentra el hecho de que buscan modificar la conducta, la respuesta sensorial y la conciencia de otra persona, así como expandir los alcances de la experiencia, al proveer a los clientes de nuevas maneras de pensar, sentir y comportarse.

Entre otras similitudes que señala Haley, relacionadas con el tipo de comunicación, se encuentra el hecho de que ambas se basan en relaciones voluntarias;

tanto el sujeto hipnótico como el paciente se resisten a menudo a las directivas que se les ofrecen. Un aspecto esencial tanto en la hipnosis como en la terapia es la necesidad de motivar a la persona para que siga las directivas y se comprometa a combatir a la resistencia cuando ésta surja, en este sentido ambas requieren persuasión. En la hipnosis se identifican dos tipos de resistencia: el no ser suficientemente cooperativo, y el serlo en exceso. Un problema común en la hipnosis y en la terapia es cómo lograr que el paciente o el sujeto sigan directivas y al mismo tiempo alcancen autonomía que los lleve a tomar sus propias decisiones.

Otra influencia relevante en la creación de este Modelo es la Teoría del doble vínculo, esta teoría aislaba una unidad que comprendía dos comunicadores en este sentido, en el análisis que Haley hace de las ideas de Bateson desarrolladas en un periodo de diez años, compara la interpretación de las ideas de la doble atadura con la suya propia. No obstante mientras que el modelo de Bateson plantea que el esquizofrénico se comporta como si esperara ser castigado cada vez que indica que tiene razón en su visión del contexto de su propio mensaje, Haley cuestiona esta suposición explícita acerca de la motivación interna e intenta pasar de un nivel individual a un nivel de sistema cuando plantea que la única respuesta a los mensajes que entran en conflicto en distintos niveles es más mensajes en distintos niveles.

Hoffman, (2004) apunta que para Haley, la única respuesta de las personas así atrapadas es volverse extraordinariamente sensibles a permitir que su conducta sea gobernada por otros. La descalificación de los significados es una táctica que una persona puede emplear para controlar el comportamiento de otra. Esto se convierte en un arma de doble filo. Se da una lucha en la familia por controlar la gama de comportamientos entre sí. La lucha por el predominio no existe sólo en el nivel de la regla particular sino también en el metanivel.

Haley (1983) dice que la conducta de los individuos en una familia se explica a partir de una concepción cibernética. La convivencia cotidiana impone el establecimiento de límites entre los miembros de la familia y, a su vez, cada uno funciona como regulador de los demás y esto mantiene el sistema, de tal manera que cuanto más intentos individuales se hacen de cambiar el sistema, mayor es la actividad de los procesos que lo mantienen inmodificado.

Aludiendo a la Teoría de la Comunicación, antes revisada, este autor postula que nadie escapa a la necesidad de definir la relación o mantener el control en la interacción que mantiene con los otros que lo rodean.

Galicia (2004) identifica algunos postulados que caracterizan a la terapia estratégica de Haley.

- Al igual que Erickson, Haley propone no hablar de síntomas, estados mentales o anímicos generales, sino de comportamientos y relaciones, estas relaciones abarcan además de la familia, a los profesionales e instituciones con los que tiene contacto el paciente.
- Analiza a la familia como una organización social que debe ser vista en términos jerárquicos. La familia como organización en la que existen jerarquías y se elaboran reglas sobre quiénes tienen más poder y estatus, así como quiénes juegan los niveles secundarios.
- Sustituye del término de doble vínculo por el de paradoja que le permite hacerlo extensivo también a las organizaciones y que propicia una mayor claridad y precisión explicativa al describir niveles antagónicos de comunicación, a la vez que posibilita una forma de intervención en la que se evitan o disminuyen las connotaciones negativas para el cliente.

Una de las metas de Madanes y Haley es resolver el problema propiciando que la relación de poder que se establece entre los involucrados en el problema sea la adecuada.

Cuando en una organización social se establecen frecuentemente coaliciones secretas entre distintos niveles jerárquicos, esta organización está en peligro. Los problemas son resultado de un esfuerzo de la familia para esclarecer o elaborar las posiciones dentro de la jerarquía familiar, en función de esto el terapeuta busca ayudar a establecer una jerarquía bien definida.

Tabla 4. Técnicas del Modelo Estratégico

Nombre de la técnica	Descripción	Objetivo
<p>Entrevista</p> <p>Etapa social</p> <p>Etapa de planteamiento del problema</p> <p>Etapa de interacción</p> <p>Definición de los cambios deseados</p>	<p>Participan todos los miembros de la familia en la presentación ante el terapeuta, éste debe indagar quien vive en el hogar, cuál es el estado de ánimo con el que viene la familia y cómo se relacionan entre si los diferentes miembros.</p> <p>El terapeuta contextualiza las razones por las que convoca a toda la familia, considera la opinión de cada uno respecto al problema, pone atención a la forma diferenciada en la que debe utilizar el lenguaje con cada uno de los miembros de la familia.</p> <p>Promueve el dialogo o discusiones entre los miembros de la familia. En las conversaciones entre dos personas que no se ponen de acuerdo o que han llegado a un punto difícil podrá pedir a un tercero que los ayude. El terapeuta prioriza la acción a las palabras como fuente de información.</p> <p>Establece un contrato lo suficientemente claro para la familia, obtiene una definición por parte de la familia del problema a resolver y a su vez el terapeuta lo plantea en términos resolubles para ésta, es decir el terapeuta negocia con la familia el problema en términos operacionales.</p>	<p>Conocer la problemática de la familia, quiénes la conforman y cómo se relacionan entre si sus miembros.</p> <p>Entender el problema en el contexto de la dinámica familiar</p> <p>Propiciar la interacción entre la familia, observar la organización de la misma.</p> <p>Obtener del grupo una formulación clara de los cambios que quieren alcanzar en la terapia.</p>
<p>Reformulación del problema.</p> <p>Tareas directas</p> <p>Tareas indirectas o paradójicas</p>	<p>Plantea una estructura de funcionamiento defectuosa.</p> <p>Acciones sugeridas por el terapeuta con el propósito de que sean cumplidas por los pacientes.</p> <p>Acciones sugeridas por el terapeuta con el propósito de que no sean cumplidas por los pacientes.</p>	<p>Diseñar un plan de tratamiento, crear un problema resoluble.</p> <p>Propiciar que los pacientes dejen de hacer ciertas cosas o las hagan de manera diferente.</p> <p>Propiciar el cambio no obstante la actitud contradictoria de los pacientes entre pedir ayuda y rechazarla al mismo tiempo.</p>

Consideraciones finales

Me parece que este modelo es totalmente pragmático y por lo tanto es ideal para resolver problemas muy concretos y que puedan ser muy bien definidos. En este sentido puede ser útil tanto en tiempo como en recursos económicos. Otro de los aciertos del modelo lo constituye su visión inclusiva de los otros sistemas que rodean al paciente identificado, consecuente con su visión de que los problemas son construidos en las relaciones que las personas tienen.

También es fundamental la consideración del tema del poder en la familia y sobre todo en la relación de pareja, toda vez que está más presente en las relaciones humanas de lo que podemos reconocerlo y es un factor que, me parece determina unas formas de convivencia que puede generar dificultades entre las personas.

La influencia tan cercana de Milton Erickson le da un toque de ligereza en el sentido más amplio del término en tanto fresca y (aparente) sencillez. Siempre me ha sorprendido Milton Erickson por esa especie de magia y al mismo tiempo de sentido común que tenían sus intervenciones. Esto mismo puede convertirse en la otra cara de la moneda y que se tome muy a la ligera en el sentido más limitado del término y se pretenda hacer terapia pretendiendo aplicar únicamente las técnicas por sí mismas. Creo que no siempre se pueden identificar de manera tan sencillas las pautas de interacción, generalmente las situaciones pueden ser un poco más complejas. Pienso en casos de violencia, en casos de sojuzgamiento de unas personas por otras, el tratamiento de los adolescentes problemáticos, me parece que si bien es necesario poner límites también puede caer en el riesgo de ser muy rígido y no considerar otros factores que están presentes en la situación desde las dificultades propias de los adolescentes hasta hacer de lado realmente el papel que juega el estilo de los padres por interesarse en las cosas de sus hijos.

C. Modelo de Terapias Breves

Antecedentes del modelo

Espinosa (2004) identifica en el marco de los inicios de la terapia breve, dos enfoques principales: el encauzado a problemas y el orientado a soluciones. Esta autora señala que los principales antecedentes del modelo se encuentran en el pensamiento constructivista, los trabajos de Milton Erickson y los de Gregory Bateson.

Por su parte Sánchez y Gutiérrez (2000) considera que no podría conjuntarse un grupo con tanta experiencia y conocimientos como el formado en Palo Alto, en el Mental Research Institute (MRI) al que pertenecieron personalidades de la terapia familiar como Don D. Jackson, Gregory Bateson, William F. Fry, Jay Haley, Robert E. Kanton, Jules Riskin, Virginia Satir, Paul Waltzlawick y John H. Weakland.

Si bien el modelo de terapia breve es muy cercano al MRI que fue fundado en 1958 por Don D. Jackson no es hasta 1966, que Richard Fisch inicia el proyecto de terapia breve (Cade y O'Hanlon, 1995).

Ideas y conceptos que sustentan el modelo.

Watzlawick, Beavin, Weakland y Fish (1989) plantean que cuanto más cambia algo, más permanece lo mismo. La dificultad no radica en estudiar el concepto como tal sino en qué circunstancias se le estudia y el punto de vista que debe prevalecer en ese caso particular.

Los autores pretenden no sólo dar respuesta a estas interrogantes sino un estudio más general de estos procesos y para ello se apoyan de dos teorías abstractas y generales al campo de la lógica matemática, únicamente con el fin de ejemplificar el estudio de ambos conceptos mediante analogías: se trata de la Teoría de grupos que surge en la primera parte del S. XIX. El término fue introducido por el matemático francés Galois y utilizado por otros teóricos en el desarrollo de dicha teoría como rama importante de las matemáticas. La teoría de grupos plantea que los cambios particulares, no ocasionan diferencia en el grupo por lo que se demuestra la interdependencia entre persistencia y cambio. No obstante esta teoría no proporciona un modelo que explique los cambios que trascienden en un determinado sistema, por lo que se apeló a la Teoría de los tipos lógicos en la que se parte del mismo principio que en la teoría de grupos, está compuesto de miembros, estos pueden ser diferentes en tanto posean un común denominador, pero la totalidad ya no se designa grupo sino clases. Cualquier cosa que abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma. Esto enfrenta a los investigadores con el nivel jerárquico o nivel lógico inmediato superior, y donde es muy frecuente confundir entre miembros y clase y el hecho de que una clase no puede ser un miembro de sí misma.

Ambas teorías explican dos tipos de cambio, el que tiene lugar dentro del sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia al sistema mismo. Los autores proponen que al primero se le denomine *cambio 1* (Teoría de los Grupos), el cambio 2 posee características de discontinuidad o de saltos lógicos lo que explica que los cambios aparezcan de lo más paradójicos e ilógicos.

Podemos preguntarnos ¿cómo todo esto se aplica a la interacción entre las personas y por lo tanto, a los procesos terapéuticos que buscan promover o propiciar cambios respecto a las situaciones problemáticas su vida?

Watzlawick, Beavin, Weakland y Fish (1989) hacen una distinción entre dificultades y problemas. Las primeras se refieren a un estado de cosas indeseable que, o bien puede resolverse mediante un acto de sentido común y para lo cual no se precisan capacidades especiales para resolver problemas o a una situación de la vida indeseable, pero, generalmente bastante corriente, y para la cual no existe solución conocida y que hay que saber sobrellevar, al menos durante un cierto tiempo. Al decir problemas, estos autores, se refieren a callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles, crisis, etc., creados y mantenidos al enfocar de manera equivocada las dificultades. Hay básicamente tres modos de enfocar mal las dificultades:

Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad; es preciso actuar pero no se emprende tal acción.

Intentar un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente.

Cometer un error de tipificación lógica, se intenta un cambio 1 cuando se requiere un cambio de tipo de 2 o viceversa.

En contrapartida al hablar de cambio de tipo 2 en la terapia o al aplicar el modelo, de Terapia Breve, estamos considerando los siguientes principios:

El cambio 2 es aplicado a aquello que dentro de la perspectiva del cambio1 parece constituir una solución, debido a que dentro de la perspectiva del cambio 2, tal “solución” se revela como la causa del problema que se intenta resolver,

Mientras que el cambio1 parece basarse siempre en el sentido común (así, por ejemplo, en la receta de “más de lo mismo”), el cambio 2 aparece habitualmente como extraño, inesperado y desatinado; se trata de un elemento desconcertante, paradójico del proceso de cambio.

Aplicar técnicas de cambio 2 a la “solución” significa que se aborda la situación en su “ahora y aquí”. 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 2 libera la situación de la trampa engendradora de paradojas creadas por la autorreflexividad de la solución intentada, y coloca a la situación sobre una base diferente.

Intervenciones

Fish, Weakland y Segal (1994) plantean que la terapia breve busca influir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de éste. Esto se puede conseguir de dos maneras 1) impidiendo que el cliente y quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema o 2) en los casos adecuados, cambiando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado por éste ni en la necesidad de continuar en el tratamiento.

Estos autores plantean una serie de intervenciones planificadas para que el terapeuta ponga en práctica la estrategia o impulso básico del tratamiento. Estas intervenciones pueden ser agrupadas en dos grandes categorías: las principales y las generales como se plantea en la tabla no. 5 en la siguiente página.

Tabla No. 5 Técnicas en Terapia Breve

Nombre de la técnica	Descripción	Objetivo
<p>Intervenciones principales</p> <p>El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.</p> <p>El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.</p> <p>El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.</p>	<p>Se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos traducido a un plan ajustado a las necesidades específicas del cliente.</p> <p>En esta categoría el paciente padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona. (Problemas son de funcionamiento corporal o de rendimiento físico). La estrategia global consiste en invertir el intento del paciente de superar su problema, para lo cual se le suministran unas razones y unas directrices que lo llevan a fracasar en su rendimiento. Puede explicarse al cliente que es importante, antes que nada, provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico.</p> <p>La queja aquí son estados de terror o ansiedad. Estas dolencias son también autoreferenciales: el paciente experimenta el malestar en sí mismo, no hace falta que intervenga nadie más. Lo que se requiere son directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio (o un dominio incompleto) de ella.</p> <p>Este intento pertenece a los conflictos asociados a una relación interpersonal, centrado en temas que requieren una mutua colaboración. Quién solicita la ayuda es quien piensa que la otra persona amenaza o niega la legitimidad de su posición por lo que la solución intentada ha consistido en exigir a la otra parte que lo trate como si fuese superior. Aquí de lo que se trata es de hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad o postura de debilidad, toda vez que esto no es fácil el trabajo del terapeuta consiste, además, en la venta que haga de la intervención más que establecer cuál es la acción concreta que deba realizar el cliente.</p>	<p>Utilizar los intentos básicos de solución observados en la práctica clínica</p> <p>Inducir al cliente a renunciar a sus intentos de autoacción, es decir, éste renuncia a forzarse a llevar a cabo la conducta deseada.</p> <p>Exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.</p> <p>Propiciar que el cliente aprenda a efectuar solicitudes cómodamente en un estilo no autoritario.</p>

Continúa Tabla 5.

Nombre de la técnica	Descripción	Objetivo
El intento de conseguir la sumisión a través de la libre aceptación.	Esta solución está asociada al intento de conseguir espontaneidad. Parece que esto refleja una aversión a pedirle al otro individuo algo que le disguste o que exija determinado esfuerzo o sacrificio. Pedir abiertamente lo que uno desea es considerado como dictatorial, o como una intromisión perniciosa para la integridad de la otra persona. La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.	Propiciar que el cliente haga solicitudes directas.
<p>La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.</p> <p>Intervenciones generales</p> <p>No apresurarse</p>	<p>En este tipo de problemas hay alguien que sospecha que otra persona realiza actos que ambas partes consideran equivocados: infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, deshonestidad, etc. Mediante una intervención llamada "interferencia" se reduce el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber manera de saber si realmente están las dos partes refiriéndose a los hechos en cuestión. En una sesión conjunta se pide al acusado que haga algo, pero la tarea se estructura de modo que sea imposible que el otro, pueda discriminar si se ha hecho de veras o no, y si lo que se informa al respecto es o no fiable.</p> <p>Estas intervenciones tienen mayor alcance que las intervenciones principales. Pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento y en una amplia gama de problemas y en ocasiones, son suficientes para solucionar el problema.</p> <p>Es quizá la táctica más utilizada en la solución del problema. Al cliente se le dice que no haga nada concreto y solamente se le dan instrucciones generales y vagas. La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa. Esta táctica es de utilidad porque describe al terapeuta como alguien que no pretende obligar al paciente a que cambie, por lo menos no con demasiada rapidez.</p>	<p>Romper la pauta interaccional acusado-acusador</p> <p>Provocar en el paciente una implícita necesidad de colaborar con cualquier consejo o sugerencia que formule el terapeuta.</p>

Continúa Tabla 5.

Nombre de la técnica	Descripción	Objetivo
Los peligros de una mejoría.	Hay que preguntar al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. Los autores enfatizan en que no se debe preguntar si habrá peligros. Ante la respuesta de que no hay peligros, el terapeuta puede exponer algunos posibles peligros de la mejoría. Una vez que el terapeuta ha justificado su postura de que hay verdaderos peligros en una mejoría, puede utilizarla para: ampliar la postura de “no apresurarse”; para aumentar la motivación, para presionar al paciente para que obedezca a nuevos encargos, después de que no ha cumplido uno que antes se le había formulado.	Propiciar que el paciente a tome más conciencia del lugar al que lo pueden llevar sus acciones anteriores.
Un cambio de dirección.	El terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. Es necesario el cambio de dirección cuando el terapeuta, de modo no deliberado, comienza a discutir con el cliente, y no se da cuenta de este fenómeno. Esto se refleja cuando el cliente insiste en subestimar o rechazar el camino que le sugiere el terapeuta; al mismo tiempo es posible que éste se sienta frustrado por el cliente. También se utiliza cuando el cliente accede a la indicación del terapeuta pero que poco después se muestra como no productivo.	
Cómo empeorar el problema.	En las ocasiones en que el cliente ya se ha resistido a las anteriores sugerencias, o se ha mostrado reacio a probar algo nuevo suele causar mayor impacto si se ofrece una sugerencia para que las cosas empeoren. Ya no se le dice al paciente que hacer de manera explícita sino implícitamente. El hecho de sugerir concretamente en qué forma puede lograrse que el problema empeore.	

Consideraciones finales

Evidentemente este es un modelo totalmente pragmático, en la medida que busca soluciones a dificultades muy específicas de las personas. Entre las ventajas que le veo se encuentran: tratamientos ágiles que pueden ser de 4 o 5 meses con sesiones quincenales; costos bajos para los clientes; una mayor cantidad de personas que accedan a estos servicios, etc. En cuanto a las limitaciones podría decir que para las personas que no tengan un problema específico que resolver puede resultar un tanto frustrante e ineficaz; los alcances que tiene ante problemas como violencia familiar, abuso sexual, situaciones cuyas causas pueden ser muy complejas y que requieren ir reconstruyendo cosas, no son muy claros.

D. Terapia orientada a las Soluciones

Antecedentes

De O'Hanlon y Weiner (1990) retomamos un recuento de la manera en que evoluciona la Terapia centrada en Soluciones, ellos identifican una tendencia de pensamiento en la década de los 60 que ponderaba la importancia de buscar soluciones e imágenes de lo que podría ser. En la psicología, Maslow propone estudiar a los individuos más sanos de la sociedad en lugar de continuar con la atención en la naturaleza de la patología.

Había una orientación tradicional que imperaba hacia el pasado, situación que cambia en los años 60 con la aparición de diversos tipos de terapias: de la conducta, la psicología del yo, la terapia de la Gestalt, la terapia familiar, etc., que enfatizan el presente, el "aquí y ahora". La orientación ahora es hacia el futuro, a ésta más que preocuparle la manera cómo surgen los problemas o cómo se mantienen, le interesa cómo se resolverán. Hay una emergencia de la intervención en donde no hay diagnósticos correctos o incorrectos, ni teorías acertadas o erróneas, sino sólo datos acerca de qué es lo que funciona o es útil en situaciones concretas.

Los autores antes citados, consideran que la terapia orientada hacia las soluciones tiene gran influencia de muchos de los principios del modelo de terapia breve del MRI. El modelo centrado en los problemas se aplica a aliviar las quejas específicas que los clientes llevan a la terapia. Se abstienen de buscar patologías subyacentes o la fuente del problema o provocar insight. Los problemas son de naturaleza interaccional más que algo que surge al interior de las personas. Este enfoque plantea que los problemas surgen ante el mal manejo de las dificultades de la vida diaria. El problema se mantiene por los intentos ineficaces de las personas por resolverlos.

Weiner, quien se formó en el BFTC, alude a que llegó un momento en que el equipo que conformaba este centro y que inició trabajando con el modelo centrado en el problema, dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja, para dedicarse a identificar lo que funcionaba a fin de ampliar estas secuencias de solución.

Por otra parte Steve de Shazer es considerado como el principal impulsor de este

modelo (Ochoa de Alda, 1995; Cade y O'Hanlon, 1993). Este autor señala que su trabajo "apunta a la idea de que entre dos casos cualesquiera, los procesos de solución son más análogos entre sí que los problemas que cada intervención intenta resolver" (de Shazer, 1995:14).

Espinosa (2004) señala como los dos principales representantes del Modelo Centrado en las Soluciones a Steve de Shazer y William O'Hanlon, quienes comparten el mismo interés por explorar y enfatizar las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones.

Ideas y conceptos que sustentan el modelo

O'Hanlon (1995) puntualiza algunas diferencias entre su enfoque y el que plantea de Shazer, empezando por el nombre, éste llama a su modelo terapia centrada en las soluciones mientras que O'Hanlon se refiere a su enfoque como terapia orientada a la solución o terapia de posibilidades. Entre algunas de las diferencias que este autor identifica se encuentra la importancia que su enfoque da a las emociones. Mientras que para la Escuela de Milwaukee esto no es importante, la terapia orientada a las soluciones encuentra que escuchar, reconocer y validar la experiencia del cliente es el principal paso para comenzar a trabajar con él. Otras diferencias tienen que ver con la tendencia del enfoque de Milwaukee a ser muy formal y plantear invariablemente ciertas preguntas siguiendo una cierta secuencia que puede devenir en una actitud ortodoxa o dogmática. Una diferencia más tiene que ver con no dar importancia al contexto político, histórico y de género en que se desarrollan los problemas.

Por su parte De Shazer (1995) considera que las quejas de los clientes son como cerraduras en puertas que se abren hacia una vida mejor, ante las situaciones difíciles las personas buscan entender que es lo que atora la cerradura, se trata de buscar una llave, una ganzúa que pueda abrir distintas cerraduras. Es decir, resulta más útil impulsar soluciones, desarrollar una visión a futuro que permita una vida más satisfactoria. Una vez que se ha creado esta visión los clientes son capaces de generar maneras espontáneas de alcanzarla.

Otra de las premisas fundamentales que sostiene este autor, es la que reza que para que una intervención sea eficaz no es necesario un conocimiento detallado de la queja. Para propiciar una solución ni siquiera es necesario elaborar con algún rigor el modo en que la queja se mantiene.

Cade y O'Hanlon (1995) recuerdan que en 1984, de Shazer y Molnar introdujeron, entre otras intervenciones, una pregunta que se iba a convertir en una tarea rutinaria en la primera sesión ¿qué es lo que sucede en su vida que quiere que siga sucediendo? Se encontró que esta intervención permitía “obtener la aquiescencia de la familia, aumentar la claridad de las metas del tratamiento, e iniciar la mejoría en el problema presentado.

Como parte de la particularidad de su enfoque O'Hanlon y Weiner (1990) plantean una serie de premisas de la terapia orientada a las soluciones que está presente en su forma de hacer terapia:

- Los prejuicios que se derivan de las expectativas del terapeuta, tanto si son negativas como positivas tienen influencia sobre el desarrollo y el resultado de la terapia.
- Las personas disponen de habilidades y recursos que les pueden ayudar a resolver sus quejas.
- Cuando se admite que el cambio es constante, nos comportamos como si éste fuera inevitable.
- El lenguaje crea realidades. El terapeuta ayuda al cliente a crear determinada realidad a partir de las preguntas y los temas en los que elige centrarse.
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- Sólo es necesario un cambio pequeño en una parte del sistema para que se reproduzca en otra parte de éste.
- Existen múltiples realidades y en ese sentido no existe una única forma “correcta” o válida de vivir la vida. Son los clientes quienes identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento.
- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos. Toda vez que el terapeuta y el cliente co-crean la realidad, si el primero cree que los cambios pueden ser rápidos esto contribuye a las expectativas de cambio del cliente.
- En lugar de pensar en términos de “correcto” o “incorrecto” se parte de que existen puntos de vista más o menos útiles. Las opiniones que las personas tienen acerca de sus problemas aumentan o disminuyen las probabilidades de solución.
- Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.

Intervenciones

O'Hanlon y Weiner (1990) resaltan que en la terapia orientada a hacia las soluciones son tres las cosas fundamentales:

- Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problemática. Se busca cambiar las acciones e interacciones que intervienen en la situación, propiciando que los clientes experimenten con otras acciones.
- Cambiar “la forma de ver” la situación percibida como problemática. Se trata de cambiar los marcos de referencia en los que se mueve el cliente con objeto de propiciar cambios en las acciones que promuevan el uso de potencialidades y recursos no utilizados
- Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.
-

Además estos autores enfatizan la idea de que los problemas que las personas quieren resolver en terapia no son cosas, sino patrones de habla, pensamiento y acción susceptibles de cambio. Proponen algunas formas de intervención en este sentido.

Tabla 6. Técnicas o Intervenciones en el Modelo de Soluciones.

Nombre de la técnica	Descripción	Objetivo
La intervención sobre el patrón de la queja	El terapeuta hace que el o los clientes introduzcan alguna pequeña modificación en el desarrollo de la queja. Se puede cambiar la frecuencia o la tasa; el tiempo de ejecución; la duración; añadir un nuevo elemento al patrón; cambiar la secuencia de elementos/eventos; descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños; unir la realización de la queja a una actividad gravosa.	Alterar el patrón de la queja para resolverla.
La intervención sobre el patrón del contexto.	El terapeuta debe solicitar descripciones de acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen más cercanas.	Utilizar en los casos en los que la intervención anterior no tiene resultado o no es aconsejable. Modificar las pautas personales o interpersonales que están alrededor de la queja. Cambiar patrones que no tienen que ver con la realización de la queja, si la queja se lleva a cabo se deja de hacer otra cosa agradable para la persona.

Continúa tabla 6.

Nombre de la técnica	Descripción	Objetivo
Inventar nombres y rótulos	Se pide al consultante dé un nombre a la situación que le preocupa o a la forma en que se puede resolver. ¿Qué nombre distinto, e inclusive gracioso podrías darle a esto que te sucede? ¿De qué manera distinta de cómo siempre los has llamado e inclusive de una manera más optimista, podrías nombrar a esto que te sucede?	Despatologizar, dar agencia personal sobre la definición del problema, definir problemas solucionables
Formular explicaciones	Se invita a los consultantes a imaginar explicaciones distintas de las que generalmente le dan a sus problemas. Ejemplo: "Estoy de acuerdo con su explicación, ahora me gustaría que consideraran por un momento esta otra explicación"; "Alguna vez se les ha ocurrido pensar que...."	Evitar explicaciones acusadoras; ayudar a buscar otras soluciones; ayudar a buscar co-responsabilidad
Re-ver el pasado	Se invita al consultante a considerar las enseñanzas y aprendizajes que le ha dejado un pasado que tal vez conciba como poco favorable. Ejemplos: De todo lo que paso ¿qué aprendiste? ¿Qué recursos que antes no tenías te dejó esa experiencia?	Concebir las experiencias negativas como malos momentos que provocan efectos positivos; se trata de resignificar el pasado; romper las experiencias de causalidad lineal entre los hechos del pasado y el presente.
Deshacer conexiones con otros problemas	Se trata de que el terapeuta se abstenga de presumir la existencia de relaciones causales entre los diversos problemas existentes. Ejemplo: "Enrique de todas las situaciones que te preocupan con cual querrías comenzar a trabajar?"	Evitar conexiones lineales entre problemas coexistentes
Sacar a relucir los recursos de los consultantes)	El terapeuta debe enfatizar reiteradamente los recursos que observa en el consultante.	Señalar la singularidad de la persona; promover la confianza en sí mismo del consultante; propiciar el reconocimiento de los recursos con los que cuenta para resolver su problema.
Compartir experiencias personales	El terapeuta comparte experiencias que puedan aportar al consultante una visión más optimista, esperanzadora, que le dé ideas creativas en la solución de sus problemas.	Normalizar la situación; empatizar; brindar esperanza.
Generar ideas creativas	Se pide al consultante que imagine todas las soluciones a su problema aún cuando le puedan parecer absurdas.	Animar al consultante a dar cabida a otras alternativas no contempladas. Se trata de invitarle a que se salga de un marco restringido que le impide colocarse en otros ángulos para ver la situación problemática.
Búsqueda de excepciones	Preguntas del terapeuta dirigidas a encontrar omisiones a las conductas, ideas, sentimientos e interacciones que están o puedan estar asociados con el problema.	Llevar al cliente a buscar soluciones en el presente y en el pasado, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas pese a esperar que los tuvieran.

