



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE DOCTORADO Y MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a:

CRISTIAN EDUARDO TREVIÑO GUERSON

Directora Del Reporte

Presidenta Dra. Luz De Lourdes Eguluz Romo

Jurado De Examen:

Titular: Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda

Titular: Dra. María Guillermina Yáñez

Suplente: Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky

Suplente: Mtra. Laura Edna Aragón Borja

MEXICO, D.F.

ABRIL, 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.

*La familia se organiza a fin de mantener
la organización que la define como tal. Keeney*

A Dios

Por regalarme la posibilidad de estar en este lugar, con las personas que me gusta estar, haciendo lo que me hace feliz.

A mis padres

Por todo su amor, por todas sus enseñanzas y por construir juntos una gran familia como todas y a la vez como ninguna.

A mis hermanos

Cómplices, amigos, compañeros, solo quien ha tenido muchos hermanos sabe lo complicado y divertido que suele ser la vida. Todo lo que se de las relaciones interpersonales lo he aprendido con ellos.

*“La naturaleza de una relación depende de la
Puntuación de las secuencias de comunicación entre comunicantes...
La puntuación es idiosincrática y construye realidades” Watzlawick*

A So

Por compartir tanta vida a mi lado, por las sonrisas, las pláticas, las enseñanzas, por alentarme a volar alto y presionarme a terminar mis proyectos. La gratitud es eterna el amor también.

A Inés

Mi hermanita terapeuta, mi familia en el D.F., una amiga entrañable, gracias por regalarme día a día tu cariño y amor.

A Karlis y Son

Mis grandes amigas, uno no escoge con quien trabajar pero a mi me dieron la oportunidad de trabajar con dos grandes mujeres, divertidas, inteligentes, educadas pero sobretodo leales. Gracias por los espacios para terminar mi tesis.

A Thema

Amigo de siempre, gracias por tu amistad y por todos los paros. Sin tu ayuda y orientación aun no me habría podido titular.

A mis maestras

Ejemplo de excelencia, compromiso y liderazgo que han sabido transmitir a una Maestría que se ha posicionada como la mejor del país, como no tengo duda que ustedes lo son como terapeutas y maestras.

A la UNAM

Universidad pública, de valores y compromiso social, que me permitió vivir la experiencia de ser universitario y estudiar donde han estudiado los mas grandes de este país.

“Si la aparición y el mantenimiento de los problemas son considerados como partes de un proceso que sigue un círculo vicioso en el que las bienintencionadas conductas de solución otorgan continuidad al problema, la alteración de tales conductas debe servir entonces, para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema”
Fisch, Weakland y Segal

“El terapeuta debe transformarse en agente activo de cambio. No solo debe lograr una visión clara de la conducta problemática y de las conductas que sirven para conservarla, debe considerar también, en que podría consistir el cambio más estratégico en las soluciones y dar pasos que estimulen dichos cambios”
Fisch, Weakland y Segal

INDICE

Introducción	1
I. Antecedentes y contexto de la Terapia Familiar	3
1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo en la terapia familiar	3
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	17
II. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y posmoderna	25
1. Las Primeras Investigaciones	27
2. La Teoría General de Sistemas	31
3. Cibernética de Primero y Segundo Orden	37
4. Teoría de la Comunicación Humana	48
5. Constructivismo y Construccinismo Social en la Terapia Familiar Sistémica	52
6. Historia de la Terapia Familiar	57
III. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los Modelos en Terapia Familiar	59
1. Modelo Estructural	59
2. Terapia Estratégica	71
3. Terapia Breve Centrada en Problemas	79
4. Terapia Breve Centrada en Soluciones	99
5. Modelo de Milán	113
6. Terapia Narrativa	118
7. Terapia Colaborativa	123
8. Equipo Reflexivo	124
IV. Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales	127
1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.	127
2. Habilidades de Investigación.	183
3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.	191
4. Habilidades de compromiso y ética profesional	200

V. Consideraciones finales	210
1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	210
2. Incidencia en el campo psicosocial	211
3. Reflexión y análisis de la experiencia	212
4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo	213
Bibliografía	215
Anexo	224

Introducción

“Para que una terapia tenga éxito debe crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino para el cambio adecuado” Wiener

Mientras en Europa el movimiento de la antipsiquiatría de Franco Basaglia empezaba a tomar fuerza,- un movimiento que tenía por objetivo ofrecer atención alternativa a los enfermos mentales, anulando paulatinamente las funciones del manicomio tradicional,- el movimiento Terapia familiar en México, se estaba iniciando. Éste surgió como paradigma alternativo, y quizá por la cercanía geográfica con Estados Unidos, su desarrollo se dio antes que en otras regiones del mundo (Eguiluz, 2004).

En México rápidamente empezaron a surgir diferentes instituciones que adoptaron este modelo de trabajo y empezaron a brindar atención y formación. Entre ellos se encuentran: la Universidad de las Américas campus Distrito Federal, el Instituto de la Familia A.C. (IFAC), el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), el Instituto Mexicano de la Pareja (IMP), el Instituto Mexicano de la Familia (IMF), el Instituto Mexicano de Terapia Breve (IMTB) y la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF).

En 1989 surgió en la Universidad Nacional Autónoma de México el primer programa de formación en una institución pública. Éste evolucionó a una serie de diplomados y a la Residencia en Terapia familiar de la Maestría en Psicología Profesional.

La Maestría en Psicología Profesional Residencia en Terapia familiar nace en el año de 1999. Tiene una estructura teórica, incluye metodología de la investigación, estadística, psicometría, análisis de los diferentes modelos y epistemología de éstos. Además, se articula con un mínimo de 1600 horas de práctica supervisada; actividades de investigación, de intervención comunitaria y promoción de la salud.

La práctica supervisada se lleva a cabo en tres sedes:

- Clínica de terapia familiar de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala
- Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco
- Clínica de Terapia Familiar de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Tlalnepantla

En todas las sedes se cuenta con cámaras de Gesell y el trabajo se realiza en equipos terapéuticos.

Por sus características la maestría se encuentra inserta en el Padrón de excelencia de CONACYT, esto permite que todos los alumnos inscritos cuenten con una beca, y se comprometan a dedicar tiempo completo al estudio.

Las supervisoras en cada una de las sedes son las siguientes:

- Clínica de terapia familiar de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala

Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo

Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky

Dra. María Suárez Castillo

Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda

- Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco

Mtra. Carolina Rodríguez González

Mtra. Juana Bengoa González

- Clínica de Terapia Familiar de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Tlalnepantla

Dra. María Rosario Espinosa Salcido

Mtra. Carmen Susana González Montoya

I. Antecedentes y contexto de la Terapia familiar

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

1.1. Características del campo psicosocial

México es un país que cuenta con una población de 106.7 millones de habitantes: 50.8% son mujeres y 49.2%, hombres (CONAPO 2006). La extensión geográfica es de 1.964.375 km², (INEGI 2010), la actividad económica principal es la exploración, refinación, comercialización y exportación del petróleo, su gobierno es una República democrática, representativa y federal integrada por 31 Estados libres y soberanos y un Distrito Federal, sede de los poderes de la Federación.

Este panorama implica retos importantes para el país, principalmente en tres grades rubros,- que son algunos indicadores de desarrollo según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (ONU, 2000) -economía, educación y salud.

1.1.1 Economía

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el estudio *Panorama social de América Latina 2009* indicó que:

“La crisis financiera que afecta al mundo provocará que este año 8.3 millones de personas caigan en situación de pobreza en Latinoamérica, y México será uno de los países más afectados”

Este informe, indica que la crisis económica causará que la tasa de pobreza en la región aumente este año -2010- en 8.3 millones de personas respecto de 2008. Alrededor de la mitad de las personas que caerán en pobreza están en

México -4.15 millones- una quinta parte -1.66 millones- en Brasil y el resto están distribuidos en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala y Venezuela.

El Banco Mundial reveló en junio de 2009 que 54.8 millones de mexicanos están en esta condición, es decir, 51.02 % de la población del país.

México tiene una economía de libre mercado orientada a las exportaciones. Es la 2ª más grande de América Latina, y la 3ª economía en tamaño de toda América después de la de los Estados Unidos y Brasil (The World Bank Group 2009), sin embargo, México sigue siendo un país en donde la pobreza domina el panorama de desarrollo. Se entiende como pobreza una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso y/o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos. También puede ser el resultado de procesos de segregación social o marginación. En muchos países del tercer mundo, se dice que se está en situación de pobreza cuando el salario -si es que se tiene uno- no alcanza para cubrir las necesidades que incluye la Canasta básica de alimento.

En el país, la gente en situación de pobreza asciende a 50,6 millones de personas, esto representa el 47,4% de la población, de acuerdo a un informe dado a conocer por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). Entre 2006 y 2008, el porcentaje de pobres ha subido cerca de un 5% en lo relativo a pobreza de patrimonio y a pobreza alimentaria. Es decir, no cuentan con ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades de salud, educación, alimentación, vivienda, vestido y transporte público (Coneval 2009).

En este sentido, la Secretaría de Hacienda reconoce que en este año la economía mexicana pasará una etapa de recesión que la orillará a una contracción de 2.8%, frente a su anterior pronóstico de un crecimiento de 1.8%.

El promedio de los analistas espera una contracción de 3.3% en la economía mexicana durante este año. Como consecuencia de la caída esperada para el Producto Interno Bruto (PIB) y la producción industrial de los Estados Unidos.

Las perspectivas económicas en 2010 consideran una recuperación moderada en el ritmo de crecimiento en los Estados Unidos a partir del segundo semestre de 2009", Para el próximo año, la Secretaria de Hacienda prevé un crecimiento de 2%, inflación de 3% y un precio de la mezcla mexicana de crudo de 48.3 dólares por barril.

Lo más inquietante es que la desaceleración económica del 2009 y el retroceso del 2.8 que sufrió para el segundo semestre augura resultados menos alentadores: aunque se espera que para el 2010 exista un crecimiento en el país del tres por ciento, al menos 10 millones de personas engrosarán las filas de la pobreza para el 2015.

Esto hace que, del total del presupuesto, hasta un cuarenta por ciento sea destinado a los programas sociales, paliativos que no atacan el problema de fondo.

De acuerdo con la información de la ENIGH 2008 (Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares), en ese año, 50.6 millones de mexicanos eran pobres de patrimonio, es decir, no contaban con un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades de salud, de educación, de alimentación, de vivienda, de vestido y de transporte público, aun si dedicaran la totalidad de sus recursos económicos a este propósito, 19.5 millones eran pobres alimentarios, es decir, quienes tienen ingresos insuficientes para adquirir una canasta básica de alimentos, incluso si los destinaran exclusivamente para ese fin. De los pobres alimentarios en 2008, 7.2 millones habitaban en zonas urbanas (localidades de 15,000 o más habitantes), mientras que 12.2 millones residían en el área rural.

Entre 2006 y 2008 aumentó la incidencia de la pobreza de patrimonio —el porcentaje de personas pobres—, la cual pasó de 42.6% a 47.4%; a su vez, la incidencia de la pobreza alimentaria aumentó de 13.8% a 18.2%. En términos absolutos, el incremento fue de 5.9 y 5.1 millones de personas, al pasar de

44.7 a 50.6 millones de personas y de 14.4 a 19.5 millones de personas, respectivamente.

Los datos reportados se basan únicamente en el ingreso corriente *per capita*, uno de los indicadores que, de acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), debe ser empleado para calcular la pobreza.

Según INEGI 2009 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), el índice de desempleo en México subió al 5.94 por ciento en octubre del mismo año, cifra superior al 4.11 por ciento registrado en el mismo mes de 2008.

La Población Económicamente Activa (PEA) de México fue de 45,7 millones de personas -el país tiene cerca de 107 millones de habitantes-, por lo que la cifra de desempleados creció a unos 2.71 millones de personas, de acuerdo con los datos.

En el décimo mes del año, la tasa de desempleo entre los varones fue del 6,04 por ciento, mientras que entre las mujeres fue de 5,79 por ciento.

El INEGI informó también que la tasa de desempleo promedio en las 32 principales ciudades del país fue del 7.04 por ciento en octubre de 2009.

La precariedad en el poder adquisitivo afecta directamente a la educación, aunque se ha intentado incentivarla mediante becas que provienen del Gobierno Federal- del Programa Oportunidades. Esto causa un alto índice de rezago educativo en la población.

Entidad federativa	Población total	Pobreza alimentaria	Pobreza de capacidades	Pobreza de patrimonio
Aguascalientes	1,065,416	14.9	23.6	51.1
Baja California	2,844,469	1.3	2.3	9.2
Baja California Sur	512,170	4.7	8.0	23.5
Campeche	754,730	20.0	27.3	51.4
Coahuila	2,495,200	8.6	15.2	41.0
Colima	567,996	8.9	14.9	38.5
Chiapas	4,293,459	47.0	55.9	75.7
Chihuahua	3,241,444	8.6	13.3	34.2
Distrito Federal	8,720,916	5.4	10.3	31.8
Durango	1,509,117	24.4	33.7	59.4
Guanajuato	4,893,812	18.9	26.6	51.6
Guerrero	3,115,202	42.0	50.2	70.2
Hidalgo	2,345,514	25.7	33.0	54.2
Jalisco	6,752,113	10.9	17.2	41.6
México	14,007,495	14.3	22.4	49.9
Michoacán	3,966,073	23.3	30.8	54.5
Morelos	1,612,899	10.7	17.3	41.4
Nayarit	949,684	17.2	23.3	43.8
Nuevo León	4,199,292	3.6	7.2	27.5
Oaxaca	3,506,821	38.1	46.9	68.0
Puebla	5,383,133	26.7	35.3	59.0
Querétaro	1,598,139	12.5	17.9	37.7
Quintana Roo	1,135,309	11.0	16.0	36.5
San Luis Potosí	2,410,414	25.7	33.3	55.5
Sinaloa	2,608,442	13.7	20.5	44.2
Sonora	2,394,861	9.6	15.8	40.4
Tabasco	1,989,969	28.5	36.6	59.4
Tamaulipas	3,024,238	10.3	17.5	44.9
Tlaxcala	1,068,207	17.9	26.2	51.4
Veracruz	7,110,214	28.0	36.3	59.3
Yucatán	1,818,948	18.1	26.2	51.7
Zacatecas	1,367,692	20.9	29.3	53.6

Tabla 1

1.1.2. Educación

Respecto al párrafo anterior, en el Programa sectorial de la Secretaría de Educación Pública 2007- 2012, se menciona que es un gran reto, no sólo de este sexenio, acabar con el rezago de casi 30 millones de personas que no cuentan- porque no cursaron o no finalizaron la primaria o secundaria. Estamos hablando de casi un tercio de la población.

Se considera como parte del rezago a quienes, teniendo 15 años o más ,no han concluido la educación básica. En 2005 el rezago abarcaba al 44.7% de la

población. Era 3% más alto en el caso de las mujeres y lo padecía un tercio de la población urbana y tres cuartas partes de la población rural. El promedio de escolaridad es de 8.4 años en los hombres y 7.9 años en las mujeres. Y quienes no asisten a la escuela son niños entre 5 y 9 años 4.2%, entre 10 y 14 años 6.9%, jóvenes entre 15 y 19 años 46.5% y jóvenes entre 20 y 24 años 78.5% (INEGI 2006).

Pero no es el rezago el mayor de los problemas, dentro de éste hay algo más alarmante: el analfabetismo. En el 2005 la Conapo, estimaba que 8.3% de la población era analfabeta. Esto agrupa a las personas que no saben leer, ni escribir.

Sin embargo, es importante señalar que el sistema educativo nacional, por medio del Programa: Educación para Adultos (INEA) atiende básicamente a la población trabajadora que en su oportunidad no tuvo acceso al sistema escolarizado o abandonó sus estudios por diversas causas socioeconómicas. A través del tiempo, se ha demostrado que hay diversas dificultades para que este programa se realice eficazmente, debido principalmente a que la población participante tiene problemas de horario. No obstante, a través del programa se implementaron las campañas de alfabetización, así como la enseñanza básica que comprende la educación primaria y la secundaria; la enseñanza media superior que corresponde al bachillerato o la preparatoria y la capacitación para el trabajo, principalmente mediante sistemas educativos semiescolarizados y abiertos. Actualmente, también existen las opciones de educación abierta y semiescolarizada en los niveles medio superior y superior.

Aunque el programa ha funcionado, las cifras no son tan alentadoras, la Conapo 2005 menciona que el porcentaje nacional de población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela es del 5.29%, que el porcentaje de población de 15 años y más con educación básica incompleta es del 54.98 y el porcentaje de hogares con población de 15 a 29 años, con algún habitante con menos de 9 años de educación aprobados es del 36.12

Entidad federativa	% de población de 15 años o más analfabeta	% de población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	% de población de 15 años y más con educación básica incompleta	% de hogares con población de 15 a 29 años, con algún habitante con menos de 9 años de educación aprobados
Aguascalientes	4.15	4.53	41.83	33.13
Baja California	3.07	4.77	38.94	32.24
Baja California Sur	3.60	4.03	38.92	29.44
Campeche	10.17	5.11	49.00	40.53
Coahuila	3.28	3.84	38.13	26.88
Colima	6.42	4.77	43.72	33.47
Chiapas	21.33	9.65	64.65	58.89
Chihuahua	4.41	5.83	47.45	36.45
Distrito Federal	2.59	2.71	28.28	18.34
Durango	4.83	4.98	49.55	38.09
Guanajuato	10.43	6.58	56.02	47.84
Guerrero	19.86	7.09	57.98	49.37
Hidalgo	12.79	4.27	49.95	35.11
Jalisco	5.54	5.96	46.91	37.68
México	5.31	4.22	38.65	28.69
Michoacán	12.57	7.74	58.46	49.79
Morelos	8.12	5.09	41.19	30.10
Nayarit	8.00	4.67	45.72	31.46
Nuevo León	2.77	3.30	32.64	22.17
Oaxaca	19.33	6.18	62.59	50.94
Puebla	12.70	6.67	53.54	44.44
Querétaro	8.13	5.14	43.39	36.57
Quintana Roo	6.58	3.94	39.77	35.72
San Luis Potosí	9.91	4.17	49.53	37.44
Sinaloa	6.42	4.52	44.89	31.87
Sonora	3.73	3.32	38.96	27.54
Tabasco	8.56	4.47	45.23	33.90
Tamaulipas	4.51	4.09	41.82	29.43
Tlaxcala	6.67	4.27	44.09	33.13
Veracruz	13.41	5.93	55.42	43.67
Yucatán	10.87	4.20	51.11	42.07
Zacatecas	7.19	5.52	57.48	44.69

Tabla 2

Este panorama de la educación y la economía en México tiene una correlación directa con la salud de la población y sin duda un impacto en la calidad de vida. No se puede entender una campaña de promoción de la salud, sin que la población cuente con las condiciones de vida mínimas, agua potable, drenaje, pisos de concreto al interior de sus casas; tampoco se entendería sin que la población cuente con el acceso a los servicios de salud, pero sobre todo, sin que ésta cuente, siquiera, con el recurso para comprar comida.

1.1.3. Salud

En México en 2005, según cifras del Coneval, el 49.78% de personas no contaban con derechohabiencia a ninguno de los organismos públicos de salud (ISSSTE; IMSS, SEDENA), esto quiere decir que si estas personas enferman necesitarán dinero propio para recuperar la salud. De la misma forma, el 9.93% de viviendas particulares habitadas tenían piso de tierra y un poco más del 11 % no tiene agua entubada, ni drenaje.

Entidad federativa	% de población sin derechohabiencia a servicios de salud	% de viviendas particulares habitadas con piso de tierra	% de viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario	% de viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública	% de viviendas particulares habitadas que no disponen de drenaje
Aguascalientes	26.94	2.09	4.53	2.37	2.39
Baja California	35.53	3.35	11.19	5.36	7.81
Baja California Sur	30.64	7.42	10.01	12.64	8.22
Campeche	39.99	8.29	12.69	14.43	18.69
Coahuila	28.98	2.49	5.11	3.90	7.49
Colima	26.32	7.41	6.51	2.80	1.12
Chiapas	76.37	29.04	12.99	27.22	20.76
Chihuahua	35.96	5.21	9.67	6.11	7.73
Distrito Federal	42.65	0.98	5.47	1.83	0.43
Durango	48.04	9.78	11.68	8.49	14.49
Guanajuato	48.91	8.00	13.02	7.22	12.56
Guerrero	74.08	31.60	29.22	34.48	30.12
Hidalgo	62.12	11.93	13.04	13.86	18.32
Jalisco	44.84	4.68	7.34	6.30	2.99
México	52.66	5.21	10.81	6.44	6.58
Michoacán	70.28	13.94	9.57	11.05	13.19
Morelos	54.65	9.28	8.95	9.89	5.78
Nayarit	38.29	8.35	9.02	9.91	7.34
Nuevo León	28.09	2.27	4.83	4.37	3.58
Oaxaca	75.75	32.60	10.08	28.04	35.54
Puebla	63.37	14.34	9.78	15.15	18.12
Querétaro	46.21	7.64	13.96	9.07	11.78
Quintana Roo	41.44	6.29	18.28	5.42	6.61
San Luis Potosí	48.69	17.61	8.09	17.39	22.43
Sinaloa	33.10	8.80	10.94	9.22	11.41
Sonora	30.26	8.67	6.83	5.62	11.81
Tabasco	32.23	8.59	8.01	24.23	5.28
Tamaulipas	31.76	5.06	5.94	5.79	14.99
Tlaxcala	63.47	6.07	8.93	3.45	8.70
Veracruz	59.16	20.17	7.35	25.74	19.13
Yucatán	44.82	4.33	20.47	6.23	26.98
Zacatecas	56.43	6.05	13.69	7.67	14.27

Tabla 3

Estas condiciones son propicias para la incidencia de enfermedades, como tuberculosis, enfermedades diarreicas y otras que son producto de las fallas del sistema inmunológico; enfermedades infectocontagiosas que se creían desterradas secundarias a la malnutrición y a problemas en la atención primaria, producto de la pobreza, es por ello que también se les denomina “enfermedades de la pobreza”.

La situación de pobreza absoluta de estos pacientes hace que por cuestiones económicas el tratamiento no sea completado y que los virus no sean eliminados completamente del sistema y puedan mutar o volverse más resistentes. En México, el índice de mortalidad de enfermedades producto de la pobreza se encuentra dentro de los primeros cinco después de la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades crónicas del hígado y cerebrovasculares (Montes de Oca y Hebrero, 2007).

Si bien estas enfermedades son difíciles de atacar por lo factores de pobreza antes mencionados, el gobierno federal ha puesto especial interés para que estas condiciones- la pobreza, la falta de educación y la salud- mejoren, con el fin de elevar la calidad de vida de la población.

Los programas de cero analfabetización del INEA, organismo de la Secretaría de Educación Pública (SEP), el programa contracíclico de economía por parte de Secretaria de Hacienda y Crédito Público (SHCP) -que incluye el aumento de impuestos para apuntalar directamente programas sociales desarrollados por la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL) para apoyar a los que menos tienen- y finalmente el seguro popular y el seguro para una nueva generación por parte de la Secretaria de Salud (SS).

Todos estos programas tienen la finalidad de atacar la brecha de desigualdad y, mediante apoyos económicos, becas, acceso a los servicios básicos, a una alimentación completa, acceso a los servicios de salud y acciones de promoción y prevención de la salud. México esta dando la batalla para apoyar a los que menos tienen.

1.2. Problemas principales que presentan las familias

1.2.1. Violencia doméstica

Este tipo de violencia constituye un problema político, sociocultural, legal y de derechos humanos, pero también es un tema relacionado con la salud, que desafortunadamente sigue siendo desatendido o minimizado por muchos profesionales del sector. (Ramos 2007)

En México en el 2005, hubo 2, 159 homicidios de mujeres por violencia familiar. Se piensa que de cada diez mujeres que sufren violencia, siete son perpetradas por algún familiar que vive con ellas, desgraciadamente muchas de ellas no acuden a los servicios de salud por lo que la cifra del total de mujeres que son agredidas dentro del hogar permanece oculta, se piensa que del total de mujeres que sufren lesiones, sólo una tercera parte acude a los servicios de salud por este motivo (INEGI, 2005).

La magnitud de la violencia doméstica se refleja en el aumento de las tasas de mortalidad, morbilidad, discapacidad permanente, incapacidad temporal, desequilibrio emocional, ausentismo laboral (y además, en los daños psicológicos y el impacto social que ocasionan. En el caso concreto de la violencia en el hogar, las mujeres constituyen uno de los grupos más afectados. La relación tan cercana entre agredidos y agresores, se recrudece en el caso de las mujeres maltratadas por la pareja masculina (Hijar, Ávila y Valdez, 2006).

Diversos estudios de la American Medical Association (1992) señalan que las mujeres maltratadas por sus parejas tienen un mayor riesgo de ser victimizadas nuevamente en comparación de quienes son agredidas por desconocidos; ésta situación aunada a otros factores pone en evidencia el peso de las condiciones sociales en la violencia de pareja y su influencia en la utilización o no de los servicios de salud, para resolver las lesiones provocadas por ésta.

Rioseco (2005) al respecto, menciona que debido al carácter multifactorial de la violencia doméstica se debe echar mano de un trabajo multidisciplinario que abarca diferentes aspectos como lo son:

- Acción en todos los niveles (nacionales y locales) A nivel nacional las prioridades incluyen el mejoramiento del status de las mujeres, establecimiento de normas, políticas y leyes apropiadas y creación de un ambiente social que promueva las relaciones no violentas
- Involucramiento de las mujeres en el desarrollo e implementación de proyectos,
- La seguridad de las mujeres debe guiar todas las decisiones relativas a intervención.
- Cambio de culturas institucionales (la capacitación puede mejorar los conocimientos y las prácticas en el corto plazo pero debe ir acompañada de cambios institucionales en las políticas y en el desempeño).
- Enfoque multisectorial, interdisciplinario e interinstitucional de las intervenciones (policía, salud, poder judicial, servicios apoyo social deben trabajar en conjunto).
- Separación de la violencia contra las mujeres de la violencia familiar, de manera de no tratarlas como un todo idéntico.
- Presencia como objetivo de la institucionalización y sostenibilidad de las políticas programas o planes.
- Coordinación y concertación (incorporación de todos los sectores público, gubernamental, académico, empresarial, religioso, etc., discurso compartido, definición de intereses y campos de acción en conjunto, promoción de valores universales).

Hay que recordar que una buena práctica en materia de prevención, “considerando la información que existe sobre los factores de riesgo asociados a la violencia, es posible plantearse una política preventiva que tenga como meta la disminución de los niveles de violencia hacia la mujer en el espacio familiar.

Los desafíos en cuanto a violencia siguen siendo múltiples, y no están ni cerca de agotarse, sin embargo, teniendo presente el carácter cultural del problema,

es importante apreciar en su justa dimensión los logros. En los últimos años se han elaborado, desde el gobierno, políticas para la erradicación de la violencia de género, que si bien no se han podido instaurar y erigir como una política transversal, como la necesita el país, poco a poco está dando pasos, como la construcción y la puesta en marcha de 510 centros estatales de atención y prevención de la violencia. La obligatoriedad en las dependencias federales de contar con un director mínimo con el rango de director de área para instaurar una política de género al interior de las secretarías de estado, la obligatoriedad de los documentos gubernamentales de contar en su elaboración con una perspectiva de género, la creación de comités intersectoriales de atención a la violencia de género, la creación de una partida presupuestal por parte de la Secretaría de Desarrollo Social para apoyar refugios de víctimas de violencia, la creación de un área dentro de la PGR para dar seguimiento a las víctimas de violencia y trata de personas. El trabajo re-educativo dirigido a hombres agresores por parte de asociaciones civiles, la creación de una maestría de estudios de género en el Colegio de México desde donde se han impulsado programas y proyectos a favor de la erradicación de la violencia de género.

1.2.2. Suicidio

El suicidio en México ha cambiado substancialmente durante los últimos 20 años, se han modificado las tasas de incidencia, el tipo de población y las edades de las personas que deciden terminar con su vida indicando a todas luces, que el fenómeno en vez de estar contenido se ha ido incrementando.

El suicidio es ahora la segunda causa de muerte entre los jóvenes- sólo después de los accidentes automovilísticos. Según el INEGI el suicidio de jóvenes pasó de dos mil 736 en 2003 a cuatro mil 394 en 2008.

El suicidio, entendido como un proceso, es complejo y dinámico, está conformado por varias etapas que comienzan con una ideación suicida pasiva, le siguen fases cada vez más activas como la visualización del propio acto y su manifestación mediante amenazas verbales y gestos suicidas, la planeación y preparación, la ejecución del intento y por último el suicidio consumado (Rich, Kirkpatrick, Bonner, Jans, 1992).

Por ello se debe de poner énfasis en la prevención primaria, entendiendo por prevención aquella estrategia o acercamiento que reduce la probabilidad de algún riesgo o disminuye el impacto negativo de ciertas condiciones o conductas.

La prevención del suicidio va más allá del acto suicida, es decir, su objetivo debe fijarse primordialmente en la atención de las diversas manifestaciones del comportamiento suicida (ideación, amenazas, gestos suicidas y/o tentativas de suicidio). Para esto se recomienda reducir los factores de riesgo y a la vez reforzar los factores de protección, influyendo tanto en el estado psicológico como en el medio ambiente físico y/o las condiciones culturales/ subculturales (NSFSP 2001)

1.2.3. Adicciones en adolescentes

Los adolescentes son una población muy vulnerable en cuestión de salud mental, los cambios por los que atraviesan, físicos y emocionales, los hacen el blanco perfecto para todo tipo de padecimientos, sin embargo las adicciones plantean el gran desafío de la salud pública, Medina- Mora (2007) menciona que cuando hay un problema emocional en edades tempranas, el riesgo de desarrollar dependencia a drogas se incrementa hasta en 18 veces; los adolescentes que tienen problemas de ansiedad o depresión pueden encontrar en las drogas un alivio inicial a los síntomas que se revierten después agravando el estado emocional y adquiriendo el problema de dependencia a drogas.

Este proceso puede modificarse con un tratamiento oportuno de problemas emocionales en la infancia y adolescencia, datos de las encuestas de población muestran que esta medida podría disminuir hasta una tercera parte de los casos de dependencia a sustancias en los hombres y hasta la mitad entre las mujeres. (INEGI 2007)

Se ha estimado que poco más de tres millones de personas requieren tratamiento para el abuso de sustancias incluyendo el abuso de alcohol. Sin

embargo, sólo el 17% solicita ayuda. Los que llegan a tratamiento se tardan en promedio 7 años en pedir ayuda desde la primera manifestación de la enfermedad y sólo 9% de los que llegan se quedan el tiempo suficiente para lograr un cambio en su estado de salud. Esto implica que la mayor parte de nuestros adictos cursan su vida con problemas. (Medina Mora 2005)

En este sentido, es clara la necesidad de tratamiento en mercados maduros, es decir en aquellos en los que un menor número de personas hacen uso de una cantidad importante de drogas, el tratamiento es la mejor respuesta. En México si bien la demanda de atención por el consumo de drogas ilegales entre 1998 y 2003 aumentó 2.6 veces, la inversión en tratamiento no creció a la par, en este periodo la proporción de personas que recibieron tratamiento solamente creció 1.2 veces. (Medina –Mora 2007)

1.3. La Terapia familiar sistémica y postmoderna como alternativa para abordar la problemática

La familia, desde principios del siglo anterior, ha cambiado mucho. Los roles de cada uno de sus miembros se han transformado: el hombre está en crisis porque se le ha relevado gradualmente del rol de proveedor que siempre tuvo. Ahora tiene que aportar al trabajo comunitario de la familia, participar de las labores del hogar, de las tareas y de los afectos.

De la misma forma, la mujer que durante años estuvo sólo al cuidado de la casa y de los hijos, ahora participa de un rol diferente. Cada vez son más las mujeres que salen de sus casas a trabajar, que desempeñan puestos de alta exigencia, de sus habilidades intelectuales como de su tiempo. Los hijos mayores muchas veces desempeñan el rol de cuidadores o de responsables de la casa, y cada día las parejas jóvenes se comprometen menos. Todos estos cambios de rol requieren de un ajuste en la concepción de familia, de pareja y de individuos dentro de la sociedad. Este ajuste muchas veces desencadena problemas de mucha complejidad.

La terapia familiar plantea un abordaje de estos problemas desde una postura

sistémica donde se tenga en cuenta, no al individuo como problemático, sino como perteneciente a varios sistemas más amplios, dentro de los cuales alguno- en este caso la familia- presenta dificultades en la resolución del conflicto. Para la resolución de éste se necesita la participación activa de todos los individuos en pos del cambio, sin embargo, esta participación no necesariamente tendría que ser consciente o consensuada, bastaría con un cambio significativo en alguna parte específica de este sistema para que todo cambie hacia un orden diferente de interacción entre los miembros, y es ahí donde el terapeuta en terapia se convierte en la persona que asesora a la familia en el momento de la crisis, siempre apoyándose en los recursos y fortalezas que la misma familia posee y que pueden darle una sensación de fortaleza y control sobre el conflicto para la mejor resolución de éste.

Asimismo, la terapia postmoderna también plantea centrarse en los recursos de los clientes y en su propia capacidad para el cambio. El fin último que persigue la terapia es una experiencia liberadora, de esta forma, no se impulsa el cambio de los pacientes, se respeta la libertad de ellos y su ritmo.

Basta decir que independientemente del paradigma, modelo o corriente terapéutica que se utilice, mientras sea utilizada por un profesional capacitado en el área y pensando en las características de la familia, ésta representará un beneficio extraordinario para el paciente.

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

El programa de maestría y doctorado en psicología profesional en la residencia de terapia familiar ofrece una formación teórico-práctica, donde se pondera el aprendizaje de la terapia desde el campo de acción, en un primer momento como equipo de observación, posteriormente como equipo terapéutico y terapeuta, siempre con la supervisión constante de los casos, con un supervisor acreditado, experimentado y capaz, siempre dispuesto a escuchar y ayudar pero sobre todo a caminar junto a la persona del terapeuta para que ésta pueda crecer dentro de un ambiente, cálido y protegido que se presta a la discusión y análisis y que sirve no sólo como ambiente de aprendizaje, sino

de experimentación y desarrollo, tanto profesional como espiritual de todos los involucrados en dicho, de terapeuta-supervisor, volviéndose una unidad. Todos como parte del mismo sistema, todos como elementos únicos de ese sistema, pudiendo mirar e interpretarse de maneras tan diversas y tan ricas como lo es la práctica clínica en sí.

2.1. Descripción, análisis sistémico, explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico

2.1.1. Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios superiores de Iztacala

La Facultad de Estudios Superiores de Iztacala se encuentra ubicada en la Avenida de los Barrios en Los Reyes Iztacala, en Tlalnepantla de Baz, en el Estado de México. La clínica de terapia familiar se encuentra en el edificio de Endoperiodontología en el segundo piso, al final del pasillo. Tiene 2 cubículos tipo cámara de Gesell, divididos por un espejo unidireccional, circuito cerrado de audio y video, cuanta comunicación entre los cubículos vía teléfono, y las sesiones pueden ser grabadas en formato VHS. En un cubículo se encuentran el terapeuta y los pacientes y de otro lado del espejo, en el cubículo contiguo se encuentra el supervisor y el equipo. En el cubículo del equipo además están los expedientes de los pacientes, y una computadora con la lista de espera y formatos diversos.

La clínica depende directamente de la coordinación de la residencia en terapia familiar y de las supervisoras. (Ver cuadro 1) Las supervisoras son las encargadas de asignar tareas a los alumnos, también son ellas las que asignan los pacientes que se encuentran en la lista de espera.

Los asistentes a la clínica, son por lo general, miembros de la comunidad universitaria o personas externas que viven cerca de la zona y el procedimiento para obtener la consulta es muy sencillo: se llena un formato de solicitud de consulta donde se anota el nombre, el teléfono y el motivo de consulta. Inmediatamente pasa a lista de espera y la atención puede ser desde esa

misma semana o hasta tres meses, dependiendo de la demanda del servicio. El servicio se otorga los martes y los jueves de 7 de la mañana a 3 de la tarde con dos supervisoras. Existe el cobro de una cuota de recuperación.

Cuando el paciente es asignado a un terapeuta, él se encarga de realizar el primer contacto telefónico. En ese contacto el terapeuta tratará de entablar una conversación de rastreo de información que le sirva para planificar su primera sesión. En esta primera sesión, se da un encuadre a la terapia, se mencionan los beneficios de la grabación y se obtiene su consentimiento. Las sesiones se llevan a cabo con un equipo terapéutico y un supervisor que pueden o no intervenir directamente en la terapia, como coterapeutas, equipo reflexivo y/o colaborativo o para iluminar o intensificar alguna intervención.

2.1.2. Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco

El Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco está ubicado en la avenida Aquiles Serdán 2060 en la colonia Prados del Rosario en la delegación Azcapotzalco de la Ciudad de México. La clínica de terapia familiar se encuentra en el edificio de SILADIN en el tercer piso, a la derecha de las escaleras en un cubículo denominado sala de lectura. Tiene 2 cubículos tipo cámara de Gesell, divididos por un espejo unidireccional, circuito cerrado de audio y video, cuenta con comunicación entre los cubículos vía teléfono, y las sesiones pueden ser grabadas en formato VHS. En un cubículo se encuentran el terapeuta y los pacientes, y de otro lado del espejo, en el cubículo más pequeño se encuentra el supervisor y el equipo. En el cubículo del terapeuta existe una mesa de trabajo para discutir los casos. Además se encuentran los expedientes de los pacientes y formatos diversos.

La clínica depende directamente del departamento de psicopedagogía y de las supervisoras. (cfr cuadro 2) Las supervisoras son las encargadas de asignar tareas a los alumnos y de agendar a los pacientes que se encuentran en la lista de espera.

Los asistentes a la clínica son, regularmente, miembros de la comunidad universitaria, alumnos adolescentes referidos por el departamento de psicopedagogía, unos más que se enteran del servicio y lo solicitan y personal de la institución que lo requiere. El procedimiento para obtener la consulta es muy sencillo: se llena un formato de solicitud de consulta en donde se anota el nombre, el teléfono y el motivo de consulta, inmediatamente pasa a lista de espera y su atención puede ser en esa misma semana o en un período de hasta tres meses, dependiendo de la demanda del servicio. El servicio se otorga los martes 7 de la mañana a 3 de la tarde con diferente supervisora cada martes y es gratuito.

2.1.3. Clínica de Medicina Familiar de Tlalnepantla del ISSSTE

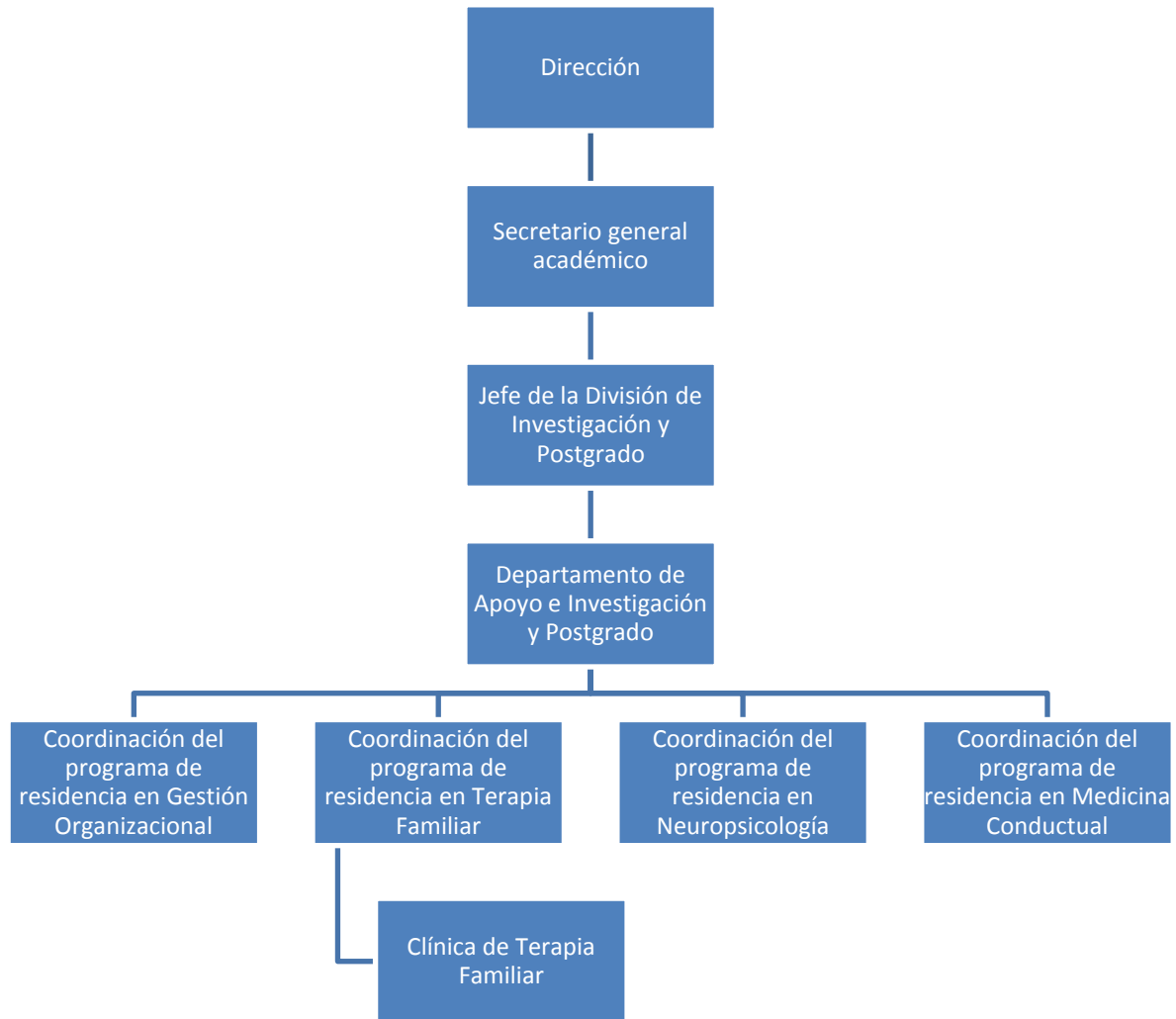
El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) está ubicado en la calle Chilpancingo número 68, colonia Valle de Ceylán en Tlalnepantla de Baz en el Estado de México. La clínica de terapia familiar se encuentra en el consultorio designado por la unidad para otorgar consultas de psicología. Aquí no existe cámara de Gesell y las sesiones pueden ser grabadas en formato VHS. Los pacientes se ubican de espaldas al equipo y terapeuta frente a ellos; el supervisor se comunica con el terapeuta por medio de un pizarrón que él tiene de frente y algunas veces el supervisor o los miembros pueden intervenir estratégicamente, aunque la mayoría del tiempo permanecen en silencio y como observadores. Los expedientes de los pacientes se encuentran en resguardo de la Unidad Medica Familiar (UFM).

La clínica depende directamente de la consulta de psicología y de las supervisoras. (cfr. cuadro 3) Las supervisoras son las encargadas de asignar tareas a los alumnos y de agendar a los pacientes que se encuentran en la lista de espera.