Nombre de la técnica	Descripción	Objetivo
Ampliación de los cambios	Se enfatiza el cambio por pequeño que sea y se agranda lo más posible. Ante una respuesta positiva sobre cambios deseados, se amplían los cambios mediante preguntas que llevan al cliente a seguirlos poniendo, en acción o a aplicarlos en otras áreas de su vida.	Promover la confianza en la rapidez del cambio y en los recursos del cliente para llevarlo a cabo.
Utilización del elogio	Destaca una conducta que ayuda a la desaparición del problema, lo que puede facilitar que esto pueda aplicarse a otra área de la vida del consultante	Promover la confianza en el si mismo del consultante. Proporcionar retroalimentación sobre lo que ha hecho para que lo continúe haciendo.
Encauzar el lenguaje del cliente	Intervenciones encaminadas a encauzar los significados de las palabras que utiliza el cliente en una dirección más productiva o a emplear palabras distintas. La utilización de los tiempos verbales nos puede ayudar a crear una realidad en donde el problema se queda en el pasado proyectando hacia el presente y el futuro una situación sin el problema.	Alejar a los clientes del empleo de etiquetas fijas y negativas; inducir descripciones más alentadoras y hacia descripciones de acciones, dejar en el pasado el problema.
Pregunta del milagro	Cuando no se encuentran excepciones o soluciones pasadas, se puede recurrir a las preguntas orientadas al futuro. Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema.	Llevar al cliente a suponer que en el futuro no existirá el problema, favorece que éste perciba con mayor probabilidad la solución del problema. Asimismo, el terapeuta recibe directrices e información concreta para ayudar al cliente a solucionar su problema.
La técnica de la bola de Cristal	Existen dos versiones de esta técnica: la primera es con trance hipnótico y la segunda sin éste. La segunda versión consiste en llevar al cliente a imaginar con lujo de detalles como será su vida sin el problema que le aqueja y cuáles serán las reacciones de las personas que le rodean	Se emplea para proyectar al cliente a un futuro en el que tiene éxito: en él el motivo de queja ha desaparecido.

Consideraciones finales

De acuerdo con el espíritu de este enfoque, hablaré principalmente de los alcances que veo al Modelo. Creo éste apela a una forma muy optimista de abordar las situaciones difíciles por las que, a veces, atravesamos las personas. Que abre puertas en tanto que enfoca, en primer lugar, lo que sí podemos hacer, lo que se nos da bien de manera espontánea y, en este sentido, golpea en su centro a esa sensación de incompetencia que nos inunda, particularmente, cuando estamos atribulados por situaciones que nos preocupan. El lenguaje crea realidades; las personas conocen la solución de sus problemas, existen múltiples realidades; el problema no es el problema,

es mi relación con el problema son algunas de las premisas sobre las que se asienta este enfoque. Estas premisas, me parece, que apelan en esencia, a una aceptación y respeto total de la diferencia que hay entre las personas, y por lo tanto a una postura del terapeuta de mayor horizontalidad en relación al cliente. Esta postura conlleva por lo tanto, para el primero, un cambio en su forma de vivir la vida, una actitud epistemológica distinta de la requerida en otros modelos en donde el terapeuta se erige como experto en decir al paciente cómo resolver sus problemas. Por otra me resulta difícil hablar de limitaciones del Modelo posiblemente debido a mi falta de experiencia pensaría en la dificultad para abordar temas como la violencia, abuso sexual, etc., desde el Modelo de Soluciones. El reto para el terapeuta consiste remontar y desanudar viejas ataduras que nos llevan a una visión contraria a la que plantea el modelo y sus premisas: centrarnos en lo que no hay, etiquetar a las personas, creer que hay una única manera de hacer las cosas (la mía, por supuesto), que existe una realidad, etc.

E. Modelo de Milán

Antecedentes

Una de los enfoques que mayor impacto ha tenido en el devenir de la terapia familiar sistémica es el creado por los Asociados de Milán. Este grupo tiene su origen en el trabajo que Mara Selvini-Palazzoli, llevó a cabo con pacientes anoréxicas, desde una perspectiva psicoanalítica individual, en los años cincuenta.

Mateo Selvini (1990) apunta que de la etapa psicoanalítica del trabajo de Mara Selvini-Palazzoli no se puede dejar de mencionar, la influencia de Frieda Fromm-Reichmann y Harry Stack Sulliva. Éste último, llega a teorizar, como objeto de la moderna psicopatología, el estudio de las relaciones interpersonales y sus consecuencias en todas aquellas circunstancias en las que se producen esas relaciones. De 1965 a 1970 se encuentra la literatura sobre terapia familiar: Ackerman, Haley, Minuchin, Satir. Los Escritos de Wynne y Singer se constituyen en un puente entre la tradición ortodoxa y las nuevas ideas sobre terapia familiar.

Tomm (1984) asevera que las primeras etapas del Equipo de Milán el trabajo plasmado en la Pragmática de la comunicación fue fundamental para dar el giro hacia un

enfoque comunicacional de su práctica clínica y su labor de investigación además de que subyacen muchos de los principios de la Teoría General de los Sistemas de von Bertalanffy y los estudios acerca de la cibernética de Ashby y Wiener.

En el texto citado Carl Tomm identifica cuatro etapas o períodos por las que ha pasado este equipo de trabajo constituido, principalmente por Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata.

Una primera etapa psicoanalítica inicia en 1967, cuando Selvini-Palazzoli es invitada por Luigi Boscolo a trabajar con parejas y familias, se les unen posteriormente un grupo de colegas. Para 1971, comienzan a tener influencia del Grupo de Palo Alto e inician el abandono del enfoque psicoanalítico, se les unen Cecchin y Prata y empiezan a ver pacientes no anoréxicas y algunos casos de psicosis, en esta segunda etapa, el grupo comienza a desarrollar sus propias técnicas con un enfoque sistémico.

La tercera etapa de los Asociados de Milán está fuertemente influenciada por el trabajo de Gregory Bateson, a través de su obra *Pasos hacia una ecología de la mente*, que les permite caracterizar a los sistemas como no estáticos; a diferenciar entre niveles de significado y niveles de acción; se comienzan a ver a sí mismos observando a la familia y plantean los conceptos de hipótesis, circularidad y neutralidad.

Para 1980 el grupo se divide, por una parte se encuentra Cecchin y Boscolo quienes desarrollan nuevos métodos de entrenamiento y cuestionan, entre otras cosas, la utilidad de las nociones de normalidad y patología, así como la utilidad de replicar la misma intervención con todas las familias. Por otra parte el equipo formado por Selvini y Prata plantea nuevos métodos como lo es la prescripción invariable a partir de la teoría de Ashby quien sostiene que “Un cambio continuo en un sistema resulta en la ruptura de otros patrones repetitivos conectados al mismo punto” (Tomm, 1984).

En esta revisión que del Modelo de Milan continúa haciendo Tomm, subraya el hecho de que la mente es social y que los fenómenos mentales reflejan fenómenos sociales. Problemas mentales tienen relación con patrones de interacción social. El significado mental de cualquier conducta o evento deriva de su contexto social.

Así conceptos como: *loco* o *malo* implican patrones particulares de interacción. La epistemología tiene que ver con la forma en que conocemos o entendemos el mundo que nos rodea y la forma en que el terapeuta entiende los fenómenos mentales y a cada

familia, lo que determinará sus intervenciones. Milán utiliza una epistemología circular, por considerarla más útil.

A diferencia de la linealidad que promueve juicios morales, en la circularidad los juicios morales van hacia los patrones, no hacia las personas. Fracciona las secuencias, sin perder de vista todo el proceso. Cambia el “Es” por el “Muestra”.

La actitud del terapeuta es menos moralista, más neutral, más libre de explorar alternativas de cambio, y más creativa. El cambio tiene que ver con cambiar los patrones existentes de cambio. Llevar a la familia a descubrir nuevas alternativas de solución.

El terapeuta puede introducir cambios en el mapa de la familia alterando *directa* (provocando o introduciendo nuevos significados) o *indirectamente* (prescribiendo nuevas acciones en un ritual). El cambio en el *sistema de creencias* de la familia es un aspecto importante del proceso terapéutico.

Es más efectivo si ocurre en un nivel más profundo, a nivel epistemológico.

Ideas y conceptos que sustentan el modelo

A continuación recuperamos el ejercicio que Mackinnon (1983) hace respecto a la controversia que existe respecto a si se debe incluir a este modelo dentro de las llamadas terapias breves/estratégicas. En la siguiente tabla se esquematizan algunas de las dimensiones que esta autora considera para hacer un análisis de las semejanzas y las diferencias que existen entre los Modelos de Terapias Breves/Estratégicas y el enfoque de Equipo de Milán.

Tabla 7. Comparación entre los Modelos de Terapias Breves, Estratégico y Milán

Aspectos a considerar	Enfoques Breves/Estratégicos	Modelo de Milán
Principales Influencias	Milton Erickson y de las investigaciones del Equipo de Palo de Gregory Bateson, Watzlawick, Haley	De la corriente psicoanalítica, indirectamente Milton Erickson y fundamentalmente de los trabajos del equipo de Palo Alto de Gregory Bateson, Watzlawick, Haley
Proceso estructural	Tiene que ver con las diferencias entre Bateson y Haley respecto a cómo abordar a la familia. Haley argumenta por un modelo organizado que incluya reglas para los conocimientos y un alto nivel de reglas para quienes fueron hechas las reglas. El doble-vínculo de la comunicación, ocurría en organizaciones en las cuales la jerarquía es incongruente.	Bateson prefiere un análisis usando la teoría matemática de los juegos. Parecen pensar más en términos de continuos (homeostasis) fluctuaciones y discontinuas transformaciones. Las situaciones son vistas de manera compleja por los terapeutas, quienes entran en diversas hipótesis y puntuaciones sobre el tiempo.

Aspectos a considerar	Enfoques Breves/Estratégicos	Modelo de Milán
Reflexividad Jerarquía	Haley hace uso del concepto de jerarquía para describir las relaciones familiares. Esta noción parece sugerir que las relaciones son estáticas La lucha por el control, naturalmente se incrementa en aquellos contextos en los cuales los niveles jerárquicos en conflicto, son indefinidos y la estructura es ambigua. Haley no defiende sus ideas como sistémicas porque ellas no surgen del sistema sino de un marco de referencia organizacional.	Ven las relaciones como reflexivas, y no pone énfasis en alguien que pueda tener una mayor influencia o responsabilidad dentro del sistema que otro. Ninguno de los miembros del sistema tiene un poder unidireccional sobre el todo El individuo actúa sobre el sistema, pero al mismo tiempo es influenciado por la comunicación que recibe de él (sistema).
Naturaleza de la disfunción	Para el Modelo de terapia Breve los problemas surgen de las soluciones intentadas para resolver las dificultades, la persistencia en estas soluciones vuelven crónico el problema. Para Haley y Madanes la conducta sintomática es indicativa de una organización disfuncional en que la jerarquía es confusa. Las familias disfuncionales contienen una o más coaliciones generacionales cruzadas que confunden la jerarquía en la familia.	Aún cuando también se exploran coaliciones y alianzas éstas no son enfatizadas como los primeros factores que mantienen la conducta sintomática. La disfunción ocurre en el punto de la transformación natural cuando el sistema es incapaz de hacer el salto a una nueva manera de funcionar. Las conductas comunicacionales y las respuestas de la familia mantienen las reglas del sistema y por lo tanto las transacciones en las que la conducta sintomática es incluida.
Naturaleza del cambio	En la terapia breve el cambio ocurre alterando la solución intentada al problema. Para Haley el cambio ocurre cuando el arreglo jerárquico dentro de la familia es alterado	El cambio ocurre cuando la familia encuentra una manera que está fuera de su epistemología actual. La tarea del terapeuta es introducir nueva información en el sistema a través del proceso de la entrevista y una opinión deliberada o la prescripción del ritual al final de la sesión.
Metodología	Pragmática y directiva. Se aprecia la influencia de Erickson	Preocupación por la pureza de la teoría y la no directividad. (Es una) Teoría que enfatiza la estética y la neutralidad. Se refleja la influencia de Bateson
Estética vs. Pragmática	El MRI y la escuela de Haley reflejan una aproximación más pragmática en la terapia. Ambas escuelas generalmente tienen metas explícitas que se contrastan con los resultados que en la terapia serán evaluados.	Estética significa sensible a la pauta que conecta. Es un modelo estético en que la comprensión de las familias se basa en descubrir la pauta que conecta. Este modelo exige no tener metas específicas, ellos tienen metametas.
Neutralidad vs. Directividad	El terapeuta se preocupa por no minar el sistema parental en el proceso de la entrevista. Cuando sea posible los terapeutas del MRI y los estratégicos serán directivos al prescribir el cambio. Aun cuando estos enfoques a veces toman una posición estratégicamente complementaria respecto a la familia, ellos asumirán que la familia aceptará la directiva	Asume una posición de neutralidad y complementariedad respecto al proceso de la terapia, involucra factores externos, y responsabilidad para el cambio. El terapeuta no puede hacer juicios positivos o negativos en relación al comportamiento, se esfuerza por permanecer en un metanivel del sistema familiar. Este enfoque permanece complementario como una cosa natural y no toma una postura directiva.

Continúa tabla 7.

Aspectos a considerar	Enfoques Breves/Estratégicos	Modelo de Milán
Intervenciones del proceso se refieren a los elementos que facilitan el cambio durante el proceso de la entrevista y las Prescripciones se refieren a las intervenciones del fin de sesión	Hacen uso de las intervenciones y las prescripciones. El terapeuta puede aliarse estratégicamente con un subsistema, seguir el orden jerárquico de la familia al dirigirse a ellos; utilización de las sesiones para planear y comprometer a la familia a emprender un curso de eventos. Pueden usar el reencuadre (reframing) durante la sesión, para crear una realidad terapéutica más abordable pueden dar a la familia una explicación diferente para una conducta particular.	Se utilizan, al igual que en los enfoques breves/estratégicos, las prescripciones pero en grado y para propósitos diferentes. Boscolo y Cecchin creen que su proceso de la entrevista (cuestionamiento circular) puede activar el cambio en algunas familias. El empleo de la paradoja, la <u>prescripción invariable</u> , la connotación positiva.
Principales exponentes	Terapias breves Fish, Weakland, Watzlawick, Estratégico Haley y Madanes	Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata,

Como se aprecia en la tabla anterior, existen muchos puntos de confluencia entre los modelos Breves/Estratégicos y el del Equipo de Milán, que nos hablan de la enorme influencia que tuvo el trabajo que se llevo a cabo en Palo Alto. En el caso del Modelo de Milán, que es el que nos ocupa, observamos cómo esta influencia sirve de base para llevar a cabo nuevos desarrollos emprender nuevos caminos y dejar otros. Mackinnon (1983) señala la importancia de tener claras cuáles son las diferencias para evitar hacer generalizaciones del Modelo de Milán que, consideramos nosotros, llevan a no comprender la importancia y las aportaciones que el trabajo, desde este enfoque ha aportado a la terapia familiar. Esta Escuela cobra importancia en la medida que se encuentra en continua evolución e inclusive podemos considerar que aún cuando el trabajo del equipo original se divide, esto constituye nuevas búsquedas que enriquecen el quehacer de nuestra disciplina.

Por último se presentan en otra tabla las principales técnicas o intervenciones llevadas a cabo desde el marco del enfoque de Milán.

Tabla 8. Principales técnicas o intervenciones del Modelo de Milán

Técnicas o Intervención	Descripción	Objetivos
Prescripción en la primera sesión (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991)	Es útil especialmente en familias con niños psicóticos. Puede ser cualquier prescripción. Que, en pareciera apariencia, puede parecer inocua.	Establecer el contexto terapéutico. Obtener información, a través de la reacción de la familia, respecto a su disponibilidad y motivación al tratamiento. Delimitar un campo de observación. Estructurar y ordenar la sesión siguiente.
Connotación positiva (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991)	Se connota positivamente el síntoma y las conductas familiares alrededor del síntoma. Esto es válido tanto para el sistema como un todo como para el síntoma de la paciente, porque es imposible prescribir lo que antes se había criticado.	Poner a todos los miembros de la familia en un mismo nivel para evitar caer en alianzas o escisiones de subgrupos. Evitar trazar una línea arbitraria de demarcación entre dos caracteres funcionales de todo sistema viviente: la tendencia homeostática y la capacidad de transformación. Preparar el camino para hacer una prescripción paradójica. Posibilitar el acceso de los terapeutas al sistema.
Los rituales familiares (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991)	Son prescripciones que cambian las reglas de una familia sin dar explicaciones. Se trata de una acción o de una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. El terapeuta lo precisa, generalmente, por escrito la modalidad a la que debe responder su realización, horario, eventual ritmo de repetición, quién debe pronunciar las fórmulas verbales, con qué frecuencia.	Permitir a la familia experimentar una nueva modalidad interactiva, que no sólo bloquea las interacciones habituales, sino que en el nivel analógico constituye un aprendizaje alternativo, capaz de liberar las posibilidades latentes de evolución que siempre existen, incluso en los sistemas más claramente disfuncionales.

Continúa Tabla 8.

Técnica	Descripción	Objetivos
De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo.	Se trata de trasladar la etiqueta de enfermo que lleva el paciente identificado, a uno de los hermanos o hermanas considerados sanos por la familia. Se explica a la familia que el hijo que presenta el síntoma, fue el único que se dio cuenta de que los otros hermanos necesitaban ayuda y decidió sacrificarse para poner la atención en el problema.	Evitar criticar o inculpar a los padres. Se utiliza como táctica intermedia para minar el statu quo del sistema. Plantear el dilema o todos son "locos" o nadie es "loco"
Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos.	Se utiliza con familias en donde hay un hijo único. Es necesario considerar el timing de la familia. Los terapeutas se refieren a ellos mismos, los problemas de la relación intergeneracional familiar.	Se trata de evitar: Connotar negativamente la conducta de los padres y del hijo. La descalificación por parte de los pacientes al puntuar arbitrariamente la conducta de cualquiera de las partes. Que los hijos se adjudiquen la responsabilidad de reformar a sus padres.
Los terapeutas aceptan sin objeciones una mejora sospechosa.	Se utiliza ante mejorías súbitas e inexplicables acompañadas de una actitud de no compromiso. Los terapeutas aceptan sin objeción una mejoría o una desaparición del síntoma que no corresponde al cambio en el sistema, y toman la iniciativa enfatizando que se hace a partir de la expresión de satisfacción de la familia se insiste en la obligación de ellos por las sesiones pactadas, que se ponen a disposición de la familia en caso de ser necesario.	Conservar el control y la iniciativa de la situación, evitar negaciones y descalificaciones por parte de la familia
Cómo recuperar a los ausentes.	Se utiliza ante la ausencia de algún miembro de la familia. Se acepta las razones de los ausentes. Se elabora la conclusión de la sesión por escrito y se pide a la familia que se lea cuando estén todos sus miembros reunidos	Recuperar a aquellos miembros que han iniciado o participado de la terapia

Consideraciones finales

Me sorprende el grado de eficacia que se plantea en la solución de casos, sobre todo de anorexia. Esto significa economía de tiempo, de dinero y de sufrimiento para los pacientes. Me parece que es un Modelo que implica un cierto rigor académico y capacidad de observación a los terapeutas, para hacer una evaluación del caso y las consiguientes hipótesis de trabajo y plan de tratamiento en el menor tiempo posible.

Entonces uno de los requisitos, para que el Modelo funcione con la eficacia que es planteado en los textos, tiene que ver con las habilidades del terapeuta y del equipo de trabajo. No sé hasta qué punto estas habilidades las puede adquirir un terapeuta en la práctica privada o sea necesario un tiempo considerable de trabajo con equipo en un contexto, tal vez institucional. Creo que una de las aportaciones más importantes que no

requieren mayor cosa, no me refiero a dificultad, es el interrogatorio circular que me parece se puede aplicar en cualquier situación, independientemente del modelo con el que se trabaje.

Modelos derivados del Posmodernismo

Introducción

Podemos considerar que la perspectiva de la Teoría General de los Sistemas aplicada al campo de la psicoterapia, ha marcado un hito en la historia de la psicología debido a que aportó al campo de la terapia familiar un hilo conductor, a partir del cual cuestionar los modelos deterministas, lineales, causales que prevalecían hasta aproximadamente la década de los años 50.

En opinión de Fried y Fuks, (2002) la historia de la Terapia Familiar puede entenderse como un proceso de legitimación de una práctica clínica y científica que incorporó la ecología de las relaciones humanas y la familia, generando un dominio de estudio y desarrollo de modelos sobre comunicación, procesos interpersonales, organización y cambio familiar.

Por su parte Lax (1996) marca los cambios que diez años atrás se han dado en las ciencias sociales debido a la creciente influencia y aceptación del pensamiento posmoderno. Esta línea de pensamiento cuestiona mucha de las ideas aceptadas respecto a la teoría y la práctica de la psicoterapia, particularmente de la terapia familiar.

Goolishian y Winderman (1989) señalan que algunos de los principios que guían la psicoterapia desde la perspectiva construccionista son:

Orientación hacia una definición colaborativa de problemas, que se inicia con la intersección de dos campos fenomenológicos:

Desde la posición del terapeuta, nuestra curiosidad acerca de la gente en quienes estamos interesados;

Desde la posición del cliente, es su inquietud o motivo de alarma de la percepción de su experiencia, tanto cognitiva como conductual, lo que origina la interacción entre individuos que están ligados por este motivo de preocupación.

El proceso terapéutico inicia con la exploración de la experiencia de desacuerdo antagónico a partir del mundo lingüístico de cada individuo. Más que una recolección de

datos se trata de establecer un compromiso con la conversación que propiciará que la red de significados comunicacionales, que articula el Sistema Determinado por un problema se enriquezca y se altere, precisamente por el compromiso en la conversación terapéutica. El terapeuta es un miembro del sistema Determinado por un Problema y, como tal, participa en la cocreación del campo lingüístico en el que la terapia tendrá lugar.

La responsabilidad del terapeuta es focalizar la creación de un espacio conversacional en el que los clientes y el terapeuta puedan conversar. Este espacio es el contexto en el que el terapeuta y el cliente se comprometen en un diálogo, de manera que sean respetados y valorados los múltiples puntos de vista comprendidos en el Sistema Determinado por un Problema. El terapeuta no es un oyente pasivo, ni un participante activo. La habilidad del terapeuta reside en su afinada sensibilidad hacia el lenguaje, y la capacidad de hacer preguntas que abran la conversación a la elaboración de nuevos significados y conexiones comunicacionales (Goolishian y Winderman, 1989).

F. Equipo Reflexivo

Antecedentes

Para entender a que se refiere el término Equipo Reflexivo es necesario remitirnos a su vez a la idea de *procesos reflectores* que para Andersen (1995) implican alcanzar un equilibrio a través de la discusión de las ideas de terapeutas y pacientes, en el contexto de la psicoterapia, o de cualquier tipo de controversia ubicándose en el marco de *ambos-y*, esto significa buscar alternativas entre opiniones o posturas opuestas.

Sánchez y Gutiérrez (2000) apunta que los Equipos de Reflexión fueron creados por la Escuela de Milán y difundidos a través del Instituto Ackerman de Nueva York, el Instituto de la Familia de Galveston, Texas y Tom Andersen en Noruega, quien los divulgó de manera más amplia. Los principios básicos de este modelo fueron establecidos por Selvini-Palazzoli, Bóscolo, Cecchin y Prata; aunque Andersen les da un matiz de posmodernidad, donde la hipotetización y dirección quedan fuera del equipo de Milán.

En su texto sobre el Equipo Reflexivo Andersen (1994) hace un recuento de la manera en que llegó a esta forma de abordar la atención a las familias. Entre los proyectos en los que trabajaba se encontraba el de la participación de su grupo en un Programa educativo de dos años, en Terapia Familiar de orientación sistémica. Aunado esto a la experiencia de organizar servicios psiquiátricos externos en estrecha cooperación con los servicios de *primera línea* les dejó a los participantes la idea de que

en el pensamiento “sistémico” era necesario que se incluyeran ellos mismos y la relación que establecían con los otros profesionales. Esta experiencia les permitió entrar en contacto con algunos de los más importantes representantes de la terapia familiar como Luigi Bóscolo, Gianfranco Cecchin, Lynn Hoffman, Phillippa Seligman y Brian Cade lo que le permite tomar distancia de los enfoques estructurales y estratégicos que habían sido los primeros acercamientos al pensamiento sistémico (Andersen, 1994).

En este sentido el contacto con el Grupo de Milán, y el trabajo del Instituto Ackerman los lleva a tomar mayor conciencia de la importancia de prestar mucha atención a las preguntas que formulaban y la forma en que el terapeuta trabajaba con el equipo detrás de la cámara y a considerar a la sesión terapéutica como un proceso cuyo objetivo es mover, a su vez, un proceso estancado. De estas reflexiones surgió la idea de que los consultantes observaran la forma de trabajo del equipo respecto a lo que ellos llevaban a la sesión. La forma como Andersen puso en acción esta idea, fue utilizando el sistema de sonido e iluminando el espacio en donde se encontraba el equipo observador lo que permitía que la familia y el entrevistador vieran al equipo y escucharan las reflexiones que sobre ellos hacían. Se trataba, de alguna manera, de invertir el trabajo que hacían al permitir que las familias observaran y escucharan al equipo en su labor de comentar lo que sucedía en la sesión.

Esta innovación llevó al equipo a experimentar en sí mismos, el concepto de *la diferencia que hace la diferencia* de Bateson, y a cuestionar sus conceptos básicos y encontrar otros nuevos, que se tradujeran en práctica clínica.

Andersen (1994) enumera algunas de las conclusiones a las que llegaron:

- El terapeuta dejaba de ser único responsable del proceso terapéutico.
- El cambio de luces propicia al equipo y al terapeuta mayor libertad para pensar y reflexionar en cómo sus propios conceptos les afectaban.
- Se cuestionan el papel que las hipótesis tienen y la forma en que éstas condicionan lo que encuentran y la distancia que pueden imponer en la relación terapeuta-consultante.

Tiempo después, se darán cuenta de que con el cambio de luces, cambiaban mucho de su práctica anterior y la comprensión de qué era lo mejor que podían hacer en la terapia.

Ideas y conceptos que sustentan el modelo

Las aportaciones de Tom Andersen a la idea del Equipo Reflexivo han abrevado, entre otras cosas, de las lecturas que hace de Bateson, respecto a la diferencia que hace la diferencia. Andersen (1994) plantea que vemos las cosas como algo en sí mismas. Establecemos diferencias entre una cosa y su entorno, la relación que establecemos con éste se hace en base a diferencias que se pueden tocar, oler, oír, ver, etc. Definir algo como distinto del entorno es lo que Bateson llama *establecer una diferencia*, Andersen señala que un ejemplo de lo anterior se puede apreciar en el trabajo de la fisioterapeuta Bülow quien atiende a personas que sufren tensión muscular. Andersen (1994) identificó tres tipos de diferencias respecto a la estimulación muscular que ella aplicaba con sus manos y la respuesta respiratoria por parte de los pacientes, observaba que una estimulación muy fuerte provocaba una detención en la respuesta respiratoria, otra muy débil no provocaba nada y una tercera que era la apropiadamente diferente. De aquí retoma la metáfora de lo que sucede en la conversación y la importancia de la idea lo inusual en las conversaciones.

Otra de las bases de los procesos reflectores tiene que ver con el concepto de círculo Hermenéutico que plantea que todos vivimos nuestras vidas de acuerdo al marco vital que nos ha estructurado en el pasado y la constante búsqueda de significados respecto a nuestra forma de entendernos y entender todo lo que nos rodea. Lo que entendemos tiene que ver con lo que vemos y escuchamos y lo que vemos y escuchamos con lo que nos es significativo. Para aprehender el significado de lo que sucede tenemos que simplificar y para esto tenemos que seleccionar lo que vamos a ver y oír y también lo que no vamos a ver ni oír (Wachthausser, 1986; Warnecke, 1987 citados por Andersen, 1995). En este sentido una forma de trascender los falsos dilemas que implican definir cuestiones cómo quien tiene la verdad o cuáles significados son mejores o peores se encuentra en lo que Andersen (1995) llama *procesos reflectores*.

Los procesos reflectores abren el espacio para conversar sobre temas significativos para las personas y tener el espacio para escuchar hablar a otros sobre esos temas, toda vez que esta elección influye sobre los significados que se llegan a encontrar.

En lo referente al proceso de entender como las personas construyen el saber acerca de los problemas que les preocupan están presentes cuatro niveles: el relacionado con cuál es el problema que tiene que entenderse; cuáles son las diferentes descripciones del problema y las diferentes distinciones; cuáles son las palabras que se

eligen para hacer las descripciones y, por último cómo influye la comunidad de pertenencia de quien habla (Andersen, 1996).

Tipo de Intervenciones

- Una de las características de este modelo es propiciar el espacio de reflexión para que surjan diversas visiones en torno a un tema por lo que no podemos hablar de técnicas, no obstante para respetar el orden de este reporte, aquí se referirá “la forma de trabajo”, así como a la forma de “hacer preguntas” y la “postura del terapeuta” que para Andersen y su equipo son la clave del proceso terapéutico.
- Una de las interrogantes de las que parte el Equipo Reflexivo es ¿cómo puede haber una conversación significativa entre el sistema fijo y nosotros? (Andersen, 1994).

A partir de este cuestionamiento, se habla de diferentes conversaciones que se han dado hasta el momento alrededor del problema, y la discusión se da en torno a qué otras conversaciones serán de utilidad, con quiénes, sobre qué temas, de qué manera y cuándo. Un ejemplo del tipo de preguntas se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 9. Tipo de preguntas en torno al Equipo Reflexivo

Tipo de preguntas	Descripción y ejemplos	Objetivo
Preguntas iniciales	Preguntas con las que entra el entrevistador y el equipo: ¿Por qué los presentes están interesados en esta reunión? ¿De quién fue la idea de esta reunión? ¿Con quién habló antes esa persona sobre esta idea? ¿Cuál fue la segunda persona con la que habló? ¿A quién se le informó a continuación? ¿A quién le gustó la idea? ¿Quién tuvo reservas? ¿Hubo alguien en contra? ¿A quién de entre los presentes le gustó más la idea? ¿Quién tuvo más dudas? Si la persona que hizo la sugerencia de la reunión no hubiera hecho, ¿alguien más la hubiera hecho? ¿Quién?	Conocer a las personas que plantearon dudas respecto de este encuentro y que se pueden considerar como las que quieren conservar el sistema.
Preguntas específicas	Preguntas formuladas a las personas más involucradas en el proceso. ¿De qué manera le gustaría utilizar este encuentro? ¿Qué tema o temas le gustaría discutir en este encuentro	Conocer la forma en que las personas quieren disponer del espacio o el tiempo de la terapia y de los temas que quieren tratar.
Preguntas dirigidas	Preguntas dirigidas a las personas que perciben la entrevista poco usual. ¿Estos son el momento y el lugar adecuado para discutir este tema? ¿Quién puede hablar con quién sobre qué temas aquí y ahora? ¿Cuáles son los temas que los que están presentes quieren tocar? ¿Cuáles son las formas permitidas para estar conversaciones? ¿Todos tienen que estar presentes? ¿Alguien debería hablar y otros escuchar? ¿Alguien debería ubicarse detrás del espejo por un rato y después delante mientras otros se ponen detrás? ¿Alguien debería ocupar otro lugar mientras los demás hablan aquí?	Tomar en cuenta las necesidades, intereses y preocupaciones de las personas que asisten a la consulta, relacionadas con el proceso terapéutico, las personas que deben participar, los temas que se deben o no incluir.