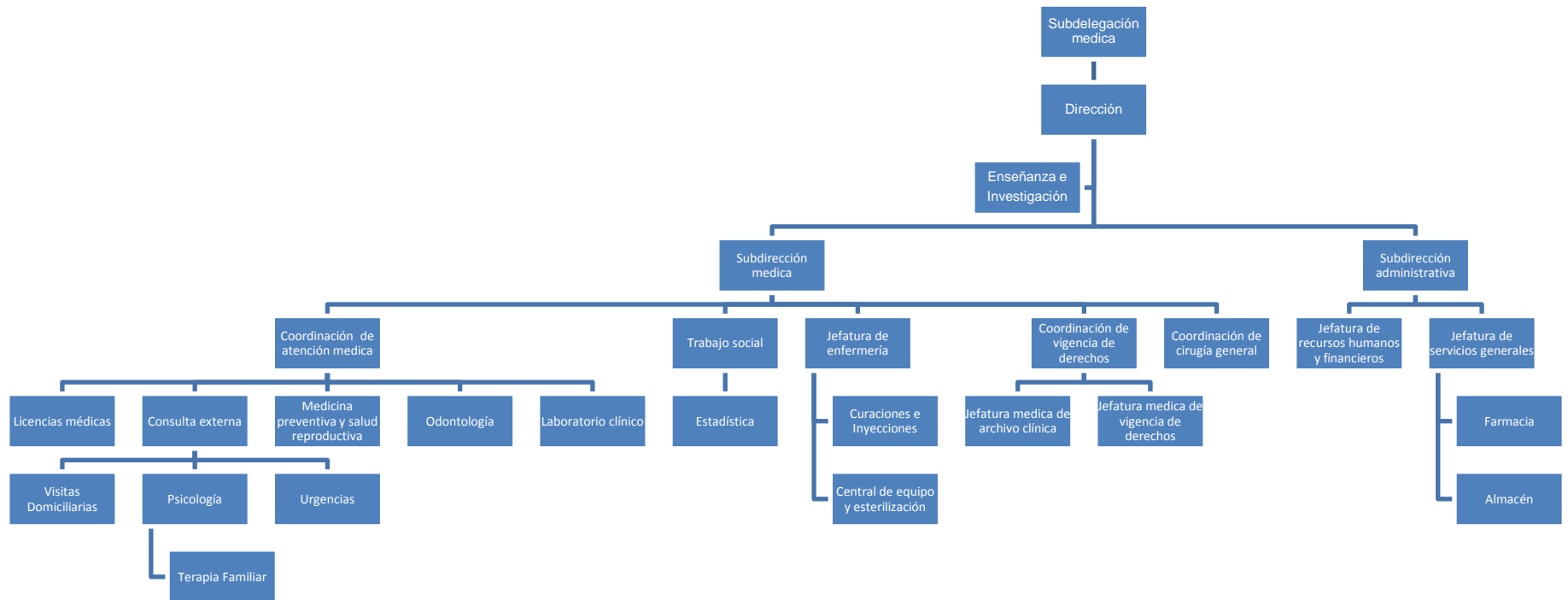
Los asistentes a la clínica son por lo general derechohabientes, son seleccionados por el servicio de psicología para participar de la terapia familiar. Se le otorga al terapeuta responsable una ficha que contiene el nombre, el

teléfono y el motivo de consulta. El servicio se otorga los jueves de siete de la mañana a tres de la tarde con dos supervisoras. El servicio es únicamente para derechohabientes

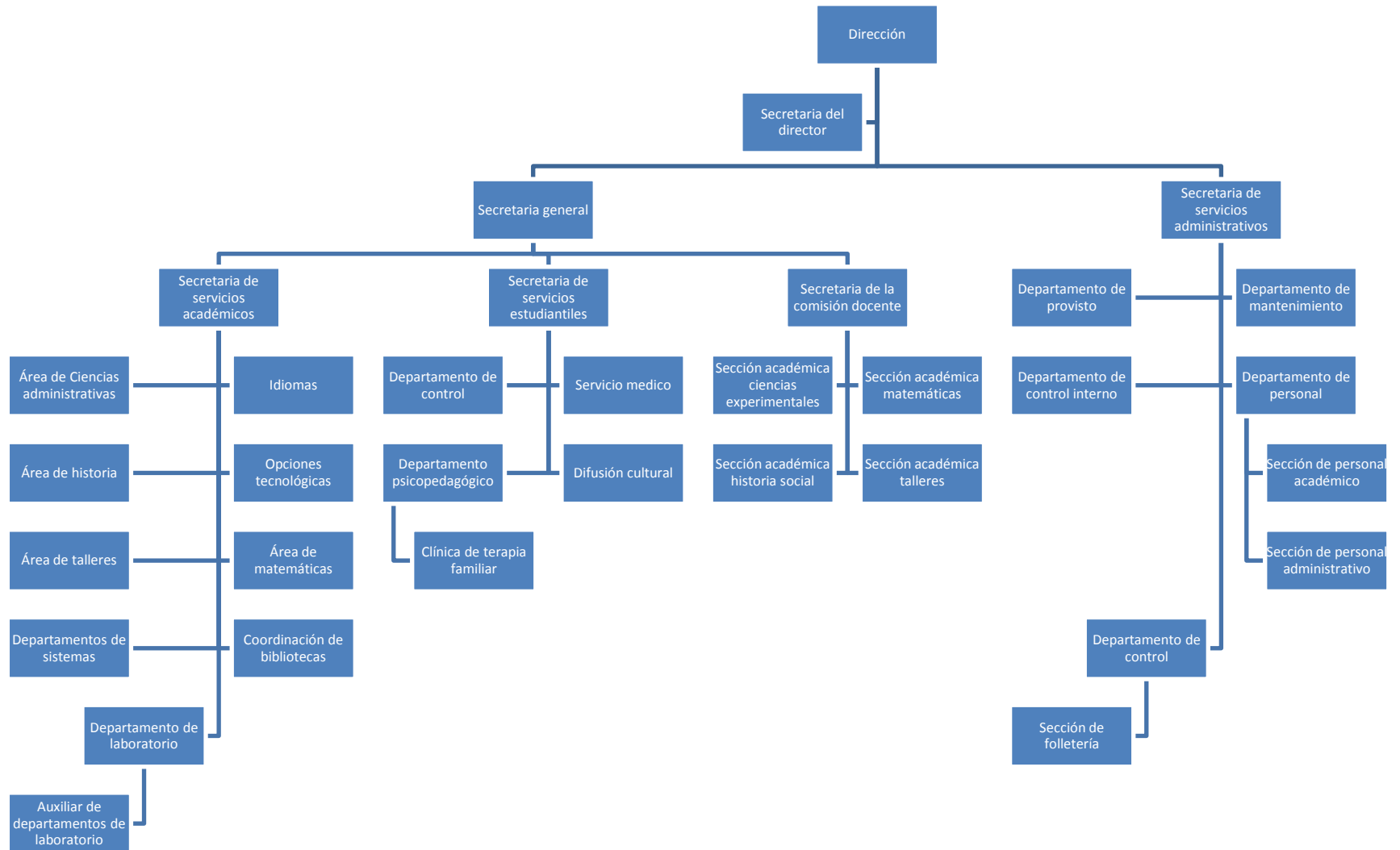
CUADRO 1 *Organigrama Facultad de Estudios Superiores Iztacala*



CUADRO 2 Organigrama Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla



CUADRO 3 Organigrama Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco



II. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y posmoderna

La terapia familiar es un método de tratamiento natural más que planteado. Preserva la continuidad original entre el individuo, la familia y la comunidad. Interpreta el desarrollo y la adaptación dentro del marco del grupo familiar considerado como un sistema de conductas. Concibe a la experiencia interior y exterior como un proceso de interacción circular (Ackerman 1981). Se orienta en el aquí y en el ahora, definiendo en el presente el pasado y el futuro. Prioriza el cambio y el crecimiento, en lugar de tratar de eliminar los síntomas, muchas veces sólo reemplazándolos por otros.

La terapia familiar atiende al problema humano, no a la “técnica”. Abraza el principio de una improvisación fluida y flexible en los procedimientos terapéuticos, para adaptarse a las necesidades de una familia (Ackerman, et al). Algunos terapeutas familiares entrevistan familias enteras con regularidad, en tanto que otros centran su enfoque en una parte de la familia, o trabajan en forma sistémica con uno solo de sus miembros con el fin de provocar un cambio en toda la familia. Al respecto Haley y Hoffman (1976) mencionan que debido a la serie de enfoques diferentes aplicados, no podemos definir a la terapia familiar simplemente como un nuevo método de tratamiento: por el contrario, se trata una nueva forma de conceptualizar la causa y la cura de los problemas psiquiátricos. Esta nueva forma de conceptualizar sería equivalente a una nueva epistemología. Ésta, es un nuevo conjunto de reglas que gobiernan el pensamiento, es inmanente en una “nueva ciencia” que es absolutamente diferente del pensamiento predominante en el mundo occidental y, además, esos dos sistemas de pensamiento son autónomos y discontinuos (Auerswald, 1988). El pionero de esta nueva epistemología y por consecuencia de esta “nueva ciencia” fue Gregory Bateson, quien define a la epistemología en su libro *Espíritu y naturaleza* (2006) como: “Rama de la ciencia combinada con la filosofía. Como ciencia la epistemología es el estudio de la manera en que determinados organismos o agregados de organismos conocen,

piensan y deciden. Como filosofía, es el estudio de los límites necesarios y otras características de los procesos del conocimiento, el pensamiento y la decisión “.

En su libro *Comunicación* (1984) Bateson comenta al respecto “Tradicionalmente la palabra epistemología se refiere a la teoría del conocimiento... la rama de la filosofía que ha crecido entorno de ella se liga con la ontología, el estudio de la naturaleza del ser”.

Dentro de la terapia familiar existen dos clases de epistemología la lineal progresiva y la recurrente (sistémica, ecológica, ecosistémica, circular o cibernética). Un ejemplo de la epistemología lineal progresiva tradicional es la nosología psiquiátrica y el modelo médico clásico de psicopatología: es atomista, reduccionista y anticontextual, y se atiene a una lógica analítica que se ocupa de las combinaciones entre elementos aislados. Una epistemología recurrente por el contrario, pone el acento en la ecología, la relación y los sistemas totales. Esta epistemología es congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto. Esta epistemología alternativa es la que ponen de manifiesto aquellos terapeutas que entienden que su relación con los clientes forma parte de un proceso de cambio, aprendizaje y evolución. (Keeney 1991)

El cambio que debe de atravesar un terapeuta para adoptar una epistemología diferente a la lineal progresiva, no implica solamente la utilización de un equipo terapéutico, de la paradoja, o de metáforas, la epistemología es algo fundamental que las acciones e ideas descritas por la mayoría de críticos. Es simplemente imposible describir con claridad una epistemología alternativa en los términos convencionales, concebir otro mundo requiere estar ya en ese mundo. (Keeney et al.) Se debe de entender según Auerswald (1973) que existen tres tipos de terapeutas, los que siguen una epistemología lineal progresiva, los que siguen una epistemología recursiva y los que están en transición de la primera y la segunda. Como nuestra epistemología determina todo lo que pensamos, hacemos y

decimos, para entender esta nueva epistemología debemos de pensar, escuchar y hablar su mismo lenguaje.

1. Las Primeras Investigaciones

Los aportes que Gregory Bateson legó constituyen la base teórica más importante en el desarrollo de la terapia familiar sistémica. Bateson introdujo herramientas teóricas de corte antropológico y de la cibernética en el campo de la comprensión del comportamiento (Vargas 2004).

Bateson, hijo de William Bateson, el científico que había acuñado el termino genética, y lo había introducido al ámbito científico, Gregory nació en la clase media intelectual Británica, Bateson comienza su carrera científica con la publicación de un artículo de zoología junto con su padre el año de 1925, posterior a esto, viaja a galápagos, siguiendo el ejemplo de Darwin. Aburrido de la biología escoge la Antropología como su profesión, viaja a Nueva Guinea donde estudia las estructuras tribales de los iatmul. Naven publicado en 1936 es el resultado de estos estudios, Acompañado de Margaret Mead, primero su colega y después su esposa, viaja a Nueva York donde conoce a Kurt Lewin, Harry Sullivan y Milton Erickson, asiste a las conferencias de Macy en 1941, en 1946 se reanudan posteriormente estas conferencias, Bateson consigue trabajo en una de las mas prestigias universidades de los Estados Unidos, Harvard. De donde es despedido por un conflicto con uno de los estudiantes, por sugerir que los estudiantes de antropología debían de analizarse (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Bateson posterior a su despido de Harvard, donde impartía clases de Antropología, decide escribir un libro. En el libro que escribe junto con el psiquiatra Jurgen Ruesch, *The Social Matriz of Psychiatry*, un libro de antropología psiquiatrica, aplica por primera vez los conocimientos cibernéticos desarrollados en las conferencias Macy, posterior a la publicación del libro pasa a estudiar la comunicación en los animales, observando las nutrias del zoológico, ahí se puede percatar de la conducta de juego de estas, lo que le da paso a desarrollar un

concepto que sería clave para sus posteriores trabajos, el metamensaje, explica que el comportamiento de morderse en las nutrias que pudiera ser un mensaje de agresividad puede convertirse en un mensaje de un nivel diferente, un metamensaje de juego. Aludiendo a la teoría de los tipos lógicos de Bertrand Russell, solo que ahora aplicados a la comunicación en lugar de a la lógica.

Posterior a esto, En los años 50 Bateson encabeza un gran proyecto de investigación que intenta clasificar la comunicación por niveles: nivel de significado, niveles de tipo lógico y niveles de aprendizaje. Bateson, quien nombro a Wiener, al que conoció durante las conferencias de la Fundación Macy, como su mentor en los conceptos del vocabulario de las computadoras, de la teoría de la comunicación y de la lógica formal, (Vargas et al.) junto con su equipo (Weakland, Haley y Fry) empezaron a trabajar sobre el comportamiento animal, las paradojas, la hipnosis y el juego, el grupo contemplaba las pautas de la transacción esquizofrénica. Sus miembros se preguntaban si estas pautas surgirían de una incapacidad de discriminar entre niveles de tipo lógico: por ejemplo entre lo literal y lo metafórico.

El grupo de Bateson planteó la hipótesis de que una persona con este tipo de dificultad podría “aprender a aprender” en un contexto en que esa dificultad, de alguna manera fuera una característica adaptativa. Si podía comprenderse este contexto del aprendizaje, podrían comprenderse también los misterios del habla y del comportamiento esquizofrénico. Como la familia es el contexto básico del aprendizaje para los seres humanos, el grupo razonó que la familia del esquizofrénico hubiera moldeado estas formas peculiares por vía de los peculiares requerimientos de comunicación que se les imponían (Hoffman, 2005).

A la par de estos descubrimientos Jackson, el nuevo miembro del equipo de Bateson y el único psiquiatra, observó un fenómeno que ocurría en las familias cuando el paciente mejoraba otro miembro de la familia enfermaba o empeoraba, al comprobar esta suposición, Jackson acuñó el término “homeostasis familiar”.

El grupo de Bateson llegó a identificarse con una idea de la familia como entidad destinada a mantener el equilibrio, en parte porque muchas de las investigaciones del grupo se efectuaban con familias que tenían una gama de comportamientos sumamente limitada. Una pregunta importante era saber si podía decirse que una familia se comportaba como sistema, si todas las familias tenían mayor puntuación en sus comunicaciones de lo que se habría podido esperar si estas comunicaciones fueran gobernadas por el azar. Esta pregunta pareció contestada afirmativamente en experimentos que mostraron una rigidez en las pautas de comunicación en familias en que alguien tenía un síntoma, rigidez mayor que en las familias en que nadie lo tenía (Hoffman, et al.).

Posteriormente a esto, surgió en 1956 “hacia una teoría de la esquizofrenia”. Controversial escrito donde se escucha por primera vez uno de los términos que sin duda causo revuelo entre los psiquiatras de la época y aun lo sigue haciendo el “Doble Vínculo”.

El Doble Vínculo es, en esencia, una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel era solamente anulada o contradicha en otro nivel. La única manera en que se puede responder a tal petición es señalando cuan imposible es, burlarse de ella o abandonar el campo. Pero cuando no es posible ninguno de estos cursos, entonces pueden surgir graves dificultades. Según Hoffman (et al.) los requisitos para que este tipo de comunicación sea patógena son los siguientes:

- Una orden negativa primaria.
- Una orden negativa secundaria a otro nivel, que entra en conflicto con el primero.
- 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 (a menudo dada por el contexto, como cuando la persona es un niño).

- 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, solo se necesita un pequeño recordatorio de la secuencia original para producir una reacción de pánico o de ira.

Un ejemplo de esta forma de comunicación es cuando una madre a quien un su hijo la esta molestando, en ves de decirle “vete estoy harta de ti”, le dice “por que no vas a la cama, estas muy cansado y quiero que duermas”. Si el niño acepta esta amorosa preocupación y trata de acercarse su madre probablemente se retirara. Si desconfía de tanto amor o reacciona negativamente, es probable que la madre enfurezca. Si el niño comenta la ira de la madre probablemente ella enfurezca más. Así, castigaran al niño por discriminar correctamente. Probablemente el quedara muy confuso como para hacer algún comentario sobre la situación y, como es un niño no se le permitirá retirarse lo que provocara que el niño se vea envuelto en una comunicación del tipo de doble vinculo.

El interés que despertó el proyecto del grupo de Bateson fue mayúsculo, lo que le valió mayor apoyo a la investigación que ellos realizaban, con mayores fondos ellos pudieron realizar varios proyectos, se publicaron a partir de 1956 cerca de 70 artículos todos producto de las diferentes líneas de investigación.

Las principales líneas de investigación del proyecto de Bateson que Vargas (et al.) resume son:

- El doble vínculo ilustrado con datos de las transcripciones de conversaciones que involucraban la etiología de la esquizofrenia.
- El doble vínculo como una posibilidad de conflicto de niveles, que podía ser ubicado dentro de algún contexto teórico interpersonal.
- Una descripción organizacional de la familia, donde se ofreciera un modelo que permitiese diferenciar a las familias esquizofrénicas de otro tipo de familias y describir entonces a la esquizofrenia de manera que pudiera ser

vista como una respuesta de adaptación a un tipo particular de sistema familiar.

- El doble vínculo y el concepto de niveles.
- Una investigación del cambio psicoterapéutico en individuos y familias desde el punto de vista del conflicto de niveles de comunicación.

Sin duda Bateson sembró la semilla de una nueva epistemología y de una nueva ciencia, sus aportes como el transitar del pasado como la causa, a la situación social presente como causa, y pasar de un pensamiento donde existe una conducta desadaptada e inapropiada producto del pasado, a un pensamiento donde existe una conducta adaptada en relación al medio y a la situación social donde se encuentra viviendo el paciente sienta un precedente que junto a los aportes de Norbert Wiener, en materia de matemáticas aplicadas y cibernética Ludwing Von Bertalanffy, principal representante de la Teoría General de Sistemas Humberto Maturana y Francisco Varela, en biología principalmente y Heinz Von Foerster en materia de cibernética entre muchos otros lograron fijar los cimientos de una nueva epistemología, la epistemología sistémica.

2. La Teoría General de Sistemas

Ludwing von Bertalanffy concibe su Teoría General de Sistemas, como una teoría general de la organización aplicable en cuanto a sus principios a cualquier tipo de sistema, independientemente de los materiales constitutivos que este tenga. (Bertrando y Toffanetti, et al.) Aquí el concepto de sistema como modelo teórico abarcativo, representa un nuevo paradigma, o una nueva filosofía de la naturaleza dentro del pensamiento científico (Eguiluz, 2006).

Aunque el significado de la palabra sistema no es el mismo en toda circunstancia y para todo el mundo, generalmente se aplica a una disposición de componentes interrelacionados para formar un todo. A los distintos tipos de componentes e interrelaciones corresponden distintos sistemas (Klir, 1984). Es decir, se puede describir a un sistema como un todo que se comporta diferente a la suma de sus

partes, una totalidad ordenada, y del modo del cual se organiza tendrá consecuencias sobre su forma de comportarse. El sistema posee características sumativas y constitutivas, las primeras, siguiendo a Eguiluz (et al.), se obtiene sólo con el conocimiento del número, especie y/o clase, sin embargo para conocer las características constitutivas del sistema se debe de conocer no sólo las partes del sistema sino también la relación existente entre éstas.

Es posible decir que la Teoría General de Sistemas, es la exploración científica del todo y de sus totalidades, en yuxtaposición al modelo reduccionista y mecanicista, que se consideraba hasta no hace mucho como parte de la metafísica (Sánchez, 2000).

En un sentido más amplio, la Teoría General de Sistemas, se refiere a una colección de conceptos generales, principios, instrumentos, problemas, métodos y técnicas relacionados con los sistemas (Klir, et al.).

Aunque la noción de sistema es antigua, el concepto de sistema general, y la idea de teoría general de sistemas, son relativamente mas recientes, fueron esbozados por Bertalanffy poco antes de la segunda guerra mundial, pero fueron conocidos una vez que se formo la sociedad para el progreso de la teoría general de sistemas en 1954. La necesidad de una comprensión mas profunda de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, despertó el interés en el estudio de sistemas que, si en bloque interactuaban con el medio ambiente, estaban a su vez constituidos por partes ligadas por interacciones fuertes. (Klir et al.)

Este nuevo campo de estudio contrastaba con las ideas clásicas (Newtonianas) en donde se concebía al objeto de investigación científica como una colección de componentes aislados, de cuyas propiedades intentaban deducirse las propiedades del todo el objeto, sin considerar las interacciones entre las partes.

La Teoría general de sistemas tuvo precursores y promotores simultáneos, entre los que destacaban: Köhler, Lotka, Volterra, Ashby, Rapoport, Kenneth, Boulding y Gerard aunque Von Bertalanffy, como se mencionó anteriormente, fue quien esbozó la teoría de sistemas dinámicos y dio descripciones matemáticas de las propiedades de sistemas (tales como totalidad, causalidad, finalidad, equifinalidad, equicausalidad, centralización, entre otras) deducidas de la descripción de sistemas mediante ecuaciones diferenciales simultaneas. Ya que ejercía como biólogo, estaba particularmente interesado en desarrollar la teoría de los sistemas abiertos que, como todo sistema vivo, intercambiaba materia con el medio ambiente (Bertalanffy, Ashby y Weinberg, 1984).

La elección de sistema abierto como un modelo general de sistema resultó ser correcta. No solamente desde el punto de vista de la física es el sistema abierto el caso más general -ya que los sistemas cerrados pueden obtenerse a partir de los abiertos igualando las variables de transporte a cero- también lo es desde el punto de vista matemático porque los sistemas de ecuaciones diferenciales simultáneas (ecuaciones de movimiento) utilizados con fines descriptivos en la teoría de sistemas dinámicos, son la forma general de la que se deduce la descripción de los sistemas cerrados mediante la introducción de restricciones adicionales -por ejemplo la conservación de la masa en un sistema químico cerrado (Bertalanffy et al, 1984).

Bertalanffy (2002) establece una distinción entre los sistemas abiertos y cerrados: menciona que los sistemas abiertos son aquellos organismos vivos, sistemas vivientes que tienen apertura al intercambio de información energía y materia, lo que se ve reflejado en un equilibrio, dinámico u homeostático, entre las salidas y las entradas. Esto permite que durante la vida del sistema existan cambios continuos así como condiciones de equilibrio alternadas.

En tanto, los sistemas cerrados, menciona, son aquéllos que están incluidos dentro de la física y la química, la característica primordial de estos sistemas es

que no intercambian información, energía o materia con el medio, ello provoca que en estos sistemas se mantenga la homeostasis.

En los sistemas abiertos existe una tendencia hacia la heterogeneidad y organización, a lo que se le llama entropía negativa o neguentropía. Mientras que en los sistemas cerrados, debido a la homeostasis constante, existe una tendencia a la desorganización y la destrucción del orden (entropía).

De esta forma se dice que el sistema cerrado no intercambia información ni energía con su medio, manteniéndose de cierta forma aislado; mientras que el sistema abierto importa y exporta información y energía con el medio circundante (Eguiluz, et al).

Algunos conceptos que es importante conocer dentro de la Teoría General de Sistemas son:

- Sistema relacional es el concepto constituido por una o varias unidades vinculadas entre si de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; èste va seguido de un cambio en la primera unidad modificada y así sucesivamente.
- Sinergia las partes del sistema examinadas de manera aislada no permiten predecir las cualidades del sistema, las características sumativas son distintas a las constitutivas o cualitativas.
- Equifinalidad o equipotencialidad, el sistema puede lograr un mismo resultado a pesar que el punto de partida sea diferente, esto puede complejizar la búsqueda de una causa única. Recursividad explica que un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores como menores, los primeros se llaman suprasistemas y a los segundos se les denomina subsistemas. Los pequeños están contenidos dentro de los mayores, cada sistema, sin importar su tamaño, tiene sinergia.

- Orden jerárquico, lleva implícito una diferenciación progresiva en los sistemas, de lo simple a lo complejo.
- Entropía, término de la termodinámica que afirma que la entropía de un sistema cerrado aumentara al máximo cuando logre su equilibrio. En la terapia familiar se utiliza este término como una medida aproximada de la desorganización y del desorden.
- Negentropia se refiere al grado de orden u organización de un sistema cerrado. En la teoría de la comunicación se refiere a la cantidad de información organizada y coherente que contiene un mensaje codificado, un aumento de la información implica una reducción de la entropía.
- Familia: un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre si por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre si y en constante intercambio con el exterior.
- Retroinformación o *feedback* es la capacidad que tiene los sistemas vivos para automodificarse cuando se producen cambios significativos en su medio ambiente. Permite conservar el equilibrio dinámico que se ubique entre la estabilidad y el cambio. Gracias a que el sistema posee la posibilidad de cambiar su organización y/o estructura interna a un nivel más alto de complejidad.

Para Bertalanffy, todo organismo es un sistema, es decir, un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas. Del mismo modo, se puede considerar a la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre si por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción e intercambio con el exterior. También se puede postular que todo grupo social es un sistema constituido por múltiples microsistemas en interacción dinámica (Andolfi, 1991).

Sánchez (et al.) menciona que la teoría de los sistemas aplicada a la terapia familiar nos permite una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de sus relaciones. Desde este enfoque de la organización sistémica circular y el

pensamiento contextual, podemos ver cómo la conducta de un miembro de la familia afecta o está siendo afectada.

Siguiendo a Sánchez, los principios básicos de la teoría de los sistemas en la terapia familiar son:

- Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes.
- La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas. Dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, estas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente están determinados por generaciones, la edad, el género y la función.
- Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B,C,D,E.
- Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis. La tendencia es mantener el equilibrio, sin embargo, las familias lo rompen no sólo por la entropía, si no por crecimiento y morfogénesis.
- La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos. La familia como sistema abierto cambia, todos estos cambios retroalimentan a los miembros del sistema familiar, así la estructura familiar es cambiante como el mundo en general.

3. Cibernética de Primero y Segundo Orden

3.1 Primera cibernética

La teoría cibernética se atribuye a Norbert Wiener, ésta junto con la teoría sobre los mensajes contribuyeron a dar un gran impulso a los estudios sobre la comunicación, la información y el aprendizaje. Hijo de Leo Wiener, profesor de lenguas en la Universidad de Harvard. Norbert Wiener nació en los Estados Unidos en Columbia en 1894, fue considerado por la comunidad científica de su época, como “niño prodigio”. El autor proviene de una familia de tradición judía aunque no muy religiosa. A los 14 años obtuvo el título profesional en el Colegio Tufts, cerca de Boston. A los 18 años obtiene el grado de Doctor en Filosofía en la Universidad de Harvard, después gana una beca para realizar estudios en la Universidad de Cambridge. Estudia lógica y matemáticas con Bertrand Russell y con G. H. Hardy (Eguiluz 2006).

Al finalizar la Primera Guerra Mundial regresa a los Estados Unidos, y a los 24 años, obtiene una plaza como escritor en el Boston Herald. Después de un breve periodo en el Boston Herald, empieza a trabajar en MIT (Instituto Tecnológico de Massachussets, por sus siglas en inglés) y en 1919 ingresa al Departamento de matemáticas de la institución, donde continúa siendo profesor hasta sus últimos días. En 1948 escribe su obra más importante: Cibernética.

Wiener se enfrentó con el dilema conocido por los filósofos y los físicos de su época: cómo puede reconciliarse un mundo determinista planteado por Newton con el universo probabilístico de Gibbs, el mundo relativista de Einstein y el principio de incertidumbre de Heisenberg. Poco antes de su muerte, Wiener recibe la medalla Nacional de la Ciencia. Muere en 1964 (Eguiluz, 2006).

Wiener define a la cibernética como la ciencia de la comunicación y el control del animal y la máquina, apuntando a las leyes de los sistemas complejos que permanecen invariables cuando se transforma su materia (Johansen, 1999).

La palabra *cibernética* Wiener la toma del término griego *Kubernetes* que significa timonel o gobierno (Eguiluz, et al.).

En este sentido, la cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización, que se diferencia de cualquier búsqueda de elementos materiales, objetos, fuerzas y energías. En la cibernética, cualquier cosa o mas bien cualquier idea, es real. La cibernética se ocupa de todas las formas de conducta. La materialidad carece de importancia, como también que se apliquen o no las leyes ordinarias de la física. Las verdades de la cibernética no dependen de que se las derive de alguna otra rama de la ciencia. La cibernética posee sus propios fundamentos (Keeney, 1991).

En este sentido siguiendo a Keeney, no debe de entenderse que la diferencia entre la cibernética y la física; la pauta y la materia; la mente y el cuerpo instituye una dualidad del tipo “o bien...o bien”. En el mundo de la cibernética podemos concebir dos clases de sucesos en que se manifiesta la pauta: los que envuelven lo material y los que llamamos inmateriales. Podemos así distinguir entre la corporización de la pauta por la materia y la aparición de la pauta en mundos inmateriales o imaginarios.

Al respecto Von Foerster (1996) menciona que existen tres conceptos que están unidos de modo triádico cerrado, cada uno con los otros. Estos conceptos son: los observadores, el lenguaje y la sociedad que se forman al usar ese lenguaje. Esta interrelación puede ser comparada, con la del huevo, el pollo y el gallo, no necesitamos decir quién fue el primero, no quien fue el último. Necesitamos a los tres para tener a los tres.

La idea primordial que dio origen a la cibernética es que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y materiales. Si bien esta noción ya venía incubándose en la historia de las ideas desde largo tiempo atrás, no fue sino a mediados de este siglo que salió del cascarón como ciencia formal. En el año de 1943 aparecieron dos artículos de autores estadounidenses, que marcaron el

nacimiento de la Cibernética explícita. Uno de los artículos pertenecía a Wiener, Rosenblueth y a Bigelow y el otro era de McCulloch y Pitts (Keeney, 1991).

Esta nueva ciencia, desarrollada por Wiener del MIT, se basa en el principio de la retroalimentación (o causalidad circular) y de homeostasis; explica los mecanismos de comunicación y control en las máquinas y los seres vivos que ayudan a comprender los comportamientos generados por estos sistemas que se caracterizan por estos propósitos, motivados por la búsqueda de algún objetivo, con capacidades de auto-organización y de autocontrol (Johansen, 1999).

La idea básica de la cibernética es la de retroalimentación, Wiener (1975) la definió como un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de los técnicos de control. Pero si esa información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje.

De esta forma toda regulación, simple o compleja, así como todo aprendizaje, implican retroalimentación. Los contextos del cambio y del aprendizaje están principalmente destinados a establecer o modificar la retroalimentación. En este sentido para que una terapia tenga éxito debe de crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino para el cambio adecuado. Es por eso que Sánchez nos menciona que aquí se trabaja sobre familias con pacientes esquizofrénicos, familias rígidas que tienden a utilizar la retroalimentación en forma negativa y siempre regresan a su estatus patológico.

Para ejemplificar esto Keeney ofrece como un ejemplo clásico de retroalimentación al sistema de calefacción controlado mediante un termostato, donde una vez alcanzada la temperatura tope, este deja de producir calor.

Por ello Keeney señala que los procesos cibernéticos nunca escogen un estado estático estacionario. Como apunta Bateson et al. el cambio puede entenderse como el empeño por mantener la constancia, y toda constancia se mantiene a través del cambio. Estas ideas sobre los procesos cibernéticos presuponen que es muy raro que todas las variables del sistema adopten un valor exacto. Se puede decir que ninguna conducta, interacción o sistema coreográfico de mantienen permanentemente igual a si mismo.

Algunos de los conceptos primordiales de la cibernética son:

Circularidad: se refiere a la repetición en la interacción de las partes de un sistema que actuó como un todo.

Estructura: se refiere a la totalidad de relaciones que existen dentro de un sistema abierto, la estructura podrá cambiar o permanecer estática.

Sistemas abiertos: cuando existe un intercambio de estímulos con el ambiente, sistemas vivos.

Sistemas cerrados: por lo general, sistemas no biológicos

Retroalimentación: recurso propio de los sistemas para vigilar su autorregulación a los estímulos externos que sirven de aprendizaje.

3.2 Segunda Cibernética

Esta segunda etapa dio énfasis a los procesos de amplificación hacia la desviación, a retar la desviación, y la estructura del sistema, a movilizar los subsistemas y a dar otra jerarquía, a la unión de estos, a dar fuerza a un subsistema, proporcionando una visión homodinámica en lugar de una homeostática, una batalla entre estatus y génesis, esta segunda etapa es bautizada por Magoroh Maruyama como “segunda cibernética”. (Sánchez et al.)

Magoroh Marayama (1968) cree que la supervivencia de cualquier sistema vivo (cualquier entidad que se mantenga a si misma) depende de dos importantes procesos la morfostasis, y la morfogénesis. La primera alude a que el sistema debe de mantener constancia ante los cambios del ambiente. Logra esto mediante la retroalimentación negativa. El segundo proceso, la morfogénesis, nos dice que el sistema a veces debe de modificar su estructura básica. Este proceso se logra mediante la retroalimentación positiva.

El fenómeno de retroalimentación positiva habitualmente ha sido considerado desde el punto de vista de sus efectos destructivos sobre un sistema determinado. Norbert Wiener (et al.) lo analiza en función de mecanismos como los elementos de retroalimentación de control en los cañones antiaéreos, observando que si se lleva el elemento de retroalimentación mas allá de cierto punto optimo, empezara a hacer correcciones excesivas, trazando arcos más y más vastos hasta que la oscilación haga que la maquinaria se descomponga.

Garrett Hardin, (1969) biólogo, analiza el mismo proceso tal como se aplica a los sistemas sociales. Describiendo cierto numero de modelos homeostáticos, hechos por el hombre o naturales, duda de que autentico sistema homeostático pueda jamás operar libremente en asuntos humanos, por causa de la tendencia a formar intereses creados. El poder social, es en esencia un proceso de retroalimentación positiva. Y hay aquí un peligro. Según Hardin, todos los sistemas vivos tienen una meseta homeostática, pero mas allá de la meseta, en cada uno de los extremos se encuentra la retroalimentación positiva o la destrucción. (Hoffman et al)

Marayama (1968) indica que es posible tener *rizos* - una serie de hechos causados mutuamente en que la influencia de cualquier elemento regresa a si misma por medio de otros elementos- causales mutuos positivos y negativos, contrapesándose en cualquier situación dada. Marayama no sugiere cómo se pueden predecir los resultados a partir de esta interrelación de rizos.

Al respecto, Hoffman comenta que hay otras maneras de considerar los rizos de retroalimentación. Lo importante no sólo es la fuerza negativa de estos rizos y la forma en que combinan, sino también el momento. Al evaluar un sistema autocorrectivo, un factor de particular importancia es el equilibrio o desequilibrio del sistema en un momento dado.

Otro aspecto de los procesos de retroalimentación que va relacionado al momento son las alteraciones o etapas. Bateson llama nuestra atención hacia los cambios progresivos inversos, como cuando un aumento de la hostilidad mutua en una pareja llega a cierto límite interno y ocurre entonces un cambio hacia un afecto mutuo, esta oscilación suele implicar una estabilidad general. (Hoffman et al.)

Por su parte Maruyama (et al.) menciona una clase distinta de situación, en que un proceso que amplifica la desviación podrá cambiar, en cierto periodo, hacia un proceso que contrarreste la desviación. Se observa aquí un cambio hacia una creciente diferenciación que en cierto momento pierde su naturaleza cambiante y se estabiliza.

En este sentido existen diferentes pautas para la desviación. En un sistema cibernético ésta puede ampliarse en una sola dirección, o bien en un intervalo de oscilación cada vez mas vastas. Se dice que la diferencia entre considerar controlado o ampliado un cierto intervalo de desviación corresponde a dos clases diferentes de retroalimentación o de sistemas cibernéticos.

El problema que puede presentar, menciona Keeney (et al.), esta concepción es que es fácil engancharse con la idea que el cambio y la estabilidad son polos opuestos. Entonces se dice que las familias o bien están orientadas al cambio, o bien son homeostáticas, o poseen una combinación equilibrada de estos procesos diferenciados. Pero esta división no es cibernética, ya que es imposible separar la estabilidad del cambio. Son dos caras de la misma moneda.

La segunda cibernética fue introducida a la terapia familiar por Salvador Minuchin y Carl Whitaker, lo cual permitió la descripción de nuevos paradigmas terapéuticos. Aparecen las sesiones llenas de crisis, movimientos desequilibrantes, coaliciones, ataques a subsistemas, dramatizaciones y demás (Sánchez et al.).

Esto se explica porque, si la cibernética estudia de qué manera los procesos de cambio determinan diversos órdenes de estabilidad o de control Keeney (et al.). Entonces el terapeuta debería de ser capaz de distinguir no sólo la retroalimentación simple, que mantiene el problema presentado por su cliente, sino también la retroalimentación de orden superior que mantiene esos procesos de orden inferior. El objetivo del terapeuta sería activar el orden del proceso de retroalimentación que permita a la ecología perturbada autocorregirse.

3.3 Cibernética de segundo orden

En los comienzos de la cibernética, los ingenieros solían referirse al estudio de las cajas negras. La ingeniería cibernética de las cajas negras se limitaba a examinar la relación entre lo que entra en un sistema y lo que sale de él. Dicha relación era cibernética cuando la salida actuaba de tal modo sobre la entrada que modificaba las salidas futuras (Keeney et al.).

La concepción de la caja negra que postula que el observador se mantiene fuera del fenómeno observado, suele dar origen a la suposición de que aquél es capaz de manipular o controlar unilateralmente el sistema que está observando, esta perspectiva es útil a veces, para quien carga con la responsabilidad de manejar un cierto sistema. Por supuesto esta es una concepción incompleta, se necesita dar un paso hacia los órdenes superiores del proceso cibernético.

En un orden superior de recursión, el terapeuta forma parte de un sistema total y está sujeto a las restricciones de su retroalimentación; en dicho nivel es incapaz

de ejercer un control unilateral, y puede facilitar y/o bloquear la autocorrección del sistema (Keeney et al.).

Pask (1969) diferenció dos tipos u órdenes de sistemas orientados hacia la meta, Los sistemas taciturnos y los sistemas orientados hacia la meta. Los sistemas taciturnos permiten al observador actuar como si estuviera diferenciado del sistema que en esta momento es objeto de su interés. Mientras que en los sistemas orientados por el lenguaje, el observador se incorpora con más claridad al sistema, al definir y establecer cual es su propia finalidad. Éste es un orden de finalidad más alto, por cuanto el logro de la meta del sistema exige del observador algo más que oprimir una perilla para que empiece a funcionar la máquina.

Al respecto Keeney (et al.) afirma que si en la terapia familiar se aborda a los pacientes como sistemas taciturnos, éstos sólo serán unas cajas negras que pueden ser observadas y operadas desde afuera, mientras que si se abordan como sistemas orientados por el lenguaje, el terapeuta será incorporado al sistema y quedara vedada toda desconexión del circuito integrada por él y por el cliente.

En este sentido, el salto de la caja negra a la caja negra más el observador, así como el que va de los sistemas taciturnos a los orientados por el lenguaje, representa la evolución de la cibernética primitiva a lo que se ha dado en llamar cibernética de la cibernética La cibernética de la cibernética es una manera de señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema.

Von Foerster explica que los problemas centrales de la actualidad son los problemas sociales, la sociedad occidental ha desarrollado un aparato conceptual, que ha resultado contraproducente no solo para resolver incluso para percibir problemas sociales. Una raíz de esa mancha ciega cognitiva, que nos inhabilita para percibir problemas sociales , es el paradigma tradicional de acusación y la deducción. En este sentido algo que no puede ser explicado no deseamos verlo,

es decir, nosotros no vemos que tenemos una mancha ciega, “no vemos que no vemos”, ésta sería una definición de segundo orden, y la única forma de sobreponerse a estas deficiencias es a través de las terapias de segundo orden.

Dado que la cibernética de la cibernética, o lo que Von Foerster llama *cibernética*, sitúa al observador en el seno de lo observado, toda descripción es autorreferencial. Dice que las paradojas autorreferenciales forman parte de todo sistema formal de pensamiento, y que el hombre no puede separarse de ellas, así como nunca podrá renunciar a la naturaleza humana.

La cibernética social debería de ser una cibernética de segundo orden, de modo tal que el observador sea libre de estipular su propio propósito, la autonomía, si no lo hace algún otro fijara un propósito ajeno a nosotros, y esto propiciara que la responsabilidad este en otro y no en el propio observador (Von Foerster et al.).

Es por esto que las consecuencias epistemológicas de la cibernética de la cibernética sustentan cada vez más la postura de que la pretensión de objetividad es errónea, pues presume la separación entre el observador y lo observado. Al prevalecer esta noción de objetividad, se está descuidando la autoreferencia (Keeney, et.al).

Sin embargo, Von Foerster (et al.) menciona que uno podría verse tentado a negar la objetividad y proclamar la subjetividad. Pero recordemos que si una proposición sin sentido es negada, el resultado es nuevamente una proposición sin sentido. Sin embargo, la falta de sentido de estas proposiciones, ya sea en su forma afirmativo como en la negativa, no pueden ser vistas dentro del marco conceptual en el cual estas proposiciones han sido proclamadas. Si ésta es la situación. ¿Qué podemos hacer? Debemos hacer una nueva pregunta: ¿cuáles son las propiedades de un observador?

Esto podría explicarse si se describe la *cibernética de la cibernética* o la cibernética de segundo orden como una manera de concebir el cierre organizacional o autonomía de los sistemas. Esto implica que el sistema es considerado sin hacer referencia alguna a su medio externo. El límite del sistema permanece intacto (Keeney, et. al).

Según Maturana (1972), la autonomía de los sistemas se caracteriza por una organización cerrada y recurrente, dicho de otro modo, todo proceso viviente corporiza una epistemología cibernética.

El orden del proceso cibernético que mantiene a la totalidad del organismo vivo es mucho más complejo que el termostato. Maturana y Varela (1972) recurrieron al término *autopoyesis* para aludir a ese orden de proceso que genera y mantiene la autonomía o totalidad de las células biológicas.

La definición de *autopoyesis* es la siguiente: las máquinas *autopoyéticas* están organizadas mediante entramados de producción, transformación o destrucción de los componentes. Producen aquellos componentes que, primero, en virtud de sus interacciones y transformaciones regeneran y realizan de continuo precisamente esa red (relacional); segundo, constituyen la red (la máquina) como una unidad concreta en el marco de tales componentes ya que delimitan tipológicamente el ámbito de su realización como entramado. (Maturana y Varela 1980). En esta definición el ser vivo es tratado como una máquina, por cuanto puede tenerse en cuenta su organización y su evidente dinámica sin necesidad de recurrir a los principios animistas o vitalistas (Ludewing, 1996).

Keeney (et.al) explica al respecto que el orden más alto de recurrencia o de proceso de retroalimentación de un sistema define, genera y mantiene su autonomía. La amplitud de la desviación que esta retroalimentación procura controlar tiene que ver con la organización de la propia totalidad del sistema. Si

ésta trasciende los límites de su amplitud de organización, deja de ser un sistema. Así pues, la autonomía se refiere al mantenimiento de la totalidad de un sistema.

La cibernética de segundo orden no implica el abandono de la cibernética simple. No nos insta a desprendernos de los conceptos de retroalimentación simple, más bien la cibernética de la cibernética es un orden superior de recursión. La cibernética de segundo orden se ocupa de la homeostasis de la homeostasis, del control del control, de la estabilidad de la estabilidad, del cambio del cambio y de la retroalimentación de la retroalimentación. Nos permite construir y discernir procesos cibernéticos más complejos con órdenes superiores de recursión. Por ejemplo, en su orden más alto de recursión, la familia, según Keeney, es un sistema autónomo.

Como organismo social, su orden más alto de proceso de retroalimentación tiende a mantener su unidad como ser familiar total. De manera recursiva, podríamos decir que la familia se organiza a fin de mantener la organización que la define como tal.

Este orden superior de organización -siguiendo a Keeney- es la organización cerrada del sistema. Modificar esta pauta de organización equivale a destruir el sistema. Si un organismo no puede perdurar dentro de los límites de lo viviente, muere. La organización cerrada, autonomía o totalidad de un sistema como la familia no puede modificarse, pues de lo contrario no habría familia. Si un sistema familiar pierde su autonomía, ya no podría distinguirse como unidad. En ese caso dejaría de ser una totalidad reconocible.

Pero esto no significa que la familia no cambie. Lo que cambia es su estructura o el modo de mantener su organización. Por ejemplo, cuando un terapeuta dice que el síntoma cumple un servicio para la persona que lo manifiesta y/o su sistema familiar, alude a la forma particular en que ese sistema es estructuralmente mantenido como totalidad.

Una meta de la terapia puede ser facilitar la existencia de estructuras alternativas para mantener la organización de la familia (Keeney, et al).

4. Teoría de la Comunicación Humana

Otra de las aportaciones importantes para el desarrollo de una nueva epistemología ocurrió en el área de la comunicación. Es a partir de las investigaciones de Claude Shannon y Warren Weaver en 1949, que Gregory Bateson decide introducir una nueva teoría de la comunicación que dejará atrás la explicación simple, mecanicista y lineal de la teoría matemática de la información de Shannon y Weaver (Eguiluz, 2006).

Al respecto, Bateson y Ruesch (1984) comentan:

“Sostuvimos que el estudio del conocimiento o tal como lo llamamos, el estudio de la información, es inseparable del estudio de la comunicación, codificación, propósitos y valores. En esta forma hemos modificado el estudio de la epistemología, incluyendo una clase específica de fenómenos externos, y al mismo tiempo, hemos producido cambios en el sujeto que estamos manejando, apartándolo algo de las abstracciones filosóficas para dirigirlo hacia las generaciones científicas”.

Las primeras investigaciones que Bateson hace acerca de la comunicación surgen gracias al conocimiento del concepto de feedback, que aprendió durante las conferencias de Macy. Este concepto le permitió incorporar los conocimientos de la cibernética en las investigaciones que había hecho anteriormente en Bali. Posteriormente, Bateson trabaja junto con el psiquiatra Jürgen Ruesch y escriben el libro de “Comunicación. La matriz Social de la Psiquiatría” (Eguiluz, 2006).

La importancia del libro se puede percibir en el cambio epistemológico que se adopta de la antigua teoría de la comunicación con respecto a la nueva, donde ya no sólo importa el mensaje, sino que se ve a la comunicación como parte fundamental en las relaciones humanas.

Bateson y Ruesch (1984) mencionan que el campo de la comunicación está conectado con las relaciones humanas. Toda persona planta, animal u objeto emite señales que cuando son percibidas, transmiten un mensaje al receptor. Este mensaje cambia la información del receptor y puede alterar su conducta; este cambio en la conducta del receptor puede influir en quien envió el mensaje. En ocasiones, el efecto del mensaje es inmediato; otras veces, el mensaje y su efecto están tan distantes -espacial y temporalmente- que el observador no puede establecer conexión entre los dos sucesos.

En 1952 y con apoyo de la Fundación Rockefeller, Bateson junto con su grupo -Jackson, Haley, Weakland, Fry y Watzlawick- en Palo Alto, California empiezan a investigar las paradojas en la comunicación. En 1956, producto de este trabajo, se publica "Hacia una teoría de la esquizofrenia", artículo donde se habla por primera vez del Doble Vínculo. El trabajo de este proyecto consistía en intentar clasificar la comunicación por niveles:

- Nivel de significado y significante
- Nivel de tipo lógico, lineal y metafórico
- Niveles de aprendizaje y cognición.

Según Bateson, las personas dementes o esquizofrénicas tienen la capacidad de utilizar las figuras de dicción. Hablan en metáforas sin reconocerlo. Bateson y su grupo plantearon la hipótesis de que una persona con esquizofrenia podría aprender a aprender. Si era posible entender este tipo de aprendizaje, como consecuencia, también se comprenderían los misterios del habla del esquizofrénico. Bateson razonó que la familia moldea este tipo de comunicación, mediante el Doble Vínculo (Sánchez, 2000).

Al trabajar con familias, aplicaban los conceptos de control del error y objetivos dirigidos al sistema y su interacción. Se analizaba aplicando los conceptos de la cibernética de primer orden y la de los sistemas y el análisis de la comunicación

humana. Ésta última, a partir de tres conceptos de la gramática: sintaxis, semántica y pragmática (Sánchez, 2000).

- Sintaxis

Se centra en el modo en que se trasmite la información y las pautas de descodificación de ésta, además de los canales utilizados en la comunicación. Estos conceptos se toman de la información recibida, como características particulares de la comunicación. En las familias se debe cuestionar ¿quién habla?, ¿quién le habla a quien?, ¿cuánto tiempo habla cada una? etc.

- Semántica

Es el significado de la comunicación. Aquí la habilidad para transmitir y recibir el mensaje es de suma importancia. Aquí el terapeuta debe observar la claridad de los mensajes en la familia, la existencia de incoherencias en la comunicación, concordancia vs. confusión, etc.

- Pragmática

Se refiere al comportamiento como consecuencia de la comunicación. A mejor comunicación mayor coherencia. La pragmática debiera estar basada en contextos reales y específicos; si la comunicación no es clara ni coherente, es muy probablemente que se pueda presentar un concepto de doble vínculo.

La teoría propuesta por el grupo de Bateson formula una serie de axiomas que Watzlawick, Beavin y Jackson (2002) plasman en su libro “Teoría de la Comunicación Humana” estos axiomas son los siguientes:

- Es imposible no comunicarse, toda conducta es comunicación, y como no existe la no conducta o no hay un momento en el cual no te comportes no es posible no comunicarse.
- Existe un nivel de contenido y un nivel relacional en la comunicación, el nivel de contenido puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable al margen que la información sea verdadera o falsa, válida, no válida o

indeterminada. El nivel relacional se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse, el segundo clasifica al primero y es por ende, una meta comunicación.

- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre comunicantes, en una secuencia prolongada de intercambio, los participantes puntúan la secuencia de modo que uno de ellos tiene iniciativa, predominio, dependencia etc. La puntuación es idiosincrática y construye realidades.
- Toda comunicación tiene un nivel digital y analógico, 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 posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.
- Todos los intercambios comunicativos son simétricos o bien, complementarios. En el primer caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca, mientras que en el segundo caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro.

Los aportes proporcionados por esta teoría al campo de la salud mental son bastantes amplios a pesar de los años transcurridos. En la actualidad, muchas formas de explicación y de terapia enfocados en la pareja y las relaciones entre individuos, continúan echando mano de estos conceptos (Eguiluz, 2006).

5. Constructivismo y Construccinismo Social en la Terapia Familiar Sistémica

5.1. Constructivismo

Durante la década de los ochentas surgen los primeros estudios que dieron origen a la escuela de pensamiento llamado constructivismo. El constructivismo estudia desde la perspectiva evolutiva, la relación entre el conocimiento y la realidad. Sugiere que un organismo no es capaz de reconocer, describir o duplicar la realidad, sino sólo de construir un modelo que se ajuste a ella. Este paradigma se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente y obedece a principios evolutivos de selección (Schlippe y Schweitzer 2003).

Añade que toda información sobre la realidad es fundamentalmente una afirmación sobre el observador mismo. Y abre la pregunta de la relación que guarda el conocimiento con la realidad asumiendo que ese conocimiento forma parte de esa realidad. En el constructivismo se retoman ideas de la filosofía de la ciencia, de estudios acerca del funcionamiento del sistema nervioso y sobre todo cuestiona la noción de objetividad, que llevada al campo de la terapia familiar. Reformuló la situación terapéutica.

En este sentido los terapeutas del constructivismo no niegan la existencia del problema, pero no buscan la causa verdadera, sino parten del supuesto de que existen varias maneras de representar y explicar una determinada forma de actuar, sin que exista manera de demostrar cuál es más verdadera que otra.

Bateson menciona que las personas creamos nuestro propio mundo al mirarlo de acuerdo con nuestras presuposiciones, premisas y nuestras propias expectativas (Keeney, 1991). Una persona puntúa una secuencia de hechos de forma idiosincrática que puede o no coincidir con la puntuación que hace otra persona

que participa en el evento. A estas puntuaciones las llama patrones de puntuaciones de eventos.

De la misma forma, el terapeuta no queda exento de estas puntuaciones. Salvador Minuchin y Carlos Sluzki (1985) consideran al terapeuta como constructor de realidades, de nuevas realidades. Sluzki manifiesta que cada uno lleva consigo un mapa del mundo, una representación o una concepción que conduce a construir lo que percibe, de modo que pase a ser percibido como realidad.

Existen diversas posiciones de cómo construimos nuestras representaciones del mundo, tal es el caso del constructivismo radical y del construccionismo social que son base importante del enfoque sistémico especialmente en la psicoterapia (Feixas y Villegas, 2000).

El constructivismo radical, según Glasersfeld (1996) se basa en la existencia de dos presupuestos epistemológicos presocráticos que siempre han parecido naturales e inevitables:

- a) Que un mundo completamente estructurado existe independientemente de cualquier ser humano cognoscente que lo experimente;
- b) Que el ser humano tiene la tarea de descubrir cómo es ese mundo real y su estructura

En este sentido cualquier cosa que un ser humano percibe o concibe, es el resultado de los modos y medios de percepción y concepción del ser humano. Por ello no existe forma de comparar los resultados de estas actividades con lo que podrían existir independientemente, porque el acceso a la realidad siempre estaría matizado por la percepción y la concepción del sujeto que necesite acceder a ella. Tomando en cuenta estos presupuestos epistémicos, Glasersfeld (1996) menciona que el constructivismo radical es un esfuerzo por eliminar la presunción de saber, que no niega la posibilidad de conocer, pero quiere mostrar que el conocimiento no es lo que la filosofía tradicional quiere hacer creer: un conocimiento que existe

inherente a la persona y que está ahí para que sea tomado, como una imagen o fotografía. Por el contrario, el constructivismo radical es una teoría del conocimiento activo y éstos son sus principios:

- 1) El conocimiento no se recibe pasivamente, ni a través de los sentidos, ni por medio de la comunicación, sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente.
- 2) La función de la cognición es adaptativa y sirve a la organización del mundo experiencial del sujeto, no al descubrimiento de una realidad antológica objetiva

Aceptar esos dos principios significa abandonar los pilares de una venerable red conceptual. Significa salirse de los caminos habituales y reconceptualizar una perspectiva racional muy diferente del mundo (Glaserfeld 1996).

En esta nueva estructura el conocimiento es resultado de una construcción individual, el significado de señales, signos, símbolos y lenguaje, no puede ser sino subjetivo. (Foerster 1996) En este sentido el constructivismo radical parecería un solipsismo, sin embargo, el constructivismo radical no niega la realidad antológica, meramente le niega al experimentador la posibilidad de obtener una verdadera representación de ella.

Segal (1994) menciona que nuestro conocimiento del lenguaje y de los otros es diferente de los conocimientos del mundo. Todo lo que llamamos conocimiento es el resultado de nuestra abstracción y reflexión a partir de lo que percibimos y concebimos. No existen imágenes verdaderas, existen imágenes viables y en la medida que la viabilidad de éstas tengan concordancia con el mundo de la experiencia, servirán de modelo de ulteriores acciones y pensamientos. Así se adopta la orientación constructivista, perdiendo la búsqueda de la verdad antológica. A cambio, se obtiene una teoría relativamente consistente del

conocimiento que hace que el mundo que experimentamos concretamente sea mucho más simple de comprender.

5.2. Construccinismo social

El constructivismo social, al igual que el constructivismo, surge de una oposición a la visión tradicional positivista. Se define como la escuela que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad (Sánchez, 2000). Es por ello que durante mucho tiempo se pensó que eran lo mismo, puesto que ambas se oponen a la idea de un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva, sin embargo, a finales de los ochenta, Kennet Gergen, quien es considerado el principal exponente en el campo de la psicología, esboza que mientras el constructivismo plantea que el conocimiento se logra a través de procesos intrínsecos el constructivismo social pone énfasis en la conexión entre las fuentes de acción humana y las relaciones sociales. Es el supuesto de que las ideas, los conceptos, surgen y se transforman en el intercambio social, siempre mediados por el lenguaje (Hoffman, 1989).

Gergen (1996) afirma esto cuando menciona que el construccionismo es una teoría explícitamente postmoderna que intenta sustituir las concepciones modernistas de los seres humanos como maquinas, cuyo obrar se asemeja a un programa calculable, por un modelo del ser humano como construcción social, cuyo obrar se entreteje de un modo complejo con los procesos sociales. Por esto el ser humano ya no aparece como una entidad fáctica determinada por las influencias del entorno, sino que el mismo es una suerte de construcción social, es tal como los otros, y él mismo, se imaginan que es.

En este sentido las raíces y los fundamentos de esta tendencia retoman la premisa Lewiniana según la cual la acción humana depende de procesos cognitivos de la información y por tanto, del mundo tal y como es conocido (Feixas

y Villegas, 2000). El socialcosntruccionismo o el construccionismo social intenta explicar cómo las personas dan cuenta del mundo donde viven.

Gergen (1996) considera las siguientes hipótesis:

- Los términos mediante los cuales describimos el mundo y a nosotros mismos no están dictados por los objetos hipotéticos.
- Los términos y formas mediante las cuales obtenemos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, producto de intercambios histórica y culturalmente situados entre las personas.
- La medida en la cual una descripción dada del mundo o de nosotros mismos se mantiene a través del tiempo no depende de la validez empírica de la descripción, sino de vicisitudes del proceso social.
- Como el lenguaje es un subproducto de la interacción, su principal significado se deriva del modo en que está inmerso dentro de los patrones de relación.
- Apreciar las formas existentes de discurso es evaluar patrones de vida cultural. Cada evaluación da voz a un enlace cultural dado, y compartir apreciaciones facilita la integración del todo.

El impacto de estas premisas se puede observar cuando Anderson y Golishian (1996) especifican la influencia que el constructivismo social tiene en la terapia familiar:

- Al desplazarse rápidamente hacia una posición hermenéutica e interpretativa. Al destacar que los significados los crean y experimentan los individuos que conversan
- Esta posición anidada en el campo de la semántica y la narrativa, apoyándose fuertemente en la idea de que la acción humana tienen lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo

- La terapia es vista como un contexto para la resolución de problemas, la evolución y el cambio.
- Desde esta postura no se habla de patología, no se busca la etiología de los síntomas, sino los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que mantiene esos síntomas.

Gergen (1996) considera que a medida que el acento se desplaza, la construcción lingüística de la realidad, las enfermedades y los problemas pierden su privilegio antológico, pues no son independientes, sino construcciones culturales. No hay problemas más allá del modo en que una cultura los constituye como tales.

6. Historia de la Terapia Familiar

A manera de conclusión, se propone un recorrido a través de la historia de la terapia familiar:

El movimiento se inicia en Alemania entre 1929 y 1932 con Hirschfeld y sus estudios de la familia, en Estados Unidos -en 1930- abre la clínica del Instituto Estadounidense de Relaciones Familiares en Los Ángeles, California.

Otros trabajos iniciales son realizados por Abraham y Ana Stone en 1949. Ellos trabajaban con familias en un pequeño instituto de Nueva York; en Londres, David y Vera Mace junto con otros colegas investigaban para hallar un respuesta a los crecientes problemas domésticos observados durante la primera depresión económica y los de la Segunda Guerra mundial (Sánchez, 2000).

La terapia familiar como tal surge entorno a los años 1952 a 1962.

A lo largo de los Estados Unidos muchos investigadores trabajaron arduamente para que la terapia familiar se consolidara. Éstos son algunos de sus más importantes precursores: John Bell, en Massachussets; Nathan Ackerman, en Kansas y Nueva York; Christian Mildelfort, en Minesota,; Theodore Lidz y Stephen Fleck, en Yale; Lyman Wynne, en Bethesda; Murray Bowen, en Washington; Carl

Whitaker, en Atlanta; Salvador Minuchin y Edgar Auerswald, en Nueva York; Ivan Boszormenyi-Nagy, Gerald Zuck y James Framo, en Filadelfia; Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, John Weakland, William Fry, Virginia Satir y Paul Watzlawick, en California en el MRI.

Nathan Ackerman es considerado el principal precursor de la terapia familiar. Sostiene que la patología familiar se debe a la falta de adaptación a nuevos roles establecidos por el desarrollo de la familia.

En 1951, John Bell, acuña el término de terapia familiar para designar una nueva modalidad terapéutica que trabaja con la familia como unidad de tratamiento. Esta modalidad nace cuando deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información acerca del miembro sintomático. La experiencia de observar la dinámica familiar desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los miembros de la familia (Ochoa, 1996).

En 1952 Gregory Bateson comienza un proyecto sobre la comunicación, interesándose en los procesos de clasificación de los mensajes y la manera en que éstos pueden dar lugar a paradojas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Más adelante, en 1954, Murray Bowen desarrolla la Teoría familiar de sistemas. Entrevista a pacientes que padecen esquizofrenia y a sus madres para investigar la hipótesis simbiótica. En el mismo año, Bateson se asocia con Don D. Jackson y comienzan a estudiar la comunicación de los psicóticos y desarrollan la Teoría del Doble Vínculo que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia.

En 1956, Jay Haley y John Weakland pasan a formar parte del proyecto de Bateson. Se investiga las situaciones del Doble Vínculo concluyendo que esta situación es necesaria para la esquizofrenia, sin embargo, no es suficiente para explicar la etiología. La Teoría del Doble Vínculo deriva hacia una teoría más general sobre la comunicación (Ochoa 1996).

En 1959 Jackson funda el Mental Research Institute. (MRI), en 1961 se incorporan Jay Haley, John Weakland, Virginia Satir y Paul Watzlawick. El instituto se encarga de estudiar las interacciones del sistema familiar incorporando los principios de la cibernética y de la teoría general de sistemas.

En 1962 Ackerman y Jackson crean la revista Family Process, que contribuye a consolidar la terapia familiar; durante la década de los sesenta y setenta aumenta la conciencia en la organización social del individuo. La familia se define como un grupo natural, en contraposición a los grupos artificiales que se utilizan con fines terapéuticos. El núcleo del tratamiento ya no es el individuo ni un sistema general, sino la organización del pequeño grupo de trabajo y la familia nuclear y extensa. Por primera vez se comienzan a delinear claramente las estructuras de las familias (Ochoa 1996).

Ya en los años ochenta y noventa se empiezan a desarrollar las concepciones particulares de cada uno de los autores quienes las plasman en los diversos modelos de terapia familiar que a continuación se describen.

III. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los Modelos en Terapia Familiar

1. Modelo Estructural

El modelo estructural de terapia familiar ha sido desarrollado por Salvador Minuchin, quien ha tenido una trayectoria importante a lo largo de sus más de 50 años de terapeuta (Desatnik 2004).

Minuchin nació en Argentina en 1905. En 1943 participa en una manifestación antiperonista, motivo por el cuál es expulsado de la universidad. En 1948 se alista con el ejército médico para participar en la guerra recién estallada en Israel , ahí permanece 18 meses. Minuchin llega a Estados Unidos en 1950; en cuanto llega a

Nueva York conoce a Nathan Ackerman, quien le da trabajo en el centro de psiquiatría infantil que dirige. En 1954 Minuchin empieza su formación psicoanalítica y consigue trabajo en la escuela Wiltwyck. Donde empieza a interesarse por las familias más desfavorecidas. Estudia familias negras en Nueva York (Bertrando 2004).

Entre los años 1965 y 1970, Minuchin -desarrollando su trabajo como director de la Clínica de orientación infantil de Filadelfia- crea un enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar, defendiendo que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras. (Ochoa, 1995).

La terapia estructural de familia es una terapia de acción. La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado. El pasado influyó en la creación de la organización y el funcionamiento actual de la familia; por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien el presente (Minuchin, 2005).

El objetivo de las intervenciones en el presente es el sistema familiar. El terapeuta se asocia a este sistema y utiliza a su persona para transformarlo. Al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia sus experiencias subjetivas.

Con este objetivo, el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema. En primer lugar, una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio. En segundo lugar, el sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. Por lo tanto, el terapeuta se une a la familia no para educarla o socializarla, sino, más bien, para reparar o modificar su funcionamiento que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia. En tercer lugar, el sistema familiar tiene propiedades de auto perpetuación. Por lo tanto, el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de ésta. En otras palabras, una vez que se ha producido un cambio, la familia lo preservará, proveyendo una matriz diferente y

modificando el feedback que continuamente califica o valida las experiencias de sus miembros. Estos conceptos de estructuras constituyen el fundamento de la terapia de familiar (Minuchin, 2005).

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse; estas pautas apuntalan el sistema.

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar. El segundo sistema de coacción es idiosincrásico, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. El origen de estas expectativas se encuentra sepultado por años de negociaciones explícitas e implícitas entre miembros de la familia, relacionados a menudo con los pequeños acontecimientos diarios (Minuchin, 2005).

De este modo, el sistema se mantiene a sí mismo. Ofrece resistencias al cambio mas allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo. En el interior del sistema existen pautas alternativas. Pero toda desviación que va más allá del umbral de tolerancia del sistema excita mecanismos que restablecen el nivel habitual. Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones. Aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad (Minuchin, 2005).

Sin embargo, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La existencia continúa de la familia como sistema

depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas como es necesario hacerlo. La familia debe responder a cambios internos y externos y, por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

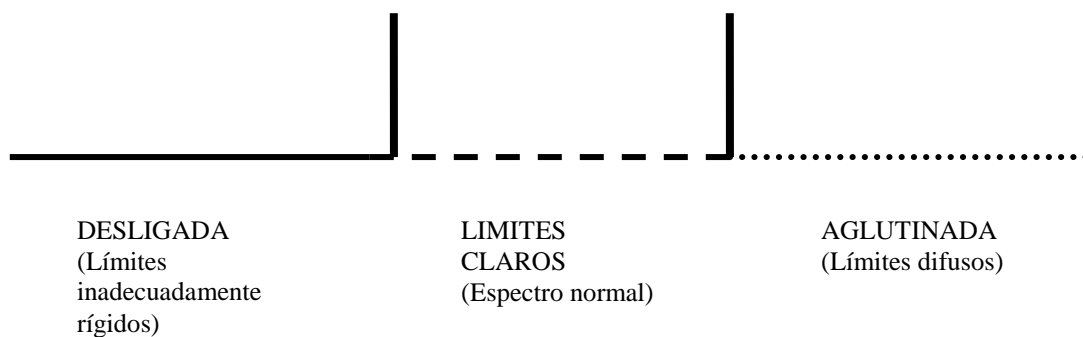
Según Minuchin 1992 el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer o madre-hijo, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Minuchin clasifica los subsistemas o también llamados holones, del griego *holos* (todo) y el sufijo *on* (parte) Todo-parte, en:

Tipo de Holón	Descripción
<i>Individual</i>	Incluye el concepto de sí mismo en contexto. Contiene los determinantes personales e históricos del individuo.
<i>Conyugal</i>	En la terapia familiar se conceptualiza el comienzo de la familia como el momento en que dos adultos, se unen con el propósito de formarla.
<i>Parental</i>	Las interacciones dentro del holón parental incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización.
<i>De los hermanos.</i>	Los hermanos constituyen para un niño el primer grupo de iguales en que participa.

Otra parte fundamental del enfoque estructural son los límites. los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Para que el funcionamiento sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir contactos entre los miembros del subsistema y los otros. La composición de subsistemas organizados

alrededor de las funciones familiares no es tan significativa como la claridad de los límites de su estructura.

Según Minuchin 2005 La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Algunas familias se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia. Como producto de ello, la distancia disminuye y los límites se esfuman. La diferenciación del sistema familiar se hace difusa. Un sistema de este tipo puede sobrecargarse y carecer de los recursos necesarios para adaptarse y cambiar bajo circunstancias de stress. Otras familias se desarrollan con límites muy rígidos. La comunicación entre los subsistemas es difícil, y las funciones protectoras de la familia se ven así perjudicadas. Estos dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como aglutinamiento y desligamiento. Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuo cuyos polos son los dos extremos de límites difusos, por límites difusos por un lado, y de límites sumamente rígidos, por el otro. La mayor parte de familia se incluye en este amplio espectro.



Por otra parte no hay que olvidar que la familia está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales. Considerar a los seres humanos fuera del cambio y del tiempo responde sólo a una artificial construcción lingüística. Como todos los organismos vivos, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución. Las exigencias de cambio pueden activar los mecanismos que contrarrestan la atipicidad, pero el sistema evolucionará hacia una complejidad creciente. Aunque la familia sólo puede

fluctuar dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar, manteniendo, sin embargo, su continuidad.

Esta concepción de la familia como sistema vivo parece indicar que la investigación de una familia cualquiera en el largo plazo comprobará el siguiente desarrollo: periodos de desequilibrio que alternan con periodos de homeostasis, manteniéndose la fluctuación dentro de una amplitud manejable.

Según Minuchin (1994) , este modelo proporciona al terapeuta una base para establecer con prontitud el vínculo entre el estadio de desarrollo de la familia y las metas terapéuticas; en efecto, la crisis terapéutica responderá a un patrón de desarrollo. Tiene por referentes holones, y parte del supuesto de que los cambios sobrevenidos en la familia y en los holones extrafamiliares influyen sobre los holones individuales.

Estadio de desarrollo	Descripción
<i>La formación de pareja.</i>	En este primer estadio se elaboran las pautas de interacción que constituyen la estructura del holón conyugal.
<i>La familia con hijos pequeños.</i>	El segundo estadio sobreviene con el nacimiento del primer hijo, cuando se crean en un mismo instante nuevos holones: parental, madre-hijo, padre-hijo.
<i>La familia con hijos en edad escolar o adolescentes.</i>	Un cambio tajante se produce cuando los hijos empiezan a ir a la escuela, lo que inicia el tercer estadio de desarrollo. La familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo, bien organizado y de gran importancia.
<i>La familia con hijos adultos.</i>	La familia originaria vuelve a ser de dos miembros

El desarrollo de la familia normal incluye fluctuaciones, periodos de crisis y resolución en un nivel más elevado de complejidad. La terapia es el proceso por el cual se toma a una familia que se ha atascado en algún punto de la capital del desarrollo y se crea una crisis que la empujara en el sentido de su propia evolución. Por otra parte, el enfoque estructural de las familias se basa en el concepto que una familia no se reduce a los aspectos biopsicodinámicos

individuales de sus miembros. Los miembros de una familia se relacionan de acuerdo con ciertas disposiciones que gobiernan sus transacciones. Estas disposiciones, aunque por lo general no son establecidas en forma explícita o siquiera reconocidas, constituyen un todo; la estructura de la familia. La realidad de la estructura corresponde a un orden diferente que la realidad de los miembros individuales (Minuchin, 2005).

La estructura familiar no constituye una entidad inmediatamente observable por parte del observador. Los datos del terapeuta y su diagnóstico se logran experimentalmente en el proceso de asociarse con la familia. Él oye lo que los miembros le dicen acerca del modo como experimentan la realidad, pero también observa el modo en que los miembros de la familia se relacionan con él y entre sí. El terapeuta analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia, para lograr así un diagnóstico estructural.

El terapeuta al mismo tiempo que responde a los acontecimientos que se producen en la sesión, realiza observaciones y plantea interrogantes. Comienza señalando los límites y pautas transaccionales y por elaborar hipótesis acerca de cuáles son las pautas operativas y cuáles no. Comienza, así, por establecer un mapa familiar.

Un mapa familiar es un esquema organizativo. No representa la riqueza de las transacciones de la familia, del mismo modo en que un mapa tampoco representa la riqueza de un territorio. Es estático, mientras que la familia está en constante movimiento. Pero el mapa familiar constituye un dispositivo simplificador muy útil, que le permite al terapeuta organizar el material de diverso tipo que obtiene. El mapa le permite formular hipótesis acerca de las áreas en el seno de la familia que funcionan correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo. También lo ayuda a determinar los objetivos terapéuticos (Ochoa, 1995).

Minuchin 2005 comenta que se sabe que por lo general lo que conduce a una familia a terapia son los síntomas de uno de sus miembros. Se trata del paciente

identificado, al que la familia rubrica como “el que tiene el problema” o “el que es el problema”. Pero cuando una familia aplica a uno de sus miembros la etiqueta de “paciente”, es posible considerar a los síntomas del paciente identificado como un recurso para mantener el sistema o mantenido por el sistema. El sistema puede constituir una expresión de una disfunción familiar. O, si no, puede haber sido suscitado en el miembro individual de la familia debido a sus condiciones de vida particulares y, luego, ser apoyado por el sistema familiar. En ambos casos, el consenso de la familia de que un miembro es el problema señala que en algún nivel el síntoma es reforzado por el sistema.

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente requerimientos de cambio. Estos requerimientos son inducidos por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y por diversos estímulos provenientes del sistema social en el que la familia esta incluida. Una familia disfuncional es un sistema que ha respondido a estos requerimientos internos o externos de cambio estereotipando su funcionamiento. A los requerimientos de cambio se les ha contrapuesto una reedificación de la estructura familiar. Las pautas transaccionales habituales se han preservado hasta un límite de rigidez, que bloquea toda posibilidad de alternativas. La selección de una persona como problema constituye un simple método para mantener una estructura familiar rígida, inadecuada.

La función del terapeuta de familia consiste en ayudar al paciente identificado y a la familia, facilitando la transformación del sistema familiar. Este proceso incluye tres pasos fundamentales. El terapeuta se asocia a la familia en una posición de liderazgo. Saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente. Crea circunstancias que permitirán la transformación de esta estructura. En la terapia estos pasos son inseparables.

Como todos los terapeutas, el terapeuta de familia cuestiona la percepción de la realidad de los pacientes. Le dice a un miembro de una familia que sus experiencias son discutibles, ya que el terapeuta sabe que la realidad es más

compleja. Corroe la certeza de cada miembro de la familia acerca de la validez de su experiencia. No se trata de una confrontación técnica. En realidad, el terapeuta apoya a los miembros de la familia, pero sugiere que mas allá de lo que han percibido hay otra cosa: “si, pero...” o “si, y...”.

Por otra parte, Minuchin 1994 comenta que muchas veces el terapeuta se forma una idea sobre cierta familia como un todo tras una primera inspección de ciertos aspectos básicos de su estructura. A partir de la más simple información recogida en la llamada telefónica, o el registro en la hoja de admisión de una clínica, pueden desarrollarse algunos supuestos sobre la familia. El problema que motiva la demanda puede ser otra pista que indique las fortalezas y debilidades. Con estos elementos simples el terapeuta elaborará algunas conjeturas que le permitirán orientar sus primeros sondeos en la organización familiar.

La señal más inmediata es la composición de la familia. Ciertas combinaciones son indicativas de ámbitos definidos de investigación. Las configuraciones más comunes son:

Tipo de familia	Descripción
<i>De pax de deux</i>	La familia se compone de dos personas solamente.
<i>De tres generaciones.</i>	La configuración de la familia extensa aloja en la multiplicidad de sus generaciones.
<i>Con soporte</i>	Aquí uno de los niños, o a veces varios de los mayores, reciban responsabilidades parentales.
<i>Acordeón</i>	En estas familias uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados
<i>Cambiantes.</i>	Ciertas familias cambian de domicilio frecuentemente y esto implica un cambio de contexto para la familia
<i>Huéspedes.</i>	Un niño huésped es por definición miembro de una familia temporaria.

Muchas familias demandan terapia porque se encuentran en periodos de transición, periodos en la cual la familia tropieza con las demandas de cambio, por un lado, y por el otro, con los mecanismos que contrarrestan la desviación, activados por esas demandas. Estos problemas de discontinuidad se presentan en familias como son:

Familias	Descripción
<i>Con padrastro o madrastra.</i>	Cuando un padre adoptivo se agrega a la unidad familiar
<i>Con un fantasma</i>	La familia que ha sufrido al muerte de o deserción
<i>Descontroladas</i>	Son familias en las cuales uno de sus miembros presentan síntomas en el área del control.
<i>Psicosomáticas</i>	Cuando la queja que motiva la demanda es un problema psicosomático de alguno de los miembros de la familia,

Es por esto que la información esquemática que se puede recoger en un formulario de admisión o en una conversación telefónica evoca la posibilidad de ciertas configuraciones familiares y ámbitos de problemas. Este esquema cognitivo tiene la virtud de ayudar al terapeuta a organizar su contacto inicial con la familia. Pero sólo en la formación del sistema terapéutico se puede reunir la información que apunte, aclare o refute la hipótesis inicial.

El terapeuta no debe perder de vista el hecho de que el proceso de recoger información está dentro del sistema que investiga. Además, la familia no es una entidad estática. Es útil enunciar la configuración familiar sobre la base de los datos iniciales, pero no es más que un primer paso. Casi enseguida, es preciso que el terapeuta avance hasta entrar en la efectiva danza de la terapia.

Otra parte fundamental que considera Minuchin 1992 es la coparticipación, la coparticipación es más una actitud que una técnica y constituye la cobertura bajo la cual se producen todas las interacciones terapéuticas. Coparticipar con una familia es hacer saber a sus miembros que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos. Sólo con esta protección puede la familia sentirse segura para ensayar alternativas, intentar lo no habitual y cambiar. Esa participación es el pegamento que mantiene unido al sistema terapéutico.

La coparticipación no es necesariamente un proceso razonado, deliberado. Buena parte del proceso ocurre subterráneo, según los procesos normales del trato entre personas. El estilo del terapeuta será compatible con ciertas familias y en estos casos sentirá que se puede manifestar con comodidad, por el contrario, con otras

familias puede comportarse de mas formal o turbulenta, con algunas familias tendrá una actitud mas verbal, con otras hablara menos. Conviene que el terapeuta observe los cambios que en él mismo sobrevienen en respuesta a las pautas de interacción implícitas de la familia y que emplee estas señales externas como un nivel más de información sobre aquélla.

El terapeuta puede hacerse coparticipe de la familia desde diferentes posiciones de proximidad.

Tipo de posición	Descripción
<i>De cercanía</i>	En una posición de proximidad el terapeuta puede entrar en convivencia con los miembros de la familia.
<i>Intermedia</i>	El terapeuta coparticipa como un oyente activo, neutral. Asiste a la gente para que cuente lo que le pasa (rastreo).
<i>Distante</i>	En este caso el terapeuta se apoya en su condición de especialista para crear contextos terapéuticos que procuran a los miembros de la familia el sentimiento de ser competentes o la esperanza de cambio

1.1 Técnicas e intervenciones

Las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar la familia mediante el cuestionamiento de su organización. La expresión del cuestionamiento pone de relieve la índole de la lucha dialéctica entre familia y terapeuta dentro del sistema terapéutico. Esa expresión no se refiere a maniobras ásperas ni a un conflicto, no obstante que a veces ambas cosas pueden ser indicadas. Designa la búsqueda de pautas nuevas, así como el hecho de que, el orden antiguo tiene que ser socavado para que se pueda formar el nuevo.

Minuchin 1992 explica que existen tres estrategias principales de terapia estructural de familia y éstas a su vez cuentan con diversas técnicas e intervenciones:

ESTRATEGIA	TÉCNICA	INTERVENCIONES
Cuestionamiento del síntoma. El terapeuta ingresa en	Escenificación. Es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dancen en su presencia. Esta escenificación se produce en el	Interacciones espontáneas Provocar interacciones Interacciones alternativas

la situación terapéutica con el supuesto de que la familia se equivoca. El problema no reside en el paciente individualizado, si no en ciertas pautas de interacción de la familia.	presente y en relación con el terapeuta.	
	Enfoque. El terapeuta selecciona y organiza datos dentro de un esquema que le confiera sentido y que promueva el cambio.	
	Intensidad. Los miembros de la familia tienen una sensibilidad auditiva discriminatoria, el terapeuta necesita hacer que la familia oiga y esto exige que el mensaje supere el umbral de sordera de la familia	Repetición del mensaje Repetición de interacciones isomorfas Modificación del tiempo Cambio de la distancia Resistencia a la presión de la familia
Cuestionamiento de la estructura La concepción del mundo por parte de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes holones familiares. El terapeuta debe de desplazar su posición y trabajar en subsistemas diferentes, cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y sus funciones.	Fronteras regula la permeabilidad que separan a los holones entre si. Tratan de proporcionar al individuo libertad para que empiece a actuar en otro subsistema o que cambie su participación	Distancia psicológica Duración de la interacción
	Desequilibramiento El terapeuta tendrá que utilizarse a si mismo como miembro del sistema terapéutico para cuestionar y modificar la distribución del poder en el seno de la familia.	Alianza con miembros de la familia Alianza alternante Ignorara a un miembro de la familia Coalición contra miembros de la familia
	Complementariedad En la terapia familiar, el si- mismo se considera como un todo y al mismo tiempo como parte de un todo; “como partícula y también como onda” “depende la situación en que este aspecto se presente”. Para promover este modo diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar la epistemología habitual de los miembros	Cuestionamiento del problema Cuestionamiento del control lineal Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos Cuestionamiento de la realidad familiar
	Construcciones La familia ha construido su realidad presente en un proceso de organización de los hechos en que iba manteniendo sus ordenamientos institucionales. Este puede y debe ser cuestionado y modificado, lo que pondrá al alcance de la familia modalidades nuevas de interacción.	Símbolos universales Verdades familiares Consejo especializado

Cuestionamiento de la realidad	Lados fuertes Los aportes de la familia; aquellos de sus rasgos que pasan relativamente inadvertidos son los que aseguran supervivencia en un mundo complejo. Toda familia contiene aspectos positivos. Estos se transmiten de la familia de origen a la nueva, y de esta a la generación que sigue. A despecho de los errores, la infelicidad y el dolor, hay cosas placenteras: cónyuges e hijos se entregan unos a otros de una manera que promueve el crecimiento y procura apoyo, y que contribuye a afirmar el sentimiento que cada uno tiene de su propia capacidad y valía.	
	Paradojas Las familias suelen presentarle una demanda contradictoria: piden que el síntoma se modifique, pero sin cambiar su sistema. El terapeuta enfrentará esta contradicción por medio de una serie de enérgicas redefiniciones que conectarán el síntoma con el sistema de tal manera que resulte imposible modificar el uno sin hacerlo con el otro. Con este método el terapeuta define el problema terapéutico. No se trata solo de eliminar el síntoma, sino que lo decisivo es saber que ocurrirá cuando se lo elimine; el tema terapéutico se desplaza del problema, al modo en que la familia podrá sobrevivir sin él, quien será afectado por su falta, como lo será y que conviene hacer.	Intervenciones paradójicas basadas en el desafío Inversiones basadas en la aceptación y el desafío El grupo de consulta como coro griego

2. Terapia Estratégica

2.1. Antecedentes

En 1974, Jay Haley se separa del grupo de Palo Alto, con quienes estuvo trabajando dentro del proyecto de Bateson, viaja a Washington y junto a Cloe Madanes dirigen el Instituto de Terapia Familiar de aquella ciudad (Ochoa, 1995).

Ahí nace el modelo estratégico que Nardote y Watzlawick (1992) explican como la síntesis evolutiva entre la teoría sistémica, el estudio sobre la familia y la comunicación, realizado por el grupo de Palo Alto y Erickson.

Es este último considerado por el propio Haley (2003), como el maestro de la terapia estratégica, sin embargo Haley no deja de reconocer que la terapia estratégica es resultado, del análisis de las ideas de varios terapeutas como John Weakland, Gregory Bateson y Braulio Montalvo.

2. 2. Características de la terapia

Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. En la terapia estratégica la iniciativa es del terapeuta, quien debe de identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz (Haley 2003).

En ese sentido, continúa Haley (2003) la terapia estratégica no es un enfoque o teoría en particular, si no varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente.

Dentro de este enfoque un problema es un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas, mientras que un síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social, es una etiqueta que se le adosa (Haley 2005)

Entonces los objetivos que debería perseguir este tipo de terapia sería; romper con la secuencia y/o impedir la repetición de estas. Sin atender la psicodinámica ni a la estructura familiar, por no ser del interés de este tipo de terapia (Sánchez, 2000).

Otro de los objetivos que propone Haley (2003) es ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan producto de la etapa del ciclo vital que atraviesan, con el propósito de transitar de la mejor manera a la siguiente, las etapas que él propone son: periodo del galanteo, el matrimonio, el nacimiento de los hijos, matrimonio intermedio, destete de los padres, el retiro de la vida activa y la vejez.

2.3 Postulados

Haley (1997) propone dos postulados teóricos principales:

1. Unidad terapéutica. La queja del paciente puede definirse en tres unidades sociales y el terapeuta define la unidad social que él puede cambiar para resolver el problema del cliente sin olvidar que el también se encuentra inserto. Es importante considerar el contexto social en que ocurre la queja.
2. Organización y jerarquía. La familia es una organización en la que establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quienes tienen más poder y estatus así como quienes juegan los niveles secundarios. Haley manifiesta que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros. Paralelamente defiende que la organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas integradas en la secuencia sintomática. Esto significa que las secuencias de acción en que Haley está interesado son aquellas que por fuerza incluyen la acción de tres personas como mínimo, por lo que para Haley la organización de la terapia se basa en la organización recursiva de relaciones triádicas.

2.4 Etapas de una primera entrevista

Una entrevista comienza con el primer contacto establecido con relación a un problema, este contacto por lo común se lleva a cabo mediante una llamada telefónica donde el terapeuta debe pedir cierta información relevante y que asistan todos cuantos habiten en el hogar. (Haley 2005)

Al presentarse la familia la entrevista se desarrolla en varias etapas:

Etapa social: aquí se ponderan las reglas de cortesía del terapeuta como anfitrión, se saluda a todos y se les hace sentir cómodos, de esta etapa se puede obtener información acerca del ánimo de la familia, las relaciones entre padres e hijos y la organización de esta, a partir de las observaciones del terapeuta, sin permitir que se hable del problema hasta haber obtenido por parte de todos los miembros una respuesta social.

Etapa de planteo del problema: aquí el terapeuta formula una pregunta general acerca del motivo de su visita, esta se dirige al grupo en general y no se hará ninguna interpretación o comentario durante la exposición del motivo. se debe explorar la perspectiva de todos y cada uno de los miembros, mientras que el terapeuta observa el cómo actúa y el que dice cada individuo y estas observaciones no se comunicaran.

Etapa de interacción: aquí el terapeuta debe de hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre si y el solo sea el moderador del debate, en caso de que los miembros de la familia insistan en erigirlo como interlocutor, el deberá estimularlos para que signa charlando entre si, incluso puede acercarlos físicamente para esta charla.

Etapa de fijación de meta: aquí es importante obtener del grupo una formulación clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia, esto servirá de

punto de partida para fijar las metas y establecer el contrato terapéutico. Es importante que el problema planteado sea el que la familia desea resolver, que sea soluble y que tenga un carácter operacionalizante.

2.5 Técnicas de intervención

Dentro de las técnicas de intervención para este modelo podemos encontrar, la redefinición, directivas o tareas directas, metafóricas, paradójicas, y las ordalías.

2.5.1 Redefinición

Intervención que modifica el marco conceptual desde el cual el paciente o la familia perciben el problema, haciéndolo resoluble, por lo que la redefinición y la connotación positiva ponen entre dicho la creencia de la familia de que el síntoma es un acto independiente de su contexto. Para la redefinición del problema no es necesario connotar positivamente la conducta de alguien sino cambiar la definición de un problema para que pueda solucionarse. (Madanes 1993)

2.5.2 Directivas

Toda acción del terapeuta constituye un mensaje para la otra persona haga algo; en este sentido esta impartiendo una directiva. En este sentido según Haley (2005) la finalidad de las directivas es que las personas se comporten de manera diferente, para que así tengan experiencias subjetivas diferentes, pero también se pueden emplear para intensificar la relación entre clientes y terapeuta o para obtener información.

Existen dos maneras de impartir directivas, la primera consiste en decirle a la gente que debe hacer con el propósito de que lo cumpla y la segunda decírselo con el propósito de que no lo cumplan.

Directivas directas. Comprende dos tipos de directivas; la primera es ordenarle a alguien que deje de hacer algo y la segunda pedirle que haga algo diferente.

Ordenarle a alguien que abandone su comportamiento es una de las directivas más difíciles, el terapeuta debe tener una reputación de experto y los problemas deben de ser menores o educacionales para que se abandonen con la simple petición. Esta petición a menudo debe de repetirse muchas veces y magnificarse, siempre debe de ser acompañada de otros mensajes que refuercen el cambio. Pedirle a los clientes que adopten una conducta diferente o que prueben nuevos hábitos puede hacerse mediante buenos consejos o dando directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro de la familia.

Directivas metafóricas. Éstas se emplean cuando el terapeuta desea que los implicados en la queja hagan algo que parezca espontáneo, sin una plena conciencia de haber recibido la consigna de realizarlo.

Directivas indirectas. Están conformadas con las tareas paradójicas, estas se usan con las familias que, aunque solicitan ayuda desesperadamente, rechazan todas aquellas tentativas de solución que se les ofrecen.

Las tareas siempre deberán revisarse en la sesión posterior y en caso de incumplimiento se deberá hacer ver a los pacientes que se han fallado a sí mismos.

2.5.3 Ordalías

Haley (1997) dice que ordalía significa no sólo “a juicio de Dios”, sino también experiencia penosa, prueba severa, prueba de fuego. En este sentido la técnica de ordalía más que una técnica es una teoría basada en la premisa: “si hacemos que a una persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo, esa persona renunciará a su síntoma”.

En esta técnica, continua Haley (1997) resulta fácil deslindar la tarea del terapeuta, esta consiste en imponer una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar y, a la vez, más severa que ese problema. es por esto

que la ordalía debe ser algo que la persona *pueda* ejecutar, y a lo que no pueda poner objeciones válidas. Debe ser de tal naturaleza que el terapeuta diga sin reservas: “Esto no violará ninguna de sus normas morales y es algo que *usted puede hacer*”. De la misma forma, una Ordalía terapéutica no debe causar daño al sujeto, ni a ninguna otra persona.

Existen varios tipos de ordalías según Haley (1997):

Ordalía Directa: Cuando la ordalía es una tarea directa, el terapeuta explica claramente el problema y pide que, cada vez que se presente el síntoma, la persona se someta a determinada ordalía. Durante la entrevista, el terapeuta debe averiguar qué clase de actividad debería intensificar el cliente para su propio bien, a menudo sin aclarar el propósito de su indagación.

Ordalías Paradójicas: La ordalía puede ser la misma conducta sintomática y consistir, paradójicamente, en alentar al cliente a tener el problema cuya solución ha venido a buscar al consultorio del terapeuta.

El Terapeuta como Ordalía: Hay varias clases de ordalía que son eficaces por el modo que actúan sobre la relación con el terapeuta. Las técnicas de confrontación utilizadas por algunos terapeutas son otra clase de ordalías. Los honorarios del terapeuta también pueden ser utilizados como ordalía, aumentándolos cada vez que el síntoma se agrava o repite.

Ordalías que involucran a dos o más personas: Se pueden diseñar ordalías para una o más personas. La ordalía debe ser una experiencia voluntaria y beneficiosa para la persona que se somete a ella. Siempre tenemos que tener bien claro el contexto en donde se produce una intervención terapéutica.