Continuación Tabla 9.

Tipo de preguntas	Descripción y ejemplos	Objetivo
Preguntas poco usuales	¿Que vio usted? ¿Qué experimentó usted?	Obtener la descripción de los diferentes actores del sistema estancado para diferenciarlas de las explicaciones y conocer los diferentes puntos de vista.
Preguntas sobre descripciones	<p>En comparación con...</p> <p>¿Cómo está ahora comparado con entonces? ¿a quién le gustó más? ¿Quién estaba más preocupado? ¿Quién hizo qué?</p> <p>En relación con:</p> <p>¿Cuáles fueron las circunstancias? ¿Quién participó? ¿Quién no participo?</p> <p>Diferente de:</p> <p>¿Cuándo comenzó? ¿Cuándo empeoró? ¿Cuándo disminuyó?</p>	Facilitar descripciones dobles debido a que le dan perspectiva a un fenómeno.
Preguntas para sonsacar explicaciones	¿Cómo puede explicar eso? ¿Cómo puede entenderse? ¿Cómo pudo haber ocurrido en ese momento?	Generar curiosidad cuestionadora, fomentar la búsqueda de respuestas, hacer preguntas que hagan la diferencia.
Preguntas sobre las distintas conversaciones	¿Quién habló con quién sobre qué tema y qué significan las soluciones del problema? ¿Hasta qué punto los significados son compatibles? ¿Quiénes pueden en este momento hablar entre sí sobre estos temas? ¿Quiénes no pueden hacerlo? ¿Cómo puede explicarse?	Propiciar descripciones dobles o múltiples debido a que son útiles para salir de una situación difícil.
Preguntas sobre el futuro	Que exploran posibilidad de cambio; introducción de dilemas; podrían también ser tan provocativas que no sirvieran como perturbaciones útiles: ¿Si cambiara la secuencia tal o cual, qué ocurriría? ¿Si él o ella tuvieran que irse por un tiempo, quién actuaría igual? Etc.	Generar descripciones y explicaciones alternativas.

Una vez que los entrevistados comienzan a contestar las preguntas del entrevistador se abren diversos caminos, el entrevistador elige solamente una “incitación” a la vez, es decir intenta trabajar sobre un sólo tema, sobre una idea, un pensamiento elegido por la familia. Una regla importante para llevar a cabo esta elección consiste en no seguir una “apertura” que para el propio entrevistador considere desagradable, toda vez que éste y cada uno de los miembros del equipo, representan organizaciones que deben tener la posibilidad de preservarse a sí mismas. La apertura elegida puede ser una que provoque curiosidad. (Cecchin, 1987 citado por Andersen, 1994).

Entre las preguntas que crean una mayor cantidad de nuevas aperturas se encuentran aquellas que son adecuadamente poco usuales o adecuadamente inusuales,

podemos detectarlas por el cambio en la posición del cuerpo, o pasar de una aparente tranquilidad a una leve intranquilidad.

Andersen (1994) considera a su equipo de trabajo como representantes de los últimos profesionales que entran en escena, y que puede ser desde uno hasta cuatro. Existe la posibilidad de que los profesionales que trabajan con el sistema fijo (el equipo creado por el problema) se unan en un equipo.

Hay diferentes modalidades de trabajo según el número de profesionales consultados que acuda al llamado de los profesionales locales, como se les llama a quienes trabajan con el sistema estancado. Este equipo puede ser parte de un equipo entrevistador, del equipo reflexivo o de un equipo observador.

El trabajo que se plantea en el Equipo reflexivo marca una diferencia sustancial en la forma en que hasta entonces se trabajaba con las familias. Andersen (1994) plantea que dentro del equipo entrevistador hay un entrevistador, quien conduce la charla de manera independiente de los demás miembros del equipo quienes nunca interrumpen para proponer preguntas o dar consejo, ni tampoco discuten entre ellos la entrevista para impedir que esto limite la atención de los miembros a una sola o a unas cuantas ideas, por lo que la escucha permite a los miembros del equipo seleccionar mentalmente las diferentes aperturas que van surgiendo durante la conversación.

Andersen considera que el cambio de posición en el equipo reflexivo es fundamental y esto sucede cuando el entrevistador pide al equipo que dé sus ideas o éste puede avisar al entrevistador que ya tiene ideas sobre la situación. La forma en que el Equipo plantea sus reflexiones requiere tener en consideración que frente al equipo de entrevista, cada uno de sus miembros parte del supuesto de que hay muchas versiones sobre los temas que se discuten, y cada persona involucrada tiene su propia versión, por lo que los comentarios se realizan desde una postura de inseguridad ante su propia apreciación. Se habla sobre lo que se ha observado de manera verbal y analógica en el contexto de la entrevista. Es importante omitir todo aquello de lo que se ha visto que la persona y la familia no quiere hablar. Hay unas cuantas reglas referidas, principalmente, a lo que no se debe de hacer: no se hacen reflexiones sobre cosas que pertenezcan a un contexto distinto del de la conversación del sistema de entrevista y se evita dar connotaciones negativas. Es útil que el equipo comience por evocar las ideas, impresiones o temas más importantes de los distintos miembros del equipo.

A fin de evitar los monólogos, se pueden realizar conversaciones especulativas entre los miembros del equipo. Hay momentos en que el equipo reflexivo debe de hacer cosas que pueden no estar indicadas pero que son útiles para la familia en ese momento, como lo es dar consejos. El autor plantea dudas sobre la validez de presentar de manera reflexiva los sentimientos que surgen cuando se escucha la historia del sistema fijo. Habrá momentos en que a petición del sistema fijo se tengan que detener las reflexiones del equipo reflexivo (Andersen, 1994).

Por último diremos que no hay solo una manera de organizar el equipo reflexivo, antes bien existen muchas formas de organizarlo que están sujetas a las circunstancias prácticas y a los deseos y preferencias de quienes participan. Lo que si es claro es que el entrevistador siempre está en la misma sala que el sistema fijo.

Consideraciones finales

En la práctica del Modelo hemos visto resultados asombrosos. Por los comentarios que hacen los pacientes es impactante el solo hecho de presenciar a un grupo de personas hablar sobre ellos. Pienso que esto está relacionado con que, una de nuestras principales características humanas es la importancia que tiene para nosotros la mirada de los otros. Me atrevería a decir que siempre tenemos una gran curiosidad y necesidad por saber que opinan o como nos ven los demás. El equipo reflexivo, desde mi punto de vista, colma de alguna manera esta necesidad. Este tipo de intervenciones propician, efectivamente, que los pacientes experimenten de manera significativa la multitud de voces que de manera permanente nos acompañan. Esto ayuda a tomar una cierta distancia y observar varias posibilidades de interpretación de una misma circunstancia, o varios ángulos de lo que están hechas las preocupaciones. Efectivamente se trata de una manera de experimentar la diversidad. Me parece que el ejercicio del Equipo Reflexivo se puede aplicar a un sinnúmero de situaciones terapéuticas.

Por otra parte me llama mucho la atención el énfasis que se hace todo el tiempo en plantear muchos de los lineamientos del modelo como opcionales, esto me lleva a pensar en que siempre se apela a la posibilidad de elegir que tienen todos los implicados en este tipo de experiencias.

Tal vez una de las limitaciones podría ser lo poco usual que es y su utilización dependería de la decisión de la familia o los clientes de experimentar esta modalidad. Tal

vez a las personas más conservadoras esto las lleve a cerrarse en lugar de abrirse. Para llevarlo a cabo en la práctica privada, implicaría tener al equipo en la misma habitación con el previo consentimiento de la familia. Creo que es una posibilidad que enriquecería sobremanera el trabajo.

G. Terapia Narrativa

Antecedentes

Se considera que los principales representantes de la Terapia Narrativa son Michael White y David Epston (Tarragona, 2006; Suárez 2004) trabajador australiano el primero y antropólogo canadiense residente en Nueva Zelanda el segundo. Tras conocerse en 1981 durante el Segundo Congreso de Terapia Familiar Australiana en Adelaida comenzaron una relación de amistad y colaboración profesional (White y Epston, 1993).

De la Terapia Narrativa se dice que es una terapia de apoyo con la diferencia de que en la primera la familia se observa como generadora de sus propias experiencias en forma de historia (Sánchez y Gutiérrez, 2000), un contexto de curiosidad que asume la forma de un empeño cooperativo y una indagación de nuevas posibilidades (White, 1994), una epistemología, una filosofía, un compromiso personal, una política, una ética, una práctica, una vida, etcétera (White, 2002).

En palabras de Margarita Tarragona (2006, p. 522):

La terapia narrativa ha desarrollado un estilo de trabajo claro que consta de diferentes prácticas o tipos de conversación entre clientes y terapeutas. Estas incluyen las conversaciones externalizantes, la identificación de *acontecimientos excepcionales* (unique outcomes), el uso de preguntas del *Panorama de la Acción* y el *Panorama de la Identidad*, el trabajo con equipos de *Testigos Externos* y el uso de documentos terapéuticos.

Estas prácticas propician la aparición de una nueva identidad para las familias o consultantes, quienes exploraran nuevas historias que rompan la continuidad de la historia central a través del surgimiento de nuevas reconstrucciones o nuevas verdades o realidades del texto. El terapeuta se convierte en el mediador, tratando de codificar la posición del narrador y su historia, de esta manera el proceso terapéutico se convierte en la interacción entre familia-terapeuta-verdad y esta verdad se hallará al final del proceso (White, 2002).

Ideas y conceptos que sustentan el modelo

En opinión de Elkaim (1996), White retoma la definición foucaultiana de la exclusión como consecuencia de la aceptación de una identidad atribuida socialmente para las personas como para los grupos. Lo que crea la exclusión es la identidad social impuesta al individuo marginado más que el no pertenecer a una colectividad.

Por su parte White (1996) plantea que su definición de desconstrucción 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 familiares prácticas del yo y de su relación a que están sujetas las vidas de las personas.

Carl Tomm en la introducción al texto de White (1996) asienta que las dos principales fuentes de inspiración de este autor son, el trabajo de Gregory Bateson y sus contribuciones claves, que incluyen la importancia que tiene la epistemología en el proceso de *cómo sabemos que sabemos*, la importancia de *la diferencia que hace la diferencia* en los sistemas vivos y de la pauta que conecta. La otra fuente es el trabajo de Michel Foucault historiador y filósofo francés que desarrolló un análisis de la aparición de la medicina moderna en la cultura occidental. Él descubre que los sistemas de conocimiento como la medicina, pueden llegar a ser extremadamente opresivos al transformar a las personas en *sujetos* deshumanizados mediante la clasificación que se hace de ellas a través de la mirada.

Tomm plantea que para tratar de comprender el trabajo de White tuvo que remontarse al trabajo de Humberto Maturana quien propone una teoría de la cognición en donde explica cómo surge la mente a través de la interacción humana y del lenguaje.

Con el propósito de distinguir entre lo que propone la terapia narrativa y las interpretaciones que se hacen de ella, White (1997) diserta sobre la hipótesis represiva y la idea de emancipación psicológica. Si bien la terapia narrativa está compuesta por una serie de destrezas, contiene también al pensamiento post-estructuralista. El pensamiento y la práctica posestructuralista cuestionan directamente las numerosas ideas preconcebidas y generalmente aceptadas acerca de la vida y la identidad.

White en el texto antes citado, considera que Foucault rastrea la historia de la cuestión filosófica central de la era contemporánea en la cultura occidental: ¿Cuál es la verdad de quiénes somos? Para Foucault (citado por White, 1997) esta interrogante está asociada a una *voluntad de verdad* que viene a sustituir a una voluntad de *auto-*

renunciamiento de la era anterior. Esta *voluntad de verdad* nos incita a nombrar y conocer la *verdad* de quiénes somos, la esencia de nuestro ser, de nuestra naturaleza humana.

Para contestar a estas preguntas, se plantean una serie de hipótesis represivas que nos llevan a considerar que existe una naturaleza humana que está siendo reprimida por una fuerza que se cruza en nuestro camino en forma de represión. En ese sentido la solución consiste en buscar la liberación del propio yo. Esta búsqueda está dada por el cuestionamiento de la represión en nombre de la emancipación personal que nos revelará la verdad de quiénes somos.

A partir de la unión de la voluntad de verdad, hipótesis represivas y narrativas de la emancipación se favorece la producción de conocimientos y prácticas del yo y de la vida que están al servicio de la posibilidad de vivir una vida libre de la represión. La búsqueda del verdadero yo se da a través de las revistas populares, en el auge de la literatura de autoayuda, en la venta de productos de consumo, en la publicidad por los medios, en las promociones de la industria de la autosuperación.

Los efectos de la voluntad de verdad se aprecian en los constantes desarrollos de tecnologías que permiten la evaluación de las vidas de las personas según imágenes de los estados *ideales* y *naturales* del ser. Estas tecnologías posibilitan la estimación y la evaluación de las vidas individuales y reclutan personas para la práctica de la autovigilancia y el autojuicio.

Lo anterior no es sólo una preocupación de la cultura popular, Tomm continua diciendo que Foucault considera que existe un vínculo entre la elevación de esta voluntad de verdad y el éxito de las disciplinas profesionales, en la producción de las grandes meta-narrativas de la naturaleza humana y del desarrollo humano. Esta voluntad de verdad se encuentra detrás del desarrollo de los sistemas formales de análisis de la vida humana, que hacen posible su interpretación y su reducción a categorías formales, que revelan la verdad de sus elementos fundamentales.

White (1997) retomando a Foucault propone un salto de la voluntad de verdad a una postura posestructuralista que pregunta ¿qué somos hoy? En lugar de las cuestiones filosóficas tradicionales: ¿Qué es el mundo? ¿Qué es el hombre? ¿Qué es la verdad?

Este cuestionamiento acerca de lo que somos hoy, da cuenta de una indagación en la forma en que las vidas se constituyen a través de los conocimientos y las prácticas de la cultura. Esta indagación nos lleva a desarrollar cierta comprensión de cómo es que

somos producidos como sujetos y nos permite explorar las maneras en que identidad, subjetividad y relación, son productos de los conocimientos y las prácticas culturales.

La perspectiva posestructuralista promueve una deconstrucción de los sistemas de interpretación y comprensión que constituyen la hipótesis represiva. El yo, y lo que se tiene por naturaleza humana, son productos de estos sistemas de interpretación y de estas tecnologías de documentación y medición que componen la vida, constituyen el sujeto moderno, especifican la subjetividad y tienen efectos sobre la práctica terapéutica.

Como una respuesta en sentido contrario a lo anterior White (1997) propone una terapia con las siguientes características

- Da la máxima importancia a las vivencias de la persona.
- Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.
- Invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples.
- Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias en el intento de construir nuevos relatos.
- Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos.
- Fomenta el sentido de la autoría y la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia.
- Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el 'objeto' se convierta en autor privilegiado.
- Introduce consistentemente los pronombres 'yo' y 'tú' en la descripción de los eventos (White y Epston, 1993, p.95).

Intervenciones

Antes de describir el tipo de intervenciones creadas por White, retomemos la influencia que Gregory Bateson tuvo en su trabajo, sobre todo, en lo que respecta a la explicación negativa, restricción y doble descripción, que éste desarrolló décadas atrás, y que White (1994) utilizó para describir la secuencia de hechos que dan lugar a las explicaciones negativas que se generan en la familia y que tienen relación con los sucesos que experimenta. A partir de este análisis, White sugiere crear un *mapa* que le permita al terapeuta propiciar un estado de *disposición en la familia*.

Desde este enfoque la labor del terapeuta consiste en encontrar las restricciones que impiden a la familia ver soluciones diferentes y que los llevan a intentos de solución repetitivos que terminan impidiendo la solución del problema.

Las restricciones adquieren distinta forma en las distintas familias y pueden obrar en diferentes niveles. Las antiguas ideas son resistentes; la nueva información se desdibuja.

El terapeuta al formar junto con la familia el sistema terapéutico, contribuye a establecer la buena disposición del sistema mediante la introducción de un nuevo “libro de códigos”. É hace esto a partir de elegir nuevas ideas, determinar las condiciones para elaborar una doble descripción e interrogar a los miembros de la familia. El nuevo libro de códigos permite que se establezcan contradicciones y provoque un “relajamiento” de la red de supuestos de la familia. Este libro es presentado tanto de manera explícita como implícita.

En la introducción al texto de White (1994), Carl Tomm continúa haciendo un bosquejo general, de los dos procesos más importantes en el trabajo de este pensador: la *Externalización* del problema de los pacientes y la *Internalización* de una postura como agente.

Hasta aquí se ha descrito la postura del terapeuta en la intervención con familias, la importancia de la *buena disposición* dentro del sistema terapéutico total y la necesidad de observar las formas de restricción que se mantienen en la familia a través de los valores, sistema de creencias, costumbres y tradiciones, etcétera. A continuación se describen los procesos de intervención en la terapia Narrativa.

Tabla 10. Principales formas de intervención en Terapia Narrativa.

Nombre	Definición	Objetivo
Externalización	La externalización propone una separación lingüística que distinga el problema de la identidad personal del paciente. A partir de este sencillo y complejo ejercicio se crea un espacio en donde la persona puede ser libre de buscar nuevas opciones más efectivas a su problema. White considera su trabajo como una terapia de méritos literarios, toda vez, que nos invita a re-escribir nuestras historias de vida.	Reducir la crítica, la censura y la culpa para dar lugar a un espacio para buscar alternativas. Deshacer algunos de los efectos negativos de la rotulación social.
Internalización	Internalizar la posición como agente. Se lleva a cabo a través de una serie de preguntas que instalan la idea en el paciente de que él puede decidir, puede elegir.	Incitar al paciente a escapar de la opresión que implica la rotulación y encauzar su vida en la dirección que prefiera.
La doble descripción	El proceso de cambio se da a partir de la posibilidad de recibir noticia sobre la diferencia.	Que los miembros de la familia logren percibir el contraste entre dos o más descripciones.
La influencia relativa	Exige que se establezcan dos descripciones codificadas de manera diferente. En una de estas descripciones los sucesos están codificados de acuerdo con la red de supuestos familiares preexistentes y la otra con las premisas promovidas por el terapeuta. Se trazan dos mapas: Uno que dé cuenta de lo que el problema hace a la familia y, sobre todo, al miembro sintomático. El otro mapa busca resaltar los momentos y la forma en que los miembros de la familia han sido capaces de oponerse a la opresión que el problema ejercía sobre sus vidas.	Establecimiento de dos descripciones codificadas de manera diferente. Uno recoge los supuestos familiares y la otra las premisas que promueve el terapeuta

Consideraciones finales

El hecho de trabajar con la recuperación de la agencia personal, en el sentido de cobrar conciencia del papel que jugamos en la construcción de nuestra realidad me parece de suma importancia. No sería difícil asegurar que la gran mayoría de los problemas que nos aquejan tienen como soporte una sensación de ineficacia, producto de muchos de los mensajes que nos rodean, con los que hemos crecido y que nos han llevado a conformar una identidad basada en el déficit. En este sentido los alcances de este modelo son amplios porque seguramente las dificultades de las personas tienen como base lo anterior.

Me parece que las limitaciones al modelo están dadas tal vez por la decisión del terapeuta de asumir o no la postura política que finalmente conlleva los planteamientos del mismo, y en la que se parte de un compromiso social por contribuir a que el paciente revele la manera como los discursos dominantes forman parte de su vida, o que sea consciente de la construcción que se ha hecho de su vida a partir de los discursos dominantes es decir, se trata de poner en duda muchas de las verdades que hasta el momento conforman su pensar y hacer. Lo interesante aquí radica en tener claro que no se trata de ir por la práctica terapéutica quitando vendas de los ojos, sino más bien

acompañar a las personas en un proceso de “externalización” de lo que le aqueja para poder tomar distancia sobre ello y comprender que implicaciones tiene esto en su vida y hasta qué punto está dispuesto a que siga o no dominándola.

H. Terapia Colaborativa

Introducción

La terapia colaborativa más que un conjunto de técnicas que buscan propiciar el cambio en las personas es una postura o una actitud del terapeuta ante la vida que plantea que vale la pena escuchar lo que tiene que decir el otro distinto. Se evita hacer una clasificación de las personas según cuadros patológicos o tipos de personas y en cambio se parte de que cada uno somos únicos y especiales. En la terapia colaborativa se habla de sociedades conversacionales en donde el terapeuta y el cliente llevan a cabo una investigación compartida sobre lo que es importante para este último. El cliente es experto en su vida y el terapeuta es experto en facilitar el espacio en el que se puedan abrir la mayor cantidad de posibilidades de solución o de formas de ver las cosas respecto a lo que preocupa al cliente.

Un aspecto a considerar en el trabajo colaborativo y las corrientes posmodernas tiene que ver con la habilidad o el desarrollo de la capacidad de reconocer u observar los propios sesgos, juicios y prejuicios que tenemos en las relaciones que establecemos con los otros y con los pacientes.

Hoffman (1989) señala que a finales de la década de los setenta, Paul Dell y Harold Goolishian iniciaron un cuestionamiento a la terapia familiar prevaleciente en ese momento. No estaban de acuerdo con que la familia tuviera semejanza con una máquina que se autoestabiliza. Pusieron en tela de juicio la idea de entender al síntoma como si actuara homeostáticamente para conservar el equilibrio familiar. Más tarde, a mediados de los años ochenta algunos clínicos de la terapia familiar, entre los que se destacan Evan Imber-Black, Luigi Bóscolo y Gianfranco Cecchin, comienzan a hablar del *sistema importante* o del *sistema significativo* que se traduce en la configuración relacional y temática específica. En ese tiempo Harlene Anderson, Harry Goolishian y Lee Winderman inventaron el concepto *sistema determinado por el problema*.

Con este concepto, Anderson, Goolishian y Winderman desafiaron la “teoría de la cebolla” de los roles sociales, como ellos la llamaron, que describe a la sociedad como una serie de círculos concéntricos que encajan entre sí” Estos autores plantean la noción de “sistema determinado por el problema” para sustituir las unidades representadas por el individuo, familia, red o comunidad. El sistema determinado por el problema consistiría en una conversación, o sistemas de significados, que incluiría a las contribuciones realizadas por el terapeuta y los profesionistas que siguiesen el proceso (Hoffman, 1989, p. 45)

Por su parte Anderson y Goolishian (1996) recuerdan que ante la sospecha de que había serios límites para el paradigma cibernético, ellos señalaron que dentro de esta metáfora había escasas oportunidades para tratar con la experiencia misma del individuo. No obstante también consideraban de poca utilidad a los modelos cognitivo y constructivista, toda vez que conciben a los seres humanos como máquinas que procesan información y no como seres que generan significados. Abrazan en cambio una posición más hermenéutica e interpretativa que destaca que los significados los crean y experimentan los individuos que conversan.

A partir de los trabajos de Anderson y Goolishian la conversación se define como toda interacción entre personas en las que hay cierto *espacio compartido* y cierta interacción dentro de ese espacio. En éste existe un sentido de comprensión en el que se generan significados de los pensamientos, sentimientos y acciones de quienes participan (Lax, 1996)

Ideas y conceptos que sustentan el modelo

Anderson y Goolishian (1996) conciben a su enfoque como interpretativo y hermenéutico toda vez que los seres humanos son generadores de significado. La concepción hermenéutica destaca el hecho de que los significados se crean y experimentan dentro de las conversaciones que los individuos sostienen entre sí. Estos autores parten de la idea de que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo. Parafraseando a Gergen (Anderson, 1999) define a la significación como un proceso interactivo e interpretativo.

El **sistema terapéutico** se define como “un sistema lingüístico relacional en el que dos o más personas (como mínimo, un cliente y un terapeuta) generan significación”

(Anderson, 1999 p.112). Otro aspecto es el que tiene que ver con la **toma de decisiones** respecto a quien participa en el sistema terapéutico o lo que es importante para la conversación, esta autora plantea que son decisiones que se toman entre el terapeuta y el cliente conforme avanza el proceso.

Respecto a la **concepción de problema** que se plantea desde esta perspectiva Anderson (1999) prefiere hablar de dilema o situación vital, toda vez que el problema es un asunto a tratar en un discurso y su significado es una realidad creada socialmente y sostenida a través de conductas coordinadas en el lenguaje. Los problemas son descripciones hechas socialmente y que devienen en atribuciones que, generalmente, dan identidad y segregan a las personas. En este sentido esta autora habla de realidades enfrentadas que tienen que ver con la falta de espacio para que coexistan *realidades múltiples*. Tarragona (2006) enfatiza el esfuerzo que la terapia colaborativa hace para posibilitar la expresión de las diferentes perspectivas e ideas de los participantes en la conversación.

Anderson (1999) considera que su forma de hacer terapia implica un sistema compuesto por individuos interrelacionados a través del tiempo y basado en el contexto, y producto de la comunicación social; una postura filosófica terapéutica que invita a una reflexión y un proceso colaborativos; una sociedad colectiva entre personas con diferentes perspectivas y conocimientos; una terapeuta que no-sabe y que está en la posición de ser-informada, experta en crear un espacio para el diálogo y en facilitar el proceso dialógico, y que junto con el cliente participan como co-investigadores para crear lo que *descubren*; una terapia con personas multifacéticas, dotadas de sí-mismos relacionales construidos en el lenguaje y centrada en generar posibilidades y en fiarse en las contribuciones y la creatividad de todos los participantes; una inquisición compartida que depende de las capacidades de éstos; un cambio o una transformación que son una consecuencia natural de un diálogo generador y una relación colaborativa.

A partir de estas reflexiones, resulta necesario, para entender cómo es que se lleva a cabo el proceso terapéutico desde este modelo colaborativo, revisar de manera más detallada algunos de los elementos que conforman la postura filosófica y el sistema dialógico a través de la conversación colaborativa (Anderson, 1999)

Formas de Intervención

En este espacio solo revisaremos algunas características de la postura filosófica que Anderson (1999) plantea como una manera de observar y sentir el mundo tanto desde la vida profesional como personal. Se trata de tener presente que tanto los valores como preferencias influyen en la mirada con la que nos acercamos a los otros, los clientes incluidos.

La posición de ignorancia del terapeuta desde el enfoque colaborativo implica el alejamiento de una actitud de saber preconcebido dado por la experiencia o el conocimiento teórico y está estrechamente vinculada con la actitud de genuina curiosidad que implica saber más acerca de lo que se ha dicho, tiene que ver con la necesidad de ser informado por el cliente lo que conlleva confianza en lo que éste dice (Anderson y Goolishian, 1996). La *postura de no saber* “se traduce en que el terapeuta deje que el cliente esté al centro del escenario, que sea él quien lleve la batuta sobre la historia que quiere contar y cómo quiere contarla” (Tarragona, 2006 p. 528).

La posición de multiparcialidad del terapeuta que sea alía simultáneamente con todos los participantes en la conversación en la medida que recibe como singular y especial la versión que cada uno trae al espacio dialógico.

El papel del terapeuta desde este enfoque requiere claridad respecto a las diferencias que implica ser un editor, deconstructor, reproductor o reconstructor de historia cuya principal característica es asumir una posición jerárquica respecto al cliente en lugar de constituirse en facilitador y participante de la narración y renarración que éste haga.

Un último aspecto a considerar tiene que ver con el hacer público que Anderson propone en su postura filosófica, que implica disposición para hablar de los diálogos y monólogos internos así como dudas, prejuicios, especulaciones, opiniones, temores, que aquejan al terapeuta.

La conversación

Maturana concibe la conversación como “el entrelazamiento del *lenguajear* y emocionar que ocurre en el vivir humano en el lenguaje”(Eisler, 1987, p. xi). Este autor plantea la importancia que tiene el acto de conversar en la creación de una cultura, toda vez que la red de conversaciones que se sostienen en su interior transmite a través del lenguaje acciones, emociones y sobre todo valores que plantean lo qué es significativo en ella. Podemos decir entonces que en el conversar contrastamos puntos de vista, se abre el espacio para entender desde donde ve el mundo el otro, vislumbramos nuevas

posibilidades, generamos nuevos significados, construimos nuevas realidades, reconocemos lo que pensamos, constituimos nuestra identidad al distinguir lo que nos hace iguales y diferentes del otro.

Anderson (1999) considera que no obstante que a través de la conversación se construye sentido, no todas las conversaciones generan una significación nueva. Solo aquellas cuya base es la naturaleza dialógica con su potencial de re-contar los sucesos de nuestras vidas en el marco de un nuevo y diferente sentido.

Comprensión

En toda conversación, la comprensión se da dentro del contexto de la conversación por lo que se aplica sólo a ese contexto. Nadie tiene una posición privilegiada para entender lo que sucede en el proceso terapéutico, toda vez que siempre participamos en él desde algún lugar, ángulo o pre-comprensiones. Cada persona participa desde una perspectiva y experiencia que es única. (Anderson,1999)

Diálogo interno

La conversación se lleva a cabo en el lenguaje, al hacerlo estamos también preparando y formando nuestras respuestas. Los pensamientos los transformamos en palabras. Con *discurso interno* de Vigotsky (1986, citado por Anderson, 1999) se alude a la manera en que se construye socialmente el pensamiento. La relación que se da entre el pensamiento y palabra es un proceso, un movimiento que va y viene del pensamiento a la palabra y de la palabra al pensamiento. Así este último no sólo se expresa en palabras sino que existe en ellas.