Las etapas de la terapia de Ordalía son las siguientes (Haley 1997):

- Debe definirse claramente el problema. Es preciso que la distinción sea clara, porque la ordalía tiene que ser consecutiva a la presencia de una angustia anormal exclusivamente.
- La persona debe de comprometerse a resolver su problema. Si ha de someterse a una ordalía, es preciso que desee realmente resolver el problema presentado. La motivación para vencerlo no siempre existe en el momento de iniciarse la terapia, por lo que el terapeuta se ve obligado a ayudar a su cliente a motivarse para dar ese paso drástico.
- Debe de seleccionarse la ordalía. La selección estará a cargo del terapeuta, preferiblemente con la colaboración del cliente. Se debe de pensar que la ordalía será lo bastante severa como para superar el síntoma; que su cumplimiento beneficiará al paciente; que será algo que este pueda hacer y que le parezca aceptable, desde el punto de vista del decoro; que deberá ser una acción clara, sin ambigüedades; que tendrá un principio y un fin claramente establecidos y finalmente el terapeuta debe vigilar que la tarea sea beneficiosa para el paciente, de forma que no comience a autocastigarse.
- La directiva debe impartirse acompañada de una explicación lógica. Debemos de tomar en cuenta que el terapeuta debe impartir la directiva clara y precisamente para que no haya ambigüedades. Es su obligación dejar claro que la tarea sólo se cumplirá cuando se presente la conducta sintomática dentro de un horario fijo. Que a veces es mejor no dar más explicaciones y simplemente impartir la directiva y que si es muy complicada, dar la tarea de ordalía por escrito.
- De la misma forma hay que tener la firmeza de continuar la ordalía hasta que el problema se resuelva
- Y finalmente, no hay que olvidar que la ordalía esta inserta en un contexto social. La existencia de un síntoma indica que la jerarquía de una organización es incorrecta. En este sentido, cuando el terapeuta resuelve un síntoma, está

forzando un cambio en una organización compleja, que antes se estabilizaba con el síntoma, por tanto, al terapeuta le conviene comprender qué función desempeña el síntoma dentro de la organización social del cliente;

Cuando se utiliza correctamente una ordalía, no solo se ven cambios en el comportamiento, sino en el carácter y en la organización social del paciente, por tanto el terapeuta debe tranquilizarlo, explicándole que todo eso forma parte del cambio esperado y debe ayudarlo a reorganizar su vida.

3. Terapia Breve Centrada en Problemas

A finales de 1959 Don D. Jackson funda el Mental Research Institute. (MRI), este inicia siendo un pequeño instituto multidisciplinar sin afán de lucro y su objetivo era investigar las comunicaciones y la naturaleza de las investigaciones de las familias con otros sistemas sociales. (Bertrando y Toffanetti 2004)

En 1961 llega Paul Watzlawick, y se incorporan Jay Haley, John Weakland, Virginia Satir provenientes del grupo de Bateson. Los campos de desarrollo del MRI son la clínica, la investigación y la formación.

La fundación de MRI es sin duda uno de los pilares de la terapia familiar, el instituto estaba a la vanguardia en tecnología en el campo de la terapia familiar, espejo unidireccional, la grabación de audio y las novedosas video filmaciones, se plantean como una ventaja tanto en la enseñanza como en el proceso terapéutico

El MRI se convierte en un centro de investigación con una alta reputación merced a sus publicaciones, “Hacia una teoría de la esquizofrenia” y la “Teoría de la comunicación humana” son dos grandes ejemplos del nivel que manejaba el instituto. De la misma forma el MRI contribuye sustancialmente a la fundación de Family Process.

Como consecuencia de las cautas aproximaciones de Jackson a la terapia familiar conjunta, el MRI reconoce la importancia de la paradoja no solo en la patología, si no también en su curación, a lo que llaman doble vínculo terapéutico.

La terapia del MRI termina siendo liberal, en consonancia con las ideas de la década, la regla básica es ahora que los problemas psiquiátricos son problemas de la vida y que se transforman en problemas psiquiátricos, cuando se trata de resolverlos con intentos de solución que se convierten a su vez en problema. Estos conceptos serán el hilo conductor del importante libro "Cambio" (Watzlawick y otros, 1974), donde se expone, en su forma definitiva, el modelo terapéutico del MRI (Bertrando y Toffanetti 2004)

Durante los siguientes quince años los terapeutas familiares que se refieran a las ideas de Bateson, estarán hablando de la síntesis de Paul Watzlawick, quien en 1967 se une al Brief Therapy Project, dirigido por Richard Fisch. De este proyecto surgirán las más importantes iniciativas del MRI en los siguientes años.

Ya alejados de las ideas de Jackson respecto a la terapia familiar conjunta, el modelo de Terapia Breve es una evolución operativa natural de las ideas presentadas en la teoría de cuatro clínicos: Watzlawick, Eakland, Bodin y Fish. En 1974 estos publican su artículo cardinal, "Brief therapy: focused problems resolutions". El método de terapia breve se hace universalmente conocido como "Modelo de Palo Alto". El primer libro del proyecto, "Cambio" de Watzlawick y Cols (1974), tiene éxito inmediatamente y es traducido a nueve lenguas, mas tarde se publica un manual aplicado titulado La táctica del cambio de Fisch y Cols (1982).

El modelo de terapia breve, es la perfecta aplicación de las teorías de Watzlawick. Además de su laxitud, tiene la virtud, de sustraer a la terapia de la lógica de la norma, de la topología y de la diagnosis. De este modo se abre el camino al modelo de Milán, las terapias constructivitas y postmodernas de los veinte años siguientes. El éxito de la Brief Therapy esta garantizado por su elegancia, desde sus aplicaciones sencillas

hasta el tecnicismo que permite, al menos como intención, su utilización en varios tipos de actores sociales, tras una fuerte formación clínica y pragmática.

Cuando se inicia el proyecto de terapia breve en la primavera de 1967, este se plantea tres objetivos:

- Encontrar un camino rápido y eficiente para resolver los problemas que los clientes exponen en psicoterapia y a los consultores
- Convertir el arte de la terapia en una tarea artesanal, para poder enseñarla fácilmente
- Estudiar el cambio en los sistemas humanos.

A esto se aunó el objetivo que la Terapia Breve debía lograr, garantizar que el cambio podía conseguirse durante un tiempo estrictamente limitado –un máximo de diez sesiones- concentrando la atención en el problema principal actual, utilizando todas las técnicas activas para estimular el cambio, que se conocieran o que se pudieran tomar prestadas de otros y buscando el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actual en lugar de pretender reestructurar familias enteras.

Aunque pueda parecer superficial este enfoque, detenta ventajas como la sencillez, la concentración y la reducción al mínimo de las suposiciones e inferencias. La concepción de los problemas en este enfoque es la siguiente (Fisch y cols 1984):

- Un cliente expresa preocupación acerca de una conducta –acciones, pensamientos o sentimientos- desarrollada por el o por alguna otra persona con la que se halla significativamente comprometido
- Dicha conducta es descrita como a) desviada, infrecuente o inadecuada, o incluso anormal b) aflictiva o dañosa, inmediata o potencialmente, para el sujeto (el paciente) o para los demás.
- Se informa que el paciente o que los demás han realizado esfuerzos para detener o para modificar esta conducta, pero que no han tenido éxito.

- En consecuencia, el paciente o los otros implicados buscan la ayuda del terapeuta para cambiar la situación, que no han sido capaces de cambiar por si solos.

En este sentido los problemas consisten en una conducta presente indeseada, por lo cual se le atribuye poca o escasa importancia a los factores subyacentes en el pasado o a las profundidades de la mente del enfermo. En su lugar, se pretende una clara identificación de la conducta problemática, qué es, en que aspecto es considerada como problema y por quien. De la misma forma se pondera la investigación del funcionamiento y persistencia de la conducta problemática.

Se debe tener presente que para que constituya un problema, una conducta debe realizarse de modo repetitivo, esta conducta puede ser voluntaria o involuntaria y requerirá en muchas veces que el terapeuta la acepte como tal, sobre todo en los casos que para los clientes la aceptación de esta resulte importante. La repetición en si misma no seria un problema sin que el paciente y/o cliente agregue la preocupación por la posible reiteración de un posible acontecimiento desafortunado, sobre todo si dicha reiteración es improbable.

Esto se explica de la siguiente manera: toda conducta, normal o problemática resulta configurada y conservada (o cambiada) de manera continuada, primordialmente mediante reiterados esfuerzos que tiene lugar en el sistema de interacción social del individuo que manifiesta aquella conducta. Dicho sistema de interacción incluye en especial la familia, pueden ser asimismo importantes otros sistemas, en otros términos la conducta de una persona instiga y estructura la conducta de otra persona, y viceversa (Watzlawick y Cols. 2003).

En esta lógica, las soluciones ensayadas por la gente ayudan en gran medida al mantenimiento o exacerbación del problema, los problemas que comienzan con motivo de una dificultad cotidiana, que se experimentan periódicamente en el transcurso de la vida y que la mayoría de las personas hacen frente a ellas de manera razonable, se les trata de hacer frente de manera equivocada y al no solucionarse, se

les aplica una dosis más potente de la misma solución, entonces queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema de dimensiones extraordinarias y de naturaleza diferente a la dificultad original.

Entonces si la aparición y el mantenimiento de los problemas son considerados como partes de un proceso que sigue un círculo vicioso en el que las bienintencionadas conductas de solución otorgan continuidad al problema, la alteración de tales conductas debe servir entonces, para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema, en este sentido, el objetivo de un terapeuta no tiene por que consistir en solucionar todas las dificultades si no en iniciar un proceso de inversión.(Fisch y cols 1984)

Por ello, el terapeuta debe transformarse en agente activo de cambio. No solo debe lograr una visión clara de la conducta problemática y de las conductas que sirven para conservarla, debe considerar también, en que podría consistir el cambio más estratégico en las soluciones y dar pasos que estimulen dichos cambios.

3.1 Capacidad de maniobra del terapeuta

La capacidad de maniobra implica la posibilidad que el terapeuta tiene para emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten (resistencias, angustia, temor, etc.). El terapeuta necesita mantener abierta su capacidad de opción a medida que avanza la terapia, modificando su curso de la forma necesaria durante el proceso del tratamiento. En el siguiente cuadro se presentan los medios para aumentar la capacidad de maniobra.

Medios para aumentar la capacidad de maniobra	
Táctica	Descripción
Oportunidad y ritmo	El terapeuta ha de ajustar la oportunidad y el ritmo de sus comentarios a las respuestas que manifieste el paciente, Se debe obtener información de las opiniones del cliente, con respecto a su problema y al objetivo de tratamiento, el terapeuta no debe dispararse hasta que se hayan comprobado cuales son las opiniones del paciente, dar pasos pequeños al tiempo que se evalúa el modo en cada paciente

	admite estos pasos, de esta manera si los ensayos hallan resistencia, poder dar marcha atrás
El tiempo necesario	El terapeuta no debe sentirse presionado para actuar, el tiempo que dedique a evitar las trampas que el paciente ofrece con informaciones vagas y prolongadas servirá para reducir el tiempo dedicado al tratamiento global. Se estimula al paciente a que se tome el tiempo necesario para solucionar el problema. Para utilizar esto en las tareas propias del tratamiento.
El uso de lenguaje condicional	A menudo es importante que el terapeuta asuma una postura definida y concreta, pero algunas ocasiones necesita efectuar una intervención que no sabe si funcionara o asumir una postura explicita, antes que tenga la información o tiempo suficiente para decidir. En estos casos el uso del lenguaje condicional es una herramienta y una necesidad.
El cliente debe concretar	Hay que ayudar al paciente a asumir posturas comprometidas y bien definidas, exigiéndole que sea claro y concreto en sus comentarios y respuestas al terapeuta.
Actitud igualitaria	La anuencia del paciente suele reducirse notablemente si al principio se considera que el terapeuta ocupa una posición de poder. Esta posición intimida a muchos pacientes, y eso obstaculiza la cantidad y calidad de información que puedan proporcionar, a veces es necesario adoptar una posición de superioridad pero si no queda claro cual es la actitud del paciente resulta más fácil pasar del igualitarismo a la superioridad que al revés.
Sesiones individuales y conjuntas	La mayoría de las sesiones terapéuticas se realizan con individuos o con dos o tres personas seleccionadas táctica y estratégicamente. Se supone que toda alteración en la conducta de uno de los miembros influirá en la conducta de los demás miembros de esa unidad, entonces solo nos hacemos cargo de esas interacciones entorno a la dolencia. Cuando hay sesiones individuales se incrementa la capacidad de maniobra del terapeuta ya que puede hablar mas abiertamente, coaligarse con cada persona implicada, situación que difícilmente puede hacerlo cuando hay múltiples miembros de la familia, sobre todo si existe un desacuerdo serio y enconado entre ellos.
Para los pacientes difíciles	
El comprador fingido	Son pacientes que básicamente asisten a consulta obligados por otra persona, aunque el problema es suyo, el no esta preocupado, si no otra persona. Se pueden desperdiciar tiempo y esfuerzo en el tratamiento que nunca comenzara, si no se detecta a tiempo este tipo de pacientes. Hay algunas estrategias como: negociar un nuevo contrato, plantear un problema alternativo, trabajar con el miembro preocupado, alentar la resistencia desaconsejando el tratamiento y si nada funciona, finalizar la relación planteando un pronóstico desafiante.

El paciente restrictivo	Son clientes que amenazan con sabotear el tratamiento desde el principio, intentando establecer condiciones terapéuticas semejante a los tratamientos anteriores, tratando de revelar información que no pueda ser comunicada a la otra parte involucrada, la negativa de que el terapeuta entreviste a otro miembro o tratar de intimidar al terapeuta, en estos casos la estrategia es afrontar de modo efectivo las condiciones que proponen tales pacientes, esto de diferentes formas; interrumpiendo las revelaciones, solicitando la libertad de decisión en ciertos asuntos, evitar la conspiración en silencio, comentando que las negativas dificultan la resolución del problema, o comunicar que las intimidaciones cesen, si no se logra se puede comunicar la posibilidad de dar por terminado el tratamiento por que las amenazas resultan intimidantes.
-------------------------	---

3.2 Entrevista inicial

Aquí el objetivo primordial del terapeuta es recoger la adecuada información sobre factores que consideramos esenciales para cada caso: la naturaleza de la enfermedad, como se esta afrontando el problema, objetivos mínimos del cliente, actitud y lenguaje del cliente.

La información adecuada es un requisito imprescindible para llevar acabo un tratamiento breve, ya que es el fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones. Para conseguir la información se requiere tiempo, esfuerzo y perseverancia, pero valdrá la pena, es mejor no apresurarse por que es imposible trabajar antes de que el problema y el modo de tratarlo se hayan aclarado y explicitado.

Si el cliente inicia con un relato “histórico” le indicaremos que la preocupación básica se centra en el estado actual del problema, además el foco estará en las dolencias principales de quien busca ayuda, en términos de conducta. Si la respuesta no es clara y concreta, el terapeuta no debe de proceder como si lo fuera, en cambio debe decir “no lo veo claro” y pedir una reformulación de la frase, este tipo de interrogatorio a menudo debe ser persistente y firme. De hecho algunas veces el terapeuta debe actuar como lento de comprensión antes de fingir haber entendido

En un paso posterior se investigara el como, este paso es importante al menos en tres situaciones:

- Cuando el problema declarado no parece ser mas que una cuestión secundaria, entonces se vuelve esencial establecer si la conducta es mas seria de lo que parece, o si bien el cliente esta excesivamente preocupado por algo.
- Cuando los clientes plantean como problema, ciertas dificultades que, si bien son graves, otras personas las plantean como vicisitudes de la vida imposibles de modificar y con las cuales hay que convivir
- Cuando los problemas no son de la competencia del terapeuta, si no mas bien de un abogado, un médico o un asesor financiero.

En estos casos el terapeuta debe preguntar ¿en qué medida eso es un problema? y ¿en qué forma cree que yo le pueda ayudar a usted a afrontar este problema? esto le servirá a clarificar el problema.

El paso siguiente consiste en preguntar qué es lo que han estado haciendo para solucionar o afrontar el problema todas aquellas personas íntimamente relacionadas con el, ósea explorar los intentos de solución. También esta fase debe centrarse en conductas reales.

Cuando se investiga el problema o los intentos de solución, muchas veces aunque los clientes están dispuestos a ofrecer respuestas claras y directas, tienden a ofrecer interpretaciones, en lugar de descripciones de la conducta. En este caso se hace necesario efectuar una investigación muy persistente, de otra forma es probable que el siguiente paso, la investigación del objetivo mínimo del tratamiento, sea más difícil de concretar y posteriormente de manejar.

En el paso siguiente, la investigación del objetivo mínimo del tratamiento, se plantea una dificultad del mismo orden ya que lo común son las respuestas vagas, dubitativas o generalizadoras, ya que el paciente como todos nosotros vemos con claridad lo que no queremos, que lo que queremos, aquí plantearíamos preguntas como ¿Qué es lo que usted consideraría como una primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea pequeño? Con el mismo propósito de los pasos anteriores, clarificar.

Otra herramienta que puede utilizar el terapeuta es la solicitud de ejemplos y detalles específicos, aunque este procedimiento al parecer exija mucho tiempo a la larga le ahorra tiempo, sobre todo con aquellos pacientes cuyas descripciones verbales sean poco claras.

Algunos clientes se desvían de un problema hacia otro, luego hacia un tercero y así sucesivamente, ahí el terapeuta debe de pedir al cliente que priorice de lo contrario estará persiguiéndolo a través del relato de los múltiples problemas. Si existiera un cliente saboteador lo mas recomendable es ignorarlo, ya que probablemente el no sea el afectado y trabajar con los otros miembros.

Durante la primera entrevista es importante conseguir algún indicio de la postura y lenguaje del cliente aunque ese no se puede hallar mediante un interrogatorio directo.

3.3 Postura del paciente

Si la tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema o dolencia, entonces el cómo influyamos sobre otro individuo depende de a quien estamos tratando de influir, esto tiene que ver no solo en el tipo de sugerencias si no en cómo se enmarcan éstas. Para que el paciente acepte las sugerencias que muchas veces le parecerán locas o peligrosas es muy importante que el terapeuta conozca la postura de este.

Para evaluar la postura hay que:

- Escuchar lo que dice el paciente: las palabras concretas que emplea, el tono, el énfasis, etc.
- Estar atento a todo lo que exprese con relación a su dolencia, el tratamiento y el terapeuta.
- Considera si se cree un ser único o un simple miembro de la masa
- Dejar pasar las pistas ocultas y atender las creencias mas arraigadas

Existen un número de posturas determinado que el paciente adopta, y que se mencionan en el siguiente cuadro

Posturas del paciente	
En cuanto a su definición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como pacientes ▪ Preocupados o compasivos ante otro
En cuanto a la definición problema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como doloroso y que urge un cambio ▪ Como incomodo pero que no necesita un cambio, o no con urgencia
Ante este problema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como pesimistas con respecto a la solución ▪ Aunque difícil, el problema puede ser afrontado ▪ Con gran expectación con respecto a lo que se puede y se debe conseguir.
Ante la terapia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Receptores pasivos de la sabiduría y de los consejos del terapeuta ▪ Activos ante el tratamiento, utilizando al terapeuta solo como caja de resonancia pasiva ▪ Recíprocos ente la responsabilidad y actividades de ellos y el terapeuta.
En cuanto a su actividad en el proceso terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debatir o Intuir ▪ Accion
En cuanto sus valores personales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Son extraordinarios ▪ Temen destacar ▪ Responsables o serviciales
En relación al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cliente ▪ Paciente

Es importante diferenciar entre cliente y paciente ya que es preferible trabajar sobre el primero. El cliente es un individuo que esta buscando activamente la ayuda de un terapeuta; es alguien que solicita ayuda. El paciente es aquel que el cliente define como persona desviada o perturbada, trátese de el mismo o de otra persona.

Una vez identificada la postura se utilizara, primero para evitar comentarios que provoquen resistencia en el paciente, a menos que se tenga una estrategia bien planificada para utilizar esta, y segundo para incrementar al máximo la disponibilidad del paciente a aceptar las sugerencias, ambas en aras de la brevedad, y con objetivos definidos, el primero para evitarle problemas al terapeuta y el segundo para favorecer la solución del problema.

La resistencia se debe evitar a toda costa, no haciendo comentarios que irriten a los pacientes y que a su vez le resten credibilidad al terapeuta, en su lugar se deben aceptar las afirmaciones del cliente, reconocer los valores que posean, y evitar comentarios provocativos o desprovistos de credibilidad. Obviamente al estar seguro de lo que no se puede decir, facilitara el decir lo que se debe, con la oportunidad y el ritmo elegidos por el terapeuta.

La colaboración del paciente se requiere a lo largo del proceso, sin embargo en la fase del tratamiento en la cual el terapeuta formula alguna tarea o actividad, esta será de vital importancia, para facilitar la solución del problema. De esta forma el terapeuta es responsable de brindar una tarea o actividad de manera coherente con la postura del paciente.

3.4. Planificación del caso

Aunque la planificación del caso no exige demasiado tiempo, si no se le dedica el tiempo adecuado, disminuye notablemente las posibilidades de éxito, convirtiéndose la terapia en una aventura larga y errática. El terapeuta en consecuencia termina renunciando o el paciente pierde el interés y abandona el tratamiento.

La planificación es global y no se deben preparar los temas sesión a sesión, sin planificar la secuencia de estas. Sin embargo como es lógico, por mas que se planifique, no se podrá controlar todos los aspectos del tratamiento, por lo cual un bosquejo general de intervención favorecerá, que a medida que surjan dificultades se pueda adaptar el terapeuta sin perder el objetivo.

El plan general deberá considerar los siguientes aspectos:

- *Establecer el problema del cliente.* Es importante comenzar por una comprensión clara de la dolencia que ha traído al cliente a nuestra consulta. Puesto que el objetivo general de la terapia consiste en eliminar o reducir de modo satisfactorio la dolencia que manifiesta el paciente, la claridad en este aspecto es decisiva.

- Establecer la solución intentada por el cliente. Ya que el problema se conserva debido a los intentos de solución del cliente u otras personas, es necesario obtener una comprensión completa y exacta de que consisten esos intentos. Lo decisivo es lo que se esta haciendo ahora y cual es el impulso básico de estos intentos. La mayoría de estos intentos se pueden agrupar en una sola categoría, las excepciones probablemente solo tengan una importancia secundaria.
- *Decidir que se debe evitar.* Sin duda el paso mas importante, tanto en la planificación global como en la de las sesiones el terapeuta debe plantearse la pregunta *¿Qué es lo que mas me interesa evitar?*, esto esta relacionado con los intentos de solución, ya que si se evitan aquellos el terapeuta no colaborara al mantenimiento del problema y por contraste sabrá cual será la estrategia mas apropiada.
- Formular un enfoque estratégico. La estrategia es la guía que debe tener un terapeuta para avanzar, las estrategias efectivas son aquellas que se oponen al impulso básico del paciente. Estas se deben apartar 180° de dicha dirección. No es suficiente desplazarse a una posición neutral ya que no existe tal, y la probabilidad de estar continuando con el impulso del paciente es muy alta.
- Formular tácticas concretas. Aunque la solución del problema exija el abandono del intento de solución, no solo se debe limitar a eso, si no hay que plantear una alternativa. El terapeuta debe planificar sus intervenciones concretas calculando que acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada, que acciones son mas centrales para las transacciones implicadas en el problema, que acciones se incorporarían con mayor facilidad a la rutina propia del cliente, y que persona (o personas) desempeñan un papel mas estratégico para la persistencia del problema.
- Encuadrar la sugerencia en un contexto: vender la tarea. El terapeuta no debe de limitarse solo a decirle al paciente que deje de hacer lo que está haciendo, y que haga otra cosa, si no es su responsabilidad planear el modo inducir a este a aceptarla. Para ello la postura del cliente suministra información muy importante, ya marca una directriz de acción válida para el paciente. Por ello las tareas deben enmarcar y definir el marco de referencia del paciente con miras a evitar la resistencia y a la brevedad de la terapia.

- Formular objetivos y evaluar el resultado. Hay que pensar sobre qué base elegimos el objetivo y que tipos de datos se manejan para determinar el éxito o el fracaso en el logro de dicho objetivo, en este sentido la queja del cliente constituirá el principal objetivo a lo largo de todo el tratamiento. El indicador del éxito terapéutico consistirá en el autoinforme que el paciente nos otorgue acerca de la satisfacción del tratamiento, esto puede estar entorno a dos causas, a que la conducta perturbada haya cambiado, o porque haya cambiado la evolución de tal conducta. Para constatar este cambio el terapeuta puede interrogar al cliente acerca de la base de su nueva postura, identificar una conducta específica que sea incompatible con la manifestación del problema o en seguimiento establecer el hecho de que el paciente no se haya sometido a otro tratamiento por la misma causa o una similar. Todas en conjunto podrán darle fiabilidad a la evaluación del terapeuta.

3.5 Intervenciones

El objetivo de la terapia se puede conseguir por dos vías principalmente, a) impidiendo que el cliente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que perpetúe el problema, b) rectificando la opinión del cliente acerca del problema, en ambos casos el terapeuta debe de intervenir.

El terapeuta interviene desde el contacto telefónico, sin embargo lo que se expondrá a continuación son las intervenciones planificadas que el terapeuta utiliza para poner en práctica la estrategia o impulso básico del tratamiento.

Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas, la primera comprende las intervenciones principales y la segunda incluye las intervenciones generales.

3.5.1 Intervenciones Principales

El intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo.

En esta categoría el paciente padece una dolencia relativa a el mismo, no a otra persona. Pertenecen a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal, mental o de rendimiento físico.

La mayoría de las personas experimentan este tipo de problemas a lo largo de su vida, sin embargo, no se les concede demasiada importancia y mucho menos lo consideran como un problema que requiera de ayuda profesional. En cambio el paciente potencial define dichas conductas como problema y toma voluntariamente determinadas medidas que sirvan para corregirlas y evitar su aparición. Tales esfuerzos deliberados atrapan al potencial paciente en la dolorosa situación de tratar de lograr un rendimiento que solo puede obtenerse de manera espontánea o irreflexiva.

La estrategia para conseguir la solución se centra en revertir el intento del paciente para superar el problema, para ello se le debe suministrar una razones y directrices que lo lleven a fracasar en su rendimiento. Las razones que se le suministran al paciente pueden estar dentro de dos grandes categorías; la primera consiste en provocar la aparición del síntoma con propósitos diagnósticos, y la segunda se le explica que provocar la aparición del síntoma es el paso inicial hacia su control definitivo. Por ejemplo

El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

Los pacientes atrapados por esta contradicción suelen quejarse de estados de terror y ansiedad. Estas dolencias son autoreferenciales, sin embargo difieren de las primeras, por que los estados de ansiedad y/o terror se mantienen sin que intervenga nadie.

El proceso de cómo surgen y se conservan esta clase de problemas es el siguiente: el futuro paciente que no experimentaba ninguna dificultad para llevar a cabo determinada tarea, en un momento dado choca con inconvenientes inesperados e inexplicables para realizarla. Posterior a esto el futuro paciente comienza a especular sobre la tarea y se alarma al pensar que podría reaparecer en esa situación peligrosa, mortificante o humillante. Esto se agrava cuando el futuro paciente decide que se esta comportando como un tonto y necesita probarse así mismo. Su aprensión provocara una profecía autocumplidora y el sujeto adquiere el problema.

Su intento de solución radica en decirse a si mismo, que si la tarea es fácil para los demás, el no tendrá ninguna dificultad para realizarla, al tiempo que se siente vulnerable y no se encuentra preparado para realizarla. Entonces la estrategia de solución consiste en exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se impide que acabe con éxito. Por ejemplo

El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

Estos problemas implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración, rara vez se presentan las dos partes, quien se pone en contacto es regularmente el que piensa que la otra parte amenaza o niega la legitimidad de su propia posición

El intento de solución de estas personas es el siguiente: sermonear a la otra persona sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y, lo que es todavía más importante, exigir que la otra parte les trate con respeto, la atención o la deferencia que piensan que se les debe, en otras palabras les exigen a las otras personas que se les trate como si fuesen superiores.

En este sentido la estrategia de solución consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad. La intervención exige que el terapeuta se preocupe por la forma de la intervención más que de establecer cual es la acción concreta, por que esta es evidente. El cliente necesitara una explicación que le permita aprender a efectuar solicitudes cómodamente, en un estilo no autoritario. Por ejemplo

El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación

Este intento puede resumirse en la siguiente frase “me gustaría que lo hiciese, pero todavía me gustaría más que quisiera hacerlo” esto manifiesta una aversión a pedirle a otro individuo algo que le disguste o que exija determinado esfuerzo o sacrificio. El pedir las cosas se considera dictatorial, o como intromisión perniciosa para la integridad de otra persona.

Aquí lo que podría ser una sencilla petición de sumisión, a la cual se podría responder con una simple manifestación de rechazo o de aceptación, se transforma en un intercambio generador de problemas. Se establece un círculo donde a una petición indirecta se contesta con un rechazo indirecto, siempre tratando de convencerse ambos de que la comunicación directa es inútil. Cuanto mas encubierto sea el rechazo mas convencido.

Entonces la estrategia para enfrentar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule arbitrariamente. En consecuencia el terapeuta debe hallar la forma de influir en el cliente para motivarlo a que lleve a cabo esta variación.

La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

En esta clase de problemas hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado. Lo típico es que el sujeto A formule acusaciones acerca del sujeto B, y este responda mediante una negación y una autodefensa. La defensa de B suelen confirmar las sospechas de A. El resultado es que A continua con acusaciones, B refuerza su autodefensa y así sucesivamente. El juego acabaría si una de las partes abandonara su papel repetitivo.

El terapeuta manifiesta que el acusador esta equivocado o el que causa el problema y entonces el defensor, que también desea que acabe el juego, puede solucionar el problema a través de una acción unilateral. La única manera en que el acusador pueda entender mejor su errónea acusación consiste en que el defensor acepte las acusaciones, sobre todo si tal aceptación se lleva aun grado obviamente absurdo.

Este juego del acusador y del defensor también puede finalizar mediante una intervención llamada interferencia. Se trata de una intervención diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los

intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión.

3.5.2 Intervenciones Generales

Hay momentos en los que el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general, con objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica. También se utiliza dicha postura para averiguar si es suficiente con ella para solucionar el problema. las intervenciones generales son las siguientes:

No apresurarse

Esta constituye la táctica que más se utiliza en las intervenciones. Al cliente se le ordena que no haga nada y por supuesto, nada concreto. La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifique el no ir de prisa, por ejemplo, “los cambios que se realizan lentamente y paso a paso son más sólidos que los que ocurren de modo demasiado rápido”

Esta táctica describe al terapeuta como alguien que no pretende obligar al paciente a que cambie, lo que provoca en dicho paciente una implícita necesidad de colaborar con cualquier consejo o sugerencia que formule el terapeuta a continuación. Al mismo tiempo provoca que el paciente abandone sus intentos de solución, ya que evita la sensación de urgencia por un cambio.

Los peligros de una mejoría

En esta táctica se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema, el paciente responderá que no hay ningún peligro, entonces el terapeuta deberá exponer algún posible inconveniente. Esta táctica se puede utilizar para algunos objetivos como son: ampliar la postura de no apresurarse, para aumentar la motivación o para presionar al paciente para que obedezca a nuevos encargos, después de que no ha cumplido uno que antes se le había formulado.

En algunos casos esta intervención provoca un cambio significativo o incluso llega a ser todo lo que se necesita para solucionar la dolencia actual, en especial cuando se trata de problemas de ansiedad, sobre todo, las que tienen que ver con el rendimiento. Ya que al no pensar en la solución como lo mejor, el paciente abandonara su intento de rendir mas y de esa forma se puede predecir la desaparición del síntoma.

Un cambio de dirección

Aquí el terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación, este cambio implica un giro de 180°, este cambio se utiliza cuando el terapeuta se da cuenta que va en la dirección equivocada como cuando: se da cuenta de que esta discutiendo de manera no deliberada con el cliente, el cliente insiste en subestimar o rechazar el camino que le sugiere el terapeuta o el terapeuta sugiera algo que mas tarde se muestra no productivo, en este tipo de situaciones, cuanto mas pronto se de cuenta el terapeuta de la necesidad de un cambio de dirección, mas fácil será llevarlo a cabo.

El terapeuta puede adoptar una posición de inferioridad y agradecer al paciente que le haga abandonar el camino equivocado o mencionar que ha estado pensando entre las sesiones y que ahora que se ha dado cuenta de que su enfoque es equivocado la terapia requerirá un enfoque muy distinto.

Cómo empeorar el problema

Aquí se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren. Esto se hace cuando el cliente ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo. Se le puede decir “si usted lleva a cabo esto que estoy a punto de recomendarle, casi le podría garantizar que su problema empeorara” a continuación el terapeuta expone cada una de las cosas que el paciente ha estado haciendo para solucionar su problema pero que en realidad servirán para exacerbarlo. Al hacer esto, el sugerir en que forma puede lograrse empeorar el problema hace que el paciente se vuelva mas consiente de lo que sucederá si

continuase realizando sus acciones anteriores, y subraya como el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

En este tipo de intervención también puede adoptarse una postura interrogativa por ejemplo “¿sabe como lograr que el problema empeore?” Esto servirá a los pacientes que están iniciando la terapia y se muestran ambiguos u ofrecen resistencia y/o al final para reforzar el progreso obtenido.

3.6 La terminación del tratamiento

En la terapia breve la terminación no constituye un acontecimiento especial. La brevedad del tratamiento y el énfasis en la solución de problemas no favorecen el desarrollo de una relación entre terapeuta y paciente, y como esta centrada en un problema específico no es necesario tomar demasiado tiempo en resumir los logros del tratamiento.

Aunque el tema de terminación no es de gran importancia, el terapeuta puede formular diversas posturas y comentarios de utilidad, estos dependiendo de las condiciones de terminación de cada tratamiento.

3.6.1. La terminación cuando el problema ha sido resuelto

Es la causa preferible de la terminación del tratamiento, el cliente se presenta a sesión y dice que el problema ha mejorado, y quiere que se suspenda el tratamiento. El terapeuta ante esta idea debe comprobar cual es la relación del cliente ante la idea de interrumpir el tratamiento.

Es común que los clientes se preocupen por la persistencia de los resultados, el terapeuta debe plantearle una intervención de “no apresurarse” mencionar que las mejoras mas sólidas aparecen lentamente y son las que probablemente se transforman en cambios, que no intente por un tiempo mas mejoras, aunque el tratamiento este finalizado, por que de otra manera si el paciente esta preocupado por la persistencia es mas probable que su profecía se cumpla y se empeore el problema.

El terapeuta no debe manifestar abiertamente su optimismo por la solución del problema, tiene que asumir una postura dubitativa y cautelosa e incluso profetizar una recaída, de esta forma le quita la presión al paciente, deberá programar una entrevista de seguimiento para pacientes que se sienten preocupados por la finalización.

A menudo el cliente manifiesta que no ha llegado a una solución tajante del problema pero que sin embargo desea abandonar la terapia en esos casos el terapeuta cuestiona los motivos, pero independientemente de cuales sean estos, el aceptara el deseo del cliente, dará una despedida amable que facilitara la reanudación del tratamiento si es que el paciente descubre que aun no estaba solucionado el problema.

3.6.2 La terminación sin que el problema haya sido resuelto

Cuando el problema no ha sido solucionado con el tratamiento este puede acabar de dos formas posibles: primero cuando se fijo un número máximo de sesiones y estas se agotaron, y segundo cuando el cliente así lo propone.

El hecho de fijar un limite temporal al tratamiento puede servir para estimular la solución del problema y a que el paciente colabore activamente en la solución, sin embargo esto limita el tiempo del terapeuta para formular su estrategia adecuada, entonces esta ultima sesión, puede utilizarla ya sea como ultimo esfuerzo para solucionar el problema (no recomendado) o para averiguar por que no funciona su estrategia.

Si es el paciente quien propone la finalización del tratamiento sin resolver el problema, el terapeuta aceptara con prontitud el deseo del paciente, y le proporcionara una despedida afable, esto permitirá que el cliente decida reanudar el tratamiento, si mas tarde experimenta esa necesidad.

El terapeuta puede no adoptar una postura afable en los casos en que el cliente se ha mostrado poco colaborador a lo largo del tratamiento, si bien aceptara inmediatamente

la decisión, destacara el riesgo que implica para el paciente si el problema se solucionase y el tratamiento continuara.

Por último hay pacientes que decidirán acabar el tratamiento cuando el problema no se ha solucionado y paradójicamente se muestran satisfechos con el resultado en esos caso el terapeuta no deberá contradecir su deseo porque lo único que conseguirá es una batalla inútil.

4. Terapia Breve Centrada en Soluciones

La terapia ha pasado por muchos cambios a lo largo de la historia, parte de la terapia centrada en lo pasado y la etiología del problema, posterior a esto se enfoca en el aquí y ahora, pero seguía enfocándose en los problemas, finalmente y con este modelo la terapia se orienta también hacia el futuro y le interesa mirar hacia el como se resolverán estos, la solución.

El modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) es influido por los trabajos de Milton Erickson, Jay Haley, Thomas Szasz y principalmente la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) que con su modelo Centrado en los Problemas es el punto de partida.

Posterior a esto el movimiento continúa en el instituto de terapia breve de Milwaukee. Donde hay un cambio fundamental del trabajo del modelo de terapia breve centrado en los problemas, deciden hacer un giro y poner un mayor énfasis en las soluciones y como estas funcionan. A este modelo se le denomina Terapia Breve centrada en las Soluciones.

El grupo inicial de fundadores incluía a Steve de Shazer, quien había trabajado anteriormente en el MRI y dedicaba todo su tiempo a la investigación y la teoría, así como Insoo Berg, quien enfatizo sus esfuerzos en preparar terapeutas. Otros Miembros de este centro destacado en el campo de la clínica y la teoría, es Ive Lipchik quien canalizo la mayoría de sus intereses en desarrollar cuestionarios terapéuticos. Michele

Wiener-Davis miembro del Instituto de Milwaukee, se separo posteriormente para fundar su propia institución en Woodstock, Nueva York, también enfocado a la terapia breve. William Hudson O`Halon, quien radica en Ohama, Nebraska, nunca se asocio al centro de Milwaukee, pero fue preparado por Milton Erickson. (Sánchez 2000).

4.1 El modelo

La terapia Breve Centrada en las Soluciones, se basa en la terapia breve y no se revisa el aspecto histórico en el cuadro patológico. En este modelo enfocado a soluciones, el terapeuta plantea que la misma familia debe resolver el problema específico que la trae a terapia, utilizando sus propios recursos en la misma forma que resolviera problemas anteriores.

Al respecto, de Shazer, (1991), menciona que a medida que sus trabajos se han centrado mas en la solución, su estudio ha transformado el método y la teoría de la solución. Continua diciendo que su filosofía básica no ha cambiado, pero lo que ha aprendido ha modificado su forma de hacer terapia. Menciona que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a la terapia. Lo mas importante es la naturaleza de la llave y no la cerradura. En este sentido analizar y entender la cerradura no es necesario si se cuenta con una llave maestra.

De la misma forma de Shazer (1984) menciona que la resistencia ha muerto ya que si la familia no sigue los lineamientos del terapeuta para cooperar, entonces le estarán enseñando cual es el método mas productivo y mejor para ayudarlos. Se asume que cada paciente tiene su forma de cooperar y que la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esta forma de cooperación.

Para ello se desarrollo un árbol de cooperación, que ayuda a los terapeutas a identificar los patrones de cooperación de los clientes con las tareas. Una vez que se ha identificado un determinado estilo de cooperación se puede determinar una respuesta paralela por parte del terapeuta. (O`Halon y Wiener-Davis 1989).

Otro aspecto central de este modelo es la co-creación, O'Halon y Wiener-Davis (1989) mencionan que como terapeutas influimos mucho durante el proceso de la entrevista sobre las percepciones y la experiencia que los clientes tienen de su situación. Sobre lo que elegimos centrarnos, lo que elegimos ignorar, la forma en que formulamos nuestras preguntas, si decidimos interrumpir o permanecer en silencio, todo ello ayuda a configurar el retrato de la situación del cliente, co-creamos el tipo de problema. En ese sentido si las preguntas que hacemos generan información acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos. A menudo las percepciones del problema cambian significativamente en el contexto de este de preguntas. Participamos en la co-creación de la realidad de nuestros clientes.

Con esto no se quiere decir que los terapeutas asignen problemas a los clientes al azar. Los problemas se derivan de los datos brutos de las quejas de los clientes. Desde este punto de vista se puede decir que son negociados interpersonalmente co-creados.

Habitualmente los clientes vienen ya con algún tipo de definición del problema, la cual no ha ayudado a que se arregle la situación. En este modelo se prefiere negociar una definición del problema y que esta este en las manos tanto del terapeuta, como del cliente resolver. En esta negociación hay que desaparecer la idea de que hay un problema, negociar un problema soluble y situar a los clientes en un marco en el que piensen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver su problema. Habitualmente el terapeuta ofrece definiciones nuevas del problema, más abordables, y/o se busca en la queja del cliente algo que pueda solucionarse. (O'Halon y Wiener-Davis 1989).

Un aspecto mas que menciona O'Halon y Wiener-Davis (1989) como central en la co-creacion es el lenguaje, de modo que hay que ser muy cuidadosos con el uso de este en la terapia. El lenguaje ofrece la posibilidad de cuestionar o solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad. También se puede usar como instrumento para cuestionar certezas inútiles.

Los métodos de la terapia de soluciones están mas dirigidos a producir cambios en la percepción y la conducta, que a adaptarse al lenguaje del cliente, que solo sirve como una estrategia de unión mas que de intervención.

El adaptarse a al lenguaje del cliente permite establecer un buen rapport, el adoptar la modalidad sensorial del cliente permite que el terapeuta pueda desarrollar empatia e indique comprensión de la situación del cliente, ambas técnicas significan el preámbulo para la verdadera intervención, el encauzar el lenguaje del cliente.

Encauzar el lenguaje del cliente significa utilizar las palabras de los clientes en una dirección productiva o emplear palabras distintas. Resulta útil encausar el lenguaje, alejándolo de la jerga que emplea etiquetas fijas y negativas y llevándolo hacia descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano. Canalizando la conversación hacia descripciones menos patológicas, mas normales, de la dificultad.

De la misma forma hay que utilizar de forma cautelosa los tiempos verbales, ya que de esa manera podemos dar la impresión que el problema esta en el pasado y que existen posibilidades para el presente y el futuro. Es responsabilidad del terapeuta cambiar las palabras, y por tanto la forma de pensar, adoptando primero el tiempo presente que usa el cliente y pasando luego al pasado incluso en la primera sesión.

A veces los clientes hablan de tal forma que cierran las posibilidades y transmiten la impresión de que nada puede cambiar. El terapeuta debe de utilizar un lenguaje de posibilidad, para poner en duda esas certezas poco útiles que tren consigo los pacientes.

Otra forma de crear un contexto para el cambio es introducir nuevas distinciones en el pensamiento del cliente. Una vez que estas distinciones están introducidas es difícil olvidarlas. Estas distinciones ayudan al cambiar el punto de vista que los clientes tienen de la situación y eliminan las distinciones que no contribuyen al cambio.

4.2 Los conceptos básicos del modelo

Según O'Halon y Wiener-Davis (1989) un supuesto de la Terapia breve centrada en soluciones es que lo que esperas es lo que consigues entonces los terapeutas que trabajan en este modelo mantiene aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes y hacen mas eficaz el trabajo. En este sentido hay premisas que se centran en los recursos y las posibilidades, estas son:

Los clientes tiene recursos y fuerzas para resolver sus quejas: todas las personas ya disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver quejas. Es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas.

El cambio es constante: si admites que el cambio es constante, te comportas como si el cambio fuera inevitable. Por medios verbales y no verbales los clientes recibirán la impresión de que seria sorprendente que la queja que presentan persistiera.

El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio: es importante centrarse en lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso, y trabajar para ampliarlo.

Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla: en vez de una información detallada sobre la queja, lo que debiera ser importante es lo que los clientes hacen y que les da buenos resultados. Hay mucho que aprender de las excepciones, es decir, de los momentos en los que los problemas que llevan a terapia a los clientes no resultan molestos.

No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla: no es aceptada la creencia de que en los individuos, relaciones o familias, los síntomas (que los llamamos quejas) cumplen determinadas funciones. Incluso las hipótesis mas perceptivas y creativas acerca de la posible función de un síntoma no ofrecerán a los

terapeutas pistas acerca de cómo puede cambiar la gente. Simplemente sugieren como las vidas de las personas se han vuelto estáticas y por que se mantiene de esa forma.

Solo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema: las personas que están en un bache hablan con frecuencia de los círculos viciosos. Esta tendencia de que los pensamientos y acciones entren en escalada puede actuar también en la dirección opuesta. Una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios, en este sentido el cambio es contagioso, un cambio en una parte del sistema (familia), produce un cambio en otra parte del sistema.

Los clientes definen los objetivos: puesto que no existe una única forma “correcta” o “válida” de vivir la propia vida. Se ha llegado a la conclusión de que en una familia o para una persona es una conducta inaceptable, resulta deseable para otra. Por lo tanto los clientes, son los que identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento.

El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos: en este tipo de enfoque como resultado de la primera sesión los clientes obtendrán una nueva visión, más productiva y optimista de su situación.

No hay una única forma “correctas” de ver las cosas puntos de vista diferentes pueden ser igual de validos y ajustarse igual de bien a los hechos: aunque no pensamos que haya puntos de vista correctos o incorrectos, creemos que existen puntos de vista más o menos útiles. Es decir, las opiniones que las personas tienen acerca de sus problemas aumentan o disminuyen la probabilidad de solución, los puntos de vista útiles ofrecen una salida de las redes psicológicas que tejen las personas. Los puntos de vista que las mantienen bloqueadas simplemente no son útiles.

Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable: como terapeutas orientados al cambio, queremos centrar la atención en los aspectos cambiantes y cambiables de la experiencia de nuestros clientes, por lo tanto

hay que centrarse en aquellos aspectos de la situación de la persona que parecen mas susceptibles de cambio, sabiendo que hincar cambios positivos y ayudar a la persona a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos inesperados y mas amplios que en otras áreas.

4.3 El proceso terapéutico

Según O'Halon y Wiener-Davis (1989) la primera sesión se encuentra dividida de la siguiente manera:

Unión. Cuando se saluda a los clientes se suele pasar los primeros minutos charlando sobre cualquier cosa distinta de lo que podría considerarse la razón por la están en el consultorio, el objetivo de esto es mostrar un interés genuino por ellos y que se sientan cómodos, evitando la confrontación y los temas en los que es probable que existan desacuerdos.

Una breve descripción del problema. Habitualmente la pregunta es ¿que los trae por aquí? Tras una breve descripción del problema, hacemos una serie de preguntas para extraer información de; las ocasiones en que las cosas van bien; las soluciones anteriores; y las fuerzas y recursos de las personas.

Buscar excepciones al problema. Por muy grave o crónico que el problema sea hay ocasiones o situaciones en las que simplemente el problema no ocurre. Esto es la excepción. Las excepciones a los problemas ofrecen una gran cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema. Se pueden desenterrar las soluciones examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no. Con frecuencia los clientes solo necesitan hacer mas de lo que ya les ha funcionado, para que el problema deje de existir.

Para recabar información acerca de las excepciones puede ser útil hacer ciertas preguntas; ¿Qué es diferente en las ocasiones en que (no ocurre el problema)? ¿Cómo conseguiste que sucediera? ¿De que manera el que (ocurre la excepción) hace que las cosas vayan de otra forma? ¿Quién mas se dio cuenta(la excepción) ¿Cómo puedes

saber que se dio cuenta, que hizo, dijo? ¿Cómo conseguiste que dejara de (el problema)? ¿De que manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace (tiempo)? ¿Qué haces para divertirte? ¿Cuáles son tus aficiones o intereses? ¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? (en caso afirmativo) ¿Cómo la resolviste entonces? ¿Que tendrías que hacer para conseguir que esto volviera a suceder.

Normalizar y despatologizar. Cuando los terapeutas normalizan las dificultades que los clientes traen a terapia, los clientes parecen aliviados, llevándoles a pensar que tal vez las cosas no son tan malas como parecían. La forma más común de normalizar durante la sesión es decir cosas como: “naturalmente”, “por supuesto”, “buen venido al club”, “¿y?”, y “eso me resulta familiar” cuando las personas describen cosas que consideran inhabituales o patológicas. También se puede normalizar interrumpiendo la descripción y terminar el relato como si supiéramos el final, ya sea con opciones o basados en nuestra experiencia.

Definición de objetivos: es responsabilidad de los clientes decir que cambios quieren que ocurran, los terapeutas adoptan un papel activo para asegurarse, que los objetivos sean alcanzables, y lo bastante concretos para ser alcanzables. Al definir objetivos se debe empezar por cosas pequeñas, ya que un cambio pequeño lleva a cambios adicionales y un cambio en una parte del sistema llevara a un cambio en diferentes partes de este. También se debe decir los objetivos de una manera concreta, las abstracciones no le sirven al proceso terapéutico y si se aceptan se dificulta el trabajo.

La pausa: una parte importante del trabajo con equipos y cristales unidireccionales es hacer una pausa para consultar al equipo. Esto permite que el terapeuta y el equipo reúnan y compartan ideas acerca de la dirección del caso. La pausa sirve como un marcador de contexto, permite al terapeuta volver a subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con ideas nuevas antes de que se marchen. Al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante y concluyente.

Elogios: se aprovecha cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas. Cuando se oye que un cliente está haciendo algo que es positivo o promueve soluciones, tomamos nota mentalmente para felicitarle por ello. Aquí no solo se connota positivamente, sino que también se ofrece feedback, a razón de lo que ya se ha hecho para empezar a resolver el problema y de lo que se debe evitar hacer para no volver a presentar el problema.

No todas las primeras sesiones van sobre ruedas, a veces los clientes son incapaces de identificar excepciones o soluciones pasadas para ello se pueden emplear las preguntas de avance rápido, preguntar sobre el problema, buscar recursos y soluciones que analizaremos en las intervenciones

4.4. Las Intervenciones

Intervención sobre patrones: En situaciones aparentemente aleatorias y complejas existen patrones subyacentes que las organizan. Incluso los eventos muy regulares, tienen variaciones caóticas que a su vez tiene patrones subyacentes. Incluso el caos es sorprendentemente ordenado. Los sistemas caóticos cuando son perturbados tienden a reorganizar sus patrones. Al estudiar esto Edward Lorenz, encontró que los cambios más diminutos tienen un profundo efecto sobre los sistemas complejos. Este efecto lo llamo "efecto mariposa". (O'Halon y Wiener-Davis 1989)

En terapia tratamos continua O'Halon y Wiener-Davis (1989) de alterar las pautas individuales y sociales introduciendo en ella un pequeño cambio. Encontramos los puntos de orden en el aparente caos de la situación que presenta el cliente y perturbamos sistemáticamente estos organizadores del patrón. Los problemas que la gente lleva a terapia no son cosas, sino patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. Estas pautas son muy susceptibles de cambiar. Las situaciones o contextos que rodean a estos patrones también forman parte del patrón. Por lo que podemos intervenir en dos niveles.

- *Intervención sobre el patrón de la queja.* La forma mas sencilla y directa de intervenir en un contexto que contiene una queja es alterara el propio patrón de la queja. El terapeuta hace que el o los clientes introduzcan alguna pequeña o insignificante modificación en el desarrollo de la queja.

Alterar el desarrollo de la queja altera el contexto. A menudo la queja desaparece, gradualmente o de forma abrupta, las clases de intervenciones que se pueden hacer en este campo son: cambiar la frecuencia o tasa de la queja; cambiar el tiempo de ejecución de la queja; cambiar la duración de la queja; cambiar el lugar en que se produce la queja; añadir al menos un elemento nuevo al patrón de la queja; cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja; descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos mas pequeños; y , unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.

- *Intervención sobre el patrón del contexto.* Cuando el hecho de abordar la queja a través de la intervención sobre el patrón no tiene resultado o no es aconsejable, se pueden alterara las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan la queja. Este tipo de intervención consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja.

Aunque los patrones regulares que acompañan la queja no están involucrados directamente con ella, alterarlos puede producir un cambio en el contexto de la queja, llevando a su resolución. El terapeuta debe pedir descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterara aquellas que parecen acompañarla habitualmente.

Preguntas presuposicionales: Estas preguntas funcionan como intervención, esto quiere decir que a través de las preguntas cuidadosamente escogidas, basadas en el lenguaje de solución y orientadas hacia esta, podemos influir en las percepciones de los clientes, ya que en la reflexión de este tipo de preguntas el cliente mira su situación desde nuevas perspectivas.

Una de las reglas básicas de la construcción de estas preguntas es mantenerlas abiertas, de esta forma proporcionara mas completa y útil, las respuestas como si o no sirven al objetivo. Durante la sesión hay momentos que no se usan estas, pero el objetivo es usar estas tan a menudo como sea posible. Hay un patrón de ordenación de estas preguntas, dependiendo del momento de la terapia y el objetivo que perseguimos.

Técnicas de proyección al futuro: Cuando no se pueden recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que sacar partido, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas hacia le futuro. Se le pide al cliente que imagine un futuro sin el problema y que describan cono es. Una vez que el cliente ha descrito su futuro, también ha descrito las soluciones. (O´Halon y Wiener-Davis 1989)

Puesto que muchas veces las personas no se han imaginado el futuro sin el problema este seria un ejercicio muy útil. Parece que el mero hecho de construir una visión de la solución funciona como catalizador para producirla. Además, mediante la utilización del verbo en tiempo futuro estamos dando a entender que la solución es inminente. (O´Halon y Wiener-Davis 1989)

- Pregunta del milagro (de Shazer 1997)“Supongamos que una noche, mientras duerme, se produce un milagro y su problema se resuelve. ¿Como se daría cuenta? ¿Qué seria diferente? ¿Cómo lo sabría (su esposa, su esposo, su hijo, su hermano) sin que usted dijera ni una sola palabra sobre el asunto?

Un marco de referencia para toda una serie de preguntas (denominado en forma colectiva como la pregunta del milagro) se utiliza en casi todas las primeras sesiones en el CTBF para ayudar al terapeuta y al cliente a describir que características tendrá una solución. Es típico que, cuando se les pregunta directamente acerca de sus objetivos para la terapia, los clientes digan que quieren “sentirse mejor” o algo igualmente global y no especifico. Si se pregunta indirectamente acerca de objetivos

utilizando la secuencia del milagro, uniformemente se logra producir descripciones de conductas concretas y específicas. Hemos descubierto que este modo de echar una rápida ojeada al futuro es marco más eficaz para ayudar a los clientes a fijar objetivos y describir así cómo se darán cuenta cuando el problema este resuelto. Tal vez, este marco de referencia se conecta con las expectativas que tiene los clientes respecto de la terapia: llega a la terapia con la esperanza de que se produzca un milagro.

Por medio del uso de esta pregunta, el terapeuta y el cliente se ponen en condiciones de lograr una imagen lo mas clara posible de las características que tendrá una solución, aun cuando el problema sea vago, confuso o no este claramente descrito.

Una descripción de futuro sin la presencia del motivo de la consulta puede resultar útil para evaluar los rasgos característicos de las excepciones. Cuando la descripción del futuro incluye una continuidad de la excepción entonces podemos sentirnos más seguros de que estamos en el camino correcto. Pero si las respuestas a la secuencias del milagro no están basadas en las excepciones, entonces sabemos que tenemos que redefinir el motivo de consulta.

- Preguntas de escala: Selekman (1996) menciona que las preguntas de escala sirven para obtener una medición cuantitativa del problema familiar, antes del tratamiento y en el presente, y también en el lugar que desearían colocarse dentro de una semana.

Estas preguntas constituyen una herramienta valiosa, continua Selekman (1996), para determinar el objetivo y mantener claro el foco durante el curso de la terapia. una vez que la familia se ha calificado en una escala del 0 al 10 se debe negociar con las partes para obtener al menos medio u un punto al cabo de una semana. Después de la pregunta del milagro se utiliza la pregunta de escala para negociar con la familia un objetivo de tratamiento bien formulado.

Tareas de formula (de Shazer 1997): Son intervenciones que parecen ser eficaces para resolver problemas muy diversos, es decir se emplean la misma tarea para iniciar cambios. Parece que las características específicas del problema no están relacionadas con el proceso de solución. Aunque las tareas pueden estar orientadas hacia el problema o a la solución, las prescripciones de solución que se derriben fomentan nuevas conductas y percepciones al crear la expectativa de cambio. Se orienta a los clientes a ver de forma diferente la situación a ver la solución.

- *La tarea de formula de la primera sesión.* Esta tarea que consiste en una orden que se le da a los pacientes de que vayan a casa y que vean que de lo que esta ocurriendo quieren que siga ocurriendo. La finalidad de esta tarea es que los pacientes empiezan a mirar las cosas positivas que seguramente están ocurriendo y ellos no las están mirando, así como que empiecen a actuar de forma diferente al estarse observando y saberse observados. De la misma forma identificar que de lo hacen que cosas son las que precisamente sirven para la solución del problema.

Cuando los clientes vuelven la segunda sesión es importante que el terapeuta se situé en la postura de que esta seguro que sucedieron cosas positivas y que han sido advertidas por el cliente. Después el terapeuta hace preguntas presuposicionales para generar información acerca de las excepciones. Esto con la finalidad de amplificar y mantener los cambios.

- *La tarea de la sorpresa.* Esta tarea consiste en una orden que se le da a un miembro de la familia para que haga algo que sorprenda a los otros miembros de la familia, los otros deben de observar con atención y adivinar, no pueden comentar entre ellos hasta la próxima sesión.

Esta tarea introduce el azar en las pautas que caracterizan a las relaciones, las cosas se vuelven impredecibles. Los clientes fijan la atención en nuevas cosas y de esta forma las personas que están haciendo estas cosas no tendrán que preocuparse de

que los otros no se den cuenta de sus esfuerzos. Las sorpresas suelen convertirse en soluciones.

- *La tarea genérica.* Una vez que los clientes han descrito cual seria su objetivo, incluso si les ha resultado difícil concretar, es posible emplear su lenguaje para diseñar una intervención que cree la expectativa de cambio. Si un cliente menciona que quiere sentirse feliz con su familia, podemos decirle que observe en que ocasiones es feliz con su familia, podemos sugerir que anote sus observaciones. Esto ayudara a que se vean las conductas deseables, o sea que los cambios ya están ocurriendo y el fin ultimo que el paciente vuelva habiendo definido con mayor claridad sus objetivos.

La segunda sesión y las sesiones siguientes: O´Halon y Wiener-Davis (1989) mencionan que la segunda sesión y las siguientes comienzan explorando los resultados de la tarea. La pregunta inicial debe expresar la certeza de que han hecho la tarea y de que han sucedido cosas buenas, esta pregunta es especifica. Las preguntas mas especificas se considera que lleva a los clientes por caminos mas productivos.

Una vez que los clientes dan a la pregunta inicial una respuesta positiva, se hacen las preguntas sobre las excepciones. Esto amplia los cambios. Se usan los verbos en pasado cuando se investigan las diferencias entre las cosas positivas que sucedieron en la primera sesión y la segunda sesión y las ocasiones en que solía darse el problema. Se habla el mayor tiempo posible sobre los cambios y los aspectos positivos de estos cambios.

Se pueden dividir los clientes en tres grupos según la cantidad de cambio experimentado entre la primera y la segunda sesión:

- El grupo del milagro: este grupo son los que vuelven tras haber tenido una semana milagrosa, mejor de lo que cualquiera pudiera haberlo imaginado

- El grupo así-así: este grupo son los que han tenido una semana mejor que las anteriores, pero sigue habiendo muestras de que el problema aun no esta completamente resuelto.
- El grupo igual o peor: este grupo son los que han tenido una semana en la cual no hubo ningún cambio o incluso un retroceso.

Cada grupo requiere decisiones diferentes por parte del terapeuta y el conocer el nivel de avance favorece a este y al trabajo terapéutico.

5. Modelo de Milán

Mara Selvini Palazzoli, terapeuta individual con preparación en psicoanálisis infantil y especialista en pacientes con anorexia nerviosa, fundo el centro para el Estudio de la Familia que inicio su actividad en Milán, Italia, en mayo de 1967. El trabajo fue sustentado por un largo periodo de estudio sobre la literatura existente y un viaje a estados unidos por parte de Mara Selvini Palazzoli. (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata 1988).

Selvini invito a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Guiliana Prata a participar en el proyecto. Durante los primeros años, se reunían una vez a la semana sin recibir ningún salario, en las reuniones discutían los casos de Jackson, Haley y Bateson por quienes fueron fuertemente influidos y ayudaron a sentar las bases de del modelo terapéutico. (Rodríguez 2004, Sánchez 2000)

5.1 Proceso terapéutico

El grupo en un inicio atendía pacientes con anorexia y psicosis, bajo una orientación psicoanalítica, que abandonaría posteriormente para trabajar con pacientes esquizofrénicos, desarrollando un modelo propio de trabajo. En este modelo la sesión se desarrolla en 5 etapas: (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn 1987).

- Presesión: Aquí los miembros del equipo se reúnen analizar la sesión anterior o la ficha telefónica, si se trataba de una primera sesión. La ficha telefónica o de

solicitud del servicio contenía los siguientes datos según Selvini et al. (1988) : Nombre de la Familia; dirección; fecha de llamada o solicitud; nombre, edad, estudios, profesión del padre, madre y hermanos por orden de edad, fecha del matrimonio, otras personas que habitan el lugar y su grado de parentesco, problema y nombre de quien llama .

- Sesión: con duración de una hora aproximadamente los terapeutas conducen el coloquio de la familia. Dos terapeutas en pareja heterosexual conducen la sesión, mientras que dos se encuentran tras un espejo de doble fondo. Los terapeutas se interesan por la información, quien la suministra y de que manera, así como el estilo interaccional de la familia. Los terapeutas propician interacciones entre los miembros de la familia al tiempo que tratan de evitar dar información concreta orientadora. De ello se trata de obtener la mayor cantidad de información de conductas verbales y no verbales. Se evita a lo largo de la sesión revelar los fenómenos observados, así como emitir juicios y valoraciones. Si los observadores observan perturbaciones en los terapeutas debido a maniobras de la familia se les llama a los terapeutas para darle indicaciones o sugerencias.
- Discusión: Los terapeutas y los observadores discuten la sesión y toman la decisión de cómo terminarla.
- Conclusión de la sesión: Los terapeutas vuelven con un breve mensaje o con una prescripción, las cuales se estudiaban con el fin de que fueran paradójicas, a excepción de la primera sesión, donde se discutía la pertinencia de la terapia y en caso de ser afirmativa la respuesta, se decidía el costo y el número de sesiones.
- Redacción del acta: Aquí se sintetizan los elementos esenciales de la sesión, si hubo interacciones importantes se transcriben textualmente, en caso de duda se vuelve a escuchar la grabación.

5.2 Conceptos básicos del modelo

Un concepto básico que postula el Grupo de Milán como el rector de las interacciones familiares es el *Juego Familiar*, concepto que engloba las realizaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias de los otros y de si mismos. El juego familiar pertenece al nivel de significado, que preside al conductual, al otorgar una interpretación establecida a las acciones e interacciones familiares. La familia patológica no percibe las variaciones que las conductas sufren con el tiempo, por que el sistema de significados o creencias propio permanece fijo. En este sentido, la meta terapéutica consistiría en modificar la epistemología que la familia tiene de sus propias relaciones y conductas, para cambiar la secuencia sintomática. Esto se logra redefiniendo las creencias y relaciones familiares, buscando los efectos saludables del síntoma, prescribiendo la secuencia sintomática dentro de un tiempo establecido, todo esto de forma paradójica y con el objetivo de crear un epistemología familiar distinta. (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino 1990)

El instrumento para evaluar el juego familiar es la entrevista circular, el equipo de Milán propone tres principios básicos que conducen la entrevista: (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata 1990)

- **Hipótesis:** son suposiciones generadas para guiar la actividad ejecutiva del terapeuta, ya que ofrece una guía de las preguntas a realizarse para confirmar, refutar o modificar la suposición anteriormente planteada. En este sentido, las hipótesis son utilizadas para organizar la información obtenida en la sesión, sistematizarla, y dar una explicación acerca del mapa familiar, el problema y su relación contextual. Por ello la hipótesis debe de ser sistémica y deberá incluir a todos los componentes de la familia y dotar de una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional.
- **Circularidad:** Es la capacidad del terapeuta para la búsqueda de información acerca de las relaciones, de las diferencias y el cambio. Se funda en la idea de que las personas se conectan entre si, a lo largo del tiempo, según pautas particulares, donde los miembros de la familia, ponen de manifiesto su conexión

en tanto comunican información en forma verbal y no verbal. Esta forma de comunicación, supone, que en los sistemas problema, los intercambios de mensajes son confusos o inaceptables para la familia. Una herramienta útil, son las preguntas circulares ya que sirven para aclarar ideas confusas y conductas cuestionables, además de reintroducir en la familia información en forma de preguntas, de este modo, el sistema terapéutico y el familiar crean conjuntamente por medio del lenguaje, un mayor número de alternativas. (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn 1987).

- Neutralidad: El concepto de neutralidad se emplea para que el terapeuta sostuviera su posición sistémica en la entrevista, y que de ninguna manera esto tiene que ver con frialdad o falta de involucramiento del terapeuta; en este sentido, la neutralidad es un estado de curiosidad constante, se debe de ser curioso para explorar nuevos puntos de vista, Cecchin (1989). En este sentido, la neutralidad es una postura terapéutica básica y deseable, ya que de esta manera el terapeuta se mantiene con todos a la vez, no juzga, no critica, el equipo neutraliza cualquier intento de alianza por parte de cualquier miembro de la familia. (Rodríguez 2004).

5.3 Intervenciones

Para las técnicas terapéuticas el grupo tomó y amplió algunos de los métodos del MRI. El doble vínculo terapéutico, que nombraría contraparádoja, se habló de connotar positivamente, se frenaba el cambio, se prescribían tareas estratégicas, aunque estas fueron ritualizadas, además se formalizó la práctica de las observaciones de las sesiones por parte de terapeutas ubicados detrás de un espejo como práctica común y coherente con la epistemología desarrollada para tal efecto. A continuación se enumeran las técnicas junto con una breve explicación de estas. (Selvini 1990.; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata 1990.; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn 1987).

Técnicas	Estrategias
<p>Intervenciones Cognitivas. Tiene como finalidad alterar el modo en que los integrantes se perciben entre si.</p>	<p>Redefinición. Modifica la percepción del síntoma, presentándolo desde otro marco distinto al de la familia</p> <p>Connotación Positiva. Aquí se cambia la atribución del problema de las causas negativas a causas positivas o al menos a causas no hostiles. El síntoma se presenta debido a causas de amor o sacrificio.</p>
<p>Intervenciones Conductuales. Tiene como finalidad alterar el modo en que los integrantes actúan entre si, cambiar las interacciones</p>	<p>Prescripciones Directas. El objetivo es cambiar la conducta del o de los miembros de la familia que estén en relación directa con el mantenimiento del síntoma. Se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para la consolidación de las intervenciones paradójicas y ritualizadas.</p> <p>Prescripciones Paradójicas. Se emplea cuando la situación es de orden y secuencias rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad al sistema. Si se califica como positivo el síntoma, se connota positivamente la homeostasis familiar y se ubica a las personas en un mismo plano en la familia.</p>
<p>Prescripciones Ritualizadas. Tiene como finalidad introducir nuevas reglas al sistema sin ofrecer explicaciones, críticas o cualquier intervención verbal. Se emplea cuando la situación familiar es confusa o ambigua, para introducir orden y secuencialidad</p>	<p>Rituales. Se puede prescribir como un experimento, un rito de transición o como un ensayo. La actividad consiste en hacer algo, una secuencia de conductas, definidas con precisión, en tiempo, lugar y conducta. Esta actividad no tiene que ser parte de la vida cotidiana de la familia, si no basta con que contribuya a clarificar patrones de interacción.</p> <p>Tareas Ritualizadas días pares-impares. Se prescribe con la finalidad de entrenar a la familia en conductas alternativas, ya que permite la experimentación de una secuencia de interacción diferente, la sensación de control de la secuencia misma y por ende el bloqueo de la secuencia habitual.</p> <p>Prescripción Invariable. Elimina la necesidad de una hipótesis ya que supone que existe un conflicto en la</p>

	diferenciación de subsistemas, parental-filial. El propósito es entonces introducir un mensaje organizador que clarifique los límites entre padres e hijos.
--	---

6. Terapia Narrativa

La terapia Narrativa se desarrolla durante de la década de los ochenta principalmente en Australia de donde es exportada al mundo por sus principales representantes Michael White, Terapeuta Familiar radicado en Adelaida y David Epston, Antropólogo de Nueva Zelanda, (White y Epston, 1993; White 1994). Este tipo de terapia muestra elementos similares a la terapia enfocada a soluciones y al modelo psicoeducativo, postulando una relación terapéutica colaborativa. (Sánchez 2000).

Basado en las Ideas del construccionismo social, Gregory Bateson y Michel Foucault, White, realiza un modelo para ayudar a las personas a liberarse de la opresión de sus problemas; que frecuentemente están relacionados con las practicas culturales opresivas, y que influyen directamente en las historias de si mismos, en la forma de ver el mundo y en el uso del lenguaje para construir estas historias. (Elkaim 1996; Foucault 1975; Sanchez 2000). En este sentido, el modelo tiene un interés político y existe la convicción de crear historias alternativas que han sido oprimidas por la cultura dominante, con el firme propósito de la disolución de los problemas. (Nichols y Schwartz 1995). De esta manera se deja a un lado la metáfora cibernética, para establecer una metáfora narrativa. (Elkaim 1996).

6.1 Postulados teóricos

White (1994), basado en el trabajo de Foucault (1975) -quien analiza a la sociedad a través de las leyes de poder, en donde el estado oprime a la gente manteniéndolos divididos y haciéndolos responsables de sus propios problemas-, construye la metáfora que utiliza y que consiste en describir la relación entre la gente y sus problemas, como un combate por el control, como si el problema fuera un adversario viviente. Para ello

utiliza preguntas con el propósito de separar a la gente de sus historias opresivas, estas pueden ser:

- Preguntas relativas al panorama de acción. Aquí se pregunta acerca de las historias sobre logros aislados, esto con el objetivo de dar paso a otros posibles panoramas de acción. Son capaces de dar nacimiento a perspectivas alternativas que se extiendan a lo largo de la dimensión temporal ya que pueden referirse tanto al pasado, así como al presente o al futuro. Así como, servir, en cierto sentido, como puente entre hechos preferidos del presente y del pasado, con el propósito de identificar logros aislados contenidos dentro de las secuencias preferidas a lo largo del tiempo. En este sentido, las preguntas pueden centrarse en la historia reciente o distante
- Preguntas relativas al panorama de conciencia. Aquí se pregunta y profundiza sobre los hechos del panorama de acción, en estas líneas principalmente: Naturaleza de las preferencias y deseos; carácter de cualidades personales y relación; constitución de estados intencionales; composición de creencias preferidas y /o naturaleza de sus empeños
- Preguntas referentes a experiencias de experiencias. Aquí se pregunta con el propósito de que las personas den una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar ellas. Esto facilita el proceso de recreación de vidas, relaciones, de tal forma que alienten a las personas a reflexionar acerca de sus vidas a través de la mirada del otro.
- Preguntas de influencia relativa. Aquí se pregunta con el propósito de ayudar a las personas a tomar conciencia de su relación con el problema y a describirlo. De esta forma, se anima a las personas a trazar un mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones, así como, a descubrir la influencia de este problema sobre su vida. Las preguntas de influencia relativa pueden ser de varios tipos: preguntas sobre logros aislados, preguntas relativas a la explicación única, preguntas relativas a la redescipción única y preguntas sobre posibilidades únicas.

En este sentido, podemos observar que la temporalidad juega un papel crítico dentro del modo narrativo de pensamiento, ya que, el desarrollo de los relatos existe en virtud del desarrollo de los acontecimientos a través del tiempo. De la misma forma White (1994) da mayor importancia, que la que se otorga en otros modelos, a las particularidades de la experiencia vivida, siendo los puntos de unión entre los diversos aspectos de la experiencia vivida los generadores de significado.

Para expresarlo de forma mas clara White y Epston (1993) ofrecen los siguientes presupuestos teóricos de la Terapia Narrativa:

- No existe interés por la etiología del problema, si no por las exigencias de este para la supervivencia, y por el efecto de estas exigencias sobre las vidas y relaciones de las personas. Las respuestas de los integrantes de la familia a la exigencia del problema, en conjunto, constituyen el sistema de apoyo al problema.
- Las personas se organizan alrededor de los significados de una forma particular, el como se organizan ante estos, contribuye a la conservación del problema.
- Existe una historia que domina y da sentido a los eventos vitales de las personas, esta historia esta determinada por el contexto, la naturaleza y los patrones de acción
- El problema es una entidad externa construida en contextos culturales que incluyen relaciones de poder, raza, clase social, preferencia sexual o genero.
- Las personas no son causantes del problema, si no la relación que se tiene con el contexto.
- Las personas organizan sus vidas alrededor de determinados problemas como escritores y lectores (analogía del texto) en torno a ciertas narraciones, y el estudio de la vida del problema es la narración de la vida de la persona.

- Se propone una terapia como una analogía de un texto, en donde se pone énfasis en las historias, rehistorias de la vida y de las experiencias de las personas que se presentan con problemas. Escribiendo y seleccionando los eventos significativos, para ello, las cartas y los certificados terapéuticos contribuyen de manera muy concreta a la cocreación de narraciones nuevas y liberadoras.
- Se utiliza el lenguaje dentro de la conversación terapéutica como un instrumento que posibilita cambiar la historia dominante del paciente, haciéndole ver otra realidad sobre su problema.
- Se trabaja sobre las historias, no sobre los problemas y se trata de remontarse al pasado, al presente y al futuro de la familia y la relación histórica que esta ha tenido con respecto al problema.

6.2 Proceso terapéutico

Las sesiones en terapia narrativa no tiene una duración determinada, White y sus colegas se extienden hasta dos horas, no solo con familias, sino incluso con parejas o individuos. El intervalo entre sesiones es también variable, no existe una norma. La narrativa no es una terapia breve, así que las sesiones pueden exceder incluso las 20, aunque las herramientas como los textos externos o los documentos terapéuticos pueden reducir eficazmente la duración de la terapia. con frecuencia unas pocas sesiones, muy distanciadas entre si, son suficientemente efectivas, sobre todo en problemas de larga duración. Las sesiones no suelen tener un orden determinado, la persona consultante es la que rige las sesiones a través de su relato, y es el terapeuta el encargado de cuestionar, respetuosamente la historia e insertar las Intervenciones adecuadas con el propósito de coconstruir el relato alternativo. (Payne 2002)

Sin embargo, si existe un orden lo lógico de la terapia, lo primero según González (2004) es la exploración del problema, se externaliza, se nombra, se rastrea su

historia. Posteriormente, se deconstruye, se descubren eventos extraordinarios o excepcionales, se rastrea la historia y el significado de dichos eventos. Se engrosa la historia, con documentos y cartas. Finalmente se realizan rituales y ceremonias definicionales

6.3 Intervenciones

Para Suárez (2004) la intervención terapéutica es un fenómeno recíproco que puede modificar las vidas de manera significativa. El trabajo terapéutico es un ejercicio de corresponsabilidad, de caminar conjuntamente y es el terapeuta el que debe generar en las personas la voluntad de ser participante de su propia historia.

Externalización del problema. Es una técnica que ayuda a los miembros de la familia apartarse de las descripciones saturadas. Al hacerlo recuperan la capacidad de identificar aspectos que habían sido ignorados. Este proceso de inicia alentando a las personas que den cuenta de los efectos que tiene en sus vida los problemas. Estos pueden ser de orden emocional, de relaciones familiares, en ambientes sociales y o laborales.

Historias alternativas. Al diferenciar el problema de la persona es posible comenzar a explorar aspectos que han sido ignorados con anterioridad, y en los cuales se pueden encontrar episodios donde el cliente venció al problema o donde no ha estado. Dichos acontecimientos pueden ser de cuatro tipos: pasados, actuales, futuros y de uso de la imaginación para vencer al problema.

Documentos. Los documentos sirven para fortalecer las historias alternativas que van surgiendo a lo largo de las conversaciones terapéuticas, son utilizadas básicamente para convertir las vivencias en una narración o relato de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo, y así proporcionar a la persona una nueva historia sobre sí mismo. Lo primordial en estos documentos es cuidar el contenido y estilo. (White y Epston 1993)

7. Terapia Colaborativa

A finales de la década de 1980 algunos terapeutas comenzaron a exponer sus inquietudes y reflexiones acerca de la terapia familiar y sistémica. Se empezó hablar de un giro interpretativo, que se caracterizó por el surgimiento del paradigma narrativo en la psicoterapia y por modificaciones en la forma de interactuar con los clientes. (Beltran 2004)

Producto de estas reflexiones nace la terapia colaborativa teniendo como sus principales representantes a Harlene Anderson y Harol Goolishian

Basada en la metáfora narrativa, el poder del lenguaje y las historias con la que la gente se sostiene a si misma, (Anderson y Goolishian 1988), este enfoque asume a la terapia como una conversación dialógica en la cual se generan diferentes maneras de entender, explicar y puntuar las experiencias vividas y que lleva a las personas a la acción creadora y disolución de los problemas. (Anderson 1999).

7.1 Postulados teóricos

Anderson y Goolishian (1996) Anderson (1997) basan su trabajo en los siguientes presupuestos:

- Los sistemas humanos se encuentran en el lenguaje y en los sistemas organizadores de este.
- La mente individual en realidad es una composición social
- la realidad y los significados que atribuye el cliente a si mismo, a los otros, a las experiencias y eventos de su vida, es un fenómeno interaccional, creado y experimentado por individuos en conversaciones y en acciones a través del lenguaje.

- El lenguaje da orden y significado a la vida, es generativo y funciona como forma de participación social

7.2 Proceso terapéutico

En cada conversación los participantes traen consigo su vida cotidiana que ocurre en un contexto influido por múltiples conversaciones en la dimensión del tiempo. (Anderson 1999).

Una conversación tendrá el matiz de terapéutica cuando una persona y un terapeuta acuerdan hablar sobre algo en específico y las preguntas se dirigen a aclarar lo no dicho, con el simple objetivo de desorganizar el problema, siempre conservando el respeto por el otro y manteniéndose curioso.

El sistema de terapia es definido internamente por quienes participan en él. Lo que decide si una persona se involucra o no en la terapia es su designación como miembro de un sistema relacional que se ha construido en torno al problema (Anderson 1997).

7.3 Intervenciones

El terapeuta y el cliente exploran mutuamente una historia, una perspectiva del problema, ideas para solucionarlo, hacia el desarrollo de nuevas significaciones, realidades y narrativas que formaran una asociación conversacional.

8. Equipo Reflexivo

El trabajo con un equipo de apoyo en la sesión terapéutica, es desarrollado e implantado por la escuela de Milán. Andersen (1994) refiere que al trabajar sobre esta modalidad de equipo noto que no satisfacía sus necesidades, ya que el terapeuta se limitaba a transmitir el mensaje dejando fuera el proceso mediante el cual el equipo llegaba a determinar el mensaje.

8.1 Postulados teóricos

Tom Andersen plantea que el paciente tiene dos tipos de conversación, una de ellas es una conversación externa con los otros y la otra es una conversación interna con el mismo. La conversación externa origina una perspectiva mas adentro de la conversación interna. El entrevistador espera una pausa en la conversación del sistema, para generar una pregunta, esta genera una apertura, la cual es considerada una incitación para el continuo dialogo. Este tipo de procedimiento (el equipo reflexivo) permite que la familia se viva como apoyada dentro de un ambiente de honestidad, en donde la familia es parte del equipo y el equipo se vuelve mas empático. (Andersen 1994)

8.2 Proceso terapéutico

Esta modalidad de intervención puede llevarse a acbo con o sin espejo unidireccional y se pide consentimiento a la familia. El equipo reflexivo se integra por un grupo de terapeutas que están presentes en la sesión y que interactúan con la persona que acude a consulta en un momento de la terapia. Para hacer equipo de reflexión, White (2002) menciona que es importante considerare los siguientes aspectos:

- Las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación
- Los miembros del equipo deben de tratar de no transmitir connotaciones negativas
- Los miembros del equipo se deben mira entre si y no a los miembros de la familia
- No realizar ninguna intervención sobre el sistema

8.3 Intervenciones

El equipo reflexivo según White (2002) se integra por cuatro partes:

- Primera: le terapeuta se reúne con las persona que lo consulta y el equipo actúa como audiencia detrás del espejo unidireccional o presentes en la sesión
- Segunda: los miembros del equipo conversan sobre lo que han escuchado mientras la familia los escucha
- Tercera el terapeuta se reúne con las personas y pregunta que de lo que escucharon les pareció relevante
- Cuarta: el equipo se reúne para interrogarse mutuamente y reconstruir la terapia.

IV. Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.

1.1 Análisis y discusión de la efectividad del modelo de Terapia Breve

“El éxito de la Brief Therapy esta garantizado por su elegancia, desde sus aplicaciones sencillas hasta el tecnicismo que permite, al menos como intención, su utilización en varios tipos de actores sociales, tras una fuerte formación clínica y pragmática” Paul Watzlawick

En los últimos años la sociedad ha experimentado importantes cambios, y sus instituciones sociales viven un acelerado proceso de transformación. Cambios se pueden observar en lo político, económico, técnico y filosófico, estos han generado crisis en los paradigmas y en los modelos en funcionamiento, situaciones que permean la familia y el sector salud. Esto trae a colación, el cuestionamiento es cómo generar intervenciones en salud que los beneficien, sin que esto signifique aumentar los costos.

En el caso específico de las terapias, Schade, Beyebach, Torres y González (2009) plantean que en el futuro las terapias usadas en el sistema sanitario deberían demostrar ser eficaces, beneficiosas para los pacientes, efectivas y útiles en la práctica habitual, y con menores costos que otras alternativas.

Actualmente, se conocen una multiplicidad de formas de hacer terapia. Entre ellas está la terapia familiar. Pero también, dentro de la terapia familiar hay diversidad terapéutica entre sí. Las terapias familiares difieren entre sí en los fundamentos teóricos y de creencias que conforman sus modelos, en el contexto terapéutico, en el concepto de cambio, en la relación terapeuta paciente, en la periodicidad y la duración de las sesiones.

No existe una certeza acerca de cual tipo de terapia es mas efectivo o eficaz ya que el tratamiento psicoterapéutico está sujeto a una serie de factores que hacen inciertos tanto su curso como sus resultados.

La poca certeza acerca de la eficacia de los tratamientos contribuye a que los pacientes, y en ocasiones los mismos psicoterapeutas, muestren algún grado de resistencia y manifiesten dudas antes de iniciar un posible trabajo psicoterapéutico. Todo tratamiento implica un esfuerzo considerable por parte de los participantes.

La diversificación en las técnicas y modalidades de la psicoterapia, ocurrida en los últimos 30 años, ha contribuido a ampliar la gama de los tratamientos posibles, pero también ha favorecido la confusión y las dudas respecto a su indicación o a su eficacia comparativa (Torres y Lara 2002).

Sin embargo García y Suárez (2006) afirman que Indudablemente la psicoterapia de familia es una oferta asistencial imprescindible que aumenta la calidad de la asistencia en un sistema de salud como el nuestro que se fundamenta en la medicina familiar, y de la situación actual se deriva que las familias disfuncionales se encuentren infrasistidas, desde este punto de vista.

Al respecto, Rodríguez (2009), dentro de la terapia familiar la psicoterapia breve estratégica, es uno de los modelos sistémicos más efectivos en lo que atañe a la resolución de problemas. Se ha utilizado para diversas patologías, entre las que se hallan los trastornos de pánico, obsesivos, depresiones, psicosis, etc.;

1.1.1 La efectividad de la terapia familiar sistémica

El movimiento de la Terapia Familiar surge cuando comienzan a ser observadas familias en vivo, en su lugar de interacción familiar, en su seno, y no –como la tradición terapéutica lo indicaba- en el consultorio. Diversas investigaciones fueron realizadas con familias humanas, paralelas al trabajo de campo que se venía desarrollando con familias animales, obteniendo resultados que fueron corroborándose y desconfirmando como todo trabajo de corte científico. Esta acción, constituyó una de las primeras herejías, como lo señala Paul Watzlawick.

A pesar que tenía una función investigativa y no de *tratamiento*, el trabajo de incluir a miembros de una familia en una misma consulta (lo que sería la base constitutiva de la futura terapia familiar) era una transgresión al pensamiento psicoanalítico clásico, que sólo admitía al sujeto individual en la labor terapéutica, considerándose una *contaminación* el hecho de involucrar a otras personas en el espacio de la terapia (Rodríguez 2009).

Paralelamente algunos investigadores trabajan en el campo de la psicoterapia, desarrollando las bases de la terapia familiar: Carl Whitaker en Atlanta, Salvador Minuchin y E. H. Awerswald en Nueva York, Murray Brown en Topeka y Nathan Ackerman en Nueva York, T. Lidz y S. Fleck en Yale, G. Bateson, D. Jackson, J. Haley, P. Watzlawick, J. Weakland y Virginia Satir en Palo Alto. Todos estos tomaron a los grupos familiares no como una suma de componentes individuales (método sumativo, analítico y lineal), sino como un sistema (holístico y ecológico) con sus propiedades y atributos.

De esta manera, apunta Rodríguez (2009) se revolucionó el campo de la salud mental. Pero más aún, se comenzó a gestar una nueva epistemología, una nueva manera de entender y resolver problemas, una nueva forma de conocimiento. Este cambio involucra a la concepción del síntoma, entre otros conceptos. El análisis del síntoma no se entiende desde preguntarse el por qué o su origen (representado por la lectura lineal), sino para cuestionar el para qué, el objetivo, cual es su función en el sistema. Puesto que el síntoma puede sostener el equilibrio de todo sistema. Equilibrio estático, pero equilibrio al fin. Además, se redefinió la creencia de que por medio del insight se produce el cambio. El trabajo terapéutico se centró en el problema, como así también, los tiempos de los procesos terapéuticos. Este trabajo terapéutico siempre estuvo permeado de un trabajo investigativo formal.

Una de las primeras investigaciones dentro del campo de terapia familiar es la realizada por Christine Vaughan en 1976, donde se compararon los efectos de las

actitudes familiares sobre las tasas de recidiva a corto plazo de los episodios de depresión mayor o de psicosis en pacientes ambulatorios que habían presentado una buena recuperación tras el tratamiento hospitalario en la fase aguda. Este estudio se resumió en una publicación clásica y de gran relevancia para el desarrollo de este campo, en esta se afirmaba que los factores familiares representaban un parámetro clave para conseguir una recuperación estable en los pacientes con enfermedades mentales graves. (Falloon 2003).

Para García y Suárez (2006) a partir de ese momento Las investigaciones para demostrar la eficacia de la terapia familiar han sido dirigidas en dos sentidos:

- Investigación de resultados
- Investigación de proceso.

La primera de estas direcciones, que fue la fundamental en las primeras etapas, va dirigida a demostrar que la psicoterapia familiar es un método idóneo para lograr el tan esperado cambio y para evidenciar las características de lo que se logra cambiar a través de ella, es decir, todo lo relativo a los resultados alcanzados por la intervención psicoterapéutica en la familia y sus miembros.

La segunda se centra en el estudio de los mecanismos a través de los cuales se produce este cambio, “el cómo”, aquí se trata de las características de la interacción entre determinada intervención y determinada modificación en la familia y sus miembros.

En este sentido los estudios de eficacia han establecido la credibilidad científica de este método, y se puede afirmar que a través de la investigación hay evidencias que permiten concluir que la terapia familiar y de pareja ha demostrado que: (García y Suárez 2006)

Es mejor que el tratamiento que no involucra a la familia para la atención a adultos esquizofrénicos, depresión en mujeres con conflictos de pareja, conflictos de pareja, abuso de drogas y alcoholismo en adultos, anorexia en adolescentes femeninas, autismo infantil, las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la demencia y los factores de riesgo cardiovasculares.

Es mejor que el no tratamiento para los adultos obesos, los adultos hipertensos, los adolescentes obesos, anorexia en adolescentes femeninas, los trastornos de conducta infantil, la obesidad infantil y en casi todas las enfermedades crónicas infantiles.

- Ningún enfoque teórico es superior (hallazgos de meta-análisis).
- No provoca efectos dañinos.
- Es insuficiente como único tratamiento en los trastornos psiquiátricos severos y crónicos (esquizofrenia, trastorno bipolar, adicciones, autismo y trastornos de conducta graves), sin embargo, su inclusión mejora considerablemente la evolución de estos trastornos.

Estas evidencias experimentales han resultado muy beneficiosas en su momento para el afianzamiento del método, pero actualmente éstas son más importantes para los que dirigen los sistemas de salud que para los terapeutas, pues solo han demostrado lo que para los que la utilizan se hacía obvio en su experiencia clínica cotidiana.

Sin embargo aunque la pregunta sobre la efectividad de las psicoterapias ya ha sido respondida de manera afirmativa, con un grado satisfactorio de certeza, aun no se ha logrado demostrar de manera fehaciente la superioridad de alguna terapia en particular. Las razones por las que no se ha logrado demostrar en forma concluyente la superioridad de algún tipo psicoterapia son muchas. Entre ellas, el uso de metodologías deficientes, pero sobre todo las dificultades intrínsecas de la investigación en este campo (Torres y Lara 2002).

Aunque más que demostrar la eficacia de cierto tipo de psicoterapia, lo importante es poder determinar qué tipo de psicoterapia resulta más adecuado para qué tipo de pacientes, de problemas y de entorno. Dado que la psicoterapia resulta onerosa en muchos sentidos, es evidente la conveniencia de lograr reducir al mínimo la deserción y el apego inconstante del paciente, factores que redundan en un dispendio de recursos tanto físicos como humanos, además de contribuir al desaliento de los participantes. Para ello la terapia breve resulta más que adecuada ya que por sus características inherentes se plantea como una alternativa de calidad.