Expansión y expresión de lo no-dicho

Crear saber cuál es el significado de una historia nos lleva a excluir y bloquear lo no dicho. En la terapia existe siempre el recurso de lo no-dicho y lo todavía no-dicho, que se relaciona con los pensamientos y conversaciones internas, privadas del cliente. Estos recursos residen totalmente en los aspectos inventivos y creativos del lenguaje y la narrativa, no en la estructura psíquica ni en la estructura biológica ni en la estructura social. La capacidad para el cambio se funda en la posibilidad de las personas de existir en el lenguaje con otros, y de crear y desarrollar, a través del proceso lingüístico, realidades que les dan sentido y les permiten todo el tiempo reorganizar constantemente

su vivir y desarrollar otras descripciones de sí mismas que la dotan de capacidades en lugar de quitárselas (Anderson, 1999).

Intencionalidad compartida: conversar a propósito

Anderson parte de la idea de que, no obstante que toda conducta humana es intencional, nuestras intenciones no existen por sí mismas y no son neutrales sino relacionales. Aún cuando los terapeutas buscamos descubrir la intención de las acciones, los pensamientos o los enunciados del cliente es importante que la intención del terapeuta esté relacionada con el propósito de la conversación, es decir, hay que evitar embarcarse en suponer que sabemos a priori cuál es la intención del cliente. Cobra relevancia asegurar la continuidad y la mutualidad de la intencionalidad compartida.

Por último Anderson (1999) hace un recuento de los componentes interrelacionados del proceso dialógico que incluye seis componentes interrelacionados, simultáneos, superpuestos y secuenciales, que al final de cuentas están subordinados a la postura filosófica.

El terapeuta participa en y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo. Se trata de hacer un espacio para el otro que permita al terapeuta hacer a un lado ideas y planes preconcebidos respecto al cliente.

El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente. Para esto es necesario que el terapeuta genere un espacio que invite y facilite un proceso dialógico externo con el cliente.

El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo. La creación del espacio dialógico externo aumenta la capacidad del cliente para involucrarse en un diálogo interno, en lugar de un monólogo. Los clientes participan en diálogos externos entre sí. Cuando el cliente comienza a hablar de manera distinta con el terapeuta, esta forma la lleva a todos los espacios en los que interactúa, así los otros al incorporarse completan y expanden la historia. El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio. El proceso de la conversación lleva a los clientes a hablar de manera distinta consigo mismos y con los otros fuera del consultorio.

El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio. El terapeuta se lleva fuera del consultorio las conversaciones y pensamientos generados en el consultorio con cada cliente.

Consideraciones finales

Este es un modelo que mirado superficialmente podría considerarse de fácil aplicación, toda vez que se trata “simplemente de conversar”, sin embargo parece que no es tan sencillo. Aplicar el enfoque Colaborativo implica toda una postura de vida en donde, en primer lugar, es necesario practicar el respeto por la singularidad que representa el otro que está enfrente de nosotros como terapeutas; se busca hacer un esfuerzo por encontrarse con el mundo del cliente y los significado que tienen las cosas y en ese sentido comprender cuáles son las dificultades que enfrenta, más allá de las ideas preconcebidas que tengamos respecto a lo que debería de ser, o las posibles explicaciones de por qué le pasa lo que pasa; se trata de confiar en que el cliente y el terapeuta son capaces de construir nuevos significados en el proceso de conversar. Aun cuando desconozco ejemplos de cómo se aborda desde el modelo colaborativo, temas como la violencia o situaciones de abuso sexual no dudo que se puede trabajar cualquier tema debido a que más allá de hablar de técnicas, se apela al encuentro con otros seres humanos que atraviesan por quiebres en las conversaciones que sostienen con los otros significativos para ellos.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

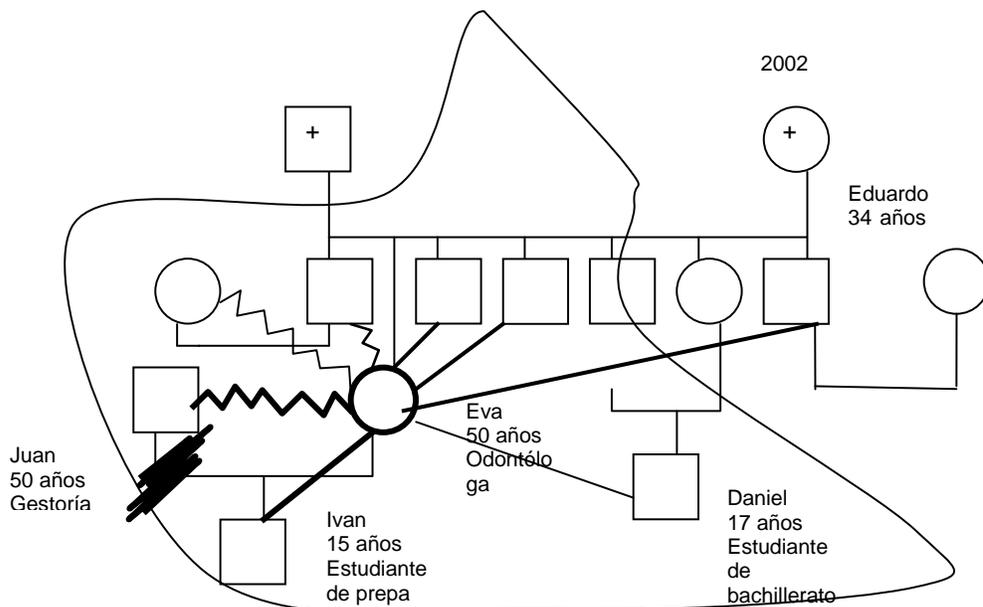
En este apartado se presentan dos de los casos atendidos por la autora de este reporte durante la práctica clínica que se llevo a cabo en la cuarta generación de la Maestría de Terapia Familiar. Se trata de hacer una descripción del motivo de consulta, el plan de tratamiento, describir el Modelo Terapéutico desde el que se llevaron a cabo las intervenciones así como los resultados a los que se llegó. Por razones de confidencialidad los nombres de los integrantes de las familias atendidas han sido cambiados.

Habilidades Clínicas Terapéuticas

Caso 1. Familia Álvarez

Supervisión Narrada Modelos de Soluciones	14 sesiones del 26 de agosto de 2005 al 27 de mayo de 2006
Supervisor Dr. Flavio Sifuentes	Terapeuta: Ana Lilia Escalante Zamudio Equipo: Ma. De Lourdes Soto Hernández, Roberto Chávez
Elaboró reporte: Ana Lilia Escalante Zamudio	Paciente Eva

Familiograma



Motivo de consulta

A Eva le preocupaba estar dañando a su hijo con la relación que sostenía con el papá de éste a quien el único ejemplo que da es insultar, agredir, no comprometerse con ellos y mostrar una total falta de dedicación a su hijo. Por otra parte se siente rebasada por la relación que tiene con su propia familia de origen a quien en momentos considera “nefasta” porque algunos de sus hermanos son adictos al alcohol y a las drogas.

Antecedentes del caso

Eva es una mujer de 50 años que vivía una relación de maltrato y abuso por parte de su pareja con quien tiene un hijo de 15 años. La paciente llegó a la consulta preocupada por las implicaciones que podría tener para su hijo el que ella sostuviera, desde 3 años atrás, una relación en la que su pareja la maltrataba psicológicamente, no establecía ningún compromiso con ella ni con el hijo de ambos, eventualmente le pasaba algún dinero para el gasto, sostenía relaciones con otras mujeres, además de tener dos hijos más. Eva nos comentaba que su hijo era lo mejor que le había pasado, que lo quería mucho y le preocupaba estarlo sobreprotegiendo.

Los tres habitaban en un pequeño departamento que está dentro de un terreno que Eva comparte con sus hermanos. Ella decía que lo que la mantenía en esa relación era la necesidad de afecto y el temor a quedarse sola y decía “que me mate pero que no se vaya”. Otro de los factores por los que Eva sostenía la relación con Juan, su pareja, tenía que ver con el aspecto económico. Juan le daba algo de dinero, de vez en cuando. Eva decía que ella hace lo mismo que sus hermanos que se dejan humillar por unas cuantas monedas.

En cuanto a la relación con su familia de origen, la paciente comentó que antes de morir su mamá la nombró administradora de dicho terreno. Desde muy joven sus padres le dejaron la responsabilidad de diferentes actividades, que iban desde trámites administrativos hasta apoyar a sus hermanos (llevarlos al médico, a la escuela e incluso visitar al mayor cuando estuvo en la cárcel). Con su mamá tenía buena relación, se apoyaban aunque Eva no deja de reconocer que se le pasó la mano al cargarle tantas

responsabilidades. Varios de sus hermanos tienen problemas de adicciones al alcohol o las drogas y ella se asumía como responsable del cuidado de algunos de ellos, así como de un sobrino al que su hermana abandonó.

Meta terapéutica:

Que la paciente decida el tipo de relación quiere sostener con su actual pareja y con su familia de origen.

Plan de Tratamiento:

Utilización, principalmente, de las técnicas del Modelo de Soluciones para identificar cuáles son los cambios que ya había comenzado a hacer, cuáles de estas cosas le funcionaban, cuáles eran las excepciones al problema. Explorar situaciones en las que ha solucionado situaciones conflictivas parecidas, en qué momentos el problema no se había presentado.

Intervenciones realizadas

Sesiones 1,2 y 3.

El proceso terapéutico se llevó a cabo durante 14 sesiones, iniciamos el 26 de agosto de 2005, y terminamos el 27 de mayo de 2006.

Durante las tres primeras sesiones las intervenciones se centraron en la utilización de la técnica de Rastreo (Minuchin y Fishman, 1994) para recabar información, el establecimiento de la alianza terapéutica y la contención de la paciente. Esto último debido a que Eva mostraba una gran necesidad de hablar de todo lo que le preocupaba y de la forma en que había transcurrido su vida. Por lo que ella planteaba, jugó el papel de hija parental en su familia de origen y la encargada de continuar con la pauta de sobreprotección que su mamá estableció con sus hermanos, quienes son adictos a drogas y alcohol (Steinglas y Reiss,1997). En estas sesiones también se utilizó una variación de la técnica de la Bola de Cristal (de Shazer,1995) para definir los cambios que la paciente quería llevar a cabo respecto a la relación con su pareja y sus hermanos. Ante su idea de dejar de hacerse cargo de sus hermanos se buscaron las excepciones (O'Hanlon y Weiner,1990) para identificar las cosas que ella ha empezado a hacer en este sentido.

Se le señaló que la forma en que reflexionaba sobre las relaciones que mantenía con su pareja y con sus hermanos, denotaban el trabajo que había hecho en algunos grupos a los que acudía, en este sentido se trataba de sacar a relucir sus recursos (Furman y Ahola, 1996). Se apreciaba en su voz y en lo que decía, decisión y cansancio por el tipo de relaciones que sostenía con las personas más cercanas. Lo anterior indicaba compromiso para hacer cambios a partir del proceso terapéutico.

Sesiones 4, 5 y 6

Las intervenciones en estas tres sesiones van a encaminadas a sacar a relucir los recursos de la paciente (Furman y Ahola, 1996) en el momento en que comenzó a tomar decisiones respecto a su pareja, las sostuvo y la manera en que rompió la pauta que la atrapaba en la relación.

Cuando Eva llegó pidiendo un consejo sobre qué hacer ante la evidencia de una nueva infidelidad de su marido la terapeuta se apoya en una variante de la técnica de la confusión (De Shazer, 1995) para llevarla a confrontar sus propios argumentos y esclarecer sus principales miedos respecto a lo que quiere hacer. Se exploró cómo era la forma en la que generalmente reaccionaba y se propició la reflexión en torno a si quisiera hacerlo de manera distinta y cómo. Se le pidió que describiera paso a paso como sería una reacción diferente para que pudiera imaginar otras formas de responder a los conflictos con su pareja.

Ante el temor de sufrir las consecuencias de generar respuestas distintas en la relación con su pareja, el equipo le propone que compare el dolor que le generaría que Juan se fuera o el dolor que generaba la situación tal y como estaba en ese momento. Se utilizaron Preguntas Presuposicionales (O'Hanlon y Weiner, 1990) para que Eva comparara la reacción que había tenido en otros momentos y la forma en que estaba reaccionando en ese momento. A través de la Ampliación de los cambios (O'Hanlon y Weiners, 1990) se magnificó el lapso tiempo en que Juan ya no estaba en la casa por decisión de Eva. Por medio del Mensaje del Equipo se validaron los sentimientos de la paciente (O'Hanlon, 1993 citado por Butler & Powers, 1996) ante la tristeza por la ausencia de su pareja.

A partir de la cuarta sesión la paciente empezó a reportar cambios: respecto a la forma de relacionarse con sus hermanos: dejó de preocuparse por si comían o no, se

arrepentía de no haber hecho esto antes; frente a las infidelidades de su pareja optó por correrlo de su departamento. Eva hizo un recuento de todas las cosas que le molestaban de Juan que se resumieron en abuso, violencia psicológica, infidelidad en la relación y maltrato hacia su hijo.

Durante el tiempo posterior a que corrió a Juan de su departamento, Eva fluctuó entre la tristeza, la duda de si hizo o no lo correcto al pedirle a Juan que se fuera, sin embargo reflexionaba en que a diferencia con otras ocasiones, en ese momento no había caído en sus anzuelos a través de los cuales él se mantenía presente en su vida.

Otra actividad que la ayudó fue refugiarse en la lectura de la Biblia y escribir cómo se sentía. Respecto a la economía que la mantenía atada a Juan vislumbró nuevas posibilidades como hacer uso de unos ahorros que tenía, pedir más trabajo a su jefe, demandar a Juan la pensión alimenticia o penalmente, por abuso de confianza. En cuanto a la relación con su hijo sentía más su apoyo en casa, y convivían más. La paciente comenzó a hablar más de la relación que mantenía con Ivan, su hijo, y las cosas que le preocupaban de ésta.

Sesiones 7,8, 9 y 10

En estas sesiones los temas que se abordaron giraron en torno a las diversas emociones que generaron en Eva la separación de su pareja y la relación con su hijo. Algunas de las intervenciones se centraron en enfatizar los comportamientos que la paciente llevaba a cabo y que le permitieron sostener la separación con su pareja. Para ello, se hizo uso, en diferentes momentos de técnicas que ayudaran a sacar a la luz los recursos con los que contaba (Furman y Ahola, 1996).

En otras intervenciones se recurrió a la Normalización (O'Hanlon, y Weiner, 1990) de los sentimientos de tristeza que tenía Eva ante su decisión de correr a su pareja. Así como la preocupación que tenía respecto a qué cosas estaba aprendiendo su hijo al presenciar como Juan la maltrataba. El Enfoque a futuro (Cade y O'Hanlon, 1993) fue muy útil para tranquilizar a la paciente ante el temor de que su pareja hiciera algo para regresar, está técnica nos permitió que ella imaginara las cosas que él haría y cuáles podrían ser las mejores respuestas para no permitirlo.

Se hizo con Eva un recuento de lo que significaba el cambio de actitud que estaba teniendo y lo que, desde su punto de vista, su hijo podía aprender de esto; aunado a la atención que la paciente estaba poniendo a su hijo, así como los límites que quería mantener entre ellos y el efecto emocional que estos cambios estaban generando en ella.

Una muestra del cambio de actitud de Eva respecto a la relación con sus hermanos lo fue que comenzó a asistir a reuniones para los familiares de alcohólicos.

En las últimas sesiones la paciente fue centrando su atención más en las cosas que le preocupan en la relación con Ivan, como por ejemplo ser demasiado permisiva con él – pensaba que igual que su mamá lo fue con sus hermanos - y que esto lo pusiera en peligro de ser un hombre maltratado por las mujeres como consideraba que lo eran sus hermanos.

Con el objetivo de dar poder a Eva sobre sus miedos revisamos las semejanzas y las diferencias que existen en la relación de su mamá con sus hermanos y la de ella con su hijo esto le permitió matizar las ideas que tenía respecto a su temor.

Sesiones 12, 13 y 14

En las últimas tres sesiones el tema de la pareja y de los hermanos de la pacientes pasó a segundo término, Eva estuvo muy preocupada en revisar lo que sucedía en la relación con su hijo. Ella sostuvo una lucha permanente entre hacer un recuento de todo lo relacionado con Iván que le causaba conflicto y sentir que ella tenía responsabilidad por no haber sido una buena madre. Pensaba que lo anterior se debía a que no puso límites a su hijo, porque lo había sobreprotegido, le preocupaba, también, que ya tenía novia, que fueran a tener relaciones sexuales, que no quería aplicarse en la escuela, entre otras cosas más.

Las intervenciones en la última parte del proceso terapéutico se encaminaron a explorar y aclarar las cosas que le preocupan a Eva y lo que podía hacer ante ellas. Utilizamos preguntas presuposicionales (O'Hanlon y Weiner, 1990) para propiciar que la paciente vislumbrara otras alternativas de acción ante la dificultades que sentía para manejar la relación con su hijo. Recurrimos, también a la utilización del Equipo Reflexivo (Andersen, 1994) para posibilitar que Eva tomara un poco de distancia y pudiera escuchar

ideas diferentes sobre las preocupaciones que sentía respecto a Ivan. Ante la insistencia de Eva de que su hijo acudiera a terapia le pedimos que lo invitara, a la siguiente sesión. Su asistencia fue muy importante porque él habló de los cambios que ha visto en su mamá y ella pudo darse cuenta de cómo era percibida por su hijo.

Se pudo apreciar mucha preocupación de Iván ante la carga que implicaban las labores domésticas para su mamá y su pesar por la flojera que decía le ganaba para apoyarla más en este sentido, se recurre a la Normalización de la flojera o la dificultad que a veces tiene para hacer lo que quiere hacer diciéndole que las cosas pueden dificultarse o facilitársenos según el momento de nuestra vida en el que nos encontremos (O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, 1990). Se utiliza el interrogatorio circular para explorar la relación de madre e hijo y la naturaleza de los conflictos que tienen. Eva y su hijo nos brindan la oportunidad de utilizar el elogio y el señalamiento de la gran cantidad de recursos que tienen como familia.

Evaluación del caso

Una vez que Eva comenzó a hacer cosas diferentes en la relación que tenía con sus hermanos y con el papá de su hijo, de quien tenía aproximadamente siete meses que se había separado, se podía considerar que la meta terapéutica, de propiciar que la paciente decidiera el tipo de relación que quería sostener con su pareja y con su familia de origen se cumplió ya que a través de darse cuenta de qué elementos de la relación que sostenía con sus hermanos y su pareja, podían perjudicar a su hijo y una vez identificados comenzó a hacer cambios que fueron empujados en gran medida por la conciencia de los recursos materiales y emocionales con que contaba para llevar a cabo los cambios que buscaba cuando pidió la terapia.

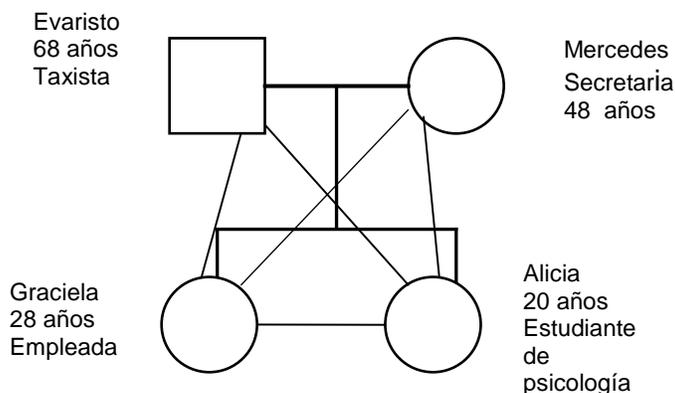
Lo anterior implicó a Eva cuestionar ideas como que dependía de su pareja económicamente, que se quedaría sola, que era responsable por la vida de sus hermanos y su rol en la familia era el de cuidadora y protectora de los demás como de, alguna manera su mamá había contribuido a hacerle creer antes de morir al pasarle el "mandil" como ella refería. Se dio cuenta de que en realidad ella era la que hacía frente a la economía familiar, de que no se iba a quedar sola porque en realidad tampoco contaba con su pareja en el plano afectivo y que podía dejar que sus hermanos se

responsabilizaran de su propia vida. Todo esto le permitió atender más la relación con su hijo, la forma de tratarlo y cómo crear y mantener límites en cuanto a roles y actividades dentro de casa. Si bien en las últimas sesiones se abordó la relación con Iván, se observó que la preocupación de Eva era semejante a las preocupaciones que asaltan a los padres que tienen hijos adolescentes, no obstante, encontramos que la paciente y su hijo mantienen una comunicación que les permite tener consideraciones el uno con el otro como se aprecia en la preocupación de Iván por vencer la flojera que a veces experimenta o el apoyo que sentía debía de darle a su mamá en las labores de la casa.

Caso 2. Familia Flores

Modelo de Soluciones	6 sesiones de febrero a mayo de 2006
Supervisora Dra. Maria Blanca Moctezuma Yano	Terapeuta: Ana Lilia Escalante Zamudio
Elaboró reporte: Ana Lilia Escalante Zamudio	Paciente: Sr. Evaristo Flores Cuéllar
Equipo: Elvia Luisa Alfaro Bravo, Guadalupe García González, Julio César Cortés Ramírez, Lourdes Soto Hernández, Maribel Méndez Llamas, Martha López Zamudio, Miriam Zavala Díaz, Roberto Chávez Nava.	

Familiograma



Motivo de consulta: El señor Evaristo busca un consejo que lo ayude a tener paciencia para su recuperación y volver a su vida anterior en la que trabajaba y era un soporte para su familia.

Antecedentes del caso

El señor Evaristo vive con su esposa y sus dos hijas. Pidió la terapia a instancias de su hija Alicia quien estudia aquí en la Facultad de Psicología. Iniciamos el proceso psicoterapéutico con él en febrero de 2006, y lo dimos de alta seis sesiones después, el 29 de mayo del mismo año. Un año antes había sufrido una parálisis de la mitad izquierda del cuerpo de la cual poco a poco había ido recuperando el movimiento. Había acudido a diferentes especialistas, de los cuales en el IMSS no le encontraron nada y un cardiólogo particular le detectó tres micro infartos en el cerebro. Cuando llegó a la consulta se quejaba de que le dolía el cuello, la cadera y una pierna lo que le impedía volver a trabajar. Don Evaristo contaba con un taxi que él mismo trabajaba. Se sentía muy preocupado por los gastos en la casa que había cubrir y además quería regresar a hacer su vida de siempre ya que en la casa se sentía inútil. Sus hijas y su esposa lo trataban de tranquilizar al parecer sin mucho éxito.

Definición del problema

El quebranto en la salud, y la convalecencia de más de 8 meses que tuvo el paciente, pusieron en duda la imagen que, de sí mismo tenía. El señor Evaristo valoraba en mucho, la idea de ser un hombre útil, misma que se materializaba en la posibilidad de trabajar y cumplir con su papel de padre y esposo, por lo que la dificultad para volver a trabajar y sentirse útil impactaron su estado de ánimo y su paciencia para recuperarse.

Meta terapéutica

Apoyar al paciente para que pueda modificar y ampliar la idea de ser útil; que reconociera otras formas de ser útil en la relación con su familia; que atendiera a las diferentes habilidades, recursos y posibilidades que ha tenido en los diferentes momentos de su vida, valore los recursos que en esta etapa de su vida posee, reconozca un nuevo ritmo de trabajo y que valore lo que en estos momentos puede llevar a cabo.

Intervenciones realizadas

Sesiones 1, 2 y 3

El señor Evaristo llegó a la terapia muy interesado en hablar de los malestares físicos que le generaba el problema de salud que padeció, esto dificultó en gran medida que él planteara lo que deseaba trabajar en este espacio o mencionara los recursos que había utilizado para lograr la recuperación que presentaba en ese momento. Retomando lo que el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones sugiere en estos casos, se buscó poner atención a la queja y hacer preguntas que llevaran al terapeuta a obtener información sobre los marcos de referencia en los que el cliente situaba el problema, en qué sentido lo veía como tal, circunstancias y secuencias de eventos cuando sucedía el problema (O'Hanlon y Weiner, 1990).

En opinión del equipo había que ayudar al señor Evaristo a tender un puente entre lo que deseaba obtener de la terapia y conectarlo con el motivo por el que creía que había asistido a la terapia, ya que él lo ubicaba más como un interés de su hija que propio, lo que ponía en riesgo, la *capacidad de maniobra del terapeuta* (Fish, Weakland y Seagal, 1994).

Se logró establecer algunos objetivos concretos y observables que se tradujeron en cosas pequeñas y alcanzables (O'Hanlon y Weiner, 1990). Era necesario explorar qué cambios, de acuerdo a su circunstancia actual, eran posible incorporar en su vida después de la embolia; hacer énfasis en este nuevo momento de vida y lo que él entendía por recuperar su salud, lo que implicaba co-crear (O'Hanlon y Weiner, 1990) con él una realidad diferente haciendo preguntas que generaran información acerca de sus lados fuertes su capacidades y recursos, así como negociar una definición del problema que estuviera en las manos del terapeuta y del cliente resolver, sin perder de vista los objetivos de éste.

Se busco definir con el cliente lo qué significaba volver a trabajar y si estaba en condiciones de hacerlo.

Ya en la segunda sesión, el cliente se percibe más tranquilo, él mismo da por hecho que las cosas no podían ser como antes. Para lograr lo antes mencionado, el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones propone entrar con un plan que lleve al terapeuta a definir los objetivos del tratamiento, evitando *deificar la realidad del cliente*, es decir evitar la búsqueda de los verdaderos sentimientos o puntos de vista de los clientes,

que sólo producen respuestas que llevan al paciente a buscar *más de lo mismo* (O'Hanlon y Weiner, 1990).

Se trata de centrar la atención en buscar excepciones a través de preguntas que llevan al señor Evaristo a buscar alternativas para volver a trabajar y de ahí se desprenden varias opciones cada vez más viables: estar bien de los ojos, seguir su rutina de ejercicios y comenzar a trabajar su taxi unas tres o cuatro horas diarias.

La terapeuta elabora *preguntas circulares* para saber lo que opinan su esposa e hijas del problema. De ahí se concluye que la familia lo apoya cien por ciento y se *reenmarca* (O'Hanlon y Weiner, 1990; Cade y O'Hanlon, 1993) como una red de apoyo que él ha creado a través del ejemplo y amor hacia su familia. También se obtiene información sobre las actividades que el señor Evaristo realiza en casa y que son variadas (ayudar a las labores domésticas, leer y hacer ejercicio), lo que se aprovecha nuevamente para *reenmarcar* la percepción que el señor Evaristo tiene de la manera de ser "útil".

La reenmarcación que se hizo partió de la idea que el paciente tiene, de las diversas maneras de ser útil. Así se planteó que las personas tenemos diferentes habilidades y capacidades según los diferentes momentos de la vida. Los altibajos que se presentan en la salud también nos afectan de manera distinta según la etapa del desarrollo y nos obligan a ir modificando el estilo de vida que hasta entonces habíamos llevado. Se le plantea al cliente la idea de que, para cada momento de la vida existen maneras diferentes de ser útil, y se le habla del papel que en algunas culturas tienen las personas mayores por su experiencia de vida. Se le enumeran, también, todas las maneras de ser útil que, durante este periodo de convalecencia, él nos ha mencionando que ha llevado a cabo.

Otra técnica que nos fue muy útil de este Modelo fue la de *normalizar*, (O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, 1990) en este caso los efectos que la enfermedad puede tener en los diferentes momentos del ciclo vital del desarrollo de las personas, con el fin de despatologizar el proceso de recuperación de Don Evaristo, esto permitió al mismo tiempo, *reenmarcar* el deseo del cliente de *volver a ser como antes*, lo que posiblemente significaba una negación de lo ocurrido (enfermedad) (Cade y O'Hanlon, 1993).

El Modelo de Terapia Breve centrada en las Soluciones propone combinar la forma de actuar del cliente sobre la situación que percibe problemática, con otras acciones atípicas

que tengan más probabilidad de resolver el problema y cambiar su marco de referencia (O'Hanlon y Weiner, 1990); por lo que al mismo tiempo que se normalizaba el estado de salud del señor Evaristo, se buscaron opciones y alternativas que permitieran reenmarcar la idea que tenía de ser "útil" y que se observaron más claramente en las siguientes sesiones.

Sesiones 4,5 y 6

En diferentes momentos se utiliza el elogio (O'Hanlon y Weiner, 1990), ante el anuncio de Don Evaristo de que ha comenzado a trabajar durante dos horas el equipo detrás de cámara le envió un mensaje diciéndole que el experto en cómo se siente y la manera en que va aumentando su actividad laboral es él mismo. Estas intervenciones cobran importancia toda vez que se traduce en el reconocimiento de un objetivo concreto para el proceso terapéutico (que lograra trabajar poco a poco hasta encontrar un ritmo propio para su edad) y a su vez esto lleva a que las intervenciones y las reflexiones hechas tengan una dirección clara y una razón de ser que posibilita que el paciente se enfoque de forma pragmática en la solución de su problema y no derive en su discurso hacia metas vagas o difíciles de medir (tener felicidad). Otra técnica que se utiliza en este mismo sentido de centrarnos en el logro y en la solución del problema es la utilización de una escala (Cade y O'Hanlon, 1995) en la que se le solicita al cliente que ubique el estado de bienestar que sentía en ese momento comparado con el momento en que llegó a la terapia. Don Evaristo se ubicó en el número 9.

A medida que avanzan las sesiones el paciente va aumentando las horas que dedica a trabajar en su taxi. Un punto importante ha sido enfatizar en la importancia de los testigos del cambio para ser reconocido en los esfuerzos que está haciendo, algo crucial en la etapa de la vida en la que se encuentra donde se cuestiona la utilidad de lo que hace en comparación con todas las cosas que antes podía hacer. Esta perspectiva lleva al paciente a valorar lo que está haciendo y tener una mirada diferente sobre la situación que lo hace ser más práctico y reflexivo a la vez y sobre todo a aceptar que habrá un momento en que ya no pueda trabajar por lo que ahora ha comenzado a considerar otras posibilidades de obtener ingresos, se hace uso de las preguntas proposicionales (O'Hanlon y Weiner, 1990) para que Don Evaristo continúe identificando los recursos y las opciones que le daría el rentar las placas de su coche en un determinado momento.