1.1.2 La efectividad de la terapia breve

Los procedimientos y técnicas de intervención que tiene la terapia familiar breve o *Brief Therapy* como marco teórico de referencia son los fundamentos epistemológicos, teóricos y técnicos han sido formulados por autores del Mental Research Institute de Palo Alto y esta condensada en dos obras principales *Cambio* (1974) de Paul Watzlawick, John Weakland y Dick Fich,; y *La táctica del cambio* (1982) por D. Fisch, J. Weakland y L. Segal.

La terapia sistémica breve se desarrolló originalmente (como señalamos en el capítulo 2), en el Mental Research Intitute (MRI) de Palo Alto, California. Investigada y profundizada en el *Centro de Terapia Breve* del mismo centro. La *Brief Therapy* es un modelo que propone intervenciones que tengan como objetivo la resolución de problemas y la tendencia a extinguir la sintomatología presentada por la persona.

Es importante destacar –ya que es una de las mayores críticas desde el pensamiento psicoanalítico- que no se trata de una terapia que promueva una simple anulación de la sintomatología sino que, además, posiciona al sujeto en otra perspectiva, en otro modo de percibir la realidad. Esta reestructuración del campo de mirada, le posibilita no sólo construir una nueva realidad, sino todo lo

que de ésta se deriva: destrabar el bloqueo de un proceso de crecimiento, reducir la angustia y ansiedad, modificar conductas rigidizadas, mejorar relaciones interpersonales y fundamentalmente, establecer un bienestar consigo mismo, sinónimo de evolucionar la calidad de vida. Por lo tanto, cambiar la realidad del paciente implica, entre otras cosas, bloquear la circularidad retroactiva, el circuito reverberante que mantiene homeostáticamente el problema que conjuntamente con su reformulación, permiten girar la óptica de percepción y quebrar las respuestas disfuncionales (Rodríguez 2009).

El pasado, o mejor dicho, la historia del paciente puede proveer los datos necesarios para una mayor comprensión del circuito recursivo generado por el problema en la actualidad. Pero como toda terapia sistémica, no se centra en el pasado de la persona, sino que lo utiliza en pos de trabajar la situación presente con miras a trazar el proyecto y favorecer el cambio.

Para lograr cambios el terapeuta debe trabajar en base a objetivos que los pacientes y los terapeutas han acordado. Estos objetivos deben ser claros, observables y estar conductualmente bien definidos.

El trabajar por objetivos en lugar del problema contribuye a abreviar la terapia y facilitar la evaluación de los avances o retrocesos de la misma. Para conseguir ésto, en general, se busca que los pacientes realicen algo de un modo diferente al habitual, que cambien su comportamiento interactivo y/o su interpretación de tal comportamiento y de las situaciones (Watzlawick & Nardone, 2000). Un cambio pequeño es suficiente para que se logre un cambio total del sistema, lo importante es lograr que los pacientes lo puedan ver (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). De esta forma se logra disminuir las sesiones y acortara la terapia

El acortar la terapia no significa que por ello haya una disminución de su eficacia, sino por el contrario significa aumentar la eficacia de la misma, ya que se

pretenden alcanzar los mismos resultados terapéuticos pero en menor tiempo (Schade, Beyebach, Torres y González 2009)

El formato terapéutico de la Terapia Breve no difiere mucho de las otras formas de terapia familiar sistémica, consiste en una serie de sesiones en las que, tras unos 45 a 60 minutos de conversación con el cliente, el terapeuta sale a reunirse con el equipo que lo está supervisando o acompañando, para volver después y dar un mensaje final a los clientes. Este mensaje final comprende habitualmente la estrategia y algunas tareas o sugerencias que debe realizar hasta la próxima semana. La periodicidad media de las sesiones es de una a tres semanas, aunque las entrevistas tienden a ser más seguidas al comienzo de la terapia y a espaciarse hacia el final.

Por ello la Terapia Breve se perfila como una respuesta eficiente para los trastornos mentales leves y moderados de mayor incidencia. Los pacientes esperan pocas consultas (para al menos un 50% de los pacientes remitidos a terapia ambulatoria serían suficientes 10 sesiones: propiciando una mayor colaboración en el proceso terapéutico al trabajar una mayor comprensión de las causas de las queja, mejorar la perspectiva y restaurar el autocontrol (Braña, Cabero, Gonzalez y Garcia 2007).

Y los datos recogidos por múltiples investigaciones llevadas a cabo en las últimas tres décadas lo constatan (Braña, Cabero, Gonzalez y Garcia 2007).

En cuanto al número de sesiones existen evidencias empíricas acerca de que:

a) *Los pacientes esperan recibir pocas sesiones.* Según Rijnders (2002) el 70% de los pacientes que inician una psicoterapia espera que dure menos de 10 sesiones y el 50% espera que la duración sea de 5 sesiones o menos.

b) *Las mejorías más significativas suelen ocurrir en las primeras sesiones:*

Lambert, Shapiro y Bergin (1986) en una revisión concluyeron que el 75% de los clientes que mejora en psicoterapia lo hace durante los seis primeros meses. Por otro lado, parece que cuando los pacientes no responden en las primeras sesiones a una intervención terapéutica, la probabilidad de fracaso es muy alta (Strupp 1984).

c) La mayoría de los pacientes acuden de hecho a pocas sesiones (con independencia del modelo terapéutico), con alta tasa de abandonos a partir de la 10 (o menos.)

Según Garfield (1986) más del 50% de los pacientes ambulatorios abandonan antes de la octava sesión y dos tercios, antes de la sesión 10. Según Bados y cols. (2002) alrededor del 65-80% de los pacientes abandonan el tratamiento antes de la sesión 10. En Estados Unidos, Howard y su equipo determinaron que el 44% de las personas que asistían a terapia ambulatoria acudía a menos de 4 sesiones (Howard 1989).

En cuanto a los resultados existen evidencias que avalan que:

a) Las terapias breves obtienen resultados equivalentes a las de larga duración, lo que las convierte en más eficientes (mejor relación costo/beneficio) (Sande, Van Der Hoof , 1992 y Jonson 1980).

b) Los resultados no sólo ocurren a nivel sintomático sino que además se produce una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad.

c) No sólo se mantienen los resultados a lo largo del tiempo (se han utilizado intervalos de seguimiento entre 3 meses y 3 años), (19) sino que además (especialmente en terapia sistémica breve) se produce un aumento en la percepción de mejoría y mejorías en áreas no tratadas en las sesiones (Pérez 1991, Espina 1999, Rodríguez, otero, Venero, Ciorda, Vázquez 2004).

De la misma forma Muñiz en su informe sobre una evaluación de resultados del modelo de Terapia Familiar Breve en el ámbito privado en el 2004 arroja resultados de éxito similares:

La muestra constó de 65 familias en 1995 y fue temporal arbitraria, 50.8% fueron atendidos en formato familiar, el 15.4% en pareja y el 33.8% individualmente. 30.6% estaba tomando medicamento y el 34% había consultado a otro especialista por el problema.

El tiempo de evolución de la queja era de 18 meses en promedio y la gravedad media. En cuanto al diagnóstico los trastornos de la conducta tenían un 24.6%, los trastornos afectivos un 21.5% y los trastornos de ansiedad un 12.3% y el resto 41.6%.

Respecto a las variables específicas del modelo, se registraron objetivos terapéuticos en el 92.3% de los cuales el 91.5% eran observables. El denominador común de los problemas era el siguiente: intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente, 19.1%, el intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo 19.1% el intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición 27.7%, el intento de lograr una sumisión mediante un acto de libre aceptación 25.5%, la autodefensa que confirma las sospechas del acusador 2.1% y otros (varios de los anteriores) 6.4%.

En cuanto a la duración, la media del tratamiento fue de 87 días y el 78.8% cumplieron los criterios de éxito, es decir un indicador conductual –hablar en pasado de la queja o haber conseguido uno de los objetivos, mejoría o desaparición del síntoma- o un informe favorable del cliente.

La tasa de fracasos fue de 17.3% sin embargo la brevedad del tratamiento ayudó al paciente a desvincularse rápidamente de la terapia solo el 1.5% reporta empeoramiento del problema, en un seguimiento 4 años después.

En conclusión la Terapia Familiar Breve representa una eficiencia y eficacia no inferior a otros modelos, sin embargo la ausencia o minimización de efectos negativos se plantea como un buen plus para la clínica. (Muñiz 2004) Por todo lo anterior, la terapia breve y exitosa no sólo es posible, sino que es de hecho lo más frecuente, así no debe ser considerada como una alternativa subsidiaria a utilizar sólo cuando no es posible la terapia de larga duración, sino como una intervención de primera elección en múltiples trastornos y/o problemas de salud mental. (Braña, Cabero, Gonzalez y Garcia 2007).

Los beneficios son múltiples en los pacientes y para los servicios de salud pública implicarían la reducción de costos debido a la efectividad, plantearía un sistema eficaz de tratamiento con resultados tangibles, medibles y cuantificables que financieramente fueran justificables y se lograría la tan ansiada cobertura total en salud.

Para ello es necesario que en México, se mire hacia la reforma de los planes de estudio universitarios, donde estos viren hacia la enseñanza formal de métodos terapéuticos eficaces, eficientes y acorde a los servicios de salud con los que contamos y con la necesidad de la población de contar con servicios privados, baratos y eficientes y no esos largos tratamientos que favorecen en un sentido, pero que implican años de sesiones terapéuticas a costos elevadísimos y que representan a la larga gastos exorbitantes para las familias.

Hay que recordar que en México el 50% de la población vive en pobreza y que el 25% aproximadamente vive en pobreza extrema y que la salud mental no puede ser un lujo de unos cuantos si no debe de ser un derecho al que ricos y pobres puedan acceder, y es responsabilidad de los centros educativos y de las

autoridades de salud, favorecer en lo público métodos más eficaces y más acordes con la demanda excesiva de éstos y de las universidades, preparar a los alumnos en estos métodos para que se inserten dentro del mercado laboral conociendo las herramientas necesarias para ofrecer un servicio de calidad y de calidez.

Es en este sentido, que los casos expuestos a continuación, detallan implantación del modelo de terapia breve, su aplicación, la efectividad y la técnica, de la misma forma dejan en claro por qué se erige como el método más adecuado para la realidad de la salud mexicana, ofrece la posibilidad de que el paciente, esté poco tiempo en terapia, mire sus logros y avances de manera tangible dando la sensación de control del problema y de logro, y permite que éste no dedique mucho tiempo laboral, escolar o de esparcimiento para asistir a terapia, de la misma forma, plantea la posibilidad de que el gasto que realiza en ella sea muy bajo o poco significativo con respecto a la pronta mejoría.

1.2. Integración, análisis y discusión teórico-metodológica del trabajo clínico

A continuación se presentan un par de casos que por su relevancia y pertinencia se consideraron para su exposición. El fin de los casos que a continuación se presentan, es meramente académico, los nombres de los integrantes de la familia fueron cambiados, tampoco se especifican lugares, todo con el propósito de proteger la identidad de los pacientes y sus familias.

En cada caso se presentan los datos generales, un familiograma, se expone el motivo de consulta, se relatan el histórico de las sesiones y al finalizar se ofrece un análisis de dichos.

Ambos casos se abordaron desde una visión sistémica y se trabajaron bajo el modelo de Terapia Breve centrada en problemas, en ambos se decidió dicha modalidad de trabajo de acuerdo con las características propias de la familia y pensando que este tipo de terapia sería de mayor utilidad y eficacia. Sin embargo algunas técnicas, por considerarse útiles para el objetivo de la terapia, fueron tomadas de otros modelos de Terapia Familiar Sistémica que comparten raíces epistemológicas con la Terapia Breve.

A las familias que solicitaban la atención se les encuadraba en la modalidad de trabajo, se les explicaban las características de la terapia familiar abordada desde este enfoque, la función del equipo terapéutico y de la video grabación, así mismo se les solicitaba autorización por escrito para la realización de ésta, sin condicionar la atención a la aceptación de la video grabación.

En todo momento, el equipo, el supervisor y el terapeuta, se dirigieron con respeto a la familia creando un ambiente de confidencialidad, que favoreciera el trabajo pero sobre todo que ayudara al paciente a sentirse apoyado y comprendido, siempre procurando que al interior del espacio terapéutico y fuera de él, se respetaran las normas éticas que de la profesión emergen.

1.2.1 Familia González Barrios

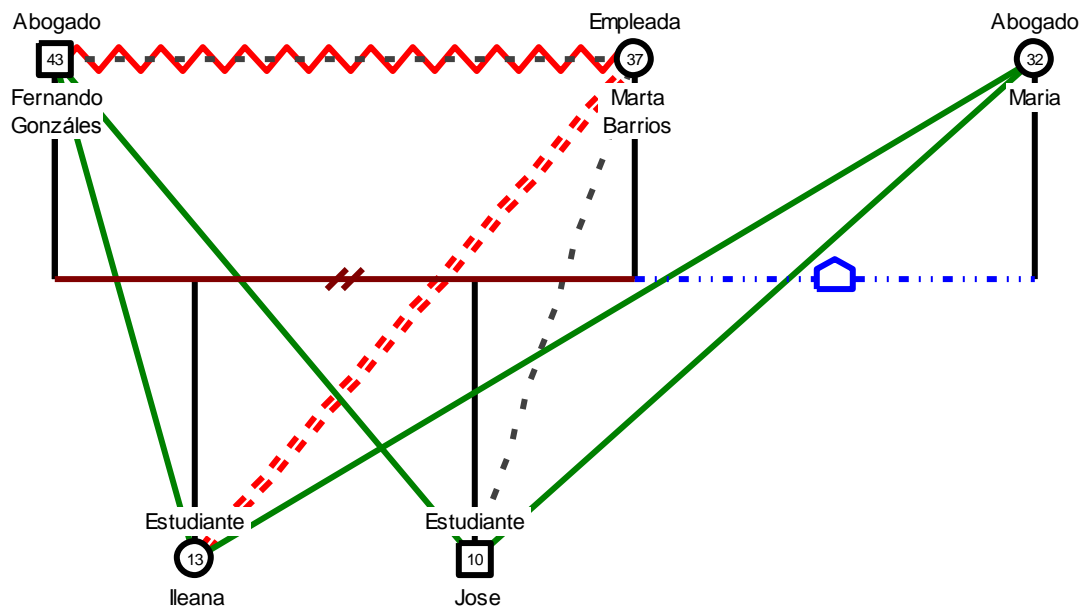
1.2.1.1. Datos Generales

Sede: Clínica de Terapia Familiar FES-I

Supervisora: Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky

Equipo de supervisión: Mónica Ayala, Violeta Hernández, Laura Núñez, Alejandra Pilloni

Familiograma:



1.2.1.2 Motivo de Consulta: La Sra. Barrios a raíz de su divorcio se ha sentido con mucha ansiedad, le sudan mucho las manos y tiene mucho miedo. Ahora ese miedo lo ha manifestado en el cuidado excesivo y la desconfianza que tiene para con su hija.

1.2.1.3 Resumen del proceso terapéutico:

Se trabajó con esta familia aproximadamente 11 sesiones, las primeras 6, fueron sesiones donde el rumbo no estuvo muy bien clarificado, la familia llegaba siempre aparentemente con nuevos problemas, parecía una familia multiproblemática, no

se podía obtener respuesta, no se hacían tareas, no había participación, faltaban a las sesiones “justificadamente” estaban instalados en el no cambio, sin embargo demandaban del terapeuta ayuda, descalificaban constantemente la ayuda que él les pudiera dar, y exigían cambio, en la sesión 6 se clarificó el motivo de consulta, se estableció una nueva hipótesis y sólo se necesitaron 4 sesiones más de terapia breve para que la familia fuera dada de alta con el problema resuelto.

- Sesión 1:

La sesión comienza explicando, el cómo se trabaja la terapia, acuden solo Ileana y José, mencionan que su mamá no puede asistir debido a que comenzó a trabajar el lunes de esta semana y no puede salir fácilmente.

Posteriormente comenzamos a explorar el motivo de consulta, Ileana refiere que están ahí por que su mama esta “loca” y José nos dice que ellos esta ahí para tratar de ayudar a su mama. Ambos a lo largo de la sesión relatan la mala relación de Ileana y su mamá.

Ileana ha sido víctima de varios episodios que ella refiere como humillantes, por parte de su mamá, refiere que en una fiesta la mamá la sacó de los cabellos, que ha insultado a sus amigos, en la calle y en la escuela, que cuando salen se deben esconder para que no los vea.

Ileana decidió salirse de su casa para irse a vivir a casa de sus tía, refiere que la mamá ante esta situación le comentó que “seguramente se estaba acostando con sus primos y por ello le gustaba vivir ahí”, la familia de Ileana le ha otorgado la responsabilidad de ayudar a su mamá, y ella ahora llega a terapia con el objetivo de ayudar a su mamá.

José comentó que su situación no es diferente a la de Ileana pero que sin embargo, él si cumple con las normas que su mamá le impone, ésto le beneficia

por que puede conseguir más permisos, sin embargo el también refiere que la forma en como Ileana es tratada por parte de su mamá es injusta, Ileana replica que José es el favorito de mamá y ella de papá.

José comenta que su mamá les habla muy mal de su papá, que incluso relata un episodio donde salieron ambos con su papá, y la mamá se puso fúrica y dijo que jamás debían salir con su papá solos, por que es de lo peor y puede tratar de hacerles algo.

Siempre que abordan el tema de papá en la sesión se les nota muy tristes y en muchas ocasiones las lágrimas surgen. Ambos están de acuerdo que su mamá muchas veces tiene razón en enojarse o preocuparse, pero que la reacción de ésta es muy exagerada.

Se les plantea la pregunta de que si su mamá no será tan protectora debido a que ella debe de ser mamá y papá a la vez, a lo que Ileana responde comentando el caso de una de sus mejores amigas en la que la mamá es divorciada y no es como su mamá.

Tarea: Queremos que piensen cual sería la cosa más pequeña que ustedes podrían hacer para que la relación con su madre cambie, solo lo que ustedes puedan hacer, para que cambie la relación no para que cambie su mamá.

Técnicas de Intervención:

- Encuadre de la terapia:
 - Rastreo de Información: postura, definición del problema, como se muestran hacia la terapia y en cuanto a sus valores
 - Redefinición del síntoma: de mamá loca a protectora
 - Clarificación del problema
 - Tarea: cambio mínimo hacia la meta
-
- Sesión 2:

Al principio de la sesión se hace el encuadre de la misma a la señora Martha, pregunta que en cuanto tiempo se arregla su problema, se le explica que nosotros trabajamos entre 8 a 10 sesiones, pero que sin embargo hay que tomar en cuenta que hay problemas que requieren más o menos tiempo, y que un problema que lleva mucho tiempo, no se puede resolver en un día.

Ella al exponer el problema, manifiesta que no ha sabido educar a sus hijos y que por ello ha llegado a ese grado, que ella no tiene la manera adecuada de saberlos corregir, menciona que si bien ella tiene la culpa, la niña también tiene culpa por que es muy voluntariosa.

Ella menciona que la terapia la quiere utilizar para saber como educar a sus hijos y darles libertad, pero no libertinaje como su hija lo quiere. Ella quisiera que se le dieran consejos, por que la niña siempre le dice que es una mala madre por que no le da tanta libertad.

La mamá menciona que si hay mucha rivalidad con su hija desde siempre, que ella se separó desde que su hija nació.

Menciona que su hija la engaña y que se va a fiestas, ella la sigue para comprobar que está haciendo cosas malas. Ella duda de su hija y por eso la sigue.

Todos los episodios que menciona tiene que ver con que de alguna manera atrapa a su hija, si bien no haciendo cosas malas, si con amigas que son malas compañías o con hombres cerca de ella. Ésto la molesta mucho y le grita, la insulta o insulta a las personas con las cuales está y la golpea.

Menciona que ha tenido problemas con las amigas de su hija, por que todas son una locas, que se dejan manosear por los hombres, que toman. Ahora la hija le

oculta las cosas por que ella no quiere que la vaya a buscar y la saque a gritos o golpes.

La mamá refiere que se aloca, que piensa que todos son sus hijos y los quiere controlar, refiere que cuando a Ileana quiere salir y ella no la deja, Ileana le pega y ella sólo la controla, en el trabajo no puede concentrarse por que está pensando en sus hijos, además tras una semana de trabajo renunció por que se peleó con su jefa, argumentando ella que su jefa era muy déspota y la trataba mal.

Comentan lo que pasó en los días anteriores a la sesión, Ileana fue a ensayar a la casa de una amiga, amiga que comenta su mamá, es de las que manosean en la calle, la señora la acompañó, ninguna mamá estaba ahí sólo ella por que dice que es a la única que le preocupa su hija, después cuando estaban ensayando en la explanada de los edificios, se acercaron dos niños y la señora les gritó que hacen aquí, les preguntó que quien los había invitado, uno de los niños era el sobrino del director de la escuela de Ileana, menciona la señora que se puso muy nerviosa cuando estos se acercaron y que los amenazo, diciéndoles que los iba a reportar con el director, menciona que seguramente alguna de las niñas los había invitado porque todas las niñas que se llevan con Ileana siempre están en la calle y diferentes niños las están manoseando. José comenta que seguro nada más estaban ahí porque querían “cogérselas” y cuando la niña dueña de la casa le dijo que por favor no estuviera gritando esas cosas le dijo que se callara por que ella era una “zorra”, y la señora afirma esto que dice José, comentando pues es que eso son todas las amigas de Ileana.

Posterior a esto, Ileana decide escapar de su casa e irse a un albergue del DIF para solicitar que su papá tenga su custodia y ya no estar con su mamá. La señora dice que su papá se la quiere quitar, pero platicando con Ileana fuera de la sesión manifiesta que ella ya no quiere vivir con su mamá y por eso prefirió buscar

un albergue en lo que se soluciona el asunto de su custodia y se va a vivir a la casa de su papá.

Menciona que Ileana le está manifestando con su conducta que ella no está de acuerdo en como desempeña su papel como madre, pero que no sabe hacerlo de otra manera.

Tarea: Pensar ahora que esta tranquila, sola, ya sin preocuparse por Ileana, que hacer para cuidar a su hija, para llevar una relación cordial, usted que es una mujer inteligente, que puede hacer, ya ha estado haciendo mucho, pero no ha funcionado, ni el seguirla, ni el sacarla de las fiesta por la fuerza, ni el pegarle, que funcionara, piénselo. Piense muchas opciones.

Tras esta sesión surge la hipótesis:

Ileana está siendo el botín de ambos padres, entonces la triangulan y la ponen a pelear por ambos, el padre se encarga de que pelee con su madre todo el tiempo, el parece que ya ganó una aliada.

Nota: Ésta hipótesis se descarta rápidamente ya que la presencia del padre es esporádica y si bien exacerba la conducta desafiante de Ileana, dicha continúa en una intensidad menor tras largos períodos de ausencia, en ese sentido pensamos que el problema de relación compete a las pautas establecidas entre madre e hija.

Técnicas de Intervención:

- Encuadre
- Rastreo de Información
- Tarea: hacer algo diferente a lo que se esta haciendo, romper la pauta

- Sesión 3

La sesión comienza con el relato de lo ocurrido durante la semana, la huida de casa de Ileana relatada por ella misma, y el regreso a casa nuevamente. También

se habla de la situación que está atravesando la señora Martha, ya que posterior a la partida de Ileana de la casa, la señora Martha se asesoró con algunos abogados, de los cuales refiere fue mal asesorada y ahora está enfrentando algunos procesos legales que requieren muchos trámites, que le provocan muchos gastos y que no le sirven porque después de todo ya Ileana regresó a la casa, que era el objetivo.

La sesión transcurre entre descalificaciones y acusaciones de unos contra otros, se les plantea la tarea en ese momento de que mencionen al menos tres cosas positivas o que les gustan de otro miembro de la familia, esto les cuesta mucho trabajo, e inclusive, no logran completar todas ellas, se les menciona que en esta familia están tan acostumbrados a hablar de las cosas negativas que han perdido la posibilidad de ver las cosas positivas o buenas que tienen los otros.

Después se relatan algunas situaciones donde la señora Martha y su ex esposo han tenido problemas por culpa de Ileana, aunque más tarde en el relato, nos podemos percatar que no es que los problemas los provoca Ileana, si no que Ileana está siendo utilizada como mensajera por parte de sus padres, entonces todos los conflictos que pueden llegar a tener los padres pasan por la mensajera que en este caso es Ileana.

También se menciona que hay una imposibilidad para comunicarse directamente entre los padres, la señora menciona que cuando habla con su esposo se pone muy alterada y empieza a gritarle, situación por la cual, el padre no quiere hablar con ella, también se mencionan situaciones donde con el pretexto por ejemplo de la compra de un vestido para Ileana, los padres pelean por quién y dónde comprar, pero en todo caso la que sale perjudicada es Ileana por que es la que debe soportar el reclamo de ambos por preferir al otro, la madre interpreta que Ileana prefiere a su padre.

Tarea: Cada quien va hacer una lista de que es lo que cada uno quiere que cambie en esta familia.

Técnicas de Intervención:

- Se hace intervención sobre los patrones del contexto
- Se iluminan la pauta de relación: la triangulación de Ileana
- Se redefine el síntoma: pasa de ser Ileana el síntoma a ser una víctima de la pelea entre los padres
- Se enfoca la situación de los padres para separar los subsistemas, el parental del de los hijos
- Tarea: Cambio mínimo hacia la meta.

- Sesión 4:

La sesión comienza solo con la señora Martha, quien explica que dejó a Ileana en casa porque se le hizo tarde. Aprovechando que está sola como ella misma menciona, comienza el relato de la relación con su ex esposo, comenta que la comunicación entre ellos es muy mala, que él es parte muy importante de que Ileana no la obedezca ya que el todo el tiempo le dice: "Ileana, tu mamá está loca no le hagas caso". Ella lo sabe por que la misma Ileana le menciona esto, le dice que su papá tiene razón y que ella está loca, posterior a la pregunta de que cómo es que quedó la relación de los padres después de la ruptura del matrimonio. La señora Barrios comenta que ellos seguían manteniendo relaciones sexuales, pero que sin embargo a fechas recientes para ella esta situación ya no era tan satisfactoria.

Ileana llega a la sesión y la señora Miriam decide cambiar de tema, lo menciona y dice que prefiere que eso no lo sepan sus hijos. Cuando Ileana llega se destapa el tema del robo del celular del cual Ileana fue cómplice y por lo cual fue suspendida de la clase. Se relata todo el suceso por parte de ambas, dos historias diferentes que se unen en el hecho en si, cómplice de robo.

Se trabaja con Ileana el pensamiento a futuro, el que pasaría si esta conducta siguiera así, se habla de todo lo que ella pierde con esta conducta, y de lo que podría ganar si abandonara esta forma de relación que tiene con su madre. A su mamá se le valida y se le trata de empoderar en todo momento. Se le menciona que ella tiene todo el derecho de exigir de Ileana cierto comportamiento y que Ileana debe de acatar las reglas.

Se habla del cambio de parte de la señora Martha, como la parte en donde ella ha cumplido a los requerimientos de cambio que sus hijos le hacían y el poco o nulo compromiso que Ileana ha tenido para con el cambio y para con la familia.

Técnicas de Intervención:

- Proyección a futuro para Ileana
 - Pregunta de excepción: Martha cambió
 - Se señala el pequeño cambio hacia la meta
 - Se enfoca el no compromiso con el cambio de Ileana
-
- Sesión 5:

La sesión comienza con Ileana quien llega sola, relata un suceso muy vergonzoso para ella, su mamá nuevamente fue a espiarla a la salida de la escuela y a una fiesta donde supuestamente la dejó ir.

Dice que ella ya no puede vivir ahí y que es preferible irse con su papá, se le confronta con la idea de irse con su papá a vivir y ella entra en llanto y dice que solo es una fantasía ya que papá tiene otra mujer y que jamás la dejará irse a vivir con ellos.

Después de eso, se explora la relación con la madre, ella menciona que no le gusta que su madre todo el día este pensando en que si ella va o viene, que si sale, con quien sale, que es su vida que la deje vivir, se le menciona que aunque a

ella no le gusta que su mamá esté pendiente siempre de lo que hace, pareciera que todas las conductas que hace son para tener los ojos de su madre encima, ella menciona que si, que ha cometido errores pero que su mamá también ha hecho cosas muy malas.

La mamá de Ileana no llega e Ileana se va con la tarea de pensar que cosas hace para que los ojos de su madre siempre estén atentos a lo que sucede con ella y que cosas de su madre cambiaría.

Se estableció la siguiente hipótesis:

Martha: Sus hijos están entrando a una nueva etapa evolutiva y ella como madre soltera se siente con una gran responsabilidad sobre todo en la parte de la educación. Ella no ha encontrado un equilibrio entre otorgarles libertad a sus hijos y el libertinaje en el que ellos puedan incurrir, es por ello que prefiere hacer valer su autoridad y prohibir toda clase de cosas a sus hijos.

Ileana: Se encuentra en la adolescencia y siente que las reglas que antes funcionaban ahora ya no sirven y necesita una renegociación de éstas. Sin embargo, lejos de favorecer esta renegociación empeora las cosas, desafiando a su madre, así lo único que logra es tener cada vez menor libertad.

Ambas están inmersas en un proceso recursivo en escalada donde Martha pone reglas cada vez mas estrictas, incluso algunas imposibles de cumplir, mientras que Ileana en la búsqueda de libertad lucha por desafiarlas, cada vez con conductas mas arriesgadas e incluso peligrosas o que pueden tener consecuencias graves.

José: Está siendo atrapado en medio de esta batalla que no es suya, no le corresponde a su edad pelear por esto.

Técnicas de Intervención:

- Cambio de dirección
- Redefinición del síntoma
- Connotación positiva: de la conducta de la madre
- Tarea: trata de actuar sobre el patrón de la queja, mamá mala- hija buena, a mamá no tan mala- hija no tan buena

- Sesión 6:

La sesión comienza con la explicación de la señora Martha del porqué Ileana no asistió a la sesión, se explican los nuevos problemas que han tenido en casa, ahora le regalaron a Ileana un perro que hace mucho desastre en casa y ahora el perro es motivo de conflicto.

Se le pide a José que salga de la sesión para poder platicar con la señora Martha, ella ha estado muy nerviosa, tiene problemas con su trabajo, tiene problemas con su jefa y con las compañeras, una historia muy parecida a la de los demás empleos que ha tenido, la presionan mucho y le tienen mala voluntad.

Que ella ha cambiado, pero que Ileana no, la relación entre ellas no ha cambiado, Ileana insiste en que quiere irse con su papá, la señora Martha piensa que Ileana ha sido aconsejada por su padre. Siguen teniendo problemas por el dinero, no sabe por qué ella tiene dinero.

Ella atribuye que tiene dinero porque anda con alguien mas grande y él le da. Ella piensa que está obteniendo objetos a cambio de venta de droga o no sabe, celulares, ropa, perro, dinero, etc. A ella le gustaría tener más confianza en su hija, y que es difícil por que Ileana no confía. Esa falta de confianza.

La señora Barrios ha hecho cambios para consigo misma, trabajar, no enojarse tanto, son ejemplos de lo que ha cambiado. Ella ha tenido mucha inseguridad y mucho miedo, ha estado haciendo cosas para vencer ese miedo. El enfrentarlo es la mejor cosa para vencerlo. Tranquilizarse, irse al baño, respirar y volverlo a intentar.

Con Ileana no lo ha intentado, pero menciona que tampoco le dan tantas ganas por que como con su papá ha tenido tantos problemas e Ileana se parece mucho a su papá, pues entonces se siente como apática, como sin ganas, se le menciona que por que no hace ésto con Ileana, porque si funciona en el trabajo, seguramente funcionará con Ileana, ella dice que quien sabe por que ella ha heredado cosas de su papá, como el mencionarle que sólo la quiere molestar por molestarla, por que le cae mal.

Ella dice que a Ileana nunca la ha podido mandar, pero que ella la dejó siempre, que desde pequeña nunca ha tenido buena comunicación, que desde chiquita no la ha sabido educar e Ileana se lo menciona desde siempre, ella dice que la culpa es de ella. Aquí le gustaría que todo se pusiera en orden. Las normas con Ileana, que le tenga confianza. El pequeño indicador de que las cosas estén cambiando, Ileana mas feliz, Miriam mas confianza.

Mensaje: hemos estado observando como ha avanzado en la terapia, resalta los cambios, y eso nos habla de que ha avanzado, que ha habido personas que la provocan usted no cede a esa provocación, seguramente estos cambios los va a poder llevar a la relación con su hija, cual sería el cambio mínimo, la tarea es intentar pensar cual es la mejor manera de no pelear o aplicar lo que usted ya sabe (tomarse el tiempo):

Técnicas de Intervención:

- Cambio mínimo hacia la meta

- Solución intentada
- Mensaje: trata de alentar el cambio

- Sesión 7:

La sesión comienza diferente, ahora se le pide a Ileana que abandone la terapia y nos quedamos platicando con Martha, se le explica lo que hemos observado, de que cada vez que intenta ponerle límites a Ileana ella la desafía y hace cosas como robar o escaparse, y no estamos diciendo que sea su culpa simplemente, es la forma en la que Ileana escapa de la autoridad.

Nota: En todo momento a lo largo de la terapia se validó la preocupación de Martha, “sabemos que no es fácil ser papá y mamá a la vez, sabemos que es difícil cuando los hijos crecen y se vuelven adolescentes, sobre todo si uno no tiene apoyo y tiene que salir a trabajar sin saber donde están, o que hacen, por ello necesitamos trabajar en cómo hacer para que cuando Ileana salga o usted esté en el trabajo ya no esté tan nerviosa, tan preocupada”. Estas palabras siempre le hicieron sentido y la empujaron hacia el cambio.

Se le explica que su caso es como el de muchos padres, y el de Ileana es como el de muchos más adolescentes, es entonces que ella debe tomar una decisión, seguir haciendo las cosas como las viene haciendo o hacer las cosas de una manera diferente, solo que la manera diferente aunque funciona, no muchas veces es muy agradable para los padres. Se le deja unos minutos sola para que lo piense.

Martha dice que sí, que está dispuesta, que todo lo que sea para el bien de ella y su familia está muy bien, entonces se le explica que ahora José ya no será partícipe de las discusiones ni estará en medio, que él ya no vendrá a terapia, ni tampoco sabrá nada de lo que está ocurriendo.

Ahora se le explica la nueva forma de actuar con Ileana, se le explica cómo es que tiene que responder ante sus peticiones de salida, etc. Se practica con un miembro del equipo. No muy convencida, pero dispuesta a poner en práctica lo aprendido. Ileana ingresa a la sesión y sale la señora Martha. Se habla nuevamente con Ileana acerca de cómo va tratando de quitarse los ojos de encima y de las nuevas discusiones con mamá, se le menciona que ella también debería de poner un poco de su parte para que las cosas funcionen, que siga analizando los riesgos en los que se pone por oponerse a su madre.

Ambas se marchan sin tarea aparente.

Nota: Aunque la tarea parecía muy arriesgada, dejar que Ileana decidiera, durante la sesión 5, Ileana estaba muy enojada y se hizo rastreo de información acerca de las horas de llegada razonables. Se le cuestionó acerca de la hora de llegada de un viernes del cine y ella contestó que a las 9 de la noche después de salir al cine a las cuatro, parecía razonable pero que sin embargo su mamá la quería de regreso en casa a las siete. Al explorar más sobre el tema nos pudimos dar cuenta que era imposible que Ileana acatará la orden de Martha, ya que el cine estaba a 40 minutos en transporte público, a eso sumándole las dos horas de duración de una película cualquiera, inevitablemente Ileana llegaría tarde, eso sin mencionar los tiempos de espera en las filas de compras de boletos y para que la función comience, al terminar la suma obtuvimos un resultado aproximado de cuatro horas y media.

A partir de ahí empezamos a explorar las reglas de Martha, las cuales ciertamente eran difíciles de cumplir, tratando siempre que las preguntas parecieran neutrales, muy respetuosas, pero que sirvieran para que Martha se diera cuenta. Sin embargo tras estos cuestionamientos Martha en ningún momento se sintió aludida, ante cuestionamientos muy evidentes se evadía, por ejemplo Martha quería que Ileana llegara del colegio a la 1:15, Ileana salía a la 1

de la tarde, se le cuestiono el tiempo que ella (Martha) hacía de su casa al colegio y Martha respondió que 20 minutos.

Este trabajo de ir sembrando las preguntas no tuvo efecto en Martha, quien no hizo insight, sin embargo, sirvió para darse cuenta que Ileana era una joven que podía tomar ciertas decisiones, sin abusar de ellas, mencionaba: “no pido llegar a las 12 de la noche por que eso es absurdo, sólo pido llegar a una hora razonable”, la tarea surgió tras el análisis de ese comentario, aunado a la disposición de Martha de hacer lo que fuera por arreglar esta situación.

Técnicas de Intervención:

- Se vende la tarea
- Se valida la preocupación de Martha
- Se hace una alianza con Martha
- Proyección a futuro para Ileana

- Sesión 8:

La sesión comienza con la señora Martha, se le pide a Ileana que abandone la sesión, la señora Martha no está tan contenta con la situación, siente que ahora Ileana puede hacer lo que quiera y puede ir a donde quiera sin oposición alguna.

Se explora con ella los permisos, y las horas de llegada, Ileana ha llegado más temprano, y nunca ha fallado a su palabra, Martha se siente nerviosa, dice que tal vez eso no está bien, eso de que los hijos pongan sus propias reglas, que un padre es el que debe dictar que hacen y que no hacen sus hijos.

Se trabaja con eso, se le dice que eso de dictar que hace sus hijos hasta ahora no ha funcionado, y que esto de dejar estratégicamente que ellos dicten el rumbo a funcionado mejor, le decimos que nos tenga un poco mas de fe, un poco mas de

confianza, que hemos visto que funciona, y que si por favor lo puede seguir haciendo por nosotros.

Le recalcamos que ella sigue teniendo la sartén por el mango, por que ella sabe que todo esto, sólo es una estrategia para seguir y que ahora está funcionando, entonces podemos decir que estamos en el camino del éxito.

Ingresa Ileana y sale Martha, Ileana se le nota muy contenta, dice que no sabe que le pasó a su mamá, pero que ha estado muy contenta en casa, que ha cambiado mucho, que solo espera que ésto continúe así, que le encanta ésta nueva mamá que tiene, le decimos a Ileana que escriba todo lo que siente por su nueva mamá y que si quiere lo podríamos leer la siguiente sesión.

Técnicas de Intervención:

- Se ilumina el cambio
- Se rompe el patrón de la queja
- Se alienta el cambio
- Se establece una alianza con Martha
- Se resaltan los lados fuertes

- Sesión 9:

Un mes después, los cambios siguen ocurriendo, se le pide a Ileana que abandone la sesión y nos quedamos con Martha, ella menciona que al principio no estaba muy segura de hacer todo lo que le dijimos pero que ha visto muchos cambios en Ileana y eso le satisface muchísimo, no estaba segura que su estrategia funcionara, menciona Martha, pero “fíjese que ahora Ileana algunas tardes prefiere quedarse en casa”...Le mencionamos que tal vez sea por que la casa ahora es un ambiente mas agradable y seguro que la calle y que tal vez a Ileana como a todos nosotros le guste estar en un ambiente donde reine la armonía y la paz y no dentro de un campo de batalla.

Martha menciona que de repente siguen teniendo sus pequeños desacuerdos y discusiones, pero nunca como antes. Se le explica que las discusiones y los conflictos son parte de la vida y siempre que haya dos personas va haber diferencia, pero que sin embargo en la manera en como se resultan éstas, es el resultado que se espera, ya sea una discusión con acuerdos posteriores, o discusiones con grandes peleas. También se le predice la recaída, se le explica que una recaída puede suceder y que ella debe encargarse de que en caso de que esta suceda, ella no debe abandonar la estrategia, debe seguir firme en la estrategia, si la abandona, entonces perdemos todo lo avanzado.

Ileana entra a la sesión y menciona que su mamá le volvió a gritar y que pelearon, que ella piensa que todo lo que ella hace es un engaño y sólo esta esperando el momento adecuado para volver a atacar.

Se le confronta con esa idea y se le dice que tal vez su mamá está cambiando, y que dentro de esos cambios algunas veces habrá alguna recaída, pero eso no quiere decir que su nueva mamá sea mala o que esté planeando una estrategia para atacarla, al contrario, y sería bueno que ella la apoyara en ese cambio.

Se platica la metáfora de la persona que está a dieta y alguna vez come un panqué, eso no quiere decir que ya toda la dieta será abandonada, ni que su birá los 10 kilos que ha bajado, eso quiere decir que algunas veces sucumbe a las debilidades, así tu mama acuérdate que es más fácil pelear que tratar de llegar a un acuerdo.

Técnicas de Intervención:

- Se prevé la recaída
- Se redefinen las pequeñas discusiones
- Se amplían los cambios

- Sesión 10:

Un mes después, la sesión comienza de manera diferente, ambas están en sesión, se les pregunta como les fue, ellas dicen que muy bien, que están haciendo cosas juntas, que la semana pasada Martha peleó nuevamente en su trabajo, y que regresó a casa muy enojada.

Que Ileana le preguntó que había pasado y que platicaron durante horas, que Ileana le recomendó que hiciera en su trabajo lo que estaba haciendo en su casa, que por qué no era su nueva mamá también ahí.

Martha dice que ella quiere ser también diferente en su trabajo y que lo está intentando, aunque es muy difícil, menciona con Ileana es fácil portarte bien por que ella es una buena niña, sin embargo mi jefa es una bruja. Todos reímos.

Yo le digo a Ileana que le lea la carta que le ha escrito a su mamá y la carta dice muchas cosas, entre las que se destaca el amor tan grande que puede llegar a sentir una hija por su madre, la valida en el rompimiento con su padre y la mira como muy valiente por mantener a sus hijos sin ayuda o con muy poca ayuda de su padre. Le dice que la perdone por mostrarse tan desobediente y rebelde, pero que a ella le gustaría ser un soporte para ella, en lugar de ser una preocupación.

Con eso se cierra la sesión y se les menciona que posiblemente si todo continúa como hasta la fecha se podría hablar de alta. La próxima sesión se programa un mes y medio después.

Técnicas de Intervención:

- Se alienta el cambio
- Se amplía el cambio

- Sesión 11

La sesión ya no se lleva a cabo debido a que se les habla para confirmar y ellas deciden que ya no necesitan más terapia, pero que sin embargo si les gustaría despedirse personalmente del terapeuta.

Llegan después de la hora de la sesión y se despiden, hablan brevemente de cómo les ha ido y de que preferían no tenerme que ver más dentro de la consulta, hablan de los planes a futuro y que se cambiarán de casa. Es una despedida breve pero muy emotiva.

1.2.1.4 Análisis del caso desde el modelo de terapia breve.

La planificación del caso en Terapia Breve es muy importante y es una tarea que debe de hacerse de manera reflexiva y detenidamente, parte fundamental del éxito de la terapia está en la planeación del caso, para ello Fisch, Weakland y Segal (1984), en su libro la Táctica del Cambio nos ofrecen parámetros que sirven para ello.

Dichos parámetros articulan las diferentes áreas que uno debe tomar en cuenta a la hora de abordar un caso desde la Terapia Breve centrada en problemas, por ello, considero que dichos parámetros ofrecen un marco de referencia, desde donde se pueden establecer un análisis del caso, de manera concreta, simple y esquemática, sin dejar fuera ninguno de los elementos que son fundamentales en Terapia Breve, con el propósito que dicho análisis sea un reflejo fiel del proceso terapéutico y que ofrezca la posibilidad al lector de entender lo útil, eficaz y eficiente que es la terapia.

El problema del cliente. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición: Estos problemas implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración, rara vez se presentan las dos partes, quien se pone en contacto es regularmente el que piensa que la otra parte amenaza o niega la legitimidad de su propia posición. En este caso Martha quiere tenerle más confianza a

Ileana, esa confianza se basa en que Ileana haga todo lo que Martha dice, en cuanto llegadas, horarios, amigos y lugares que frecuenta. Todo esto hace que Ileana cada vez que es sermoneada tenga una conducta disruptiva, dichas conductas están en escalada.

Establecer la solución intentada por el cliente. El intento de solución de estas personas es el siguiente: sermonear a la otra persona sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y, lo que es todavía mas importante, exigir que la otra parte les trate con respeto, la atención o la deferencia que piensan que se les debe, en otras palabras, les exigen a las otras personas que se les trate como si fuesen superiores. En este caso Ileana era sermoneada una y otra vez, pareciera ser que todo lo hace mal, sin embargo, las reglas de Martha están diseñadas para que Ileana falle y en consecuencia martha asuma su papel de superioridad y ejercer su poder a través del castigo o a través de la agresión verbal en espacios públicos.

Nota: Aunque esta conducta de la madre hacia la hija era violencia, no quisimos traer ese concepto al espacio terapéutico, ni redefinir la relación problemática en una relación violenta, ya que ello no significaba avance alguno hacia la meta, sin embargo nunca dejamos de verla como tal y de estar alertas por si percibíamos que aumentaba en algún sentido, actuar de inmediato.

Qué se debe evitar. Tratar que Martha repita el patrón del sermonear y reprimir violentamente la conducta de Ileana, se debe de romper la pauta, donde Martha no le da permiso a Ileana, ella se escapa y se pone en riesgo, posteriormente Martha la busca, la encuentra, le grita o la agrede.

Un enfoque estratégico. La estrategia es la guía que debe tener un terapeuta para avanzar, las estrategias efectivas son aquellas que se oponen al impulso básico del paciente. Éstas se deben apartar 180° de dicha dirección. No es suficiente desplazarse a una posición neutral ya que no existe tal, y la probabilidad de estar continuando con

el impulso del paciente es muy alta. La estrategia radicó en que ahora Ileana fuera quien pusiera las reglas, ésto le dio un giro de 180° a la relación, ya que si Ileana rompía sus propias reglas, Martha no sentiría desafiada su autoridad, en este sentido tampoco Ileana podría desafiar a Martha ya que las reglas fueron propuestas por ella misma, de esta forma rompes la pauta y estableces una nueva forma de relación.

Formular tácticas concretas. Aunque la solución del problema exija el abandono del intento de solución, no solo se debe limitar a eso, si no hay que plantear una alternativa. El terapeuta debe planificar sus intervenciones concretas calculando que acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada, que acciones son más centrales para las transacciones implicadas en el problema, que acciones se incorporarían con mayor facilidad a la rutina propia del cliente, y que persona (o personas) desempeñan un papel más estratégico para la persistencia del problema. En este caso la estrategia consistió en que Martha se pusiera en una posición de inferioridad (que Ileana fijara sus horarios de salida y llegada), esta táctica fue ensayada en la sesión y puesta en práctica. La estrategia funcionó de maravilla por que rompió la pauta, aunque la estrategia primero se implementó como tal, después llegó a establecerse como un modo de relación. Una relación basada en el respeto mutuo.

Vender la tarea. El terapeuta no debe de limitarse sólo a decirle al paciente que deje de hacer lo que está haciendo y que haga otra cosa, si no que es su responsabilidad planear el modo de inducir a éste a aceptarla. Para ello, la postura del cliente suministra información muy importante, ya marca una directriz de acción válida para el paciente. Por ello las tareas deben enmarcar y definir el marco de referencia del paciente con miras a evitar la resistencia y a la brevedad de la terapia. La intervención exige que el terapeuta se preocupe por la venta de la intervención, más que de establecer cual es la acción concreta, por que ésta es evidente. El cliente necesitará una explicación que le permita aprender a efectuar solicitudes cómodamente, en un estilo no autoritario. En cuanto a la postura de Martha, llegó en una postura preocupada ante el otro, a lo largo del tratamiento fue cliente-paciente y en cuanto a Ileana como paciente y luego se convirtió en paciente-cliente, en cuanto a la definición

de su problema, ellas piensan que necesitan un cambio, por que el problema es incomodo, y que el cambio tiene que ser urgente, ante el problema, ellas se muestran pesimistas ante la solución, ante la terapia se muestran pasivos y receptores de los consejos del terapeuta, en cuanto a su actividad dentro de la terapia son de debate mas que de acción y en cuanto a sus valores personales son extraordinarios. Dentro de este marco se encuadró la tarea, la primera pensando en que la haría, por que confía en la sabiduría del terapeuta, aunque debatiendo la idea, es por ello que se planeó que la tarea fuera practicada ahí mismo, conjuntando esas dos situaciones, uno, la venta de la tarea desde la postura de experto del terapeuta, citando varios casos donde se había utilizado con éxito la tarea y una segunda parte de instrucción y práctica de la tarea con dos propósitos, una para que aprehendiera como debía responder ante las situaciones y dos para que nuevamente confirmara que sabíamos lo que estábamos haciendo.

Formular objetivos y evaluar el resultado. Hay que pensar sobre que base elegimos el objetivo y que tipos de datos se manejarán para determinar el éxito o el fracaso en el logro de dicho objetivo, en este sentido la queja del cliente constituirá el principal objetivo a lo largo de todo el tratamiento. El indicador del éxito terapéutico consistirá en el autoinforme que el paciente nos otorgue acerca de la satisfacción del tratamiento, ésto puede estar entorno a dos causas, a que la conducta perturbada haya cambiado, o por que haya cambiado la evolución de tal conducta. Para constatar este cambio el terapeuta puede interrogar al cliente acerca de la base de su nueva postura, identificar una conducta específica que sea incompatible con la manifestación del problema o en seguimiento establecer el hecho de que el paciente no se haya sometido a otro tratamiento por la misma causa o una similar. Todas en conjunto podrán darle fiabilidad a la evaluación del terapeuta. El objetivo es que Martha tuviera mas confianza en Ileana y que Ileana fuera más feliz en auto informe, después de asignada la tarea ambas refieren su indicador como positivo con esa palabras.

1.2.2 Familia Hernández Galindo

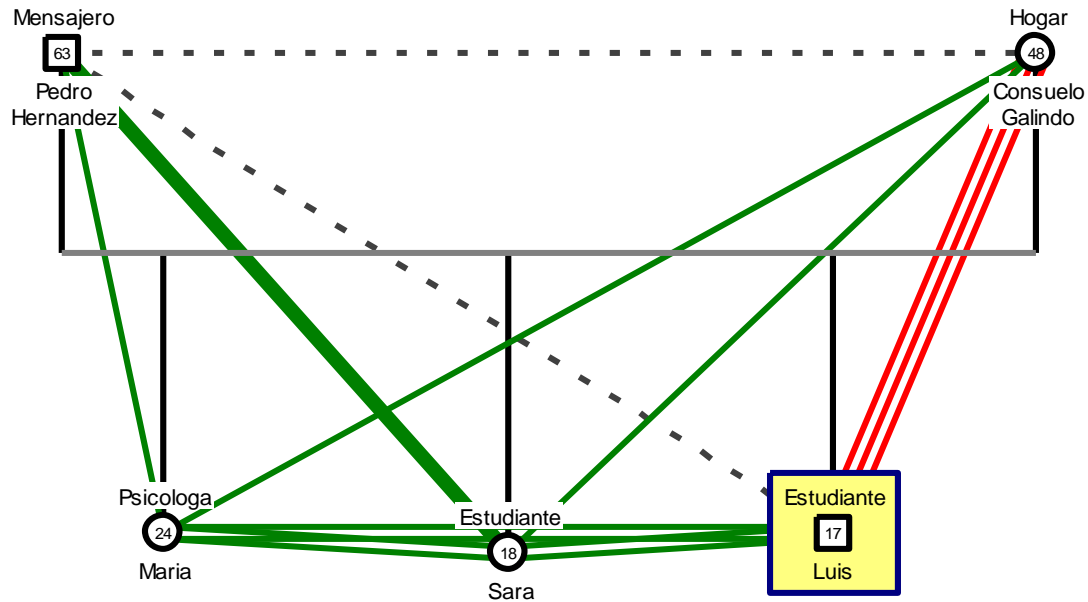
1.2.2.1. Datos Generales

Sede: Colegio de Ciencias y Humanidades UNAM Azcapotzalco

Supervisora: Mtra. Juana Bengoa González

Equipo de supervisión: Mónica Ayala, Violeta Hernández, Laura Núñez, Alejandra Pilloni

Familiograma:



1.2.2.2 Motivo de Consulta: Cuando Luis viaja en transporte público se pone nervioso, tiene problema para respirar y sus manos se entumecen, ello le ha impedido realizar sus labores cotidianas, y poco a poco se ha convertido en una persona que no sale de su casa.

1.2.2.3 Resumen del proceso terapéutico:

Desde la primera sesión, el trabajo terapéutico fue muy productivo, parecía una familia muy a modo para el trabajo con terapia breve y así fue, el problema era uno, que junto con el terapeuta se fue clarificando cada vez más, se estableció el plan terapéutico desde la primera sesión y se ejecutó a la perfección, las tareas, cumplidas o no cumplidas, todas fueron estratégicamente planeadas y ejecutadas,

tanto para el cumplimiento como el no cumplimiento, al final, todo funcionó al paciente como se esperaba.

- Sesión 1:

La sesión comienza con el relato del problema, la mamá comenta que Luis empezó a tener problemas en mayo, comenta que Luis regresó de noche a la casa cuando en el microbús empezó a sentir hormigueo en el cuerpo, lo llevaron al médico y el médico le dijo que probablemente se debía a la alimentación o a la adolescencia, una segunda opinión confirmó la hipótesis del primer médico, sin embargo, Luis continuaba con los mismos síntomas, razón por la cual fue canalizado a psiquiatría, en donde se le han recetado antidepresivos. Luis explica que el día que le sucedió el primer episodio en el microbús fue después de que había recibido una calificación, refiere que si aprobó, pero que las otras materias las reprobó ya que estaba en período de exámenes cuando sucedió el hecho y todos los exámenes posteriores los reprobó por no haber podido estudiar, comenta que a él no le gusta la escuela, que a sus hermanas les va muy bien en la escuela y que a él no, que siempre ha sido así, la mamá confirma esto, comenta que Luis siempre ha dicho que él no quiere ir a la escuela, comenta que a ella y a su esposo le gustaría que terminara la Universidad.

La mamá comenta que le preocupa mucho lo que le pasa a Luis, que eso la hace sentir muy mal, piensa que le pasa esto porque ya no quiere ir a la escuela, que a su hijo le va mal en la escuela, que ella no pensaba que su problema tenía algo que ver con los exámenes, pero que ahorita ya lo esté pensando, que eran muchas materias, muchas reprobadas, que no ha platicado mucho con su esposo acerca del problema, sin embargo refiere que su esposo está enojado con ella con el problema, que él dice que no puede estar en todo, que no puede estar asistiendo a la escuela, ella piensa que debió de haber asistido más a la escuela, estar más pendiente de Luis, que de esa forma se hubiera dado cuenta antes de la mala situación escolar de Luis, refiere que con sus otras hijas no venía tanto y

que no pasó nada, que ellas salieron bien, que a Luis siempre le ha ido mal en la escuela, pero nunca tan mal como en la preparatoria, ella dice que tal vez por el turno, tal vez por la escuela, que no se explica por qué le va tan mal.

Luis comenta que su problema tal vez si tenga que ver con la escuela, porque antes de que le dieran las calificaciones, él no se sentía tan mal como ahora que sabe que reprobó. Comenta la mamá que Luis ha tenido varios episodios donde se ha tenido que bajar del micro y regresar a la casa porque se siente muy mal, y que no quiere salir porque nada más está pensando en que le puede volver a suceder, ésto le pasaba al principio solo para ir a la escuela, el mes anterior también le empezó a suceder cuando fue a buscar trabajo. El papá está muy preocupado,

Luis comenta que ha tenido ciertos episodios cuando está en el micro y se siente extraño, como que no sabe donde se encuentra, como con una sensación de extrañeza para con las personas de ahí, también refiere algunas veces no saber quién es o qué está haciendo ahí. Que todo el día está pensando en que le puede volver a pasar o que cree que se va morir. La psiquiatra refiere que es crisis de identidad.

Al referirse al problema, Luis nos platica que su hermana menor se preocupa menos del problema y su mamá está más pendiente de éste, también comenta que él se lleva mejor con su mamá y con sus hermanas y que a su papa casi no lo ve, refiere que todos se llevan muy bien con su mamá, y que la hermana está un poco mas cerca de su papá, aunque el papá está un poco lejano de la familia.

Aunque la escuela es importante, pareciera ser que los fracasos escolares de Luis no implican mayor problema para los padres, Sara presentó un problema de alimentación en segundo año de la preparatoria, de la misma forma que Luis el trastorno lo presenta cuando ella reprueba matemáticas.

Ambos están de acuerdo que en la familia la comunicación no es muy buena, que a pesar de quererse mucho y preocuparse mucho, unos por otros, no se lo comunican a menudo, no al menos de manera verbal o explícita.

Tarea: antes de salir, Luis le dará un abrazo a su mamá para despedirse, al regresar la mamá le preguntará a Luis como le fue, Luis se comprará una libreta donde antes de que le suceda el episodio, cuando empiece a sentir escribirá lo peor que le pueda suceder en la situación.

Se establecieron las siguientes hipótesis de la primera sesión:

Papá: a pesar de la edad, el papá debe de ser un hombre fuerte, por su actividad que implica movimiento debe parecer más joven de lo que es, como es el proveedor de la casa y en una familia predominantemente de mujeres tendrá un rol central, tanto en la toma de decisiones en la familia como en que todos lo atienden y le sirven, a su voz todos obedecen.

Mamá: la mamá juega un rol tradicional, seguramente por la diferencia de edad con su marido, ella ha de ser sumisa y obediente a los mandatos del mismo, por ser una mujer joven, su voz se ha de sentir en la casa, sobre todo con sus hijos cuando su marido no está, ya que cuando el esposo está él tiene la autoridad y ella obedece al igual que todos

Hermana mayor: aunque educada en un rol tradicional, sobre todo por modelamiento, se ha negado a vivir dentro de ese rol, en la casa sobre todo con su papá presente sabe como comportarse, siempre esta en la lucha continua por que su mamá sea tratada de otra manera por su papá, ésta lucha se traduce en comentarios que le hace a su mamá en relación al no asumir el rol de sumisión y obediencia, sus relaciones de pareja se ven marcadas por la búsqueda de la

equidad y muchas veces por la búsqueda del poder. Ella sugirió seguramente la terapia de Sergio

Hermana: ella juega un papel periférico al interior de la familia, hija que hace lo que se le manda y no más, evita involucrarse con la familia en demasía, sus amistades juegan un rol fundamental en su vida, incluso mas importante que su propia familia.

Técnicas de Intervención:

- Encuadre de la Terapia
 - Rastreo de Información: Postura, definición del problema, como se muestran hacia la terapia, como son sus valores
 - Delimitación del Objetivo: que Luis se cure de su malestar
 - Cambio Mínimo hacia la meta
 - Solución Intentada
 - Tarea: es una tarea genérica, tuvo por objeto que el paciente sintiera control sobre sus síntomas crea expectativa de cambio
-
- Sesión 2

La sesión comienza con el relato de las ultimas dos semanas, se explora la efectividad de la tarea la cual no se hizo por que Luis nunca salió sólo de casa, así que por lo tanto no pudo experimentar la situación que le causaba ansiedad.

Menciona que ya se dio de baja temporal de la escuela para pensar que va hacer de su vida, la mamá y el papá apoyaron la decisión, la baja fue por un año, ahora no tiene ningún plan solo enfocarse a las terapias y más a delante pensar si ponerse a trabajar o regresar a la escuela. Más adelante tomará cursos de matemáticas, pero no tiene idea ni donde ni cuando. A ninguno de sus papás le enfado la idea de que Luis dejara la escuela, de hecho la apoyaron, a todos en la familia les preocupa que Luis deje la escuela. Puso en alerta a toda la familia cuando dejó la escuela.

Toda la atención se centra en la persona que tiene problemas, ahora es el turno de Luis, anteriormente fue de Sara con su problema de alimentación. Luis se sintió enojado y un poco ignorado durante el problema de Sara, lo mismo ocurrió cuando María estaba haciendo la tesis y todos estaban preocupados por ella. La señora menciona que ella y su esposo se preocupan por todos igual. Ahora es el turno que se preocupe por él, hace dos años se preocupaban más por Sara, ahora Luis se siente mejor de que se preocupen más por él.

El papá tuvo que volver al trabajo por que el dinero de la jubilación no alcanzaba, él era muy cooperador en las actividades de la casa, refiere Luis que él preferiría que su papá se quedara en casa en lugar de estar trabajando a pesar de que lo veía poco. Él les daba más atención, les revisaba tarea, platicaban, convivían más. Menciona que a sus hermanas les gustaría más que su papá trabajara. A la señora le agradaría que su esposo estuviera más en casa.

Cuando se pregunta a la señora acerca de que pensarían los hijos de ellos como padres responde, que dirían que no hablan el mismo idioma (Sara), que son estrictos (María), preocupados (Luis) el papá se encarga de dar permisos, si ella dice que no, el papa dice siempre que si, si por ella fuera algunas veces las hijas no saldrían sin embargo el papá tiene la última palabra.

Se le cuestiona a Luis de cómo sus papás perciben a los hijos, los padres perciben a Luis como poco responsable, voluble con sus decisiones, a Sara como segura de sus decisiones, a María como poco responsable, María no se parece a ninguno de los padres, Sara a los dos y Luis en el carácter a su papá.

Mensaje: En el mensaje están implícitas las pérdidas y las ganancias que tiene la familia al continuar con la enfermedad de Luis, se predice el no cambio.

Técnicas de Intervención:

- Preguntas circulares acerca de las percepciones de unos con otros
 - Se observa la resistencia al cambio
 - Se iluminan las pautas de relación
 - Mensaje: se cuestiona el síntoma, la realidad familiar, se predice el no cambio por la actitud de Luis hacia las tareas
-
- Sesión 3:

La sesión comienza explicándole al papá de Luis el formato de la terapia. Posteriormente se le pregunta si sabe la razón del porque esta ahí, comenta que es por el problema de Luis, asiste porque le preocupa y siente que no es normal, que él pensaba que nada más era porque Luis no quería ir a la escuela pero que se dio cuenta que era mas grave cuando Luis ya no iba a la escuela y seguía presentando el problema.

Al preguntar qué hace Luis ahora que ya no está en la escuela, ambos padres responden que nada, Luis dice que ya está empezando hacer cosas, la mamá interrumpe y dice que sí, que ella lo llevó a sacar la cartilla y la credencial de elector, se le pregunta que si ella lo acompañó a ambas cosas, dice que sí, se le pregunta a Luis que para qué la cartilla y la credencial de elector y contesta el papá que él le dijo que fuera por la cartilla por que si no, era difícil obtener un trabajo.

Se les hace evidente la toma de decisiones de ellos sobre estas cuestiones de Luis, se le pregunta al papá que si así fue con él, contesta que no, que él tomo la decisión para que Luis empiece a arreglar sus asuntos sólo. Se les pregunta si ellos siempre toman la decisión por sus hijos, la mamá responde que como ellos no dicen nada ellos dos tienen que hacerlo.

Se le pregunta a Luis si él toma decisiones y sobre qué, él contesta que sobre algunas cosas y que sobre otras sus papás, que para el trabajo, los papás tomaron la decisión de que él empezara a trabajar y él puede decidir en qué.

Se le pregunta a los padres cómo es que ellos tomaron las decisiones en su vida, el papá contesta que él ha labrado su propio camino, que él ha trabajado, que él siempre ha tomado sus propias decisiones, la mamá dice que desde que decidió salirse de su casa para venirse al D.F., ella ha tomado las decisiones sobre su vida... el papá menciona que las decisiones las toman sus hijos cuando es tiempo, se le pregunta al papá cuando va a ser el tiempo de que sus hijos tomen sus propias decisiones.

Tarea: No cambien.

Técnicas de Intervención:

- Redefinición del síntoma: Luis no hace cosas por que no dejan que las haga
- Se Iluminó: que no sólo Luis no toma decisiones, si no que ningún hijo las puede tomar.
- Tarea: La tarea es paradójica esperando el fracaso

- Sesión 4:

La sesión comienza explorando si se hizo la tarea, no se hizo, porque Luis se fue en microbús al centro de Tlalnepantla, dice que no sabe porqué, pero que no sintió miedo, ni nada, se le reprende por no haber hecho la tarea, él dice que no sabe porqué cambió, dice que una vez se subió sólo y que no sabe por qué no le pasó. Tal vez lo que cambió fue que él ya no está viniendo a la escuela o que no tiene tanta presión, mencionan todos en la familia.

¿Cuál sería un problema o una desventaja que él ya no presentara el síntoma? Se le pregunta a la familia. Luis responde que sus papás se dedicarían a otra cosa,

eso sería una desventaja, dejaría él de hacer cosas u otras actividades, menciona que también es una desventaja. El señor menciona que no ve ninguna desventaja, la señora menciona que ya no tendría pretexto para decir que ya no quiere estudiar o hacer cual o tal cosa, ponerse hacer algo, Luis dice que pues si, que eso sería una desventaja, ¿le convendría a Luis ya no tener el problema? se le pregunta a todos, el señor menciona que no, la señora menciona que si, aunque es más cómodo no hacer nada. Luis menciona que el cambiar le conviene pero que el no cambio también, se le pregunta qué quiere hacer, cambiar o quedarse igual. Él menciona que cambiar, se le da la orden de que lo piense bien por que es una decisión que no se puede tomar a la ligera, que él tiene que analizar bien las ventajas y desventajas, y que no es algo que pueda decidir sin pensar, se le menciona que se le preguntará al finalizar la sesión, que entre tanto, él pensará en eso. La decisión requiere compromiso, por que pierde mucho si cambia, tiene cosas que hacer y puede perder la comodidad.

El no hacer nada le está causando problemas, menciona su mamá. El papá menciona que quiera o no, va a cambiar, que él debe de cambiar, pensar en que debe trabajar, estudiar, que él tiene todo el apoyo familiar. Él debe de terminar la preparatoria por su bien, pero que no se le puede obligar, por que él prefiere que no estudie a que se ponga mal. Se le menciona a Luis que si cambia tiene que ir a la escuela, hacer tareas, trabajar, crecer, muchas cosas que requieren esfuerzo, y si no cambia se pierde la diversión, los amigos, la novia, la parte bonita de crecer, pero que lo siga pensando.

El papá ofrece muchas opciones para que Luis trabaje pero que al final el que debe de decidir es él, porque su papá no quiere que después se le culpe por nada, se le menciona que es como aquí (la terapia) a Luis se le dan muchas opciones pero al final quien decide es él. Su papá sigue platicando que él no piensa que obligando a Luis se gane nada, que ir a la escuela y ser mal estudiante mejor que no vaya. Que la familia apoya lo que Luis decida, que si quiere ir a la escuela, que si quiere conseguir oficio, o que si quiere quedarse con el síntoma en la casa

encerrado se le apoyará por que al final es su decisión y ellos como papás lo apoyarán. Pero entonces tendría que encontrar un trabajo que hiciera desde su casa, porque así quedarse en la casa y sin hacer nada todos los días pues no.

Sábados y domingos son alegría para Luis por que se junta con sus amigos y salen a jugar o hacer cosas y sólo esos días son los que sus amigos pueden porque están en la escuela o trabajan entre semana, Luis está muy aburrido toda la semana, menciona su mamá, ya que cuando la gente hace cosas pues el día se va rápido, pero para Luis siempre es largo y no sabe que hacer, entra y sale de los cuartos de la casa, está muy aburrido.

El equipo pregunta ¿Qué va a pasar si Luis decide hacerse joven? Si él toma esa decisión, ¿Qué va a pasar con ustedes dos? ¿No van a extrañar de quién preocuparse, de quien estar pendiente? El papá menciona que no, porque a todos nos tiene que pasar y todos tenemos que vivir eso, y la señora menciona que tampoco lo extrañaría, y ¿de que se van a ocupar? ¿De que platicarían? El señor responde que tiene muchas cosas de que platicar, de sus otras hijas, la señora piensa que les vendría bien por que es por el bien de Luis, para que sea un chico normal.

También tienen a la abuelita, menciona la mamá, ella necesita cuidados, ella ya está grande y de ella nos tenemos que ocupar, Luis no se tiene que preocupar de cambiar y afectarles a ellos en algo. Se le menciona a Luis que la mitad del equipo piensa que tu postura, tu rostro, demuestra indecisión, que aunque digas que ya tienes la respuesta no estás convencido de ella, que todavía no estás dispuesto a cambiar, que mejor no te comprometas por que vas a fallar, la otra mitad y yo pensamos que tu si puedes cambiar y que aunque es difícil hay muchas ganancias, venir a la escuela, salir, estar más distraído, hacer muchas cosas para ti, ser un adolescente, ser un joven, vivir esa etapa tan bonita de la vida, que se va muy rápida. En cuestiones de amigos Luis no tiene tanto problema, le va bien,

hasta ahora ha tenido amigos que son buenos muchachos que no tienen mayor problema.

Tarea: Luis piense si se quiere comprometer con el cambio o no.

Técnicas de Intervención:

- Se frenó el cambio: analizando las ventajas y las desventajas con el afán que Luis se comprometa con éste.
- Tarea: se analizan los peligros de una mejoría

- Sesión 5:

La sesión comienza preguntando por la tarea, Luis menciona que sí pensó, y que decidió cambiar, se le menciona que no creemos tal decisión, por que no se le ve convencido, que no creemos que lo haya pensado bien. Se exploran las ventajas y desventajas de quedarse así. No conocer nada es una desventaja, menciona Luis, la mamá menciona que no le van a poder dar cosas que a él le gusten, tampoco se puede quedar sin hacer nada. La ventaja que menciona la señora es la seguridad, al estar en casa, Luis se siente seguro, sin embargo refiere que quien no arriesga no gana. El papá menciona que la desventaja es mucha, el aburrimiento, es lo principal, y que no gana nada si no cambia. El señor menciona que él no se quedaría en casa sin hacer nada, que lo probó con la jubilación y no le gustó.

Todos están de acuerdo que a Luis le conviene cambiar. ¿Por qué le conviene cambiar a Luis?, por que se aburre, menciona su papá. Continúa mencionando que hay muchas ventajas de cambiar y que definitivamente está dispuesto a renunciar a tener a su hijo en casa, la señora menciona que el cambio de Luis le beneficiaría a ella, o sea habría ventajas, que él ya no se siente así, que ya no tiene miedo, eso la haría sentir bien. Que cambie, salga aprenda, todas esas serían ventajas.

A los padres no les preocupa el quedarse solos y ser papás de hijos adultos. Ellos dicen que ellos quieren que sus hijos crezcan, que ellos no los frenan. ¿Como ven a Luís en el futuro si esto sigue igual o si esto cambia? Se les pregunta. La mamá no se imagina quedándose en la casa por que no lo quiere ahí, el papá lo imagina como con vicios, con drogas, fumando, tomando cerveza, viendo la televisión. Luis refiere que no se imagina llegar a quedarse porque va a tratar de no hacerlo, dentro de 20 años si él decide quedarse, Luis sería un hombre de bien, menciona su papá, una persona activa, normal, feliz, casado. La mamá de Luis se lo imagina como un hombre responsable, con hijos, con familia, ya con cosas de que ocuparse y reocuparse, ya no puede estar sin hacer nada. Luis se ve ya con una carrera, en 5 años se ve estudiando Biología, el próximo año se ve acabando el CCH y en 10 años trabajando en un departamento de biología, en el campo.

Luis menciona que quiere cambiar y le conviene cambiar, que ya no siente nada en los microbuses. Para Luis la vida sin el problema es el comienzo de una nueva etapa. El pasado ahí se queda, y el día que ya no le pase (el síntoma) estaría mas contento. El cambio mínimo a la meta es buscar empleo, trabajar un poco, tomar unos cursos.

No sabemos si Luis está comprometido con el cambio, si realmente está comprometido debe de comprometerse con sus papás y no con nosotros, el papá menciona que Luis no se compromete con algo que no siente, que no lo quiere hacer, el equipo le regresa que la voluntad debe de irse cultivando, va creciendo y poco a poco va a ir madurando, no es algo que nazca de la nada, no es hoy ya me levaté y ya voy a la escuela por que ya tengo voluntad si no que al principio es difícil y requiere esfuerzo, tal vez, este compromiso es parte del esfuerzo que se requiere para empezar hacer las cosas y tal vez después Luis por su propio gusto o convencimiento haga las cosas, pero ahora está haciendo un compromiso para lograr ésto.

Tarea: para Luis buscar trabajo, a la hora que sea, el tiempo y los días que él crea conveniente.

Técnicas de Intervención:

- Se analizan los peligros de una mejoría
 - Se alentó la proyección a futuro
 - Se busca el cambio mínimo hacia la meta
 - Se alienta el cambio: mediante el compromiso propio de cambio
 - Tarea: se alienta el cambio
-
- Sesión 6:

La sesión comienza preguntando por la tarea, Luis menciona que no hizo la tarea, que si bien, sí buscó trabajo, aunque después refiere que se ha dedicado a ello, la mamá afirma lo mismo. Menciona que no ha buscado por flojera, se le pregunta que si tiene que ver con el compromiso, él responde que no sabe, la señora contesta que Luis presentó una neuralgia, y que fue con el médico y éste le dijo que eso es porque como no tiene nada que hacer, se inventa enfermedades o dolores, ya que lo único sobre lo que está pensando todo el día, es sobre su cuerpo.

La señora refiere que él prometió que a partir de esta semana ya se va a poner a buscar trabajo. Se le menciona que está en el no compromiso, en el no cambio, Luis dice que sí lo tiene que hacer, le mencionamos la diferencia entre lo que tiene que hacer y lo que quiere hacer, lo que se compromete. Se vuelven a repasar los pros y los contras del cambio, se debaten las ideas.

La señora menciona que le conviene cambiar, que ella está muy segura, que si sale él aprenderá a desenvolverse, después él se sentirá bien de saber hacer cosas. También, si aprende bien lo que tiene que hacer no se le hará difícil y aparte le van a pagar, la escuela es otra opción, si decide que quiere aprender

algo, cualquier cosa, trabajar o estudiar le conviene más que quedarse en casa, porque, ella refiere que no lo va a dejar tranquilo, que lo va a poner hacer cosas.

¿El equipo pregunta qué es ser una buena madre? Y ¿Qué opina su esposo que debe ser un buen padre? No hay escuela para ser buena madre, pero es estar pendiente de los hijos, ver que se les dé lo que está al alcance de las posibilidades, cuidarlos, llevarlos al médico, darles comida, lavar la ropa, platicarles las experiencias para que no cometan errores, aunque eso no se puede porque ellos tendrán que cometer sus propios errores, y de mi esposo no se decirle, a lo mejor darle lo que necesiten los hijos, que tengan casa, comida, y pues si quieren estudiar o trabajar darle esa oportunidad.

La señora menciona que tiene que salir, que tiene que cambiar, tiene que ver el mundo, su hermana Sara le da opciones de trabajo y María no se interesa tanto, aunque Luis menciona que ellas no tienen equipo, pero que Sara se preocupa más que María porque ella está en la misma etapa y porque se ven más.

Tarea: para Luis, pensar en el compromiso, buscar trabajo, a la hora que sea, el tiempo y los días que él crea conveniente. Para la mamá, hacer que Luis se despierte a la misma hora que ella y que se le asigne una tarea diferente para cada día, la tarea deberá ser algo que contribuya al bienestar de la casa.

Técnicas de Intervención:

- Se analizan los peligros de una mejoría
 - Proyección a futuro
 - Tarea: se alienta el no cambio
-
- Sesión 7:

La sesión empieza 45 min. tarde, asiste solo la madre de Luis, menciona que está muy preocupada por que Luis ya esta trabajando, y que está viajando en

microbús, que a pesar que ya hace casi 5 meses que no le da ningún episodio, ella no descarta que pueda volver a suceder.

Se le dice que entonces ella está del lado del no cambio, que para ella es mejor que él no cambie, que sería mejor verlo en casa para siempre, ella lo niega y dice que solo es preocupación. Se valida su preocupación, se menciona que también es una preocupación que tiene el equipo terapéutico.

Mensaje: Se predice la recaída y se le menciona que no se preocupe, que estaremos al tanto de Luis y que le llamaremos para que esté más tranquila, se le dice que Luis aún no está dado de alta por que en cualquier momento puede tener una recaída. Se menciona que ya no asistirá Luis porque no puede, en ese sentido su terapeuta estará en contacto con él por teléfono.

Técnicas de Intervención:

- Se atenta el cambio
- Se ilumina la resistencia al cambio por parte de la madre
- Mensaje: se predice la recaída

- Llamada uno, 15 días después:

Lo felicité por su nuevo trabajo, le dije que sin embargo no se confiara que esto podía ser muy engañoso, él me contestó que ya no me preocupara yo, que él ya está bien y que ya estaba los sábados asistiendo a la escuela.

- Llamada dos, 3 meses después:

Ya no se habla de síntomas, ni de recaídas, solo de éxitos, él está en la escuela sabatina, casi nivelado, no piensa más volver a la escuela diaria, por que descubrió que si trabaja y estudia puede tener dinero y además superarse, acabando la universidad es como se mira en 5 años. Se le da de alta y se le dice que recuerde el bien que le hace estar haciendo cosas.

- Llamada tres, 9 meses después:

Él me llama, me dice que va a tomar el examen para ingresar a la universidad, que él sabe que es un camino largo y difícil, pero que nada más lo va a vencer, lo felicito y le digo que yo también lo creo, que siempre creí en él. Se despide con toda la ilusión y me dice que para lograr las cosas hay que estar del lado del cambio y que el esta 100% ahí.

1.2.2.4 Análisis del caso desde el modelo de terapia breve:

La planificación del caso en Terapia Breve es muy importante y es una tarea que debe de hacerse de manera reflexiva y detenidamente, parte fundamental del éxito de la terapia está en la planeación del caso, para ello Fisch, Weakland y Segal (1984) en su libro la Táctica del Cambio nos ofrecen parámetros que sirven para ello.

Dichos parámetros articulan las diferentes áreas que uno debe tomar en cuenta a la hora de abordar un caso desde la Terapia Breve centrada en problemas, por ello, considero que dichos parámetros ofrecen un marco de referencia, desde donde se pueden establecer un análisis del caso, de manera concreta, simple y esquemática, sin dejar fuera ninguno de los elementos que son fundamentales en Terapia Breve, con el propósito que dicho análisis sea un reflejo fiel del proceso terapéutico y que ofrezca la posibilidad al lector de entender lo útil, eficaz y eficiente que es la terapia

El problema del cliente. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo: Los pacientes atrapados por esta contradicción suelen quejarse de estados de terror y ansiedad. Estas dolencias son autoreferenciales. El proceso de cómo surgen y se conservan esta clase de problemas es el siguiente; el futuro paciente que no experimentaba ninguna dificultad para llevar a cabo determinada tarea, en un momento dado choca con inconvenientes inesperados e inexplicables para realizarla. Posterior a esto, el futuro paciente comienza a especular sobre la tarea y se alarma al pensar que

podría reaparecer en esa situación peligrosa, mortificante o humillante. Ésto se agrava cuando el futuro paciente decide que se está comportando como un tonto y necesita probarse así mismo. Su aprensión provocará una profecía autocumplidora y el sujeto adquiere el problema. En el caso de Luis, todos lo motivaban a que “le echara ganas” su papa decía que lo obligaba a que fuera a la escuela, eso implicaba que se expusiera al evento temido, y Luis pensaba que solo era pasajero y que él tenía toda el control de la situación, así que se subía a los microbuses diciéndose que esto no era normal que él tenía que poder.

Establecer la solución intentada por el cliente. Radica en decirse a si mismo, que si la tarea es fácil para los demás, él no tendrá ninguna dificultad para realizarla, al tiempo que se siente vulnerable y no se encuentra preparado para realizarla. En el caso de Luis, era antes de subirse al microbús, pensar que era necesario hacerlo, lo que sucedía después es que el bajaba del micro y caminaba a su casa de regreso sintiéndose muy mal por eso y pensar que mañana lo volvería a intentar.

Qué se debe evitar. Tratar que Luis se enfrente a la tarea temida de la misma forma que lo ha venido haciendo, si no rompemos la pauta, estaremos en simetría con el sistema y solo haremos más de lo mismo y el paciente no encontrara una solución.

Un enfoque estratégico. La estrategia es la guía que debe tener un terapeuta para avanzar, las estrategias efectivas son aquellas que se oponen al impulso básico del paciente. Estas se deben apartar 180° de dicha dirección. No es suficiente desplazarse a una posición neutral ya que no existe tal, y la probabilidad de estar continuando con el impulso del paciente es muy alta. La estrategia ha radicado en enfrentarlo al hecho temido pero que fracase, eso da un giro de 180° ya que el diálogo interno y externo era siempre, inténtalo nuevamente y ahora lógralo, en este sentido la estrategia incluía que por motivos diagnósticos el no debería de cambiar, exponerse al suceso, o sea subirse a los microbuses, sentir lo que siente y registrarlo (la tarea no se cumplió). A Luis se le dio mucho impulso al fracaso de la tarea, posteriormente se le dijo que lo hiciera a su ritmo, el se negaba de todas formas hacerlo y se le aplicó el no cambio como premisa

fundamental, el no cambio era impulsado y debatido, tanto por el equipo como por el terapeuta, la familia también se tomó partida en cuanto a las ganancias y las pérdidas del no cambio, se siguió ante el no cambio hasta las últimas sesiones, posteriormente, siguiendo en las tácticas de oposición, se predijo la recaída.

Formular tácticas concretas. Aunque la solución del problema exija el abandono del intento de solución, no solo se debe limitar a eso, si no hay que plantear una alternativa. El terapeuta debe planificar sus intervenciones concretas calculando qué acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada, qué acciones son más centrales para las transacciones implicadas en el problema, qué acciones se incorporarían con mayor facilidad a la rutina propia del cliente, y qué persona (o personas) desempeñan un papel más estratégico para la persistencia del problema. En este caso la estrategia consistió en que él se expusiera al suceso temido (subirse al microbús) y que fracasara (que sintiera mucho miedo), el objetivo de la tarea era que no hiciera la segunda parte, y lo hizo, sin embargo si hubiera hecho la tarea al pie de la letra hubiera servido para el trabajo posterior del terapeuta y además encuadrar al paciente como un paciente muy cooperador y que esta dispuesto hacer cualquier cosa para solucionar su problema incluso volver a experimentar una sensación tan desagradable. También al abordar el tema de que Luis ponía a trabajar a toda su familia mientras éste mira desde afuera en una posición muy cómoda hizo que sus padres se mantuvieran al margen de ayudarlo a enfrentarse al evento temido.

Vender la tarea. El terapeuta no debe de limitarse solo a decirle al paciente que deje de hacer lo que está haciendo, y que haga otra cosa, si no es su responsabilidad planear el modo inducir a este a aceptarla. Para ello la postura del cliente suministra información muy importante, ya marca una directriz de acción válida para el paciente. Por ello las tareas deben enmarcar y definir el marco de referencia del paciente con miras a evitar la resistencia y a la brevedad de la terapia. En cuanto a la postura de Luis, llegó siendo paciente ahora es paciente-cliente, en cuanto a la definición de su problema él piensa que necesita un cambio, porque el problema es incómodo, aunque el cambio no tiene que ser urgente, ante el problema, él piensa que aunque es difícil

se puede solucionar, ante la terapia se muestra pasivo y receptor de los consejos del terapeuta, en cuanto a su actividad dentro de la terapia es de acción más que de debate y en cuanto a sus valores personales lo noto servicial. Dentro de este marco se encuadraron ambas tareas, la primera pensando en que la haría, porque es servicial y porque confía en la sabiduría del terapeuta, pero no completa, por su no urgencia de que las cosas cambien. La segunda tratando de frenar el cambio, porque podemos analizar que las directivas las cumple a la mitad entonces el frenar el cambio nos permite usar la resistencia a nuestro favor, de esa manera se le pide que no cambie nuevamente, al decirle que se debe comprometer con el cambio, para que continúe en el cambio, y cuando regrese con el compromiso hecho se solidifique este cambio.

Formular objetivos y evaluar el resultado. Hay que pensar sobre qué base elegimos el objetivo y qué tipos de datos se manejarán para determinar el éxito o el fracaso en el logro de dicho objetivo, en este sentido la queja del cliente constituirá el principal objetivo a lo largo de todo el tratamiento. El indicador del éxito terapéutico consistirá en el autoinforme que el paciente nos otorgue acerca de la satisfacción del tratamiento, esto puede estar entorno a dos causas, a que la conducta perturbada haya cambiado, o por que haya cambiado la evolución de tal conducta. Para constatar este cambio el terapeuta puede interrogar al cliente acerca de la base de su nueva postura, identificar una conducta específica que sea incompatible con la manifestación del problema o en seguimiento establecer el hecho de que el paciente no se haya sometido a otro tratamiento por la misma causa o una similar. Todas en conjunto podrán darle fiabilidad a la evaluación del terapeuta. El objetivo es que Luis ya no sienta miedo de viajar en microbús, el cambio mínimo a la meta, sería salir tomar un microbús una distancia corta y no sentir miedo, y el indicador de éxito terapéutico (auto informe) sería que él ya no sintiera ningún temor y que olvidara ese miedo que le causa salir de casa.

1.3 Consideraciones finales.

La Terapia Breve es llamada así, no por el tiempo que tarda en resolverse el problema, si no por el número de sesiones que se ocupan para lograr dicho objetivo. En ese

sentido Fisch y cols en 1984 nos dicen que está garantizado que el cambio puede lograrse en un máximo de 10 sesiones, al respecto podemos observar que en ambos casos aquí expuestos se cumple dicha aseveración, en el primero necesitaron un máximo de diez sesiones y en el segundo solo se necesitaron siete.

De la misma forma en ambos casos se definió el objetivo terapéutico y se buscó el cambio mínimo hacia la meta, esto contribuyó a abreviar la terapia, de acuerdo a lo que dice Watzlawick y Nardone, 2000 y O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989.

El problema del segundo caso se resolvió durante los primeros seis meses según Lambert, Shapiro y Bergin (1986) el 75% de los pacientes mejoran dentro de los primeros seis meses, aunque el primer caso tardó mucho, el pequeño cambio ya se había dado dentro de esos primeros seis meses y tomando en cuenta que solo hace falta un pequeño cambio para el logro de los objetivos en la terapia se puede hablar que también está dentro de esta cifra.

Podemos observar que en ambos casos los pacientes abandonaron el tratamiento, el primero por que el cumplimiento del objetivo le impedía asistir y en el segundo caso por considerar que ya se habían cumplido los objetivos, el primero abandonó antes de la octava sesión y el segundo en la décima sesión, esto se puede observar en otros estudios, Garfield (1986), (Howard 1989), y Bados y cols (2002) donde dice que los pacientes acuden a pocas sesiones y que existe una tasa de abandono de entre el 65-80% antes de la sesión 10.

El éxito de ambos casos es innegable, Muñiz en el informe de evaluación de resultado de la Terapia Breve del 2004 menciona que el 78.8 % cumplieron con éxito el proceso terapéutico. Yo puedo hablar que este par de casos fue seleccionado de una gran cantidad de casos de Terapia Breve de los cuales todos acabaron con éxito.

La Terapia Breve ofrece a los pacientes la posibilidad de resolver sus problemas en una pequeña cantidad de sesiones, de la misma forma les ofrece la resolución de su

problema tomando acciones en consecuencia para resolverlo y observar los cambios de manera inmediata, tangible, con la certeza de que ellos querían lograr algo y lo obtuvieron, con el control del problema en sus manos, con las herramientas para resolver un conflicto en el futuro, si es que existe, pero sobre todo con la confianza de que ante alguna situación problemática que les supere, podrán recurrir a su terapeuta que les ayudara a crear una estrategia para resolverlo.

Bastaría con tomar a un paciente y hacerle la propuesta: existen dos terapias clases de terapia la primera consta de 10 sesiones aproximadamente, se clarifica el problema, se fija un objetivo para lograr resolver ese conflicto, se hacen tareas para lograr ese objetivo y una vez resuelto el problema solo se afianzan los cambios, y la segunda se necesitan incluso varios años de trabajo y bueno el resultado depende de muchos factores excepto de la eficacia de la terapia y del terapeuta, cual eliges.

El argumento anterior es claro basta que el terapeuta sepa hacer Terapia Breve, para que empiece a experimentar la posibilidad de cambio de los pacientes, para que se viva como un facilitador del cambio, para que observe como ocurren los cambios mágicamente ante sus ojos, para que el mismo se convenza que si se trabaja con una metodología clara, con un objetivo tangible y con pequeñas metas concretas el éxito de la terapia esta garantizado.

También es importante que el terapeuta se haga responsable del espacio terapéutico y de las decisiones que de ahí derivan, que sepa asumir los éxitos de los pacientes y los fracasos de la terapia como tal, y que se viva como parte de esa terapia, no como un ente ajeno o extraño, que se mire una persona que influye en el otro desde el momento en que establece algún contacto con el y que asuma la responsabilidad desde ese momento, que tenga en cuenta que es imposible no comunicar y que es necesario y así, empezar una relación sana con el paciente, del tipo que este necesite y que sirva a la terapia, todo con el objetivo de garantizar el éxito de la misma.

Sin embargo no hay que olvidar que ninguna terapia es exitosa por si misma y que se necesita de la capacidad de ejecución de un terapeuta entrenado, supervisado, con un proceso terapéutico detrás que le otorgue la capacidad al terapeuta de mirar a los otros y así mismo tanto dentro del proceso terapéutico como fuera de el.

2. Habilidades de Investigación.

2.1. Reporte de la investigación realizada utilizando metodología cualitativa y cuantitativa

2.1.1 Investigación cuantitativa

El suicidio en México ha cambiado substancialmente durante los últimos 20 años, se han modificado las tasas de incidencia, el tipo de población y las edades de las personas que deciden terminar con su vida indicando a todas luces, que el fenómeno en vez de estar contenido se ha ido incrementando. En consecuencia el suicidio actualmente se considera como un problema de salud pública, derivando en la necesidad de investigar para conocerlo y explicarlo desde sus elementos primigenios con el objetivo de estructurar mecanismos de prevención e intervención siendo ideación suicida el primer eslabón de la cadena constituyendo un rubro fundamental para la investigación y el desarrollo de estrategias con el objetivo de salvar vidas.