Evaluación del caso

El paciente continúa incrementando el tiempo que le dedica a trabajar en su taxi. Él identifica que las cosas que le han ayudado están relacionadas con hacer ejercicio, cuidar sus hábitos alimenticios y buscar alternativas para remediar los malestares que le aquejan. Se le ve mucho más seguro y optimista. Algo que le hizo mucho sentido fue la idea de ir encontrando cuál es el ritmo al que él puede hacer las cosas ahora.

Análisis temático de los casos presentados.

Eva y Evaristo los dos casos presentados en este reporte tenían en común la importancia en su vida de la socialización respecto a su género. Papp y Silverstein (1991) plantean que las mujeres son socializadas con la expectativa de que su principal meta en la vida sea cuidar de los otros, por lo que sus vidas deben estar centradas en actividades que conduzcan al desarrollo y bienestar de los demás. En el caso de Eva ella plantea que su mamá “le pasó el mandil antes de morir” lo significaba para ella tener que continuar cumpliendo con el papel de protectora de sus hermanos, procurando su bienestar sobre todo porque están inmersos en problemas de adicción a drogas y alcohol. Eva fue entrenada desde pequeña en este papel.

En lo que concierne a la relación con su pareja y padre de su hijo, aun cuando ella anhelaba alguien que la apoyara en todos los aspectos y que asumiera la responsabilidad como padre toleraba a su lado a un hombre que la humillaba, que abusaba de ella económica y psicológicamente, que le era infiel y que además no asumía ninguna responsabilidad en la manutención y educación del hijo de ambos. Entre las cosas que hacían que Eva continuara en esa relación a pesar de su deseo de terminarla era que se asumía como dependiente del apoyo económico y emocional, que por demás era mínimo, que le daba su pareja. Es muy ilustrativo que una de las intervenciones que más impacto causaron en la paciente fue en la que le preguntábamos cuales eran los recursos materiales con los que ella contaba para poner fin a esa relación.

Las autoras antes citadas consideran que la interdependencia entre hombre y mujer es una de las bases esenciales de las relaciones de pareja, pero debido a la socialización tradicional de la que somos objeto hombres y mujeres, ambos sexos se ven obligados a reprimir las conductas, actitudes, sentimientos, etc. que no concuerdan con lo

esperado y a exacerbar aquellos que culturalmente, han aprendido que les corresponden. Eva, como muchas mujeres que en el plano cotidiano echan mano de todos sus recursos para salir adelante con sus hijos, tiene serias dificultades para reconocerlo porque toda la vida han pensado que es de otra manera, es decir, que es por el hombre que tienen a lado quien las saca adelante. Así se prepara el camino para la dependencia: lo que yo no puedo tener o hacer, lo tienes o lo haces tú. Estas ideas son generadas por la cultura a través de los valores que le dan su estatus de verdad

En lo concerniente a los hombres Papp y Silverstein (1991) plantean que son socializados con la expectativa de que su principal meta en la vida sea el logro, por lo que sus actividades deben estar encaminadas al desarrollo y aumento de éste. La identidad de los hombres estará, entonces, profundamente ligada a desempeño de sus roles fuera de la familia y de sus posiciones de liderazgo. En el caso de don Evaristo cuando él tiene que dejar la actividad productiva que desempeñaba debido a la enfermedad que sorpresivamente padeció, se ve forzado a abandonar el rol que le permitía ser el principal proveedor de su familia. Ya no puede ejercer más papel para el que fue socializado y el que le ha dado un lugar importante en su familia y en la sociedad, ahora tiene que quedarse en la casa y esto le genera un profundo desaliento que lo lleva a cuestionarse el lugar que ahora tiene en su familia. Las actividades que puede llevar a cabo tienen que ver con la administración y buen desempeño de las labores relacionadas con la funcionalidad en la casa, ahora se han invertido los papeles mientras su esposa y sus hijas salen al mundo, él se ha convertido en quien cuida de las demás desde dentro del hogar. Indudablemente esto le cuestiona su identidad como cabeza de familia y como hombre. Por lo que como ya se ha visto en el análisis antes presentado el trabajo terapéutico con don Evaristo consistió principalmente en reencuadrar la idea de ser útil y de alguna manera reencuadrar su identidad como hombre.

Habilidades de Investigación

Como parte del trabajo realizado en la formación se llevaron a cabo dos investigaciones, una con metodología cuantitativa y la otra cualitativa. La primera que aquí se presenta fue realizada en equipo y tuvo como producto un instrumento que mide estructura familiar en adolescentes de sexo femenino. Dentro de las problemáticas que presentan las familias se encuentran algunas relacionadas con la adolescencia por lo que nos pareció importante recoger información respecto a la percepción que mujeres adolescentes tienen de su familia.

La otra investigación se realizó con metodología cualitativa y en ella se explora la experiencia de terapeutas familiares sobre el tema de la anorexia.

2.1 Investigación con Metodología Cuantitativa

2.1.1 Exploración de la Estructura Familiar en Mujeres Adolescentes

Resumen: El objetivo de este proyecto de investigación fue elaborar un instrumento que permitiera explorar la estructura familiar en adolescentes, de tal forma que fuera posible identificar el funcionamiento del sistema familiar. Dicho instrumento se basa en la Teoría de Sistemas y particularmente, en el modelo Estructural creado por Salvador Minuchin (1984). Se obtuvieron dos tipos de validez. La validez Teórica del instrumento se logró a través del acuerdo entre jueces y la validez de constructo, mediante el análisis factorial que arrojó cinco factores. La confiabilidad del instrumento se obtuvo a través de la consistencia interna del instrumento, con un coeficiente Alfa de Cronbach de .86 lo cual es indicador de una consistencia interna aceptable.

Introducción

Desde el enfoque sistémico, el adolescente es un subsistema que forma parte de otro sistema mayor, es decir, la familia y sólo puede ser entendido en su interacción con los otros miembros de la misma. Asimismo, la etapa de la adolescencia se entiende como un periodo donde convergen factores bio-psico-sociales (Estrada y Salinas, 1990),

integrados en un todo o una entidad, con niveles propios de organización consigo misma y con el mundo que la rodea a través de estímulos reales (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Por otro lado, los conceptos de la Teoría General de los Sistemas, describen la relación e interacción *adolescente–familia*, como un sistema abierto, cuyos elementos o miembros se mantienen en constante interacción, afectándose unos a otros, es decir, que la conducta de un individuo estará determinada por la de las personas que lo rodean y a su vez, la forma de comportamiento de una persona, determinará la conducta de los demás en relación a él.

Una de las posibles transformaciones que ocurren como resultado del ciclo vital de la familia es el periodo de la adolescencia debido a que los cambios experimentados por el adolescente, impactan de manera específica en la dinámica familiar, alterando su estructura y organización.

El modelo estructural de Minuchin (1984) es un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo. De los factores que Minuchin considera importantes para analizar la estructura familiar se retomaron, en esta investigación: las jerarquías, los roles, los límites, la centralidad y los vínculos.

Método

Para la elaboración de este instrumento de evaluación se aplicó a 200 adolescentes del sexo femenino, de las cuales 148 cursaban el nivel medio y 52 de ellas, el bachillerato. El rango de edad fue de 12 a 16 años para las estudiantes de secundaria, y de 15 a 20 para las alumnas del nivel medio superior. Todas ellas fueron alumnas de escuelas públicas del D.F. y Área Metropolitana.

Elaboración de la prueba

Se identificaron cinco constructos que definieran la estructura y funcionamiento familiar, fueran excluyentes entre sí, y explicaran ciertas características de la dinámica familiar de acuerdo al Modelo Estructural de la Terapia Familiar Sistémica.

Los constructos fueron: Límites, Jerarquías, Centralidad, Roles y Vínculos. Se elaboraron 21 reactivos tipo Likert para cada uno de los constructos, resultando un total de 105 reactivos.

Validez Teórica

Para obtener la validez teórica del instrumento se utilizó la técnica de jueces. Se solicitó la colaboración de expertos en el área de la terapia familiar para que evaluaran el valor teórico de los reactivos y su congruencia e interacción con los constructos propuestos (Límites, Jerarquías, Roles, Centralidad y Vínculos). Se obtuvo de 55 a 61% de acuerdo entre jueces lo que significa que en más de la mitad de los reactivos los jueces estuvieron de acuerdo.

Discriminabilidad

El objetivo de esta fase fue determinar el poder discriminativo de los reactivos del instrumento. Para lo cual, se aplicó a la muestra antes mencionada y se determinó la normalidad de la distribución de respuestas mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, se obtuvo una calificación $Z = .959$ que permite concluir que la distribución es normal. Se sometió a prueba la capacidad de discriminar de los reactivos mediante la comparación de las respuestas de las participantes en el primer cuartil contra de las de los del último cuartil, con la prueba t de student. De los 107 reactivos que constituían el instrumento 22 de ellos no produjeron diferencias entre el grupo alto y el bajo, por lo que se concluye que no discriminaron en la muestra. Los reactivos que no discriminaron se eliminaron de los siguientes análisis. Se llevó a cabo una nueva sumatoria para aplicar una vez más, la prueba Kolmogorov-Smirnov, cuyo valor $Z= 1.032$, indicó que la distribución de los datos es normal, pudiendo con ello aceptar la H_0 .

Validez Factorial

Para observar la estructura factorial de la prueba se realizó un Análisis Factorial sobre 85 reactivos que mostraron capacidad discriminatoria.

Los resultados arrojaron una estructura factorial compuesta por 5 factores que explican el 37% de la varianza. Los tres primeros factores explican cada uno, una varianza del 8%; el cuarto y quinto factor del 7 y 5% respectivamente, resultando así una varianza acumulada de 37%. En la tabla 10 el porcentaje de la varianza explicada.

Tabla 10. Porcentaje de varianza explicada por el análisis factorial y Alfa de Cronbach.

Factores	% de varianza explicada	% de varianza acumulada	No de reactivos	Alfa Cronbach
1 Estructura familiar	8.322	8.322	21	.86
2 Jerarquía y autoridad	8.146	16.468	17	.90
3 Interacciones entre los subsistemas parental y fraterno	8.028	24.495	18	.88
4 Alianzas y coaliciones transgeneracionales	7.099	31.594	15	.82
5 Centralidad y vínculos	5.017	36.611	8	.76
TOTAL			85	.86

A través de la prueba *KMO* se pudo obtener un coeficiente de comunalidad igual a .76, el cual indica una alta correlación entre los reactivos.

De acuerdo con la forma en que se agruparon los reactivos la prueba quedó constituida por 79 reactivos agrupados en 5 factores.

Factor 1. Estructura familiar en etapa adolescente. Constituido por 21 reactivos, que se caracterizan por las pautas de interacción propios de la etapa del ciclo vital de las familias con hijos adolescentes.

Factor 2. Subsistema parental, centrado en el rol paterno con las funciones de jerarquía y autoridad. Constituido por 17 reactivos. Que dan pauta a establecer los límites y reglas familiares.

Factor 3. Pautas interaccionales entre los subsistemas parental y fraterno. Constituido por 18 reactivos, que marcan la interacción entre padres e hijos y entre hermanos.

Factor 4. Alianzas y coaliciones transgeneracionales. Constituido por 15 reactivos, que proporcionan información sobre la formación del tipo de vínculos en las relaciones transgeneracionales.

Factor 5. Subsistema parental, centrado en el rol materno, donde se enfatiza la centralidad (afectos). Constituido por 8 reactivos, que representan los lazos afectivos de la madre hacia los hijos.

Consistencia interna

Procedimiento

Se determinó la consistencia interna de la prueba mediante el *Alfa de Cronbach*. Los resultados de cada uno de los factores y la sumatoria total se presentan en la tabla 1. El valor de las *Alfas de Cronbach*, de .86 indica una consistencia interna, con excepción del factor 5 que fue de .76. El último factor sólo contiene 8 reactivos debido a que éste es un estudio inicial.

Discusión

El instrumento "*Exploración de la estructura familiar en mujeres adolescentes*", motivo de este estudio, mostró estar conformado por reactivos capaces de discriminar entre los sujetos de una muestra, tener validez de constructo, así como poseer confiabilidad.

El análisis factorial agrupó los constructos que conforman al instrumento: Límites, Centralidad, Vínculos, Jerarquías y Roles, de acuerdo con las funciones características de los subsistemas Parental y Fraternal, que son señalados dentro del marco teórico estructural en el cual se basó la construcción de este instrumento (Minuchin, 1974). Esto permite observar la interrelación entre la teoría y la percepción que las adolescentes tienen de su dinámica y funcionamiento familiar.

Lo anterior, muestra la forma en que los diferentes constructos se relacionan entre sí y se agrupan de tal manera que reflejan el funcionamiento de cada uno de los subsistemas que conforman el sistema familiar, excepto el subsistema conyugal, ya que el instrumento se enfoca específicamente en la percepción que las adolescentes tienen desde su propia experiencia, siendo estos el subsistema parental (relaciones padre-hija; madre-hija) y subsistema fraternal (relaciones hermana-hermano; hermana-hermana).

A partir de esta agrupación se muestra importante información sobre el funcionamiento familiar, pues notablemente se concentraron los reactivos del instrumento de acuerdo con los roles socialmente y culturalmente atribuidos a cada uno de los géneros, es decir, se distribuyeron de tal forma que es posible distinguir entre las funciones de maternaje y

paternaje, así como las relaciones y vínculos culturalmente relacionados ya sea con la madre (área de los afectos) o con el padre (área de las reglas, los límites y la jerarquía).

Esta misma agrupación en las funciones de Maternaje y Paternaje también es afín con el Modelo dinámico-sistémico-integrativo que plantea el Dr. Raymundo Macías Aviles, el cual es citado en la investigación en proceso sobre las funciones de maternaje y paternaje (Chávez, Cortés y Lorenzo, 2008).

Es notable la agrupación de funciones, roles y relaciones que surgen a partir del análisis estadístico del instrumento, además de su estrecha relación con las características socialmente atribuidas al género, al diferenciar entre las áreas de maternaje y paternaje.

Al respecto, es importante señalar que las adolescentes muestran en sus respuestas esta diferenciación por género, y también permiten observar los cambios que caracterizan a la sociedad actual, donde las familias se enfrentan a una adaptación, transición y/o modificación de los roles tradicionales. En la actualidad es frecuente observar en las familias que ambos padres compartan: el rol de proveedor, las tareas domésticas, las actividades de cuidado y crianza, así como los afectos; o bien, familias con un solo progenitor que se encarga de ambas funciones

El factor 1 relacionado con la dinámica familiar, muestra un aspecto propio de esta etapa del ciclo vital para las familias con hijos adolescentes: la rebeldía, y la trasgresión de normas y límites familiares. Los constructos que se concentran en este factor son los Roles y los Límites, los cuales señalan tareas de tipo operativo que definen el papel que cada miembro juega dentro del sistema (Minuchin, 1974). Los adolescentes se caracterizan por probar e incluso retar los límites, lo cual ayuda a que la familia experimente un cambio en las pautas de interacción en esta nueva etapa.

Un tema de reflexión que surge de este análisis es la experiencia de las adolescentes al desarrollarse dentro de una dinámica familiar donde los límites y las jerarquías son rígidos, flexibles, o bien, con o sin un factor emocional. Lo anterior, da lugar a estructuras familiares amalgamadas o desligadas; relaciones con posibilidad de alianzas funcionales entre sus miembros; desarrollo de triadas y coaliciones disfuncionales; la ausencia de jerarquías, lo que compromete la definición clara del rol o función que cada miembro tiene dentro de la estructura.

El factor 2 relacionado con las funciones tradicionales del rol paterno, se concentra principalmente en el constructo de Jerarquía y específicamente los reactivos que hablan de las relaciones y vínculos con el padre. Tradicionalmente se relaciona la figura paterna

con la autoridad y jerarquía en la familia, en el instrumento se observa que las adolescentes identifican este rol en el padre, sin embargo, también se observa que la madre tiene una participación en este punto, lo cual habla de una jerarquía compartida entre los padres.

El instrumento distingue esta función en la familia, concentra los reactivos que tienen que ver con la autoridad y con el rol de proveedor, y en las respuestas de las adolescentes se observa la tendencia a que ambas funciones son compartidas por el padre y la madre, nuevamente se hace presente la transición y/o modificación de los roles tradicionales; sin embargo, en las labores domésticas aún hay mayor tendencia hacia los roles tradicionales.

En lo relacionado con el factor 3, se agrupan reactivos que hablan de las *relaciones en el subsistema fraterno y en el subsistema parental*. Principalmente se concentra el constructo de Jerarquía, y en menor medida están presentes los constructos de Centralidad, Roles y Vínculos. Por la forma en que se concentran los reactivos se refleja el tema de la distribución del poder en la interacción padre-hija; madre-hija y entre los hermanos.

Nuevamente, surge el tema del manejo de límites y normas en la etapa adolescente, ahora relacionado con el manejo del poder que perciben las adolescentes, ya sea en relación a sus padres o el que pueden manejar en las relaciones fraternas.

En el *factor 4 se concentra el tema de las alianzas y coaliciones transgeneracionales*. Se integran los constructos de Vínculos y Límites, específicamente los reactivos que hablan de las interacciones agresivas en la familia. De acuerdo con la teoría de los modelos Estructural y Estratégico, es frecuente que los conflictos y problemas familiares se relacionen con coaliciones entre miembros de diferentes subsistemas, por ejemplo en las coaliciones entre algún progenitor y un hijo contra otro progenitor. De acuerdo con lo observado en esta muestra de adolescentes, es frecuente que identifiquen conflictos relacionados con coaliciones en sus familias, principalmente las que se forman entre sus padres, con lo cual evidencia la presencia de triangulaciones.

Por último, el *factor 5 hace referencia a las funciones parentales centradas tradicionalmente en el rol materno*, en este factor se reunieron notablemente los reactivos que hablan de la participación de la madre en la dinámica familia, exclusivamente aquellos que se refieren a las situaciones de apoyo, afectos y centralidad. Los constructos que se agruparon fueron los de Vínculos y Centralidad, de tal forma que el instrumento

hace referencia a las funciones que culturalmente se atribuyen al maternaje. Se observa en las respuestas de las adolescentes que generalmente asignan a la madre las funciones afectivas, de cuidado y atención en la familia.

En conclusión, el instrumento de “Exploración de la estructura familiar en adolescentes” es una herramienta que proporciona importantes elementos cuantitativos y cualitativos del funcionamiento de la dinámica familiar, de acuerdo a los parámetros de evaluación que plantea el modelo Estructural que propone Minuchin(1974).

En cuanto a las sugerencias para futuras investigaciones se considera la necesidad de aplicar este instrumento a una muestra de adolescentes varones para comparar la percepción que éstos tienen de la estructura de su familia, en relación con la muestra de mujeres.

Otro aspecto de importancia clínica es la posibilidad de aplicar este instrumento en un grupo de adolescentes con características similares a la muestra con la que se trabajó y que padezcan trastornos como la anorexia o bulimia, enfermedades que son más proclives de presentarse en mujeres que en hombres y cuyos rasgos tienden a manifestarse en esta etapa. Se esperaría que la percepción que las adolescentes anoréxicas tuvieran de la estructura de su familia fuera diferente a la de las adolescentes consideradas en este estudio, de acuerdo con la teoría desarrollada por Minuchin (1974).

2.2 Investigación con Metodología Cualitativa

La anorexia en la experiencia de una paciente y en la práctica clínica de terapeutas familiares

Introducción

En un primer intento fallido de investigación con chicas anoréxicas tenía curiosidad por saber ¿Qué papel juegan los padres tanto para el desarrollo de la anorexia así como para ayudar a las pacientes a salir de ella? ¿Cómo contribuye la familia para que las anoréxicas establezcan una relación autodestructiva con su cuerpo?

Por diversas circunstancias no me fue posible continuar con este proyecto por lo que posteriormente busqué conocer de esta enfermedad a través de la experiencia de algunas terapeutas familiares. Las preguntas que me planteaba tenían que ver con saber cómo respondían desde la narración de su propia experiencia cuestiones tales como:

¿Cuál es la experiencia de algunos terapeutas familiares de corte sistémico y posmoderno en torno a la anorexia? ¿Cuáles consideran que son elementos que confluyen para que se origine y se mantenga la anorexia? Desde su experiencia ¿cómo consideraban el alcance de los diversos modelos desarrollados a partir de la terapia familiar sistémica y posmoderna, aplicados en su práctica profesional? ¿Qué aspectos teóricos corroboraban o no sobre el tema? Algunas de las preguntas planteadas las tenía más o menos formuladas cuando inicié las entrevistas, no obstante algunas otras se han ido estructurando a partir del proceso de llevar a cabo las entrevistas.

Inicié las entrevistas con una pregunta abierta pidiendo a las terapeutas que me contaran de su formación y de la experiencia que habían tenido con casos de anorexia. Me parece que comenzar así permitió que las entrevistadas iniciaran por la parte que ellas consideraban más importante de su experiencia. No obstante a partir de la segunda entrevista yo buscaba indagar un poco sobre las respuestas que me había dado la primera terapeuta o lo que me habían dicho las anteriores entrevistadas. Esto me llevó irremediamente a buscar confirmar o comparar la experiencia de las entrevistadas respecto a temas específicos. Sin embargo, las terapeutas entrevistadas, en general, empezaron sus respuestas por la parte que era más relevante para ellas. Hacerlo así me lleva a pensar que se trata de una toma de postura respecto a la anorexia y que es valioso en la medida que las lleva, invariablemente, a plantear el significado que tiene

para ellas el tema y por consiguiente, refleja la visión con la que se acercan al tratamiento de este tipo de pacientes, al tiempo que plantean, también, la explicación que se dan respecto al origen de la enfermedad y la forma en que conciben a las pacientes.

Del primer intento de abordaje que lleve a cabo rescato la entrevista que hice a una chica que padeció anorexia, al igual que con las terapeutas la petición inicial fue que hablara de su experiencia al respecto.

Finalmente el análisis de las entrevistas me lleva más que a contestar mis preguntas, apenas a vislumbrar cómo es la experiencia de la anorexia desde el punto de vista de quien la ha vivido y de quién atiende psicológicamente a pacientes con este padecimiento. En este sentido, este es un estudio exploratorio que busca dar cuenta de la postura con la que abordan este tipo de casos cuatro terapeutas de enfoque sistémico cuando se les pregunta por su experiencia con el tratamiento de pacientes anoréxicas y la forma como narra su experiencia quien en carne propia ha vivido la anorexia.

Aspectos epistemológicos y metodológicos

El tipo de investigación que se utilizará en este trabajo es **cualitativa**, la cual según Taylor y Bogdan (1986, citados por Rodríguez, Gil y García, 1999) es aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Entre las características de este tipo de metodología se encuentran que es inductiva, tiene una perspectiva holística; además de que quienes hacen este tipo de investigación son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas o los objetos de estudio.

Esta investigación considera que el ser humano es un participante activo, anticipador y en evolución respecto a su propia experiencia vital (Neimeyer, 1998), es decir, la idea de sujeto de la que se parte no es un sujeto pasivo que únicamente reacciona a los estímulos del exterior sino que es un sujeto que tiene intenciones, motivaciones, metas que alcanzar, miedos y que está todo el tiempo en un proceso de aprendizaje en el que va incorporando la experiencia y al mismo tiempo ésta se convierte en la materia prima de nuevas anticipaciones y base para tomar decisiones.

El enfoque desde el que se abordará este trabajo será principalmente el del Interaccionismo Simbólico y la Hermenéutica. El primero, como uno de los fundamentos más importantes de los estudios de corte cualitativo que se asienta en tres ideas básicas:

la de que los seres humanos actuamos hacia las cosas sobre la base de los significados que éstas tengan para nosotros; el significado que atribuimos a las cosas surge de la interacción social que uno tiene con sus congéneres y por último, los significados son manipulados y modificados a través del proceso de interpretación utilizado por la persona al relacionarse con las cosas que se encuentran en el mundo que le rodea (González 2005)

El método de análisis de la información obtenida será con base a la hermenéutica que como explica Pastorini (2005) se considera a ésta como una actividad de reflexión en el sentido etimológico del término, es decir, una actividad interpretativa que permita la captación plena del sentido de los fenómenos, tomando en cuenta el contexto, o los distintos enfoques al analizar un tema.

Características de las entrevistadas

Para este trabajo se entrevistó a 4 terapeutas y una paciente. Las terapeutas ubican su práctica profesional en el enfoque Sistémico de Terapia Familiar: Terapia Breve, Narrativa y otra más como una postura Sistémica sin identificar un modelo específico. En tres de las terapeutas entrevistadas su experiencia con el tema proviene de la práctica privada y en la cuarta entrevistada, la mayor parte de su experiencia se ha desarrollado en el ámbito institucional. En el caso de ésta última se aprecia un gran énfasis en la importancia del trabajo multidisciplinario, aun cuando se trate de práctica privada, las demás entrevistadas no descartan la utilidad de este tipo de trabajo, no obstante que está menos presente en su práctica. La mayoría de las entrevistadas son mujeres casadas y con hijos, la edad de ellas se encuentra entre los 35 y los 45 años. Respecto a las características de la paciente podemos decir que en el momento de la entrevista tenía 19 años, continuaba estudiando y se refería a la anorexia en tiempo pasado.

Las terapeutas serán identificadas con las iniciales (T), (A) (M) (L), mientras que la paciente con la inicial (J).

Marco teórico de referencia de las entrevistadas

El marco teórico en el que insertan su práctica profesional las terapeutas entrevistadas es la terapia familiar con enfoque sistémico y/o posmoderno. En la Terapia Familiar podemos reconocer dos momentos importantes: el primero que tiene que ver

con la conformación de una mirada que se nutre de la aplicación de la Teoría General de Sistemas a ésta y que plantea, entre otras cosas, que el sistema familiar es una unidad organizada a través de sus propias reglas, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. El comportamiento de un individuo no se podría entender de forma aislada; la estructura sistémica está formada por subsistemas. Al interior de cualquier sistema existen jerarquías que son delimitados por los límites; los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, es decir, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de uno influye en el comportamiento de los otros y viceversa; los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, no obstante los sistemas abiertos como son las familias se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente, y no por principios estáticos o cerrados, en este sentido, la homeostasis en el sistema familiar es la búsqueda innata de la media después de una desviación y por último la evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos(Sánchez, y Gutiérrez, 2000).

En lo que respecta a la terapia breve Fish, Weakland y Segal (1994) plantean que ésta busca influir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de éste. Esto se puede conseguir de dos maneras 1) impidiendo que el cliente y quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema o 2) en los casos adecuados, cambiando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado por éste ni en la necesidad de continuar en el tratamiento. Estos autores plantean una serie de intervenciones planificadas para que el terapeuta ponga en práctica la estrategia o impulso básico del tratamiento. Estas intervenciones pueden ser agrupadas en dos grandes categorías: las principales y las generales. En las Terapias Breves, el papel del terapeuta es directivo, estratégico y busca conservar su capacidad de maniobra (Espinosa, 2004).

Un segundo momento, en la Terapia Familiar se constituye cuando desde una postura constructivista se cuestiona el papel del observador, y se pone en duda por lo tanto la existencia de una realidad fuera de éste. El enfoque narrativo concibe la terapia como un contexto de curiosidad y asume la forma de un empeño cooperativo y una indagación de nuevas posibilidades. La terapia toma así una dirección única en la que los miembros de la familia son incitados a poner al día al terapeuta en cada sesión sobre el cambiante cuadro de sus vidas y de sus relaciones (White, 1994).

Hallazgos

A continuación se presentan los principales temas identificados en lo expresado por las entrevistadas y algunas pequeñas viñetas que dan cuenta de su voz.

Explicación sobre el origen y significado de la anorexia

En este rubro se considera la explicación de lo que provocó que se originara la anorexia desde la perspectiva de las terapeutas y la voz de la ex paciente entrevistada para abordar el tema. Podemos agrupar en cuatro el tipo de explicación que con más frecuencia plantean las entrevistadas, sin ser excluyentes una de otra.

A) La anorexia como un trastorno individual de carácter intrapsíquico que se traduce en atribuciones a las pacientes del tipo de “miedo a crecer”, “una gran necesidad de autoafirmación” “escasos espacios o ámbitos de control” (Hilde Bruch,1973, citada por Unikel, 2003).

Tienen mucho miedo de sus deseos, que sus deseos las vayan a tiranizar, que ellas no puedan controlarlos, que les guste un chavo y que entonces en este rollo de querer con el chavo terminen embarazadas, por ejemplo, y que no pueda ponerle límites a mi deseo **(M)**

“Autocastigo”

Me llamaba mucho la atención ¿cómo la gente puede castigarse a través de comer o no comer? No puedo entender cómo alguien puede privarse de comer, siendo un placer, finalmente comer ¿no? **(A)**,

“Regresión a otras etapas”, percepción de que el mundo está en contra de quien padece esta enfermedad como expresión de la necesidad de poner límites a la intromisión de la familia, Brown y Jasper (1993, citados por Unikel, 2003).

Los orígenes que yo observé, se ubican en la falta de control en sus vidas, en no poder decidir, en tener un papá, una mamá, un novio, esposo, amigo que les diga qué hacer y qué no hacer. **(A)**

B) Como expresión de lo que sucede en la familia: excesiva influencia de alguna de las abuelas en la vida familiar nuclear, rivalidad entre hermanos, familias multiproblemáticas con algún problema psiquiátrico de alguno de los progenitores, adicciones, violencia, etc. (Root, Fallon y Freidrich, 1986, citados por Unikel, 2003)

C) Como el impacto que tienen los medios de comunicación al transmitir mensajes que enfatizan la importancia de cuidarse por imagen (Selvini, Cirillo, Sorrentino, 1999) en lugar

de por salud de los que, a su vez, se hacen a su vez eco algunos padres. Existen, también, los mensajes dirigidos especialmente a las que se insertan en un contexto social que pregona, tácitamente, que el control sobre el cuerpo es igual a éxito.

La anorexia es parte de una construcción social, no es vista como una enfermedad en sí, sino el producto de una construcción social. **(L)**

D) Las exigencias que plantea la práctica de un deporte y el manejo de la frustración ante el cambio de circunstancias. (Chinchilla, 1994 citado por Unikel, 2003)

Sus familias estaban desintegradas, lo mío no fue tanto lo familiar, sino las circunstancias que me rodeaban, dejé muchas cosas que me gustaban: el sincronizado que era mi vida, yo quería irme a un Centroamericano; estaba preparándome para los mundiales y todo y, de repente, no pude ir porque después de irme a hacer todas esas cosas yo regresé al sincronizado a la Alberca Olímpica pero ahí el cloro te pica, es muy corriente, ahí ni para atrás ni para adelante, o dejas de nadar o dejas de nadar y me cortaron mi sueño de tajo. Por salud no es algo que puedas arreglar. Mis metas se cayeron, ya no están y yo sin saber para qué rumbo iba, porque ya no tenía un caminito que ya había planeado, tenía mucha incertidumbre, y eso me causa mucha ansia a mí. No sabes lo que va a pasar y para mí era pensar en comida. **(J)**

Características y actitudes de las pacientes

No obstante que todas las terapeutas entrevistadas están formadas en la corriente Sistémica de Terapia Familiar, (Sánchez, 2000) se aprecia un énfasis en atribuciones de tipo intrapsíquico a las pacientes (Hilde Bruch, 1973, citada por Unikel, 2003).

La entrevistada que trabaja en una institución con equipo multidisciplinario considera que las pacientes anoréxicas tienden a “escindir” al equipo conformado por especialistas en endocrinología, psiquiatría, terapia individual, terapia familiar y nutrición, esto coincide con lo que Strada (2002) plantea al considerar que las pacientes anoréxicas mantienen una lucha por el poder que las lleva a situaciones de enfrentamiento con los otros, en especial la autoridad médica.

Son pacientes que suelen desorganizar al equipo: ponerlo en contra unos de otros o sea, escindir, son pacientes que escinden bastante el equipo y que uno al principio no lo sabe piensa que es uno, que es parte del equipo hasta que se da cuenta que no, que así son este tipo de familias ¿no?” **(T)**

También se les considera “pacientes complicadas y en riesgo de muerte” (Sullivan, 1995 citado por Unikel, 2003). En su mayoría son mujeres jóvenes o adolescentes “tardías”.

Casi todas las entrevistadas coinciden en describir a las pacientes como “personas autocentradas y autodirigidas” que buscan controlar su cuerpo (DSMIV citado por Selvini, Cirillo, Sorrentino 1999)

El miedo a crecer y por otro la necesidad de autoafirmarse que la lleva a pensar que si no tiene control sobre nada, por lo menos lo pueden tener sobre su cuerpo. Y de ahí la idea de manejarlo y restringirlo, de pensar: yo puedo hacer con él lo que se me dé la gana, lo que no puedo hacer en otro espacio de mi vida porque mi mamá lo controla todo, mi papá lo controla todo, en general “nada está bajo mi control” **(T)**

Por otra parte, en sentido opuesto a la información que se maneja respecto al nivel socioeconómico de las pacientes anoréxicas (Gómez-Peresmitré, 1995a; Unikel et al, 2000; Szmucker, Eisler, Gillies, y Hayward, 1985 citados por Unikel, 2003), la misma terapeuta comenta:

Mi experiencia en nutrición fue totalmente distinta. Había clases altas, ciertamente en una buena proporción, pero también había las gentes en un nivel sociocultural muy bajo pues, a esa parte yo le pondría un signo de interrogación a todo lo que se ha escrito” **(T)**

Postura de la terapeuta ante la paciente y su familia.

La cibernética del segundo orden alude a la postura del terapeuta que se incluye en la observación del sistema terapéutico, a la conciencia que tiene sobre cómo sus pensamientos, valores, experiencia de vida, etc., están presentes en la forma como se aborda lo que preocupa a los pacientes, es decir, enfatiza el rol del observador en la construcción de la realidad observada. De ahí que la realidad no se conciba como independiente de los procesos de organización del observador (Botello y Vilaregut, 2006). En las terapeutas entrevistadas únicamente en una de ellas se puede apreciar una alusión a este aspecto:

Me parece muy importante la comprensión, la visión que tengas, desde donde estés mirando lo que es la anorexia, porque creo que en función de esto va a ser el abordaje que se le dé. **(L)**

En cambio sin mencionar conceptos como transferencia o contratransferencia las entrevistadas aluden a los sentimientos que les generan las pacientes anoréxicas:

Parecen niñas, te dan ternura, te dan como ganas de apapacharlas. **(A)**

La identificación que sienten respecto al rol que ellas mismas juegan en su familia (Hilde Bruch, 1973, citada por Unikel, 2003).

Porque a las mamás nos culpan de todo lo que le pasa a toda la gente, y (las mamás) no lo hacen a propósito, es por falta de información **(A)**

La influencia que puede tener en el tratamiento los recursos personales del terapeuta como es la empatía, los vínculos que se establecen o la identificación que se establece con las pacientes:

Recién salía uno de la carrera y éramos chavas muy jóvenes generalmente, había un entendimiento especial, como que nos veíamos más de tú a tú, de iguales. Creo que esa parte, sin yo saber, fue más importante el simple encuentro, platicar con ellas, que te contaran más a nivel de chava a chava lo que vivían: de los novios, de sus amigas, de sus papás, no tanto me veían como terapeuta sino como igual a ellas casi, casi” (T)

Los recursos a los que se recurren ante la falta de experiencia con el tema:

Mi intención era entrar en blanco, observar cómo se había construido la enfermedad. Sin embargo, me encontré con que no era tan fácil. Hay una dinámica muy complicada, es muy frustrante trabajar con esto, los avances son pequeñitos y los retrocesos son dramáticos. Esto me llevo a buscar toda clase de información. (M)

Aspectos éticos como lo es el reconocimiento del momento en que es necesario canalizar al paciente

Llego un momento en que me di por vencida, o sea, les dije saben que -porque además la familia tenía mucha fe en mí, hacían todo lo que yo les decía - yo ya no puedo. La estaba viendo, en coordinación con una nutrióloga, y en contacto con el médico, pero entre que iba de un lugar a otro se tergiversaba la información. (M)

Actitud de la paciente y/o de la familia ante el tratamiento

En este rubro se alude a algunas actitudes percibidas y resaltadas por las entrevistadas respecto a la forma en que las pacientes y sus familias se desenvuelven durante el tratamiento. Como ya se menciona antes se considera que ante éstas es muy importante el manejo de la información entre el equipo interdisciplinario que las atiende con la finalidad de que se evite la “escisión” del mismo. Otro aspecto resaltado es el que tiene que ver con la dificultad de la familia para reconocer los pequeños avances en el tratamiento:

Cuando ella tenía un éxito así de “me comí una tortilla”, la familia en lugar de aplaudirle le decía no, tú necesitas cuatro tortillas no una. Entonces, lo que para ella era un mérito, se lo echaban a la basura.” (A);

No sé cuál era su enojo, si era que por mi culpa la familia estaba toda... porque todos se involucran (...) mucho tiempo me decía es que “estoy muy enojada contigo”. Ya come, ya haz esto. Y al principio mi mamá quería que los resultados fueran ya al siguiente día.. mi peso y ya. (J)

Al llegar con el psicólogo, una niña anoréxica es porque ya han pasado cosas muy graves. Los papás llegan con un nivel de estrés tan alto, que quieren que al día siguiente se coma dos tortas, cinco tacos, etc., y es muy difícil. **(A)**

En sentido contrario al concepto de resistencia que se maneja en algunas corrientes en donde se dice que “La característica más llamativa de la verdadera anorexia es una negación de la delgadez que se sostiene obstinadamente” (Strada, 2002:22), en estas entrevistas se aprecia una cierta disposición de las pacientes para superar la anorexia

Ella estaba, por un lado muy contenta, porque era un objetivo de la terapia empezar a comer, por otro lado se sentía culpable, porque las anoréxicas se sienten culpables al comer. **(A)**

En coincidencia con lo anterior la paciente entrevistada comenta sobre su disposición de pedir ayuda

Al primer lugar que fui, fue al Instituto de Psiquiatría, bueno ahí fue donde me quede, porque mi mamá como es psicóloga sabe donde se tratan ese tipo de problemas, yo siempre tuve la disponibilidad de ir, nunca me negué. **(J)**

Características de la familia y su importancia en el tratamiento.

Familias multiproblemáticas (Minuchin, Rosean y Baker, 1978 citados en Unikel, 2003); (Selvini, Cirillo y Sorrentino, 1999)

Salen muchos problemas a relucir que uno de verdad se sorprende, que uno dice de veras ¿cómo le hacen? Me toco ver mucha depresión en la paciente ya sea anorexia o bulimia y en uno de los padres; me toco ver depresiones mayores. Me toco ver en muchas familias que la anorexia es uno de los problemas, tienen problemas de alcoholismo de drogadicción, de depresión, del largo desempleo de los padres, la anorexia es la voz de alarma de todo lo que está pasando. **(T)**

Dificultades de los miembros de la pareja para romper con la familia de origen (Selvini, Cirillo y Sorrentino, 1999)

Mi familia siempre ha sido muy unida, pero no éramos nada mas nosotros 4 sino con la familia de mi mamá con la abuelita, con los tíos. Antes los sábados eran totalmente reuniones familiares. Una familia muy unida, aunque mi papá trabajaba en Acatlan. Sólo lo veía en la mañana y en la noche, ahora ya como trabaja en C.U ya lo veo a la hora de la comida **(J)**

Excesiva intromisión de algún miembro de la familia extensa de la pareja (Selvini, Cirillo y Sorrentino, 1999)

De hecho es súper frecuente, que esté muy involucrada alguna de las dos abuelas, es muy frecuente traer a la sesión a alguna de las dos abuelas (...) Incluso está viviendo ahí la abuela o, está a lado y si no, está a cinco minutos pero tiene una presencia fuertísima, como si estuviera adentro. Eso si lo he visto muy claramente. **(T)**

Padres que tienen dificultad para atribuir éxito a sus hijos:

No son familias muy comunes, los padres, generalmente, no acostumbran atribuirles éxito a los hijos, o darles seguridad, por el contrario son familias un poquito "rotas", con padres dedicados cada quien a su vida y que se dan cuenta de la anorexia cuando ya está en un grado máximo. **(A)**

Padres periféricos y madres sobreinvolucradas (Hilde Bruch, 1973 citada por Unikel, 2003)

Observé padres periféricos, mamás sobreinvolucradas. En el caso de esta chavita que remitió, el papá siguió estando periférico, pero la mamá se puso las *superpilas*, empezó a ir a terapia conmigo. **(M)**

Mi mamá llegaba a decir me gusta mucho mi familia. Nos íbamos a Cuernavaca, no obstante por el trabajo, yo casi no veía a mi papá, tal vez por eso no nos comunicábamos, y yo lo veía únicamente en la mañana un ratito y hasta las diez y eso quien sabe, porque a veces yo estaba dormida y lo veía hasta el otro día. Y mi mamá era más bien la que nos llevaba al fútbol o al sincronizado" **(J)**

Importancia del apoyo familiar

En el caso de la anorexia, sin el apoyo familiar no funciona, aunque me dijeras ¡es que tiene 45 años! No importa, de lo que puedas echar mano, un papá, la mamá, un hermano, un primo alguien que en la casa pueda apoyar. Las anoréxicas empiezan a mentir mucho, ¡muchísimo! No es mentir, transforman la información. Para ellas no es mentir, pero la realidad es que, si tú transformas la información, estás mintiendo ¿sí? **(A)** Porque también la madre es importante, tenía amigas que sus mamás se habían dado cuenta de que ya no comían y ya no les hablaban. Ellas, por un lado, que bueno ya no me hablan, pero por otro, no tengo con quien estar, con quien refugiarme, que me escuche que me siento gorda, que me siento mal, que me ayude. Yo si era un poco afortunada, porque mi mamá enojada o no siempre estuvo ahí y nunca dejo de estar. **(J)**

Aspectos a considerar en el tratamiento

En los ámbitos institucionales "Ellos para entrar a Nutrición, al Programa de Trastornos de la Alimentación deben cumplir con la consulta del endocrinólogo, con la consulta de psiquiatría con la consulta de terapia individual, con la consulta de terapia familiar y con un nutriólogo" **(T)**

En el consultorio por dónde empezar

En mi opinión, en la gente que tiene un padecimiento que es de vida o muerte como es la anorexia, el cambio debe de ser conductual primero, es decir, empezar a comer, ya luego cambias el rollo de la culpa. **(A)**

Intervenciones desde los distintos modelos

Desde la Narrativa cuando empiezas tú a externalizar el problema y lo sacas del consultante y le haces ver lo que el problema le ha hecho en su vida en sus diferentes aspectos, en sus diferentes roles desde ahí empiezas ya a intervenir terapéuticamente. **(L)**

Intervenciones desde la desesperación

Sugerí que la llevaran con un medico de toda mi confianza, para darle algún medicamento para que paralelo al tratamiento psicológico, se le provocara hambre. La familia decidió llevarla con un psiquiatra de su confianza. Le hablé a éste para decirle, sin querer meterme en su terreno, porque a veces los psiquiatras son muy escrupulosos con los psicólogos, que sabía de la existencia de antidepresivos que dan hambre, qué si había la posibilidad de propiciarle hambre a esta niña sin que lo supiera. (A)

Discusión

Aún cuando en las estadísticas, obtenidas en internet, nuestro país no figura como uno de los países con más alto índice de casos - como en América Latina lo es Argentina con 3 veces más casos que Estados Unidos y Chile en donde se estima que 70.000 mujeres entre 14 y 30 años sufren anorexia y 350,000 mujeres padecen bulimia, los trastornos de alimentación no son una problemática que sea ajena a la sociedad mexicana. En la tesis que, para obtener el grado de doctora en Psicología, presentó Claudia Unikel (2003) considera que uno de los indicadores para determinar la necesidad de iniciar programas de prevención relacionados con los temas de alimentación, lo constituye la creación de centros especializados y en la creciente demanda del servicio. Esta autora refiere que los datos arrojados por la clínica de trastornos de la conducta alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría muestran un gran incremento en la demanda del servicio 15 veces mayor de 1992 a 2002.

De cara a estas reflexiones cobran relevancia las palabras de Unikel en torno a que:

(...) el trabajo que se lleva a cabo actualmente en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria carece de una orientación teórica clara. Esto ha derivado a que en la práctica clínica, el especialista se vea en la necesidad de intervenir en problemas que no siempre comprende del todo” (Unikel, 2003, p. 31)

Antes de revisar los marcos de referencia en los que se inscriben los discursos de las terapeutas entrevistadas es conveniente considerar que la explicación que la paciente refiere para el desarrollo de la anorexia en su caso, se inserta dentro de uno de los dos supuestos básicos que para este tipo de trastornos aporta la teoría cognitivo-conductual de los trastornos de la conducta alimentaria y que señala que los trastornos alimentarios se desarrollan como una forma de afrontamiento de las experiencias adversas por lo general asociadas con las transiciones del desarrollo y con eventos estresantes de la vida. Chinchilla, 1994 (citado por Unikel, 2003).

En el caso de la práctica de las terapeutas entrevistadas, que se inscriben dentro del marco de referencia de la Terapia Familiar se puede apreciar cierto eclecticismo en la forma en que se concibe o se explica todo lo relacionado con desórdenes alimenticios y particularmente la anorexia en lo que tiene que ver con su significado, las características de las pacientes y sus familias, o algunos otros aspectos a considerar en el tratamiento, ejemplificados en las páginas anteriores. Las terapeutas de manera casi unánime suscriben las explicaciones que aluden a la anorexia desde un enfoque psicoanalítico o psicodinamista que plantea que las anoréxicas tienen miedo a la maduración sexual y al crecimiento femenino (Hilde Bruch,1973, citada por Unikel,2003). Ya sea que exista un rechazo de la comida y la búsqueda de la delgadez con el objetivo de alcanzar autonomía y eficacia, con distorsión en la imagen corporal, incapacidad para reconocer estados internos, y una sensación generalizada de ineficacia o que haya un rechazo histórico de la comida, que no está basado en el objetivo de alcanzar la autonomía y la auto-eficacia. Se otorga importancia a los síntomas actuales de la paciente y considera relevante la relación de la madre con los hijos, particularmente con la paciente. Desde esta perspectiva se enfatiza, también, la alteración de la estructura familiar, que da una apariencia de armonía y una gran desilusión encubierta. En el discurso de la propia paciente podemos encontrar alusiones a que en su familia se daba mucha importancia a la apariencia externa y la negación de conflictos o sentimientos negativos entre sus miembros. Bruch sostiene que antes de la anorexia, la paciente cumplía con estos ideales, siendo el ejemplo de la familia.

Una manera en que entiendo este eclecticismo es que puede no ser otra cosa que la muestra de la dificultad que en la práctica tiene el cambio de paradigma respecto a una manera de acercamiento o abordaje de situaciones como la que nos ocupa. Si estas explicaciones las consideramos desde el enfoque que nos aporta el construccionismo social nos lleva a preguntarnos ¿hasta qué punto estas concepciones se traducen en una postura que contribuye en la construcción social de la idea de lo que es la anorexia? y ¿de qué manera esto podría constituirse en un obstáculo para acceder a otras explicaciones que nos lleven a comprender la manera en que se traduce en términos cotidianos la interacción en las relaciones familiares y sociales que llevan a que las mujeres caigan en enfermedades como la anorexia? Por otra parte me llama la atención la idea de normatividad que se trasluce en varios de los comentarios o los cuestionamientos en torno a la idea de verdad o mentira? ¿Cómo determinar lo que es

normal o no? ¿Cómo saber lo que es verdadero o falso en una paciente con anorexia o cualquier paciente?

Otra perspectiva que se encuentra presente en las reflexiones de las entrevistadas coincide de alguna manera con lo que plantean Selvini, Cirillo, Sorrentino (1999) quienes relacionan las raíces sociales profundas del aumento de la anorexia con la definición que ellos han dado del núcleo del sufrimiento básico en la vida de quienes la padecen, que es un profundo sentimiento de inadecuación. Plantean que el movimiento defensivo hacia este sentimiento sólo es posible en una cultura donde lo delgado es lo bello.

La cuestión aquí es cómo una persona adquiere este sentimiento de inadecuación que se entreteje con todo un contexto que dicta qué es lo aceptado y qué no lo es y que activa una actitud defensiva. Me parece que en parte la respuesta se encuentra en el trabajo de éstos investigadores que planten un acercamiento muy interesante a cuáles son las características de los distintos miembros de la familia de la anoréxica, especialmente las de ambos padres y la descripción de la relación entre ellos influido por el vínculo que mantuvieron a su vez ellos con sus familias de origen. Este acercamiento nos permite entender e imaginar cómo pudo haber sido la relación que estos padres, aquejados de fuertes carencias afectivas, y muy preocupados por satisfacerlas, mantienen entre ellos y con sus hijas. La principal dificultad que enfrentan los padres de las anoréxicas tiene que ver con la incapacidad para acercarse a los otros en términos de confianza, calidez, solidaridad, empatía, de cuyo modelaje de cómo hacerlo, seguramente carecieron en su infancia. Progenitores que presentan una gran incapacidad para establecer un vínculo que pueda devolver a sus hijos una imagen más o menos clara de lo que son y de lo que pueden ser en términos de habilidades para la vida y la relación con los demás.

Una postura coincidente con lo anterior es la que propone Michael White (1989), principal exponente de la Terapia Narrativa y quien tiene influencia del grupo de Milán, para quien la explicación tiene que ver con un contexto social que condiciona la aceptación de la mujer a ser dependiente a la autoridad de los hombres, la seguridad emocional se logra mediante la conducta que procura cariño y cuidados a los demás. Los deseos personales han de expresarse de manera indirecta. Para sentirse digna y valiosa, una mujer debe atenerse a la significativa tendencia de los últimos veinte años enderezada a un ideal de delgadez. Por lo que el principal papel de la mujer debe consistir en preocuparse por suministrar la alimentación correcta a otros, especialmente a los miembros de su familia.

En consonancia con lo anterior se encuentra el planeamiento que se hace desde la perspectiva de género que considera a este tipo de conductas alimentarias como una forma que encuentran las mujeres de ejercer el control sobre su cuerpo y así ganar autoestima y una sensación de poder. A través de la historia la mujer ha sido valorada socialmente a través de su cuerpo a través de la alimentación de sus hijos, de la satisfacción de las necesidades sexuales de los hombres, además de ser su soporte emocional, tanto de ellos como de los niños. El papel que el cuerpo de las mujeres ha jugado está determinado por necesidades económicas, políticas y sociales (Brown y Jasper, 1993 citadas por Unikel, 2003).

En una crítica a estas explicaciones Baerveldt y Voestermans (1996) consideran que el construccionismo social y los enfoques Feministas se limitan a considerar el significado que tiene el cuerpo de la mujer como un tipo de maniquí que usa las señales de sexo, poder, el estado, o como el campo de batalla para la política del cuerpo o como una protesta simbólica contra la posición social de mujeres en la sociedad. Por el contrario estos autores dan énfasis a la comunicación corporal como un flujo continuo de interacción *co-regulada*. El cuerpo se presenta como la articulación natural de habilidades *co-regulativas*.

El proceso del sí mismo involucra múltiples estilos de habilidades corporales que testifican la habilidad de las personas de tomar parte en la vida y en este sentido la anorexia se ve como una perturbación de esas habilidades.

Por su parte Jordi Sanz e Ian Burkitt (2001) retoman el trabajo de estos autores y rescatan su idea de ver al cuerpo como un dispositivo expresivo que comunica algo sobre la experiencia vivida de mujeres: sobre los forcejeos y contradicciones que enfrentan en la cultura en que se sitúan. No obstante no están de acuerdo con que la anorexia puede ser el producto de una perturbación en el reino de estas habilidades sociales y prácticas. Estos autores retoman el concepto de *introception* de Merleau-Ponty el cual es opuesto a la introspección, es primario en el desarrollo psicológico de individuos. Tiene que ver con la percepción que tenemos los seres humanos de lo que nos gusta vivir a través de nuestros cuerpos y para percibir otras personas y cosas en nuestra relación corporal con ellos. Depende en parte de la manera que mi cuerpo es, en la presencia o ausencia de partes del cuerpo, órganos y sus funciones, y también en la relación de mi cuerpo con el mundo y los otros dentro de la cultura. Tiene que ver con la confianza que,

finalmente, podemos tener en que a partir de nuestro cuerpo podemos percibir a los otros y podemos ser, al mismo tiempo, percibidos por ellos.

Las implicaciones de lo anterior para estos autores tienen que ver principalmente con no poder decir que exista una imagen o percepción falsa o distorsionada del cuerpo; la necesidad de considerar a la cultura y los significados sociales en los que vivimos y actuamos nuestras vidas y la negativa a tratar al cuerpo como un autómatas. En el aspecto terapéutico esto se traduce en consideraciones como que el conocimiento se localiza en lo local y lo contextual, en este sentido la terapia debe ser un proceso dialógico; la profundidad de emociones debe ser considerada sólo una metáfora espacial aplicada a la persona como en el caso de la contradicción enfrentada por las mujeres modernas en la oposición entre el éxito creciente en la sociedad y la marginalización en las posiciones de poder. También tiene en cuenta la realidad ambivalente y fragmentaria que es a menudo un aspecto central de la experiencia de la anoréxica; la verdad se define por lo que se refiere a lo que es bueno por vía de la creencia. Nunca podemos asumir que nosotros hemos llegado a un examen final y la descripción definitiva de lo que es bueno y por último el terapeuta tiene que trabajar de manera fenomenológica y pragmática con los propios significados de las anoréxicas, en lugar de sustituirlos con significados propios.

Otras ideas expresadas por las entrevistadas plantean que problemas como el de la anorexia, requieren de una atención especializada de todo un equipo de trabajo compuesto por distintos especialistas, y la infraestructura hospitalaria que esto implica y que en el caso de terapeutas en consulta particular implicaría tal vez la creación de redes de apoyo de otros profesionales; o el cuestionamiento a la idea de que la población más afectada se encuentra en mujeres de estratos sociales altos.

Para concluir es trabajo considero que en temas como el de la anorexia hay que tener presente que estamos lejos de comprender la manera en que los diferentes elementos que propician el problema se entretajan y por lo tanto, la manera de abordarlo desde distintas perspectivas también pueden traslaparse, tal vez un elemento a tener presente para el terapeuta sea tener claridad respecto a sus propios presupuestos al respecto.

3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento (Atención y Prevención Comunitaria)

3.1 Elaboración de video.

El video fue elaborado con el apoyo del compañero Domingo Lorenzo Hernández quien participó en la grabación de mismo y la compañera María de Lourdes Soto Hernández quien colaboró en la dramatización del caso para llevar a cabo la presentación **Elisa: La lucha cotidiana contra la angustia y el miedo de vivir** en donde se dramatizaban algunos momentos significativo y algunas de las intervenciones clínicas con una paciente atendida en el Centro de Atención Comunitaria Julian Mac Gregor, que presentaba problemas de alimentación y que no aceptó ser grabada, además de tener reticencias para trabajar con un equipo detrás del espejo. La presentación se llevó a cabo dentro de la II Jornada Clínica del Programa de Maestría y Doctorado, residencia en Terapia Familiar en la Facultad de Psicología de la UNAM el 14 de febrero de 2005.

En la presentación en power point se plantean los antecedentes del caso, el familiograma y algunas intervenciones del Modelo de soluciones en video, mismas que se insertan a través de botones: 1) Ampliación del cambio, 2) Reestructuración, 3) Planteamiento de una situación hipotética; 4) Compartir experiencias personales 5) Formulación de explicaciones 6) Trabajar con los efectos del abuso.

Con este reporte se entrega una copia en disco de dicha presentación.

3.1.1 Elaboración de un tríptico sobre violencia dirigido a usuarias (os) de Centros de Atención Psicológica

La violencia es un tema con muchas aristas, que genera múltiples reacciones, pero que en general es tratado casi como un tabú, por lo que es necesario, para poder incidir en esta problemática, hacer un esfuerzo por no quedarse en la emisión de juicios de valor al respecto y si, en cambio, comprender de manera más amplia la complejidad que implica. La violencia es un fenómeno interaccional, que resulta, por una parte de los procesos de comunicación particular entre dos o más personas, donde los participantes

pueden tener, aunque no lo sepan, “responsabilidad interaccional” es decir podemos observar a los participantes como personas involucradas, y quizá atrapadas, en un contexto y relación particulares, con ciertos mapas del mundo, dentro de los cuales la violencia es una respuesta lógica y coherente. En este sentido cobra importancia la difusión de información por todos los medios posibles que aporte mayores elementos para identificar una relación violenta y algunas opciones de solución que promuevan nuevas actitudes que frenen la violencia en todos los ámbitos.

En el apéndice no. 4 se presenta el tríptico.

3.2 Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria.

Taller ¡S.O.S!...¡tengo un adolescente en casa!

Se desarrolló un taller para padres con hijos adolescente, cuya finalidad era crear un espacio para reflexionar, sobre la forma en que los papás acostumbran relacionarse con sus hijos, al mismo tiempo que se les orientó y apoyó a encontrar formas alternativas de convivencia. No obstante este taller puede ser utilizado por todas aquellas personas (profesores, asesores, orientadores) que tengan contacto con adolescentes.

Duración: 15 horas, en cinco sesiones de 3 horas cada una.

Horario: Martes de 17:00 a 20:00 Hrs.

Fechas: 02, 09, 16, 23 y 30 de mayo

Dirigido: Padres de familia o adultos que estén en contacto con adolescentes y que quieran mejorar su relación con a nivel preventivo e informativo.

Objetivo General:

Crear un espacio en donde todas aquellas personas que estén en contacto con adolescentes, reflexionen sobre la relación que mantienen con ellos y encuentren formas alternativas de convivencia.

TEMAS

1.- Ciclo vital de la familia

Objetivo: Normalizar la etapa del ciclo vital por la que atraviesa la familia con hijos adolescentes, en cuanto a los eventos y conflictos comunes en esta etapa, así como los factores socioculturales que demandan que los padres sean competentes.

Subtemas:

Relación entre los esposos.

Relación de los padres con los hijos.

Relación de los hijos entre sí.

2.- Buscando excepciones

Objetivo: Resaltar los recursos y capacidades de los padres que han puesto en práctica en la relación con sus hijos.

3.- Cómo escuchar para que los hijos hablen

Objetivo: Aprender a escuchar para que me escuchen a través del lenguaje de la aceptación.

Subtema:

Forma activa de escuchar

4.- Los conflictos familiares: “El pan nuestro de cada día”.

Objetivo: Normalizar la existencia de conflictos familiares como eventos cotidianos y frecuentes, al mismo tiempo que los padres aprenden a identificar los conflictos que desean resolver a través de objetivos específicos.

Subtema:

Definición del conflicto

Identificación del conflicto

Solución de conflictos

5.- Buscando soluciones para resolver los conflictos.

Objetivo: Aprender a solucionar los conflictos a través de la búsqueda de alternativas de solución que sean viables y posibles de poner en práctica por parte de los padres.

JUSTIFICACIÓN

Las familias con hijos adolescentes enfrentan una etapa de múltiples cambios a los que ni los padres ni los hijos están preparados. Generalmente es necesaria información que ayude a los padres a guiar y educar a sus hijos en esta etapa. Las emociones más comunes entre los padres son de sorpresa, desorientación, confusión e impotencia ante los cambios de conducta que presentan sus hijos adolescentes, se les dificulta hablar con ellos, no saben cómo tratarlos y cómo resolver los conflictos que surgen con ellos. A su vez, los adolescentes experimentan cambios físicos y psicológicos que tienen un efecto no sólo en su conducta sino en el medio ambiente en el que se desenvuelven como es: su familia, la escuela, sus amigos, la cultura y la sociedad en general. Todo lo anterior incide

y tiene gran influencia en su desarrollo, lo que hace necesario, modificar las reglas usuales de interacción entre el niño, ahora convertido en adolescente y el mundo que le rodea.

El taller fue impartido por las psicólogas Ana Lilia Escalante Zamudio y María de Lourdes Soto Hernández, dentro de las instalaciones del Centro Comunitario Julián Mac Gregor, ubicado en la zona Sur del D.F., contando con el apoyo y colaboración de la jefa del Centro, la psicóloga Noemí Díaz Marroquí.

La difusión del Taller se hizo a través de carteles y volantes que se repartieron y se pegaron sobre todo en escuelas secundarias y Centros Comunitarios del DIF aledaños al Centro Julián Mac Gregor; invitación personal en escuelas y en la iglesia cercana al Centro, e invitación vía telefónica a las mamás de familia cuyos hijos adolescentes habían participado en alguna actividad dentro del Centro Comunitario, y a las mamás que habían hecho solicitud para atención a sus hijos en el Centro Guillermo Dávila, en los dos casos se nos proporcionó una base de datos con sus números telefónicos.

Se contó con un máximo de 10 participantes, la mayoría eran madres de familia y una pareja que también tenía un hijo adolescente, es decir contamos con un padre de familia. Por lo que de aquí en adelante nos referiremos a las mamás por ser mayoría en este taller.

Los temas que dieron origen y desarrollo a este taller se sustentan y fundamentan de la teoría Cibernética (Sluzki,1987) y la Teoría General de los sistemas (Bertalanffy,1991), que a su vez dieron origen a la Terapia Familiar y los diferentes modelos que se desarrollaron, entre ellos el de Terapia Breve centrado en las soluciones (de Shazer,1985), cuyos conceptos más importantes se retoman en los temas de este taller, como son: la identificación de recursos y fortalezas que tienen las personas o que pueden desarrollar para resolver sus conflictos. Otro de los conceptos importantes es buscar y centrarse en las soluciones más que en los problemas. Identificar estrategias o habilidades que han dado resultados en algún momento para seguirlas poniendo en práctica; pero sobre todo poner énfasis en el factor comunicación, del que incluso se retomó la Teoría pragmática de la Comunicación desarrollada por Watzlawick (1986) y de

donde se deduce que la comunicación directa y clara permite resolver conflictos, mientras que la comunicación obscura e indirecta, los origina y los empeora.

Así mismo se utilizó el *método por descubrimiento* en todos los temas que se desarrollaron y se trabajaron principalmente *recursos didácticos* tales como *dinámicas de grupos*, *dramatizaciones* y la técnica llamada *lluvia de ideas*. En cuanto al material de apoyo que se utilizó en la mayoría de las sesiones se menciona el siguiente: pizarrón, hojas de rotafolio y material de trabajo como revistas, resistol, cartulinas y tijeras.

En la realización del taller se contó también con un manual tanto para los participantes que incluyó una breve descripción del contenido de cada uno de los temas que se trabajaron en las sesiones con la finalidad de que los participantes tuvieran la posibilidad de acceder a ellos previamente a cada sesión y pudieran aclarar sus dudas durante el taller. Así mismo se elaboró el manual del instructor en donde se especificaron tanto los temas como las dinámicas que se deben llevar a cabo en cada sesión. Se incluyó también una *hoja descriptiva* que sirve de apoyo y guía para considerar los tiempos que requiere cada dinámica y la exposición de los temas de cada sesión. Así mismo describieron los objetivos tanto de *enseñanza*, es decir los conceptos o factores que deben considerarse y señalarse en cada uno de los temas y los objetivos de *aprendizaje*, que tienen que ver con las dinámicas que se llevaron a cabo y sobre todo, su finalidad.

Finalmente se elaboró un formato de evaluación tanto del proceso del taller, la retroalimentación del grupo sobre el taller, así como la retroalimentación de las expositoras sobre el trabajo realizado como equipo y de manera individual. Los resultados de dicha evaluación se mencionan a continuación.

Consideramos que el grupo de mamás que se conformó fue muy cooperativo, manifestaron deseos de mejorar la relación con sus hijos y se mostraron dispuestas a buscar alternativas de solución y sobre todo de ponerlas en práctica, observamos gran receptividad ante la retroalimentación que les daban sus compañeras al tiempo que se mostraron respetuosas de la forma de pensar y sentir de sus compañeras. En general pensamos que fue un grupo con recursos tanto culturales, intelectuales como personales.

Pudimos apreciar que los siguientes temas fueron de mayor importancia para los participantes.

“El Ciclo Vital de la familia” y todos aquellos factores que favorecen las crisis familiares y acrecientan la culpa o la percepción de fracaso en las mamás. Esto hizo que las participantes se sintieran validadas y comprendidas, al darse cuenta que no eran las únicas en sentirse así y que parte de los conflictos que ellas identificaban, estaban relacionados con otros factores (culturales, sociales y económicos), aunados a los que aparecían al interior de su familia como parte del ciclo vital.

“Buscando excepciones” La actividad que se desarrolló durante la sesión (técnica del collage) tuvo un gran impacto en las participantes, al descubrir los recursos con los que contaban, pero que habían perdido de vista y ello les impedía practicarlos para mejorar la relación con sus hijos. Lo más significativo de la dinámica es que esos recursos y habilidades fueron detectados, identificados y validados por sus compañeras del taller, a partir del collage que realizó cada una de las mamás y que representaba situaciones o eventos que disfrutaban de la relación con sus hijos. Los recursos y fortalezas personales de las que cada una hizo una descripción, les dieron más seguridad y confianza de poderlos practicar en la relación con sus hijos, ahora que los habían identificado.

“Cómo escuchar para que los adolescentes hablen”. En esta sesión se combinaron actividades en grupo y exposición de temas, lo que les permitió a las mamás identificar la forma que ellas utilizaban para comunicarse o escuchar a sus hijos y formas alternativas de hacerlo a través de representaciones vivenciales. A partir de esta sesión se comenzaron a ver los cambios que las mamás pusieron en práctica las sesiones siguientes.

En relación a lo que aprendieron de manera general y considerando los factores que subyacen al modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones, se obtuvo la siguiente información:

- Conocimientos y experiencias de las demás mamás.
- La comunicación como elemento fundamental para tener una buena relación con el adolescente. Aprender formas nuevas de comunicación con sus hijos.

- Aprendieron a poner en práctica lo que sí les funciona.
- Ponerse en los zapatos del otro (en este caso sus hijos).
- El sentido del humor en la solución de los conflictos.
- Cambiar lo que no funciona.
- Saber escuchar.

En cuanto al trabajo en equipo y la retroalimentación que cada una de las expositoras hizo del trabajo de su compañera se menciona lo siguiente:

Respeto y consideración hacia la manera de pensar y sentir de cada una de las expositoras.

Un reconocimiento y aprovechamiento de las habilidades y cualidades personales por parte de las expositoras y las que se fueron desarrollando en el proceso y transcurso del taller.

Desarrollo de la flexibilidad para adaptarse a la idiosincrasia y manera de conducirse de cada una de ellas y ver más que obstáculos, elementos que enriquecieran el taller pero que al mismo tiempo definieron el estilo y modo de ser de las expositoras.

En conclusión se puede decir que este taller además de la finalidad y objetivos encaminados a orientar, enseñar y apoyar a la población en general y específicamente a las mamás con hijos adolescentes a través del desarrollo de habilidades y utilización de los propios recursos, fue un instrumento para el crecimiento, intelectual, profesional y personal de las instructoras, quienes se aventuraron en una experiencia nueva en la que los tropiezos y obstáculos se convirtieron en retos y desafíos en busca de soluciones.

3.3 Reporte de asistencia a foros académicos y presentación del trabajo realizado en foros académicos

Dentro de las actividades que plantea el programa de la Maestría en Terapia Familiar se encuentra la de participar en distintos foros académicos que contribuyan a la formación y el desarrollo de habilidades de difusión, de investigación de los alumnos que la cursamos, ya como asistentes o como ponentes. Me parece necesario, por el carácter vivencial que tienen los comentarios sobre la asistencia a los talleres o congresos o las reflexiones en torno al aspecto ético, las habilidades adquiridas y el impacto que tuvo en

cada uno de nosotros el proceso de formación, expresarlos en primera persona toda vez que implican la manera en que cada uno elaboramos la experiencia.

A continuación se presentan en un cuadro los eventos a los que se asistió.

Asistencia a Foros Académicos

Nombre del Foro	Duración	Fechas	Comentarios
“Consulta a Bases de Información Psicológica” Impartido por la Mtra. Blanca Girón Hidalgo de la Fac. de Psic. UNAM	10 horas	11 al 13 de agosto de 2004	Este curso me aportó mayores herramientas para la búsqueda eficaz de información en diversas bases de datos.
“Revisión de Paradigmas en Psicopatología con Objetivos Diagnósticos y Terapéuticos” curso-taller organizado por la Coordinación de la Maestría en Terapia Familiar de la UNAM	30 horas	10 al 18 de enero de 2005	Resultó muy enriquecedor el análisis que hizo la facilitadora de las principales características de algunas psicopatologías para complementar el trabajo de detección, evaluación y diagnóstico clínico.
“Avances en Terapia Breve” curso impartido por el Dr. Hugo Hirsh, organizado por el Instituto Mexicano de Terapias Breves, S.C	10 horas	17 y 18 de marzo de 2005	El curso me llevo a reconocer y valorar algunos elementos teóricos y prácticos de terapia breve para el trabajo con familias y parejas.

Nombre del Foro	Duración	Fechas	Comentarios
"Psicoterapia Sistémica Individual" Los rituales y los tiempos del tiempo. Seminario de Terapia Familiar Impartido por el Dr. Luigi Boscolo	20 horas	6 y 7 de mayo de 2005	Resultó muy estimulante conocer en la propia voz de uno de los principales constructores de la terapia familiar los conceptos en torno a la manera en que los terapeutas y las familias conciben, viven y construyen el tiempo, así como el papel del lenguaje en este proceso.
"Nuevas Reflexiones acerca de la Terapia Familiar" Taller impartido por el Dr. Salvador Minuchin	12 horas	6 de mayo de 2006	Para las "terapeutas jóvenes" cómo se dirigió Lulú y a mí el Dr. Minuchin, se constituye en una experiencia inolvidable verlo trabajar y escuchar la narración de la historia de la Terapia Familiar que generalmente leemos en los libros.

Participación como ponente

Nombre del Foro	Fecha y Lugar	Objetivo
XIII Congreso Mexicano de Psicología. Ponencia "La Utilización de la técnica de escenificación en la separación de los subsistemas parentales y filiales"	19 al 21 de octubre de 2005 en Acapulco	Mostrar cómo a través de la implementación de la Técnica de Escenificación se puede establecer la separación de los Subsistemas Parental y Filial cuando estos se encuentran entremezclados, situación típica de casos en los que los hijos son triangulados por los padres en sus propios conflictos
"Segunda Jornada Clínica" de la Residencia de Terapia Familiar de la Fac. de Psic. UNAM. Presentación de caso Elisa: La lucha cotidiana contra la angustia y el miedo de vivir	14 de febrero de 2006	Mostrar el caso y algunas de las intervenciones clínicas de una paciente atendida en el Centro de Atención Comunitaria Julian Mac Gregor, que presentaba problemas de alimentación.

4. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional

Para mí la ética en el ejercicio de la psicoterapia, de la docencia e investigación implica a los profesionales un esfuerzo constante sobre el propio conocimiento en lo relativo a la conciencia de la historia personal y las circunstancias que me llevan a ser lo que soy, es decir, ¿Cómo se ha construido mi mirada del mundo y específicamente sobre

temas controversiales como pueden ser el aborto, la eutanasia, o la homosexualidad? ¿De qué ideas, creencias, prejuicios, valores, principios está hecha? ¿Cómo influye sobre esta mirada el género al que pertenezco, la edad que tengo, mi cultura, el lugar donde nací, el nivel socioeconómico? Desconocer o subestimar estos aspectos pone en riesgo, a cualquier persona y particularmente a los profesionales de la psicología, de asumir que existe “la verdad”, una forma de vivir, una manera correcta de hacer las cosas que generalmente es la propia, y esto me puede llevar a no ser respetuosa de la singularidad de los otros, humanos o no, y no solo a desconocer la riqueza de la diferencia sino a combatirla activamente en nombre de la “verdad” o la existencia de una sola realidad. Por otro lado no puedo dejar de preguntarme sin tener una respuesta acabada ¿Cómo hacer para lograr tener, en todo momento, presentes cuales son los valores que guían mi desempeño profesional ante las distintas situaciones que vivo y los casos que atiendo y en este sentido mantener una indispensable postura autocrítica, que me permita una constante evolución como persona y como profesional?

Si bien entiendo la imposibilidad de alcanzar un conocimiento acabado de mi misma toda vez que al igual que todo estoy en construcción continua, me parece que una de las luces que a mí me puede iluminar la conciencia es el esfuerzo constante por identificar el lugar desde donde me ubico para ver la vida, para comprenderla, para sentirla, que me permita mantener la curiosidad permanente por conocer a las personas que me rodean, cambiar los prejuicios por una mirada cada vez más abarcadora y más amplia de las personas que me rodean y de las cosas del mundo, que me permita hacer y hacerme las preguntas que generen ideas y acciones nuevas.

Otro aspecto del compromiso ético que tengo como psicoterapeuta tiene que ver con la formación continua que desde mi punto de vista, además del aspecto académico, es necesaria para cultivar el conocimiento vital a través de la lectura, la música, el cine, el teatro, la danza etc., porque esto se traduce en fuente de reflexión y sensibilidad que me puede hacer una mejor persona y una mejor terapeuta.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen de habilidades y competencias adquiridas

Las competencias teórico-conceptuales que adquirí en la maestría, me llevan a tener presente que en la explicación de lo que sucede con una familia, un cliente o un consultante juega un papel relevante la perspectiva desde la que yo observe lo que sucede. Así, desde la terapia sistémica voy a desechar la opción de buscar una patología en la persona, a la que generalmente quienes le rodean atribuyen un problema, y por el contrario, voy a centrar mi atención en identificar cómo la relación que establecen los diferentes miembros de la familia, contribuye al mantenimiento del problema, esto significa que el comportamiento de un individuo no se puede explicar de forma aislada debido a que los patrones que rigen a las familias o grupos sociales se retroalimentan recíprocamente y generan patrones de relación es decir, son circulares y no se pueden explicar desde el punto de vista de uno solo de los participantes.

Dentro de esta perspectiva existen dos extremos uno representado por los modelos Estructural y Estratégico, dos de los principales exponentes de esta corriente, que entre otras cosas destacan por su normatividad que busca evaluar la manera en que en una familia se encuentran los límites, la jerarquía, las funciones que tienen que cumplir los distintos subsistemas, la manera como se maneja el poder en la relación de pareja o entre los distintos subsistemas. Se pone de relevancia la importancia de centrar la atención en las relaciones que se establecen en el tiempo presente más que indagar cómo ha sido en el pasado, en el otro extremo se encuentran los modelos de Terapia Breve con sus enfoques centrado en el problema y en la solución. En este último modelo no buscamos observar mucho de la familia, ni siquiera saber cuál es el problema y más bien nos enfocamos a identificar cuáles han sido las soluciones que les han funcionado y que ya han empezado a llevar a cabo, se trata en primera instancia de identificar los recursos con los que cuentan las personas para hacer frente a sus dificultades.

Si por el contrario me explico lo que sucede desde una perspectiva posmoderna puedo entender que no existe algo que podamos llamar “la realidad” o “la verdad” y que por el contrario la visión que posee cada persona puede considerarse “la realidad”. En

otras palabras esto significa que no existe una realidad que esté fuera de nosotros, sino al contrario que la construimos a partir de lo que creemos, pensamos, decimos y hacemos en la relación con quienes nos rodean. La realidad se construye socialmente y al mismo tiempo nos construye. Otro aspecto, muy importante desde mi punto de vista es el que tiene que ver con la postura que asumamos como terapeutas, podemos considerar que nosotros podemos trabajar de una manera “objetiva” con los consultantes, que no interferimos más allá de lo que nos proponemos o que nos corresponde decirles qué es lo correcto o normal en cada caso o por el contrario tener presente todo que en el trabajo terapéutico todo el tiempo están presentes nuestros valores, puntos de vista, creencias, historia de vida, sentimientos etcétera, y que por lo tanto, nunca nos encontramos de una manera ingenua, o neutral con los consultantes o clientes. Además de que es importante nunca perder de vista de que, como producto de la relación que se establece con los clientes, tanto ellos como nosotros podemos encontrar nuevos significados.

2. Incidencia en el campo psicosocial

Como revisamos en las primeras páginas de este reporte, los principales retos a los que se enfrentan países en desarrollo como México, impactan, entre otras cosas en las formas de interacción social y familiar que se presentan como relaciones en donde la principal moneda de cambio es la violencia o el abuso, dificultades en la comunicación entre las parejas o con los hijos adolescentes, creciente aumento en problemas de salud generados por todo tipo de adicciones, desordenes mentales o de alimentación, delincuencia, bajo aprovechamiento o deserción escolar, etc., situaciones para las que la formación recibida en la Maestría de Terapia Familiar nos proporcionó elementos para diagnosticar e intervenir a través de la práctica clínica o la investigación con familias, parejas o individuos y la creación de nuevas alternativas como respuesta a las preocupaciones que llevan a las personas a buscar atención psicológica. Dentro de este contexto el trabajo de un profesional de la psicología tiene una gran relevancia en la medida en que busca propiciar la solución de problemas específicos, el establecimiento de relaciones más respetuosas, o promover la reflexión sobre la forma en que los seres humanos a través de la manera en que nos relacionamos vamos construyendo sistemas

de significado que pueden incluir o excluir a los otros, o generamos discursos que a su vez nos construyen de una manera u otra. Esta actividad representa, tal vez, una oportunidad para que nos constituyamos en sujetos con mayores elementos para ser críticos, creativos y seguros de nuestras capacidades individuales y sobre todo sociales que nos en la mejor utilización de los recursos que poseemos.

3. Análisis del sistema terapéutico total

Reflexionar sobre el “sistema terapéutico” nos lleva a considerar los distintos subsistemas, miradas o conversaciones que se generan entre, por una lado, el grupo conformado por los estudiantes, el supervisor y el terapeuta y, por otro, los pacientes, clientes o consultantes, o entre éstos y el terapeuta, o entre el equipo y el supervisor o el terapeuta y el equipo detrás del espejo, es decir todas las posibles miradas que se constituyen a partir de estas circunstancias, y las realidades potenciales que a partir de estas miradas se pueden generar. Para acotar la posibilidad que dan estas miradas es conveniente tener presente que la forma de abordar los casos estaba limitada por el modelo que se supervisaba, además del estilo del supervisor y la interpretación que cada uno de los estudiantes tenía de la situación total. Lo anterior implicaba entre otras cosas que al presenciar una entrevista buscábamos: coaliciones, alianzas, límites poco claros, juegos de poder, problemas, soluciones intentadas, soluciones que funcionan, narrativas dominantes, significados construidos a partir de distintas conversaciones, etc., o esperábamos que en lugar de unas intervenciones se hicieran otras. Dentro de este contexto no fue extraño que aun cuando, aparentemente, todos los ahí reunidos presenciáramos lo mismo, hubiese diversas interpretaciones. Además de esto no puedo dejar de tomar en cuenta el impacto que tenía en el grupo las coincidencias o divergencias a nivel emocional, o intelectual que generalmente no estaban separadas, entre compañeros o entre maestros y compañeros. Me parece que todo esto estaba presente en la forma que, en algunas ocasiones, coincidía lo que el terapeuta nos decía que sentía con lo que el equipo veía o al contrario la familia y el terapeuta veían, que podían ser historias muy distintas.

El reto me parece siempre estuvo en cómo dentro de esta diversidad de miradas, pudimos aportar a los consultantes alternativas que los llevaran a solucionar las situaciones que les preocupaban, o cómo aportamos ideas que les fueran significativas, que se pudieran traducir en acciones concretas en su día a día.

4. Reflexión y análisis de la experiencia

La experiencia de cursar una maestría en un grupo pequeño y de tiempo completo fue para mí muy intensa. Después de varios años de no estar en un grupo escolarizado representó un reto conciliar los puntos de vista e intereses con 9 personas más, además de sumarme al ritmo que implica estudiar en esta modalidad. Recuerdo que cuando me enteré de la existencia de la Maestría en Terapia Familiar en la UNAM, una de las cosas que me llamó poderosamente la atención fue el saber que se trabajaba con un equipo detrás del espejo, inmediatamente pensé en esto como una poderosa fuente de retroalimentación, claro, no pensé también en la poderosa fuente de estrés que podría también significar para mí. Ahora me doy cuenta que esta idea del equipo detrás del espejo propició en mí grandes expectativas respecto al trabajo que se llevaba a cabo. Se trataba, como ya lo mencioné, de una gran oportunidad de retroalimentación, que por lo mismo implicaba que todos tuviéramos una actitud de gran receptividad tanto para dar opiniones y puntos de vista así como para recibirlos. En lo concerniente a nuestros profesores partía yo de la idea de que para llevar a cabo este proyecto implicaba de parte de ellos tener una gran flexibilidad, una gran madurez y sobre todo compromiso con lo que implicaba esta idea es decir, esperaba mucho de mis maestros. Partía de la idea de que ellos estaban todo el tiempo reflexionando sobre sí mismos en relación al trabajo que se llevaba a cabo y que todo el tiempo estaban un paso adelante respecto de lo que sucedía grupalmente. Y por último las expectativas respecto a mí persona no eran menores. Desde muy joven tuve la necesidad de trabajar, por lo que mi formación, como la de mucha gente, después de la secundaria estuvo dividida entre el trabajo y la escuela, esta circunstancia me llevó a acariciar la idea de tener la oportunidad de, en algún momento de mi vida, dedicarme sólo a estudiar y, en ese sentido, me imaginaba siendo muy aplicada y haciendo lo que tenía que hacer sin mayores dificultades, como si recuperara una adolescencia idealizada. Pero sucedió que no siendo una jovencita, ni hija de familia y si, en cambio una adulta, que no podía fácilmente sustraerme a una serie de obligaciones domésticas, y compromisos familiares y sociales que también requerían mi atención, aunado a una fuerte sensación de insuficiencia, de duda respecto a mi capacidad intelectual y de dificultad para seguir el ritmo que marcaba la dinámica grupal, menguaban un poco la alegría que había provocado el ser aceptada en la residencia. El hecho de que estuviéramos en estrecha relación solo psicólogos me había llevado a suponer que no tendríamos mayor dificultad para abordar los conflictos que surgieran, es

más casi llegué a pensar que no los habría y, que en todo caso para el grupo iba a ser mucho más fácil resolverlos. La idea del equipo detrás del espejo me parecía excelente cuando eran otros los que atendían a los pacientes o clientes, pero cuando era yo la que estaba ahí ya no lo era tanto. Me angustiaba mucho la experiencia, igual que conseguir pacientes para poder ser supervidada, todo el tiempo me preguntaba si estaba haciendo lo correcto al ponerme en contacto con ellos, o por qué la dificultad para engancharlos, veía como se pasaban de largo mis oportunidades para ser supervisada, había una competencia feroz por tener un lugar, sobre todo con los profesores que tenían un mayor *rating* entre nosotros. Respecto a los profesores los había con mayor o menor compromiso hacia el proyecto, o interés en involucrarse con lo que sucedía en el grupo, flexibilidad para cuestionar sus propios puntos de vista, sensibilidad para entender posturas o circunstancias distintas a las suyas, etc.

En el grupo en formación sucedía que hacíamos un gran esfuerzo por conciliar posturas, intereses, formas de ver y entender lo que sucedía. En ocasiones éramos un grupo, generalmente dos y en otras tres.

Si bien cuando iniciamos esta experiencia esperaba, en términos de sabores, algo dulce, la experiencia a ratos fue amarga pero la mayor parte del tiempo agrisado. Creo que independientemente de las expectativas que cada uno de nosotros se formó, para mí ha sido una de las mejores experiencias de mi vida, no todos los días tiene uno la oportunidad de estar en contacto con tantas perspectivas y formas de ver las cosas como son la visión de mis nueve compañeros, la de cada uno de los maestros y para completar, la forma de ver el mundo que cada uno de los integrantes de las familias que nos tocó atender tenía. Al pensar que cada relación que establecemos con los otros nos conforma, no puedo dejar de pensar que definitivamente, de experiencias como ésta, no se puede menos que salir enriquecido. Y esto aunado a las habilidades profesionales que cada uno, en mayor o menor medida, asimiló, seguramente abonará en nuestra capacidad de comprender un poco más la complejidad que somos los seres humanos y en la posibilidad de entendernos un poco más a nosotros mismos y seguramente a los otros.

5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo

Una experiencia tan intensa como lo fue para mí la antes narrada, significó primero identificarme con algunos aspectos de la historia de vida que teníamos los integrantes de ese grupo, fue la posibilidad de hacer un recuento de la forma en que habíamos coincidido en ese espacio y ese tiempo, fue la oportunidad de crear fuertes vínculos con algunas compañeras y enfrentar el reto que implicaba lidiar con lo complejo que es entender la perspectiva desde la que cada uno de nosotros vive la vida y conciliarla con la propia, fue una lucha feroz en mi interior entre la coincidencia de la mirada devuelta por algunas compañeras que se entrelazaba con voces venidas de otros tiempo y otros momentos que descalificaban mi capacidad para afrontar desafíos, como por ejemplo, los aspectos académicos que planteaba la formación o la claridad necesaria para discernir entre lo que tiene que ver conmigo o con lo que corresponde a los otros, que bien visto ¿hasta dónde es una mera ilusión poder llevar a cabo esto? No faltaban las voces que me señalaban recursos, que en este caso, se traducían para mí también en una dificultad para reconocerlos y apropiármelos. Como terapeuta lo anterior me lleva a esforzarme en entender la complejidad que representa la interacción humana y tener presente las dificultades inherentes al cambio que los pacientes enfrentan. Representó también la oportunidad de aprender a relativizar las distintas posturas, incluida la mía, que siempre existen en torno a las cosas. Esto significa que todo es susceptible de múltiples miradas que tienen al menos una buena razón de ser y en ese sentido no olvidar que difícilmente podemos ver de una sola vez todas las aristas de cualquier situación, creo que no olvidar esto podría llevarme a ser más respetuosa y cuidadosa en mis apreciaciones.

Bibliografía

Anderson, H. y Goolishian H.(1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En Sh McNamee y K Gergen. *La terapia como construcción social* (pp. 45-59). Barcelona: Paidós.

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

Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre diálogos*. Barcelona: Gedisa.

Andersen, T. (1995). El lenguaje no es inocente. En *Psicoterapia y Familia*, vol. 8, no. 1.

Andersen, T. (1996) El lenguaje es poderoso, y puede ser peligroso. En *Psicoterapia y Familia*, vol. 9, no. 1.

Andolfi, M. (1985). *Terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Andolfi, M. (1991). *La familia como sistema relacional*. En: M. Andolfi, *Terapia Familiar*. Barcelona, España: Paidós.

Alva, C. (2002). *Violencia en el noviazgo de adolescentes y adultos jóvenes escolarizados del estado de Morelos*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Arana, N. (2004). Abandono y adopción. Universidad de Caldas. Desarrollo familiar recuperado el 23 de octubre de 2004 de <http://udcdllofliarnaja.galeon.com/conte.htm>

Arraigada, I. (2001). *Familias latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo*. Chile: CEPAL, S E R I E políticas sociales 57. División de Desarrollo Social.

Bateson, G. (1979). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.

Baerveldt, P., P. Voestermans. (1996) The Body as a Selfin Device. The case of Anorexia Nervosa. En *Theory & Psychology*. Vol. 6 (4): 693-713

Bel Bravo, M. (2000). *La familia en la historia*. Madrid: Encuentro.

Bertalanfy, L, von (1991). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Bolaños, A. (2006, 8 de abril). "Violencia contra niños en tres de cada 10 hogares" en la Jornada, p. 41.

Botello, L. y A. Vilaregut (2006). La perspectiva sistémica en la terapia familiar: Conceptos básicos. Recuperado el 25 de julio de 2006 en www.monografias.com/trabajos13/trabasoc/trabsoc.html

Butler, W. & Powers, K.(1996). Solution-Focused Grief Therapy. In Miller, S, & Mark Hubble & Barry Duncan (Editors). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers

Cade, B. y O'Hanlon,W.(1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona:Paidós.

Cibanal, L. Apuntes: Introducción a la sistémica y Terapia Familiar en http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_therap_famil_1.htm. Recuperado el 17 de diciembre de 2004.

Chávez, R., Cortés, J., Lorenzo, D. (2008). Percepción de las funciones de Paternaje y Maternaje en adolescentes de educación media superior en Lorenzo, D. Reporte de experiencia profesional. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Residencia en Terapia Familiar. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de México. Ciudad de México, México.

De Shazer, S. (1996). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque sistémico*. Barcelona: Paidós.

De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.

Desatnik, M. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En LL Eguiluz (comp) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*.(pp. 49-79) México: Pax.

Donas, S. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica: Libro Universitario Regional.

Eguiluz de L. (2004). La terapia familiar sistémica en México. En LL Eguiluz (comp) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp.225-258) México: Editorial Pax.

Elkaïm, M. (1996). Constructivismo, construccionismo y narraciones: ¿Están en el límite de los sistémico? En *Psicoterapia y Familia*. Vol. 9. no. 2.

Estrada, I. y Salinas, F. (1990). La teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto: Del individuo a la familia. México: Hispánicas.

Espinosa, R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En LL Eguiluz (comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (p.p 115-138). México: Pax.

Facultad de Psicología (2005). *Plan de Actividades*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Fish, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.

Fried, D. y Fuks, S. (2002). Metáforas del cambio: terapia y proceso en *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Furman, B. y T. Ahola (1996). Conversaciones para encontrar soluciones (p.p 21-39) *Revista Sistemas Familiares*, diciembre de 1996.

Galicia, I. (2004) Terapia estratégica. En LL Eguiluz (comp) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 81-112). México: Pax.

García, R. (2003). *Reporte de experiencia profesional*. Programa de maestría y doctorado en Psicología. Residencia en Medicina conductual. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Gergen, K. J. (1992). El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Buenos Aires: Paidós.

González, C. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erickson en LL Eguiluz (comp) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 29-47). México: Editorial Pax.

González, L.L. (2005) La comunicación humana como interacción simbólica. *Revista Eleutheria* no. 1.998. Recuperado el 4 de mayo de 2005, de www.ucaldas.edu.co/programas/tsocial/luicom.html.

Goolishian, H. y L. Winderman (1989). Constructivismo, autopoiesis y sistemas determinados por problemas (p.p 19-29) *En Sistemas Familiares*, diciembre.

Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1963). *Estrategias en psicoterapia*. (Versión española de Víctor Hernández Espinosa) Miembro del Comité Organizador.

Haley, J. (2002). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hoffman, L. (1989). Una posición Constructivista para la Terapia Familiar. *En Psicoterapia y Familia*, vol. 2, No. 2.

Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En Sh McNamee y K

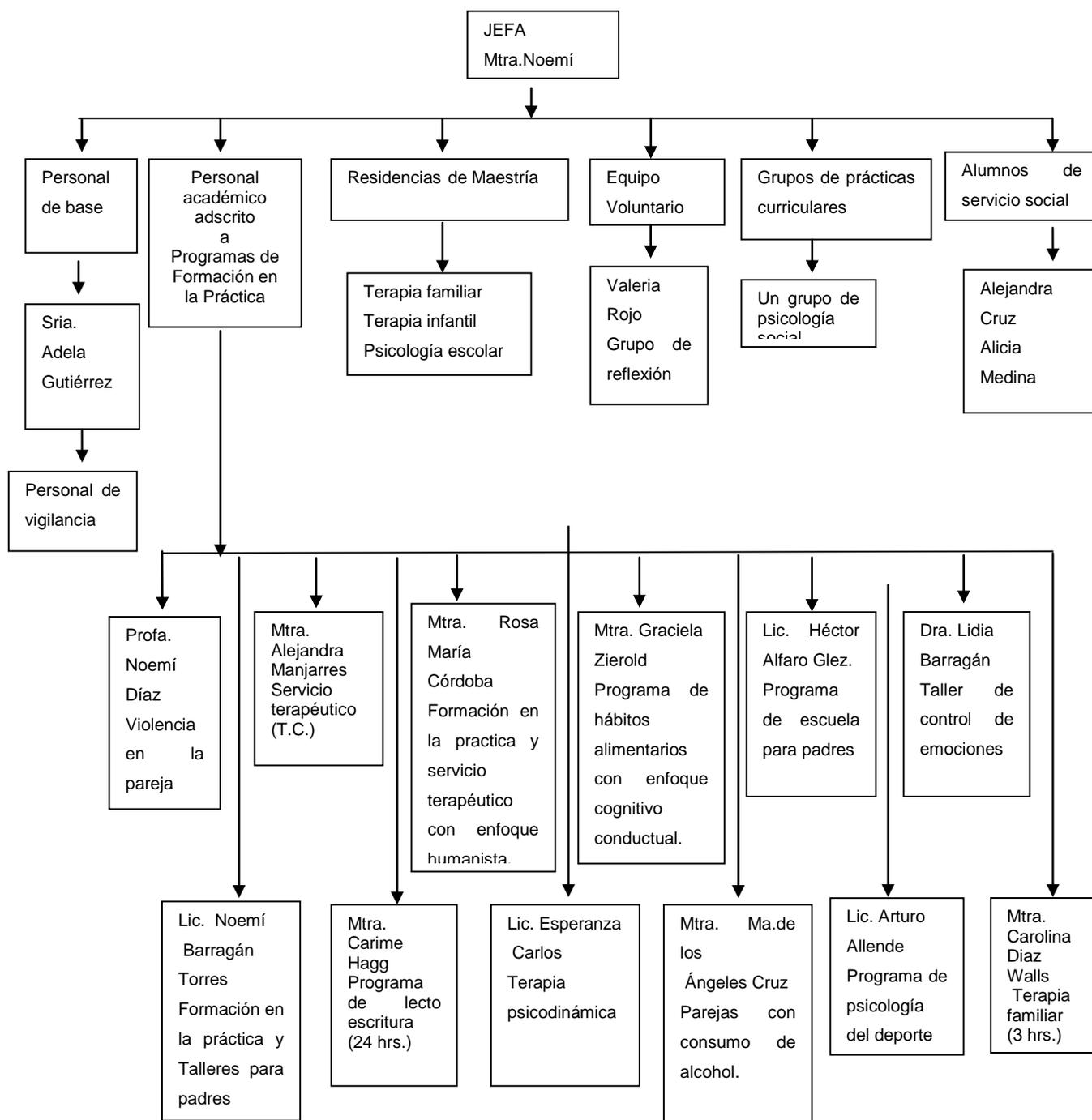
- Gergen. *La terapia como construcción social* (pp. 25-43). Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (2004). *Fundamentos de la terapia familiar*. México:FCE.
- Irwin, A., Millen, J. y Fallows, D. (2004). *SIDA Global: Verdades y Mentiras. Herramientas para luchar contra la pandemia del siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *Hombres y mujeres de México*. Recuperado el 12 de diciembre de 2002 de <http://www.inegi.gob.mx/es/contenidos/español/proyectos/censos/cpv2003/bd/pv/2003/metadatos/hogares.asp?c=5172>.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En Mc Namee, Sh y Gergen, K. *La terapia como construcción social*, Barcelona: Paidós.
- Mackinnon, L. (1983). Constrating Strategic and Milan Terapies. En *Family Process*, Vol. 22, dec.
- McName, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Buenos Aires: Paidós.
- Madanés, C.(2001) *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires:Amorrortu.
- Mahoney, M.(1998). La continua evolución de las ciencias y psicoterapias cognitivas. En Neimeyer, A., y Mahoney, M.(Comps) (1998). *Constructivismo y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Martínez, M.K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Programa de Maestría y Docotrado. Tesis no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Maturana, H. Prefacio. En R. Eisler (1987). *El cáliz y la espada. Nuestra historia, nuestro futuro* (p.p xi-xx) Chile: Cuatro Vientos.
- Medina, C. (2004). *Epilepsia: Aspectos clínicos y psicosociales*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Mier y Terán, M. y Rabell,C. (Coords)(2005). *Jóvenes y niños: un enfoque sociodemográfico*. México: Porrúa.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona:Gedisa

- Minuchin, S. y Fishman H. (1994). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. (1993). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. Weiner-Davies, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Papp, P. (1991). Parejas en Walters, M. Carter B., Papp P., y Silvestein O. *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. España: Paidós.
- Pastorini, G.H. (2005). Hermenéutica vs positivismo. *Monografías*. Recuperado el 18 de junio de 2005, de <http://www.monografias.com/trabajos11/herme/herme.shtml>
- Rendón, T. (2004). El mercado laboral y la división intrafamiliar del trabajo. En Ariza, M. y De Oliveira, O. (Coords) *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. (pp. 49-87) México: UNAM.
- Rodrigo, J.M., y J. Palacios. (1998) *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Rodríguez, G. G, J. Gil y E, García (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar, modelos y técnica*, México: Manual Moderno.
- Sanz, J. I. Burkitt (2001) Embodiment, Lived Experience and Anorexia: The Contribution of Phenomenology to a Critical Therapeutic Approach ,En Athenea Digital - num. 0
- Selvini, M., Boscolo, L. Cecchin y Prata, G. (1991). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. México: Paidós
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.
- Selvini M., Cirilo, S., Selvino, M. y Sorrentino, A.M. (1999) *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*. Barcelona: Paidós
- Simon, R. (2005) *Entrevista a Salvador Minuchin. Página Perspectivas sistémicas. La nueva comunicación*. Recuperado el 21 de julio de 2005, de <http://www.redsistemica.com.ar/minuchin.htm>.

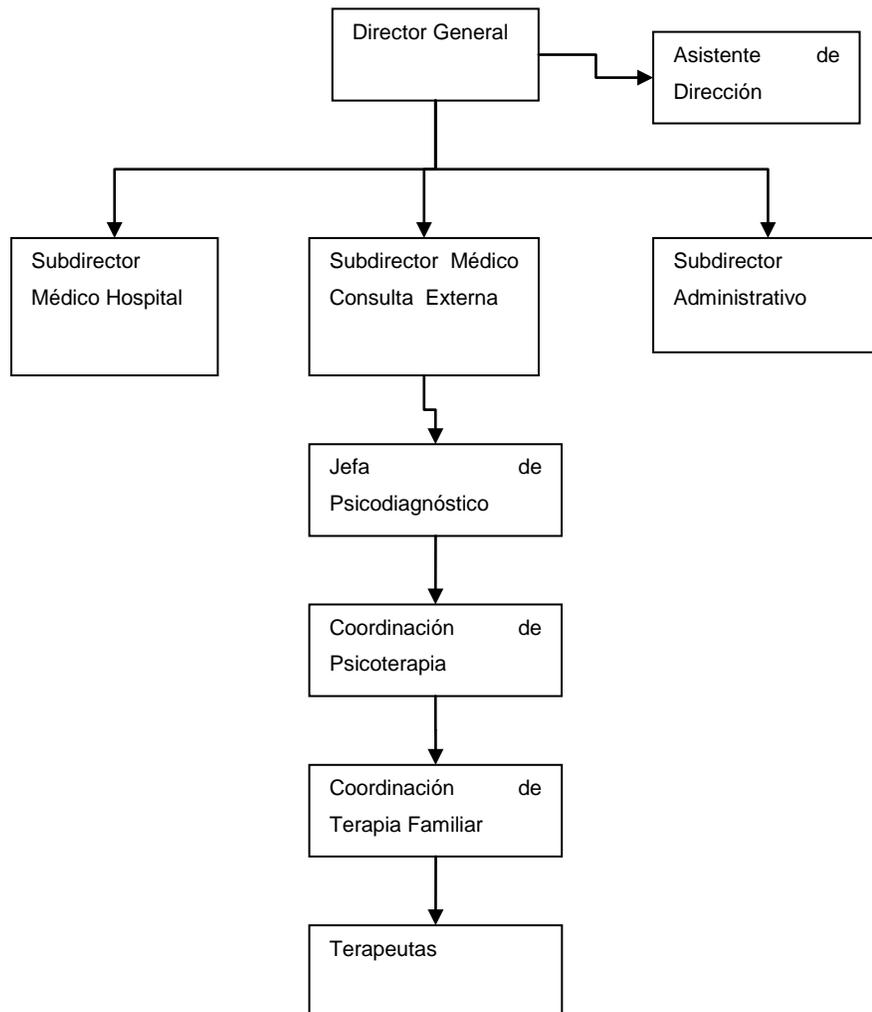
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, Agosto, 65-69.
- Steinglas, P. Wolin S. y Reiss D. (1997). *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa.
- Strada, G. (2002) El desafío de la anorexia. Madrid:Ed. Síntesis.
- Suárez, M. (2005) El enfoque narrativo en la terapia. En LL Eguiluz (comp) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 139-160). México: Editorial Pax.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. En *Psicología conductual*, Vol. 14, No. 3, (pp. 511-532)
- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan Systemic Approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (2) 113-125
- Unikel, S. C. (2003). *Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis para obtener doctorado en Psicología de la salud. No publicada. Facultad de psicología: UNAM.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En LL Eguiluz (comp) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 1-24). México: Editorial Pax
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fish, R. (1989). *Cambio. Formación y solución de problemas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. (1986) Teoría de la comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas. Barcelona:Herder
- White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. (1997) El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. España: Gedisa.
- White, M. (1994) Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa
- White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. México: Paidós.
- Witzezaelle, J. y T. García (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder Revisar orden de aparición, numerar los apéndices, investigar con Lu como demonios pego el tríptico.

V. Apendices

Apendice 1. Organigrama por funciones del Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor.



Apendice 2.. Organigrama Hospital Juan N Navarro



Apéndice 3. Instrumento con 79 reactivos

EXPLORACIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR EN ADOLESCENTES

A continuación se enlistan una serie de preguntas, por favor lee cada una cuidadosamente y marca con una **X** la respuesta que más se acerque a la situación que actualmente vives en tu familia.

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
1. Toda mi familia hace lo que dice mi papá.				
2. Las reglas en casa son justas.				
3. Mi mamá se preocupa por mi.				
4. Contradigo a mis padres.				
5. A mi mamá le platico todo lo que me pasa.				
6. Mi papá se preocupa por mi.				
7. Mis papás me dejan ir a fiestas.				
8. Cuando yo faltó a comer mi familia me extraña.				
9. Mi papá dice lo que se debe hacer en la casa.				
10. Mi papá y yo nos divertimos mucho, cuando mi mamá no está.				
11. Mi papá es el que lleva el dinero a la casa.				
12. Obedezco las órdenes de mis padres.				
13. Mis padres son muy unidos.				
14. Mi madre me compara con ella.				
15. Mi mamá y alguno de mis hermanos(as) están en mi contra.				
16. Estoy de acuerdo con todo lo que piensan mis padres.				
17. Mi papá participa en las labores domésticas.				
18. Mi papá está enterado de todo lo que pasa en la casa.				
19. Cuando mi papá se ausenta nos entristecemos.				
20. Puedo exponer a mis padres mis puntos de vista.				
21. Mi mamá siempre esta al pendiente de lo que nos hace falta.				
22. Mi madre compara mi figura física con la de ella.				

23. Mis hermanos y yo colaboramos en las labores de la casa.				
24. Mi mamá tiene un trabajo.				
25. Si le doy la razón a papá mi mamá se enoja.				
26. Mis hermanos(as) me obedecen.				
27. Mis papás me apoyan con la tarea.				
28. A mi papá le platico todo lo que me pasa.				
29. Si le doy la razón a mamá mi papá se enoja.				
30. Mis padres entran a mi habitación sin tocar la puerta.				
31. Cuando hay un problema mis papás se dejan de hablar.				
32. Cuando mi papá sale por unos días todos lo extrañamos mucho.				
33. Cuando alguno de mis hermanos se ausenta todos estamos tristes.				
34. Trato de tener mejores calificaciones que mis hermanos(as).				
35. A mi papá le disgusta que mi mamá me regañe.				
36. Me llevo mejor con mi papá.				
37. Mi hermana(o) me manda a hacer todo.				
38. Cuando papá discute con mamá, acostumbra desquitarse conmigo.				
39. Cuando mi mamá no asiste a una reunión familiar, ésta ya no se hace.				
40. Mi mamá organiza las fiestas familiares.				
	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
41. Alguno de mis hermanos(as) cuida de nosotros.				
42. Mi papá reúne a la familia.				

43. Mis papás resuelven los conflictos platicando.				
44. Mi actividad principal es ir a la escuela.				
45. Defiendo a papá cuando pelea con mamá.				
46. Mi papá me cuida cuando estoy enferma.				
47. Mis hermanos(as) me apoyan si mi mamá me regaña.				
48. Mi papá nos habla mal de mi mamá.				
49. Cumplo con mis tareas escolares.				
50. Mis papás me comprenden.				
51. Mi mamá critica a mis amigos(as).				
52. Mis papás deciden las reglas familiares juntos.				
53. Mi papás critica a mis amigos(as).				
54. Mis hermanos(as) son mejores que yo.				
55. Mi hermana(o) es más atractiva(o) que yo.				
56. Me molesto con mamá cuando pelea con papá.				
57. Alguno de mis hermanos(as) trabaja para apoyar a mi familia.				
58. Defiendo a mi mamá cuando pelea con papá.				
59. Me llevo mejor con mi mamá.				
60. Me enojo con papá cuando discute con mamá.				
61. En la casa se hace lo que papá dice.				
62. Mis papás me golpean y me insultan.				
63. Cuando mamá discute con papá, acostumbra regañarme por cualquier cosa.				
64. Mis hermanos(as) me apoyan si mi papá me castiga.				
65. Mi mamá prefiere a mis hermanos(as)				
66. Mis papás se faltan al respeto.				

67. Mis papás solo ponen atención a alguno de mis hermanos(as).				
68. Mis papás están al pendiente de mis calificaciones escolares.				
69. Mi mamá organiza las actividades los fines de semana.				
70. Yo tomo la ropa de mis hermanos sin permiso.				
71. Mi papá prefieren a mis hermanos(as).				
72. Mis papás me comparan con mis hermanos(as).				
73. Mis papás ignoran lo que hago.				
74. Mi mamá me cuida cuando estoy enferma.				
75. Cuando mi mamá sale por unos días todos la extrañamos mucho.				
76. Mis hermanos toman mis cosas sin avisarme.				
77. Le platico a alguno de mis hermanos(as) lo que me pasa.				
78. Mis padres confían en mi.				
79. Mis papás platican todo lo que ocurre en la familia.				

Apendice 4. Factores identificados

FACTOR 1

Estructura Familiar en la Etapa Adolescente	
REACTIVOS	S² = 8.3 Carga Factorial
1. Mis papás me comprenden	.685
2. Mi papá me apoya con la tarea	.655
3. Puedo exponer a mis padres mis puntos de vista	.617
4. Estoy de acuerdo con todo lo que piensan mis padres	.614
5. A mi papá le platico todo lo que me pasa	.562
6. Mis papás ignoran lo que hago	.560
7. Mis padres confían en mi	.557
8. Mis padres están al pendiente de mis calificaciones escolares	.517
9. Cuando yo falto a comer mi familia me extraña	.482
10. Las reglas en casa son justas	.450
11. A mi mamá le platico todo lo que me pasa	.449
12. Mis papás resuelven los conflictos platicando	.443
13. Obedezco las órdenes de mis padres	.381
14. Mis papás platican todo lo que ocurre en la familia	.375
15. Mis padres entran en mi habitación sin tocar la puerta	.368
16. Mi mamá critica a mis amigos (as)	.366
17. Mi actividad principal es ir a la escuela	.360
18. Cumplo con mis tareas escolares	.355
19. Mis papás critican a mis amigos (as)	.323
20. Contradigo a mis padres	.312
21. Mis papás me dejan ir a fiestas	.302

FACTOR 2

Subsistema Parental: Rol paterno, Funciones de Jerarquía y Autoridad	
REACTIVOS	S²= 8.1 Carga Factorial
1. Mi papá dice lo que se debe hacer en la casa	.689
2. En la casa se hace lo que papá dice	.668
3. Toda mi familia hace lo que dice mi papá	.637
4. Mi papá me cuida cuando estoy enferma	.634
5. Mi papá está enterado de lo que pasa en la casa	.613
6. Mi papá reúne a la familia	.606
7. Me llevo mejor con mi papá	.591
8. Mi papá se preocupa por mi	.583
9. Cuando mi papá sale por unos días todos lo extrañamos mucho.	.583
10. Mis papás deciden las reglas familiares juntos	.558
11. Mi papá es el que lleva el dinero a la casa	.534
12. Mi papá participa en las labores domésticas	.524
13. Mis padres son muy unidos	.504
14. Cuando mi papá se ausenta nos entristecemos	.487
15. Mi papá y yo nos divertimos mucho, cuando mi mamá no está	.446
16. Trato de tener mejores calificaciones que mis hermanos (as)	.413
17. Cuando hay un problema mis papás se dejan de hablar	.406

FACTOR 3

Pautas Interaccionales entre los subsistemas parental y fraterno	
REACTIVOS	S ² = 8.0 Carga factorial
1. Mis papás sólo ponen atención a alguno de mis hermanos(as)	.759
2. Yo tomo la ropa de mis hermanos sin permiso	.735
3. Mis papás me comparan con mis hermanos (as)	.729
4. Mis papás prefieren a mis hermanos (as)	.721
5. Mis hermanos toman mis cosas sin avisarme	.638
6. Mis hermanos (as) son mejores que yo	.613
7. Mi mamá prefiere a mis hermanos (as)	.603
8. Mi hermano (a) me manda a hacer todo	.558
9. Cuando alguno de mis hermanos se ausenta todos estamos tristes	.549
10. Mis hermanos (as) me obedecen	.549
11. Le platico a uno alguno de mis hermanos (as) lo que me pasa	.538
12. Algunos de mis hermanos (as) trabajan para apoyar a mi familia	.536
13. Mi hermano (a) es más atractivo que yo	.515
14. Mis hermanos (as) me apoyan si mi mamá me regaña	.511
15. Mis hermanos (as) me apoyan si mi papá me castiga	.505
16. Mi mamá y alguno de mis hermanos (as) están en mi contra	.393
17. Mis hermanos y yo colaboramos con las labores de la casa	.350
18. Alguno de mis hermanos (as) cuida de nosotros	.346

FACTOR 4

Alianzas y Coaliciones Transgeneracionales	
REACTIVOS	S ² = 7.0 Carga factorial
1. Me molesto con mamá cuando pelea con papá	.694
2. Defiendo a mi mamá cuando pelea con papá	.575
3. A mi papá le disgusta que mi mamá me regañe	.555
4. Mis papás se faltan al respeto	.543
5. Si le doy la razón a mi papá mi mamá se enoja	.528
6. Si le doy la razón a mamá mi papá se enoja	.514
7. Cuando mamá discute con papá, acostumbra regañarme	.499
8. Me enojo con papá cuando discute con mamá	.491
9. Cuando papá discute con mamá, acostumbra desquitarse con migo	.484
10. Mi papá nos habla mal de mi mamá	.458
11. Mi madre me compara con ella	.373
12. Mis papás me golpean y me insultan	.364
13. Defiendo a papá cuando pelea con mamá	.349
14. Mi madre compara mi figura física con la de ella	.330
15. Mi mamá tiene un trabajo	.322

FACTOR 5

Subsistema Parental (Rol materno, centralidad y afectos)	
REACTIVOS	S²= 5.0 Carga factorial
1. Mi mamá se preocupa por mí	.664
2. Me llevo mejor con mi mamá	.604
3. Mi mamá siempre está al pendiente de lo que nos hace falta	.596
4. Mi mamá me cuida cuando estoy enferma	.591
5. Cuando mi mamá sale por unos días todos los extrañamos mucho	.571
6. Mi mamá organiza las fiestas familiares	.418
7. Cuando mi mamá no asiste a una reunión familiar, ésta ya no se hace	.393
8. Mi mamá organiza las actividades los fines de semana	.349

¡S.O.S. TENGO UN ADOLESCENTE EN CASA!

Cronograma	Contenido	Objetivos	Actividades		Recursos	Evaluación
			Enseñanza	Aprendizaje		
<p>Continuación Sesión 1</p> <p>1 hora 20 minutos</p>	<p>Tema 1</p> <p><u>Ciclo de la Familia</u></p>	<p>Normalizar la etapa del ciclo vital por la que atraviesa la familia con hijos adolescentes.</p> <p>Describir los conflictos más comunes presentes en esta etapa.</p>	<p>Explicar los factores socio culturales que demandan padres competentes</p> <p>Técnicas:</p> <p><i>Explorando el ciclo vital</i></p> <p>Tarea de fórmula</p>	<p>Que los padres aprendan las etapas por las que atraviesa la familia; los cambios que se experimentan en algunas de ellas y los factores sociales y culturales que influyen en el entorno familiar.</p>	<p>Cartulina y plumón</p>	<p>Exposición de ideas respecto al tema.</p> <p>Participación individual y en parejas.</p>

Cronograma	Contenido	Objetivos	Actividades		Recursos	Evaluación
			Enseñanza	Aprendizaje		
Sesión 2 2 horas 55 minutos.	Tema 2 <u>Buscando excepciones.</u>	Identificar las habilidades y recursos que los padres llevan a cabo al relacionarse con sus hijos.	Resaltar los recursos que los padres ponen en práctica en la solución de conflictos. Técnica “Collage”	Que los padres visualicen los recursos que ya tienen, les pongan un nombre, se los adjudiquen y los sigan poniendo en práctica.	Rotafolio para el collage, revistas pegamento blanco, tijeras, cinta adhesiva hojas de papel y plumas.	Elaboración exposición y explicación del collage.

Cronograma	Contenido	Objetivos	Actividades		Recursos	Evaluación
			Enseñanza	Aprendizaje		
<p>Sesión 3</p> <p>2horas 30 minutos.</p>	<p>Tema 3</p> <p><u>Comunica- ción entre padres e hijos.</u></p>	<p>Reflexio- nar sobre la forma en que acostum- bran escuchar a sus hijos.</p> <p>Proponer alternati- vas para escuchar a sus hijos.</p>	<p>Técnica Expositiva</p> <p>Característi- cas de la escucha profunda.</p> <p>Técnica</p> <p>“Poniendo en práctica la escucha profunda.”</p> <p>Lluvia de ideas</p>	<p>Identificar experiencias o situaciones en las que los participantes se sintieron escuchados o han sentido que han escuchado a alguien con atención e interés.</p> <p>Identificar algunos elementos cognitivos y emocionales de la escucha activa o escucha profunda.</p>	<p>Rotafo- lios, tabla compara- tiva de las caracterís- ticas de la <i>escucha analítica</i> y la <i>escucha profunda.</i></p>	<p>Aportación de experiencias</p> <p>Exposición de dudas y comentarios</p> <p>Participa- ción en las dramatiza- ciones y comentarios.</p>

¡S.O.S. TENGO UN ADOLESCENTE EN CASA!

Cronograma	Contenido	Objetivos	Actividades		Recursos	Evaluación
			Enseñanza	Aprendizaje		
<p>Sesión 4</p> <p>2 horas 40 minutos.</p>	<p>Tema 4</p> <p>Los conflictos familiares: “El pan nuestro de cada día”.</p>	<p>Considerar la existencia de conflictos familiares como eventos cotidianos y frecuentes.</p> <p>Identificar los conflictos que desean resolver a través de objetivos específicos.</p>	<p>Normalizar los conflictos en la relación padres e hijos.</p> <p>Aprender a distinguir un problema complejo y un problema que puede cambiarse.</p> <p>Técnica: “Qué no”</p>	<p>Que los padres visualicen los conflictos como parte de la vida cotidiana.</p> <p>Que comprendan cómo los conflictos se vuelven un problema.</p> <p>Aprender a definir un problema en términos objetivos, concretos y reales.</p>	<p>Hojas de papel impresas con el título: “qué no”</p> <p>Plumas y rotafolio.</p>	<p>Participación individual y por equipos a través de sus respuestas y reflexiones.</p>

S.O.S. TENGO UN ADOLESCENTE EN CASA!

Cronograma	Contenido	Objetivos	Actividades		Recursos	Evaluación
			Enseñanza	Aprendizaje		
<p align="center">Sesión 5</p> <p align="center">Cierre del Taller</p> <p align="center">2 horas 30 minutos.</p>	<p align="center">Tema 5</p> <p align="center">Buscando soluciones para resolver los conflictos.</p>	<p>Aprender a solucionar los conflictos poniendo en práctica los recursos y habilidades que han funcionado en otros momentos y que se pierden de vista.</p>	<p>Centrarse en los recursos y fortalezas de los padres a través de redescripciones, explicaciones únicas y preguntas centradas en las excepciones</p> <p>Técnicas: Buscando soluciones para resolver conflictos.</p> <p>Evaluación por escrito del taller</p>	<p>Aprender la diferencia entre centrarse en los conflictos (más de lo mismo) y centrarse en las soluciones (más de lo que funciona).</p> <p>Identificar las excepciones. Comprender los alcances y beneficios en la relación con el adolescente, centrarse en las soluciones</p>	<p>Rotafolios</p> <p>Hojas de evaluación</p>	<p>Participación a través de comentarios de forma escrita</p>

Apéndice 4. Tríptico: **¿QUÉ ES LA VIOLENCIA?**

RECUERDA

Cada uno de nosotros tiene el derecho, podemos y debemos cambiar una relación violenta.



Asignatura: Teorías y Modelos
Profesora: Carolina Díaz

ALUMNAS:
GARCÍA GONZALEZ MA. GUADALUPE
ANA LILIA ESCALANTE ZAMUDIO
LOURDES SOTO HERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

¿QUÉ ES LA VIOLENCIA?



¿ES POSIBLE CAMBIAR UNA RELACIÓN EN LA QUE HAY VIOLENCIA?



¿QUÉ ES LA VIOLENCIA?

LA VIOLENCIA

Es todo atentado a la integridad física y emocional del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y de peligro.

Poco a poco se convierte en una fuerza destructora de sí mismo y del otro.

La violencia afecta tanto a quién la ejerce como a quién la padece y se puede manifestar de diferentes formas.

Algunas se le observa públicamente y toma la forma de grandes arrebatos en los que los participantes se enfrascan en un intercambio de agresiones que pueden ser físicas o verbales.

Pero en otros casos la violencia ocurre en un ámbito privado casi secreto en el que la víctima puede sentirse mercedora de lo que le ocurre.

SOLUCIONES QUE HAN DEMOSTRADO NO FUNCIONAR

- A veces se recurre a negar que se está viviendo una relación violenta.
- Aceptamos que tenemos una relación violenta pero no dejamos que nadie lo sepa.
- Nos convencemos de que así es la vida y que nada tenemos que hacer.
- Tomamos acciones que parecen aumentar el problema.
- Empleamos mensajes confusos para tratar de detener la violencia no dejando claro qué de la relación debe cambiar.

Y... ¿POR QUÉ NO FUNCIONAN?

- Por más que neguemos la existencia del problema se manifestará en algún momento y sus consecuencias cada vez serán mayores.
- Cuando impedimos que alguien lo sepa nos cerramos las posibilidades de obtener apoyo.
- Si creemos que la vida es mala y es natural ser víctima de violencia nada

podremos hacer para cambiarlo.

- Cuando no tenemos claro que y por qué debemos cambiar la relación violenta no es posible efectuar el cambio.

OTRAS ALTERNATIVAS PUEDEN SER.

- Tener claro el problema.
- Repasar cuáles han sido los intentos de solución intentados y que no han dado el resultado deseado, para intentar cosas nuevas.
- Identificar dentro de estas situaciones cuáles son los aspectos que mantienen la situación violenta.
- Identificar en qué momentos y en qué circunstancias ocurre la violencia y tratar de introducir algunos cambios en estos aspectos.
- Si la violencia se mantiene en secreto, podemos empezar a contárselo a alguien.
- Ten presente que actualmente hay diversas instituciones que te pueden ayudar a cambiar una relación violenta.