Las investigaciones sobre ideación suicida sugieren la relación entre desesperanza (Mondragón et al., 1998), depresión, funcionamiento familiar (Valadez et al., 2005; Guibert y Torres, 2001; Hernández et al., 1999) e ideación suicida. No obstante, en nuestro país, el funcionamiento familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes se han abordado de forma periférica, no así para el intento de suicidio o el suicidio consumando. Sin embargo, la familia, como la célula básica de la sociedad, cumple con la función de elemento socializador (Andolfi, 1984 ; Florenzano, 1995; Hidalgo y Carrasco, 1999). El grupo familiar inmediato imprime su sello indeleble en la formación personal, constituyendo el

eslabón con el sistema social, es decir, es un contexto fundamental para el desarrollo de los adolescentes.

La familia es un sistema dinámico e interdependiente (Andolfi, 1984; Gómez, 2004, Eguiluz, 2004) en el que las acciones de unos influyen en las de los otros, afectando en mayor o menor medida la calidad y estilo de las relaciones domésticas, o sociales externas, en las que surgen procesos interpsicológicos de tipo afectivo, escolar, entre otros. El funcionamiento familiar es el proceso interactivo mediante el cual la familia esboza sus estrategias para resolver problemas, establece su clima emocional, su capacidad de equilibrio y cambio a lo largo de su ciclo de vida (Eguiluz, 2003).

La forma en que la familia mantiene síntomas depresivos e ideación suicida es a través de su funcionamiento. En el Modelo de Funcionamiento Familiar de McMaster (MFFM) (Epstein, Bishop, Levin, 1978) la interacción familiar normal o asintomática, se aborda por medio de seis dimensiones: resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conducta.

El objetivo de esta investigación fue conocer la relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en una muestra de adolescentes estudiantes de secundaria del D.F. La muestra estuvo conformada por alumnos de primer y segundo grado de secundaria entre 12 y 15 años. El muestreo fue de tipo accidental ($n=292$). Los instrumentos aplicados fueron: Inventario de Depresión de Beck (1976), Escala de Ideación Suicida de Beck, Schuyler y Herman (1974) y Escala de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune (2006) basando en el MFFM. El diseño fue transversal correlacional, en un grupo con tres mediciones, en un solo momento.

Se encontró correlación positiva entre la depresión e ideación suicida ($r=.452$, $p=0.01$); correlación negativa entre ideación suicida e involucramiento afectivo

funcional ($r = -0.387$, $p = 0.01$); correlación negativa entre ideación suicida y patrones de comunicación funcionales ($r = -0.338$, $p = 0.01$); correlación negativa entre depresión e involucramiento afectivo funcional ($r = 0.440$, $p = 0.01$); correlación positiva entre depresión e involucramiento afectivo disfuncional ($r = 0.371$, $p = 0.01$); correlación negativa entre depresión y patrones de comunicación disfuncionales ($r = -0.354$, $p = 0.01$), correlación negativa entre depresión y patrones de control de conducta ($r = -0.312$, $p = 0.01$).

La correlación encontrada entre ideación suicida y depresión coincide con un gran número de estudios (Garrison, Lewinsohn, Masterler, Langhirrichsen, Lanni, 1991; Beck, 1976; Arias, Cárdenas, Alonzo, Morales y López, 1994; Saucedo, Montoya, Higuera, 1997; Jiménez, Senties y Ortega, 1997) en los que el afecto o ánimo depresivo es el articulador entre la ideación suicida, o cualquier otro comportamiento suicida.

La correlación entre ideación suicida, depresión e involucramiento afectivo funcional es negativa, es decir, a mayor ideación suicida y/o depresión, menor es la posibilidad de un involucramiento afectivo funcional. Del mismo modo, la correlación entre ideación suicida, depresión e involucramiento afectivo disfuncional es positiva, por lo tanto, a mayor ideación suicida y/o depresión el involucramiento afectivo disfuncional podría aumentar. Esto coincide con la investigación de Richman (1979) quien señala el aumento de conductas suicidas, en familias con simbiosis y sin empatía, es decir, en familias donde falta individuación y presentan un apego excesivo.

La correlación entre ideación suicida, depresión y patrones comunicacionales funcionales es negativa, lo que significa que a mayor ideación suicida y/o depresión, menores serán los patrones comunicacionales funcionales. Lo anterior coincide con la investigación de Richman (op. cit.) quien señala que un nivel exagerado de secretos aunado a patrones de comunicación al estilo del "Doble Vínculo", donde el patrón de comunicación está caracterizado por una

comunicación confusa y paradójica, es típico en las familias con riesgo suicida. De igual forma coincide con las investigación de Guibert y Torres (2001), Valadez et al. (2005) y Eguiluz, Nyffeler, Alcántara y Chávez (en prensa), quienes encontraron una fuerte asociación entre una inadecuada comunicación y la expresión de afecto.

La correlación entre ideación suicida, depresión y la resolución de problemas, es negativa lo que implica que a mayor ideación suicida y/o depresión, menor será la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo, lo que involucra también la capacidad para manejar y solucionar los problemas. Ésta coincide con lo encontrado por Valadez et al., donde los resultados indican una relación entre el intento de suicidio de los adolescentes y un inadecuado manejo de conflictos y agresividad.

Finalmente, la correlación entre ideación suicida, depresión y patrones de control de conducta es negativa, es decir, entre mayor sea la ideación suicida y/o depresión, menores serán los patrones de control de conducta que mantengan un funcionamiento familiar óptimo. Este resultado coincide con lo encontrado por Guibert y Torres (2001) quienes observaron una alta incidencia de inconsistencias en reglas, desorganización, riñas constantes y conflictos de poder en familias con adolescentes suicidas.

2.1.2 Investigación cualitativa

La forma en que la familia desarrolla y mantiene síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida es a través de su funcionamiento, o por lo menos, en la forma en que una persona en lo individual percibe el funcionamiento de su familia. En el estudio cuantitativo previo se encontró una relación significativa entre ideación suicida, depresión y la percepción de algunas de las seis dimensiones de funcionamiento familiar del Modelo de McMaster en una muestra de adolescentes capitalinos (n=292). Se encontró una correlación positiva entre ideación suicida y depresión, y entre depresión e involucramiento afectivo

funcional, así como correlaciones negativas entre ideación suicida e involucramiento afectivo funcional y patrones de comunicación funcionales; entre depresión, involucramiento afectivo funcional, patrones de comunicación funcionales y patrones de control de la conducta.

Estos resultados son importantes para conocer la relación, sin embargo, no así para comprenderla pues, si bien establece una relación entre estos tres constructos, la óptica con la que se observa no nos permite comprender y entender la percepción del funcionamiento familiar desde el ojo observador y constructor de percepciones y significados del adolescente con ideación suicida. En consecuencia, requerimos una forma diferente de aproximación, siendo la cualitativa la opción adecuada pues permite conocer las cualidades de los fenómenos y no el grado en que el fenómeno tiene o no de cierto atributo (Mella, O.,1998). Es decir, permite conocer las percepciones, significados, acontecimientos, acciones, normas, valores, etc. sobre el funcionamiento familiar desde la perspectiva del adolescente con ideación suicida.

El objetivo central de este estudio cualitativo fue el conocer la percepción y significados sobre el funcionamiento familiar del adolescente con ideación suicida, desprendiéndose de éste tres objetivos particulares:

- Comprender la percepción y significados sobre el involucramiento afectivo en la familia de un adolescente con ideación suicida.
- Comprender la percepción y significados sobre los patrones de comunicación de la familia de un adolescente con ideación suicida.
- Comprender la percepción y significados de las formas de resolución y afrontamiento de problemas en la familia con un adolescente con ideación suicida.

Para el logro del objetivo general se planteó la siguiente pregunta central: ¿Cómo percibe, valora y dota de significados el funcionamiento de su propia familia un adolescente con ideación suicida?

Y las siguientes preguntas particulares:

- ¿Cómo es para un adolescente con ideación suicida el involucramiento afectivo su familia?
- ¿Cómo son para un adolescente con ideación suicida los patrones de comunicación en su familia de un adolescente?
- ¿Cuáles son y cómo percibe e interpreta las formas de resolución y afrontamiento de problemas su la familia un adolescente con ideación suicida?
- ¿Cuáles son y cómo percibe las formas o estrategias para la resolución de los duelos o las pérdidas en su familia un adolescente con ideación suicida?
- ¿Cuáles son y cómo percibe los mecanismos para afrontar la tristeza en su familia un adolescente con ideación suicida?

Se trata de un diseño proyectado (Valles, op. cit.) pues a pesar de mantener la flexibilidad necesaria de todo estudio cualitativo, no es tan emergente, tan abierto o tan flexible pues existe una estructura determinada por lo siguiente:

- a) Por un lado, existe un estudio cuantitativo previo del que se parte para la selección del caso de estudio en donde conocimos la relación entre ideación suicida, depresión y percepción de funcionamiento familiar.
- b) Por el otro, se conoce literatura científica sobre el tema, se conoce el estado del arte sobre la investigación de suicidio en adolescentes y su relación con la familia (Valdez, Amescua, Quintanilla y González, 2005; Hernández, Rebustillo, Danauy y Bess, 1999; Guibert y Torres, 2001).

En un primer momento, el muestreo de caso estuvo limitado por la presencia de ideación suicida y depresión en el adolescente determinado previamente por los instrumentos: Inventario de Depresión de Beck (1976) y la Escala de Ideación Suicida de Beck, Kovacs y Weissman (2000). En un segundo momento, del universo total de casos con ideación suicida y depresión, se eligió a aquel que puntuara lo más alto, es decir se integro de forma deliberada el caso más extremo.

Se considero el caso más extremo como una muestra pues representa un contexto institucional específico, la familiar, en el que el individuo actúa y que él también tiene que representar a otros.

Se utilizó la estrategia del estudio de caso de tipo instrumental (Vázquez, R. y Angulo, F., 2003), pues a través de éste se puede conocer y comprender a un grupo de individuos que presentan las mismas características, es decir, a través de este caso se puede comprender la percepción del funcionamiento familiar del adolescente con ideación suicida.

Para este fin se utilizó la técnica de la entrevista etnográfica de tipo en profundidad o no estructurada (Vázquez, R. et al.) pues a través de ésta se puede recoger información sobre las opiniones, significados y acontecimientos, en profundidad, y con esto lograr una comprensión de las perspectivas y percepciones que presenta un adolescente con ideación suicida sobre su funcionamiento familiar. Se utilizó esta técnica debido a que permite al investigador a partir de encuentros reiterados cara a cara la comprensión de las perspectivas, experiencias, percepciones y significados del adolescente, a diferencia de una historia de vida en la cual el investigador trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que esa persona aplica a tales experiencias (Taylor, S.J. y Bogdan, R., 1998). Del mismo modo, nuestro interés era claro, estaba bien definido y se centraba en la experiencia subjetiva de un adolescente con ideación suicida, el ver a través de sus ojos e introducirnos en sus experiencias y significados, para poder comprender su percepción del funcionamiento de su familia.

Como se utilizó la entrevista a profundidad no se tuvo un guión de entrevista, sólo una guía de temas para asegurar de que los temas claves fueran explorados. Es decir, no hubo un protocolo estructurado sino una lista de áreas generales. Estas áreas generales de información se estructuraron con base en nuestros conceptos sensibilizadores: ideación suicida, depresión y las seis dimensiones de funcionamiento familiar del Modelo de McMaster.

Se decidió analizar la información recolectada con el paquete hermenéutico ATLAS-ti. Se utilizó este paquete para analizar la información con el objetivo de clasificar la información e ir conformando familias o categorías de códigos de frases al estilo de la Grounded theory y poder ir concatenando significados y percepciones sobre el funcionamiento familiar en las seis dimensiones propuestas por el Modelo de McMaster. Del mismo modo, se seleccionó este paquete porque nos permitía hacer el análisis de manera sistemática, ordenada y en el tiempo requerido.

Como resultado encontró que la unión de significados entre ideación suicida, depresión y desesperanza en lo relacionado a dolor, duelo no resuelto, tristeza y soledad articulados en el funcionamiento familiar en la forma de involucramiento afectivo disfuncional. En esta categoría se encontró falta de interés, evasión de conflicto, falta de empatía y valorización de sentimientos y emociones, falta de empatía en el dolor, miedo de decir algo, pérdida emocional, tristeza muda y manejo individual del dolor. Este hallazgo es congruente con el estudio cuantitativo previo en el cual hay una correlación significativa entre ideación suicida y/o depresión con el involucramiento afectivo disfuncional, es decir, a mayor ideación suicida y/o depresión el involucramiento afectivo disfuncional podría aumentar. También coincide con la investigación de Richman (1979) quien señala el aumento de conductas suicidas, en familias con simbiosis sin empatía.

Ahora bien, se encontró en el manejo de pérdidas emocionales y físicas una gran tristeza familiar, tristeza individual, tristeza muda, tristeza manejada a través de la comida, así como falta de empatía, pérdida de lugar en la familia, ciclos de vida traslapados y narcisismo ligado a una fijación a patrones de relación infantiles y primarios. Esto coincide con los hallazgos de Richman (op. cit.) quien encontró dificultades afectivas en las familias de personas con conductas suicidas tales como depresión, aislamiento, conflictos comunicacionales y exceso de secretos. En el estudio cuantitativo previo se encontró una correlación entre ideación suicida

y depresión la cual a su vez coincide con un gran número de estudios tanto en México como en el mundo (Garrison, Z.C., Lewionsohn, P., Masterller, F., Langhirrichsen, J. Lanni, I., 1991; Beck, A.T., 1976; Arias, G., Cárdenas Navarrete, R, Alonzo, V., Morales Castillo, López García, A., 1994; Saucedo M., Montoya M. A., Higuera F. ,1997; Jiménez Genchi, A, Sentíes Castella, H., y Ortega Soto, H., 1997) en los que el afecto o ánimo depresivo es el articulador entre la ideación suicida, o cualquier otra conducta suicida, pautas familiares disfuncionales, conflictos en la familia, trastornos de la personalidad y conductas adictivas.

Sobre la resolución de problemas emocionales en este estudio se encontraron significados negativos ligados incluso con el involucramiento afectivo disfuncional pues se observa poco interés con empatía y una gran falta de comprensión, confianza y una tendencia muy marcada hacia la evasión de los problemas. Esto se relaciona con el estudio cualitativo previo donde se encontró una relación negativa entre ideación suicida y/o depresión con resolución de problemas, lo que implica que a mayor ideación suicida y/o depresión menor será la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo. Esta correlación coincide con la investigación de Valadez et al., en el cual se encontró una relación entre intento de suicidio en adolescentes con un inadecuado manejo de conflictos y agresividad.

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

3.1. Elaborar y presentar productos tecnológicos

3.1.1 Video didáctico: Técnicas del modelo de Terapia Estructural

3.1.1.1 Descripción de la actividad:

Es un video que dura aproximadamente 20 minutos en el cual los miembros de la maestría, terapeutas en formación, ejemplifican casos ficticios, escritos por ellos mismos y las técnicas de intervención para la solución de cada uno de esos casos.

Las técnicas que se ejemplifican son las siguientes:

- Técnicas de cuestionamiento del síntoma; escenificación, focalización e intensidad
- Técnicas que cuestionan la estructura familiar; fronteras, desestructuración y complementariedad
- Técnicas que cuestiona la realidad; constructos y lados fuertes

3.1.1.2 Justificación:

El realizar este video funciona en dos vertientes primera, queda como un material didáctico para que futuras generaciones puedan observarlo y aprender en una forma poco tradicional, cómo aplicar las técnicas de manera correcta, ya que muchas veces en las sesiones observadas, no se tiene el tiempo, ni la habilidad de detectarla. Y por otro lado sirven para que dentro del aula se pueda debatir la forma de aplicar la técnica, la postura del terapeuta, si ellos lo hubieran hecho de otra manera, sin herir susceptibilidades y con todo el tiempo para el análisis y la discusión que muchas veces en supervisión no se cuenta con el ya que se requiere de tomar decisiones rápidas.

3.1.1.3 Área de aplicación:

El video se puede proyectar fragmentado conforme se vaya leyendo las técnicas de modelo estructural, para una mejor comprensión de estas.

3.1.1.4 Población

Terapeutas en formación y psicólogos clínicos que quieren tener algún acercamiento con la terapia familiar sistémica

3.1.2 Video didáctico: Estrategias de intervención del Modelo de Terapia Estratégica

3.1.2.1 Descripción de la actividad:

Es un video de aproximadamente 20 minutos, en la primera parte contiene los antecedentes y orígenes del modelo, así como la biografía de Jay Haley. Se hacen mención de los postulados teóricos, el concepto de síntoma, la función del problema, las etapas de la entrevista y se ejemplifican las principales técnicas de intervención.

- Directivas: directas, indirectas y metafóricas

- Ordalía: directa, paradójica, ordalías con dos o mas personas y finalmente al terapeuta como ordalía

3.1.2.2 Justificación:

Proveer al terapeuta en formación de un material didáctico que ayuda a la comprensión, discusión y análisis del modelo de Jay Haley, y que facilite la aplicación de las técnicas, mediante la observación de la praxis de estas.

3.1.2.3 Área de aplicación:

El video se puede proyectar fragmentado, antes de la lectura como una buena introducción de el modelo y para conocer un poco de la interesante vida de Jay Haley y durante la lectura de las técnicas para una mejor comprensión.

3.1.2.4 Población:

Terapeutas en formación y psicólogos clínicos que quieren tener algún acercamiento con la terapia familiar sistémica

3.1.3 Video didáctico: Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas

3.1.3.1 Descripción de la actividad:

Es un video que dura aproximadamente 20 minutos donde estudiantes de la maestría en terapia familiar, terapeutas en formación, ejemplifican las técnicas de intervención, misma que ellos actúan y escriben. El video contiene las siguientes técnicas:

- Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo
- Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo
- El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición
- El intento de conseguir sumisión através de la libre aceptación
- La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.
- Técnicas generales

3.1.3.2 Justificación:

Es un ejercicio didáctico que se ofrece a los terapeutas en formación para que lo utilicen como un enfoque diverso para el trabajo con las familias, se ofrece una postura diferente a la que se maneja dentro del equipo de supervisión.

3.1.3.3 Área de aplicación:

Se puede utilizar dentro del aula para ejemplificar las técnicas mas comunes de las que un terapeuta que quiera desarrollarse en el área de la terapia breve puede utilizar.

3.1.3.4 Población:

Terapeutas familiares en formación, psicólogos clínicos y estudiantes del último semestre de la carrera de psicología.

3.1.4 Video didáctico: Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones

3.1.4.1 Descripción de la actividad:

Es un video que dura aproximadamente 20 minutos donde se ejemplifican las principales técnicas de este modelo de terapia:

- Unión
- La pregunta de la excepción
- Definición de objetivos
- La pausa
- Elogios
- Regreso a futuro
- Preguntas sobre el problema
- Prescripciones sobre el cambio
- Intervención sobre el patrón de la queja
- Intervención sobre el patrón del contexto
- La tarea sorpresa
- Ampliar y mantener el cambio

3.1.4.2 Justificación:

Este video es una herramienta útil para los terapeutas en formación que así lo deseen ya que ejemplifica de manera clara y precisa, todas las técnicas enfocadas en la solución que de este modelo derivan. De ello se puede derivar disertaciones acerca de las ventajas y desventajas que el modelo plantea.

3.1.4.3 Área de aplicación:

Se puede utilizar como un mecanismo didáctico, de discusión y análisis anterior a la lectura de los textos o posterior a ella si así se desea.

3.1.4.4 Población:

Dirigido a terapeutas en formación y para psicólogos clínicos que les interese el área de terapia familiar

3.2. Desarrollar y presentar programas de intervención comunitaria

3.2.1 Taller para la prevención de suicidio: “Desarrollando Fortalezas Internas”

3.2.1.1 Objetivo:

Informar y prevenir el suicidio en adolescentes en lo relacionado a: riesgos, signos de alerta y estrategias de afrontamiento.

3.2.1.2 Objetivos específicos:

- Informar a los adolescentes del centro educativo acerca de la problemática del suicidio juvenil
- Dar a conocer las principales situaciones de riesgo y los signos de alerta que pueden hacer sospechar que un adolescente presenta ideas o intenciones suicidas
- Promover en el joven habilidades para vivir y manejar adecuadamente situaciones de su entorno para así prevenir conductas de riesgo relacionadas con el suicidio

3.2.1.3 Población:

Alumnos seleccionados de primer y segundo grado de la Secundaria Diurna Federal 109 “León Felipe”

3.2.1.4 Duración:

Dos sesiones de tres horas cada una

3.2.1.5 Temario:

- La adolescencia y los cambios
- Los cambios y las pérdidas
- Suicidio en jóvenes, situación a nivel mundial
- Suicidio, situación en México
- Factores de riesgo

- Signos de alerta
- Significados y razones del suicidio
- Habilidades para vivir: autoconocimiento, autoestima, comunicación, manejo de la presión de grupo y de la ansiedad, plan de vida.

3.2.2 *Curso-Taller: “Escuela para Padres del CCH Azcapotzalco”*

3.2.1.1 *Objetivos:*

- Integrar a los padres de familia de los estudiantes del CCH – a los procesos formativos de sus hijos, de manera que asuman la corresponsabilidad en dicha tarea principalmente en el reconocimiento de su participación, de sus recursos y limitaciones para la orientación de sus hijos.
- Propiciar la formación de los padres de familia y otras personas significativas con las que convive el adolescente, de manera que puedan ampliar su comprensión del desarrollo de sus hijos y de la problemática que viven dentro y fuera de la escuela para de adquieran estrategias para enfrentar dichas situaciones y para y participar activamente en la prevención de conductas de riesgo y en la adaptación de sus hijos en los contextos en los que viven.
- Orientar a los padres en la detección de situaciones de riesgo, reconocer sus recursos y redes profesionales, conocer centros de apoyo y redes comunitarias a las que puedan acudir para solicitar orientación.

3.2.1.3 *Población:*

Padres de familia, adultos significativos que conviven y participan en la vida familiar de los estudiantes.

3.2.1.4 *Duración:*

Participe en la impartición de dos sesiones, la sesión cuatro, sexualidad en la adolescencia y el la sesión cinco violencia, para cada tema se formaron 4 grupos, calculando 75 personas en cada uno de ellos; se trabajo paralelamente en el

mismo horario dos grupos a la vez, lo que hizo 4 sesiones por día, con horario de 9 –11 am dos grupos y de 11 – 13 otros dos grupos.

3.2.1.5 Temario:

- Sesión IV. Sexualidad en la adolescencia.

Desarrollo de la sexualidad en la adolescencia

Comunicación entre hijos y padres sobre sexualidad.

Comportamiento y ejercicio de la sexualidad en la adolescencia

Prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Embarazo en la adolescencia.

Conductas de autocuidado

Diferencias de género.

- Sesión V. Violencia.

Violencia Familiar,

en el aula,

en la escuela,

en el noviazgo

grupos juveniles

Relaciones de poder y violencia.

Definición de violencia y tipos de violencia. Responsabilidad.

Relaciones de género y violencia

Contexto social y violencia.

3.3. Reporte de la asistencia a foros académicos

3.3.1 Asistencia al sexto diplomado de sobre Violencia Familiar y Derechos Humanos

3.3.1.1 *Expositores:* Gilberto Rincón Gallardo, Adriana Canales, Marta Torres Falcón, Laura Salinas Beristain, Margarita Vásquez Sierra, Alicia Pérez Duarte, Patricia Galeana Miguel Carbonell, Lourdes García Fonseca, Janet Shein=Szydl, Juan Manuel Saucedo, Arturo Loredó Abdala, y Carlos Pérez, entre otros

3.3.1.2 *Fecha:* 23 de Abril del 2007 al 3 de Diciembre del 2007

3.3.1.3 *Lugar:* Instituto de investigaciones Jurídicas de la UNAM

3.3.1.4 *Descripción:* El objetivo del diplomado es ofrecer una visión multidisciplinaria sobre los alcances de la violencia familiar y sus consecuencias a través de su análisis y discusión desde la perspectiva de la medicina, la sociología, la historia, la antropología, el género y el derecho; esencialmente con el fin de fomentar un efecto multiplicador en la formación de profesionales capacitados en la atención del fenómeno de la violencia familiar, esta dirigido primordialmente a Funcionarios del Poder Judicial, personal de centros de salud, ministerios públicos, profesionistas de las áreas medica, jurídica, social; personal de centros de atención a la violencia familiar, organismos no gubernamentales, académicos y estudiantes de postgrado con proyectos relacionados al tema. Esta dividido en cinco módulos con múltiples subtemas

- **MÓDULO I. CULTURA Y VIOLENCIA FAMILIAR** Subtemas Historia de la Discriminación de la Mujer, Cultura, Género y Violencia Familiar, Violencia Social. Violencia contra la Mujer en la Literatura. Lingüística y Violencia, Características del espacio público y la vivienda y su relación con la Violencia Familiar, La Violencia Familiar en estadísticas.
- **MÓDULO II. DERECHOS HUMANOS** Subtemas Evolución de los Derechos Humanos de las Mujeres en el ámbito internacional Análisis de la CEDAW-ONU, Análisis de la Convención Belém do Pará-OEA, Los Derechos Humanos de la Infancia en el ámbito internacional, Convención sobre los derechos del niño.
- **MÓDULO III. LA REGULACIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO** Subtemas Legislación Federal sobre los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Regulación de la Violencia Familiar en el Distrito Federal, Regulación Penal de la Violencia Familiar y Regulación Penal de la Violencia Familiar – II

- MÓDULO IV. ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA FAMILIA Subtemas Maltrato psicológico en la pareja, Maltrato psicológico infantil, Aspectos médicos de la violencia familiar de pareja, Aspectos médicos del maltrato infantil.
- MÓDULO V. TRABAJO SOCIAL Y VIOLENCIA FAMILIAR Subtemas Intervención y Violencia Familiar, Modelo de Atención a la Violencia Familiar.

3.3.2 Ponencia “Modelo Estructural de la Terapia Familiar: Técnicas y Estrategas de Aprendizaje”

3.3.2.1 *Evento:* VII Congreso al encuentro de la psicología mexicana y IV Congreso latinoamericano de alternativas en psicología

3.3.2.2 *Participantes:* Cristian Eduardo Treviño Guerson, Juan Inés Soto Miranda, Nelida Padilla Gamez, Rosario Espinoza Salcido

3.3.2.3 *Lugar:* Morelia Michoacán, México

3.3.2.4 *Fecha:* 7=10 de marzo del 2007

3.3.2.5 *Descripción:* Se presento durante 20 minutos un análisis donde se ponían énfasis en las principales estrategias y técnicas del modelo estructural, este con el propósito de dotar a los terapeutas que se inician en el conocimiento del modelo, un material didáctico que ejemplificado muestra una forma de hacer terapia estructural.

3.3.2 Ponencia “Ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar”

3.3.2.1 *Evento:* XV Congreso Mexicano de psicología “El Trabajo del Psicólogo y su Relación con otras Ciencias”

3.3.2.2 *Participantes:* Luz de Lourdes Eguluz Romo, Mónica Ayala Mira, Cristian Eduardo Treviño Guerson

3.3.2.3 *Lugar:* Hermosillo Sonora, México

3.3.2.4 *Fecha:* 24=26 de Octubre del 2007

3.3.2.5 *Descripción:* Se presento durante 20 minutos el análisis y la discusión de

los resultados de un trabajo de investigación sobre Ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar, realizado a estudiantes de educación secundaria de un plantel del norte del distrito federal.

4. Habilidades de compromiso y ética profesional.

La ética o moral es una rama de la filosofía que se encarga del estudio de las normas y principios o de lo que debe ser la conducta del hombre para el cumplimiento y realización de su fin temporal. La palabra Moral viene del latín Mores (Costumbre) en este sentido la ética puede ser definida como la ciencia práctica que enseña las reglas que deben seguirse para hacer el bien y evitar el mal (Vargas, 1960).

En este sentido la ética se erige como un sistema de normas y reglas de conducta, esto quiere decir que la ética es ciencia práctica y normativa. El hecho es que si queremos hacer un análisis ético de la profesión, primordialmente tendríamos que aducir a los documentos que por su carácter de reglamentos, establecen las normas para la práctica de la psicología y la terapia.

Declaración Universal De Principios Éticos Para Psicólogas y Psicólogos de la Organización Internacional de Ciencia Psicológica (2008):

Principio 1:

Respeto por la Dignidad de las Personas y los Pueblos

El respeto por la dignidad de las personas es el principio ético más fundamental y universalmente encontrado a través de las fronteras geográficas y culturales, y de las disciplinas profesionales. Proporciona el fundamento filosófico para muchos de los restantes principios éticos principalmente destacados por las profesiones. El respeto por la dignidad reconoce el valor inherente de todos los seres humanos, sin importar diferencias aparentes o reales en relación con el estatus social, origen

étnico, género, capacidades, o cualquier otra característica. Este valor inherente significa que todos los seres humanos son dignos de igual consideración moral.

Todos los seres humanos, además de individuos, son seres sociales interdependientes que nacen, viven y son parte de la continua evolución de sus pueblos. La diferencia cultural, étnica, religiosa, de estructura social y otras características de los pueblos, son parte integral de la identidad de sus miembros y otorgan sentido a sus vidas. La continuidad de vidas y culturas a lo largo del tiempo conecta a los pueblos de la actualidad con los pueblos de generaciones pasadas y con la necesidad de dar apoyo a las generaciones futuras. De esa forma, el respeto por la dignidad de personas El respeto por la dignidad de las personas y los pueblos se expresa de diferentes formas en diferentes comunidades y culturas. Es importante reconocer y respetar tales diferencias. Por otra parte, también es importante que todas las comunidades y culturas adhieran a valores morales que respeten y protejan a sus miembros tanto como personas individuales y como pueblos colectivos. Incluye la consideración moral y el respeto por la dignidad de los pueblos.

Por lo tanto, las psicólogas y los psicólogos aceptan como fundamental el Principio de Respeto por la Dignidad de las Personas y los Pueblos. Al hacerlo, aceptan los siguientes valores asociados:

- a) respeto por el valor único y la dignidad inherente de todos los seres humanos;
- b) respeto por la diversidad de personas y pueblos;
- c) respeto por las costumbres y las creencias de culturas, limitado solamente cuando una costumbre o creencia contradiga seriamente el principio de respeto por la dignidad de las personas o pueblos, o cause serio daño a su bienestar;
- d) consentimiento libre e informado;
- e) privacidad para los individuos, familias, grupos, y comunidades;
- f) protección de la confidencialidad de la información personal;
- g) equidad y justicia en el tratamiento de los otros.

Principio II

Cuidado competente del Bienestar de los Otros

El cuidado competente del bienestar de los otros implica trabajar en su beneficio y, sobre todo, intentando no hacer daño. Ello incluye maximizar los beneficios, minimizar el daño potencial, compensando o corrigiendo el daño. El cuidado competente requiere la aplicación del conocimiento y habilidades apropiadas para el contexto natural, social y cultural, de una situación. También requiere la habilidad para establecer relaciones interpersonales que refuercen potenciales beneficios y reduzcan potenciales daños.

Otro requerimiento es adecuar el autoconocimiento acerca de cómo los propios valores, experiencias, cultura, y contexto social, pudieran influir en las propias acciones e interpretaciones.

Las psicólogas y los psicólogos aceptan como fundamental el Principio de Cuidado Competente para el Bienestar de los Otros. Al hacerlo, aceptan los siguientes valores asociados:

- a) preocupación activa por el bienestar de individuos, familias, grupos, y comunidades;
- b) tener cuidado de no hacer daño a los individuos, familias, grupos, y comunidades;
- c) maximizar los beneficios y minimizar los daños potenciales a los individuos, familias, grupos, y comunidades;
- d) corregir o compensar efectos dañinos que hubieran ocurrido como resultado de sus actividades;
- e) desarrollar y mantener la competencia;
- f) autoconocimiento respecto a cómo sus propios valores, actitudes, experiencias, y contexto social influyen en sus acciones, interpretaciones, elecciones, y recomendaciones;
- g) respeto por la capacidad de individuos, familias, grupos, y comunidades para tomar decisiones por sí mismos y para cuidar de sí mismos y entre sí.

Principio III

Integridad

La integridad es vital para el avance del conocimiento científico y su aplicación, y para el mantenimiento de la confianza pública en las psicólogas y los psicólogos. La integridad está basada en comunicaciones honestas, abiertas y precisas. Incluye reconocer, controlar y manejar sesgos potenciales, relaciones múltiples, y otros conflictos de interés que pudieran implicar un daño a otros o su explotación.

El levantamiento de la confidencialidad y comunicación completa de la información debe ser balanceada junto con otras consideraciones éticas, incluyendo la necesidad de proteger la seguridad o la confidencialidad de otros, y respetando las expectativas culturales.

Existen diferencias culturales a la hora de considerar los límites profesionales apropiados, las relaciones múltiples, y los conflictos de interés. Sin embargo, a pesar de tales diferencias, se necesita un continuo control y manejo para asegurar que el interés personal no interfiera con el actuar acorde al mejor interés de los otros.

Por lo tanto, las psicólogas y los psicólogos aceptan como fundamental el Principio de Integridad. Al hacerlo, aceptan los valores siguientes asociados:

- a) veracidad, y comunicaciones honestas, exactas y abiertas;
- b) evitar el levantamiento incompleto de la confidencialidad, a menos que el levantamiento completo sea culturalmente inapropiado, o que viole la confidencialidad de otros, o implique potencialmente hacer un daño serio a los individuos, familias, grupos, y comunidades;
- c) maximizar la imparcialidad y minimizar los sesgos;
- d) no explotar a otros para beneficio personal, profesional, o financiero;
- e) evitar conflictos de interés y expresarlos cuando no puedan ser evitados o sean inapropiados de evitar.

Principio IV

Responsabilidades Profesionales y Científicas con la Sociedad

La psicología funciona como una disciplina dentro del contexto de la sociedad humana. Como ciencia y como profesión, tiene responsabilidades con la sociedad. Estas responsabilidades incluyen contribuir al conocimiento acerca del comportamiento humano y a la comprensión que las personas poseen sobre sí mismas y sobre los demás, y utilizar tal conocimiento para mejorar la condición de individuos, familias, grupos, comunidades, y de la sociedad. También incluye llevar adelante sus actividades dentro de la sociedad de acuerdo a las más elevadas normas éticas, y estimulando el desarrollo de estructuras y políticas sociales que beneficien a todas las personas y pueblos.

Existen diferencias en el modo en que estas responsabilidades son interpretadas por las psicólogas y los psicólogos en las diferentes culturas. Sin embargo, necesitan ser consideradas de una manera que sea apropiada culturalmente y consistente con los principios éticos de esta *Declaración*.

Por lo tanto, las psicólogas y los psicólogos aceptan como fundamental el Principio de Responsabilidades Profesionales y Científicas hacia la Sociedad. Al hacerlo, aceptan los siguientes valores asociados:

- a) la responsabilidad de la disciplina de incrementar el conocimiento científico y profesional de manera que promueva el bienestar de la sociedad y de todos sus miembros;
- b) la responsabilidad de la disciplina de asegurar que el conocimiento psicológico sea utilizado con propósitos benéficos, y de proteger ese conocimiento de ser mal utilizado, utilizado incompetentemente, o convertido en inútil por otros;
- c) la responsabilidad de la disciplina de conducir sus actividades de modo tal que promueva el bienestar de sociedad y de todos sus miembros;
- d) la responsabilidad de la disciplina de promover los más elevados ideales éticos en las actividades científicas, profesionales y de formación de sus miembros;

- e) la responsabilidad de la disciplina de entrenar adecuadamente a sus miembros en sus responsabilidades éticas y en las competencias requeridas;
- f) la responsabilidad de la disciplina para desarrollar su conciencia y su sensibilidad ética, y ser lo más autocrítica como sea posible.

Al mencionar este código o conjunto de reglas emerge la inevitable correlación del deber ser, que la regla trae inherente a su esencia el normar. El termino deber, significa la necesidad o la obligación moral de ejecutar algo o de abstenerse de alguna cosas. Así que por su etimología, el vocablo sugiere la idea de vínculo, por el estilo del que liga moralmente al deudor del acreedor. Es un vínculo moral, que radica en el alma, en la voluntad, por lo tanto no guarda relación con ningún vínculo material o físico de ninguna clase (Vargas, 1960).

En este sentido, el deber o la obligación, es una imposición moral que la razón nos presenta como consecuencia de la naturaleza de seres racionales y libres paradójicamente, ya que la imposición moral, tu ética coarta la libertad entendida como libertinaje y evita que pisotes los derechos del otro, por el simple echo de ser.

Es por ello que al tomar de referencia la ética, y el deber ser para hacer el análisis de la practica profesional, se plantea el eterno dilema, del deber ser, contra el ser.

4.1. Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional

Para la discusión de las consideraciones éticas me gustaría primero comenzar con la Declaración de los Derechos del Paciente en Psicoterapia, (Peyru y Brusca, 1992) Realizada en el Marco del 40 aniversario de la Organización de las Naciones Unidas.

- 1.- Toda persona tiene derecho a recibir asistencia psicoterapéutica y a que esta se le brinde dentro de las mejores condiciones posibles para la recuperación de su salud o la prevención de la enfermedad.
- 2.- Todo paciente tiene derecho a que se respete su individualidad, sus creencias religiosas, éticas, morales y políticas, sin que estas sean consideradas en sí mismas patológicas o anormales.
- 3.- Todo paciente tiene derecho a ser informado que existen técnicas y ora metodología de trabajo, distintas a la que se propone el equipo tratante.
- 4.- Todo paciente tiene derecho a que el terapeuta no se considere dueño exclusivo del conocimiento y a que sus aportes sean estimados con paridad con los del terapeuta.
- 5.- Todo paciente tiene derecho a que las comunicaciones entre profesionales, acerca de su problema, se realicen con el debido respeto a su dignidad.
- 6.- Todo paciente tiene derecho a discrepar con las intervenciones de su terapeuta, sin que ello sea considerado ineludiblemente una forma de resistencia, interferencia o ataque a su dignidad.
- 7.- Todo paciente tiene derecho a que se resguarde su intimidad, mediante el secreto profesional.
- 8.- Todo paciente tiene derecho a que se le confirme la realidad de sus percepciones, incluyendo aquellas que se refieren a sus terapeutas.
- 9.- Los pacientes tienen derecho a que todas las intervenciones técnicas sean realizadas de tal modo que su autoestima no resulte dañada.
- 10.- Todos los pacientes tienen derecho a expresarse libremente pero también a guardar silencio en aquellos momentos que comunicarse pudiera resultar humillante denigrante o peligroso.

11.- Todo paciente tiene derecho a la empatía, comprensión y paciencia de su terapeuta.

12.- Los pacientes tienen derecho a una mirada de su terapeuta que tenga en cuenta sus posibilidades de cambio y también sus limitaciones, que respete y considere su tiempo personal, pero que también insista en que cambie hoy lo que puede ser cambiado.

13.- Los pacientes tienen derecho a un proceso diagnóstico que permita organizar adecuadamente su tratamiento sin ser por ello etiquetados ni limitados arbitrariamente en sus posibilidades de desarrollo.

14.- Todo paciente tiene derecho a recibir información diagnóstica y pronóstica, administrada de forma tal que permita la autonomía de sus decisiones sin dañar la valoración de sí mismo.

15.- Los pacientes tienen derecho a que los terapeutas aporten todos los recursos y métodos que sea necesario aplicar para la resolución o alivio de sus problemas.

16.- Los pacientes y los terapeutas tienen derecho a equivocarse y a tener razón.

17.- Los pacientes tienen derecho a que los terapeutas revisen los modelos y teorías que sustenten sus prácticas, a fin de descubrir si estas los llevan ineludiblemente a vulnerar los derechos enunciados

Sin duda, comenzar este análisis con estos derechos es lo más acertado, porque hay que dejar en claro que fuere, cual fuere, el dilema ético que se aborda en la relación terapéutica, siempre el terapeuta, como el depositario de la confianza no solo está obligado moralmente a respetar al otro, si no, impulsar dentro de la relación terapéutica al otro, para que sea el mismo, el que pueda exigir que sean respetados sus derechos, desde los derechos fundamentales, que se tiene por el simple hecho de ser persona, así como todos los que involucren las diferentes esferas de su vida.

En la práctica de la terapia emergen muchos dilemas, algunos de los cuales aun siguen sin tener una acertada respuesta, tal el es caso de la aplicación de las técnicas estratégicas, donde a través de un engaño, logras que el paciente elimine una conducta o la realice, esto no supondría ningún tipo de discusión, si no fuera por el hecho de que a través de ese engaño, de ese supuesto truco mágico, de esa intensificación del síntoma, obtienes la sanación del alma del paciente.

Es difícil, sin duda, porque el bien mayor se logra, pero a qué costo -esto es verdaderamente importante- hay que poner, como terapeuta, en una balanza el costo y el beneficio, esto implica revisar y revisarse en las sesiones terapéuticas, revisar el compromiso, la seriedad, el involucramiento y sin duda el beneficio, este dilema, por ejemplo no lo tendría un medico, por que el medicamento, causa un bien, claro pero a que costo, tal vez el paciente tuvo una pequeña molestia estomacal o en los riñones, pero el medicamento lo curo, es muy parecido lo que se hace en la terapia, tal vez la medicina (las tareas) sean un poco molestas o incomodas pero sin embargo favorecerán la curación y sin duda, a cualquier paciente que se le pregunte al iniciar la terapia, si estaría dispuesto a trabajar para solucionar el problema, dirá que si, aunque se le mencionara que el camino que se espera será difícil.

Otro dilema que se enfrenta y que tiene conexión con el anterior es la honestidad, que tan honesto se puede ser con un paciente, y no hablo de la honestidad que tiene que ver con que el terapeuta sepa en todo momento lo que esta haciendo y que necesariamente se haya capacitado y preparado para ello, no esa honestidad, si no cuando el paciente quiere saber algo que el terapeuta sabe, por que esta entrenado para detectar la pauta que conecta o el patrón, es un dilema fuerte que se enfrenta casi a diario.

El terapeuta sabe, pero no lo puede decir porque interferiría con el trabajo terapéutico y lejos de ayudar al paciente lo perjudicaría, pero como negarlo, como

no comunicar, lo que no se quiere, como no hacer evidente la respuesta, como callar ante la necesidad del otro de respuesta, yo diría nuevamente con apoyado en la certeza del entrenamiento, si es para un fin último de sanación, pues mejor guardar, mejor callar, mejor ser el gran actor dentro de este gran arte de la terapia que lastimar por compasión.

Y finalmente, el último dilema, uno que desde el principio de mi formación aprendí: denunciar los casos de violencia o agresión según la Norma Oficial vigente. Sin embargo, hay que tener muchas consideraciones, la primera y fundamental, la persona que asiste ahí, no asiste para denunciar si no para ser ayudada, en este sentido es responsabilidad del terapeuta proveer de un mecanismo de ayuda eficaz y de auto protección.

Nunca se debe condicionar la atención a la denuncia, puede darse el caso, que la persona nunca, a lo largo de su tratamiento, quiera denunciar y es muy válido, y si condicionamos la atención, puede ser que perdamos la oportunidad de ayudar a una persona que no volveremos a ver jamás y finalmente en este sistema judicial, la denuncia no significa nada, ni siquiera que exista la impartición de justicia.

El terapeuta, en general, pero sobre todo si trata un caso de violencia o agresión, debe estar preparado teóricamente, además, debe haber recibido terapia puesto que un error puede costar la vida de una persona que se encuentra en constante peligro.

Los dilemas éticos surgen prácticamente cada vez que te enfrentas a una nueva relación terapéutica, lo importante es saber detectarlos, revisarlos adecuadamente y darles el cauce que mejor convenga para el paciente.

V. Consideraciones finales

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

A lo largo de la maestría y durante el periodo de análisis para el reporte final he adquirido una multiplicidad de conocimientos que tiene que ver principalmente con la forma de mirar el mundo de manera diferente, de mirarlo sistémicamente:

- **Conocimientos Teóricos**

Durante la maestría se aprende a reconocer teóricamente cada uno de los modelos de terapia familiar sistémica y postmoderna, y su aplicación clínica, muy importante para desempeñar el trabajo de terapeuta de la mejor calidad. A la par se aprehende toda la epistemología que subyace a la terapia familiar sistémica, ese conocimiento cambia toda tu vida y tus creencias, empiezas a mirar el mundo con otros lentes, empiezas a entender mucho de las personas.

- **Habilidades Clínicas**

Ésta es sin duda la parte más fuerte de la maestría, el entrenamiento, la enseñanza y el desarrollo de: la capacidad de observación; del contacto terapéutico; de la entrevista con fines de colaboración, la identificación de las necesidades de los usuarios, la selección de las técnicas de intervención, la planeación de las sesiones terapéuticas, de la identificación de la metodología adecuada de trabajo, la evaluación del resultado y la elaboración de reportes.

- **Habilidades de Investigación**

Se reafirmaron conocimientos acerca del diseño, la instrumentación y la aplicación de proyectos de investigación sobre necesidades de la población y usuarios de los servicios.

- **Habilidades de docencia**

A lo largo de la maestría existe la necesidad de estar frente a grupo en diferentes niveles, tanto e nivel medio básico como a nivel medio. Lo cual posibilita el desarrollo de dichas actividades.

- **Habilidades de Prevención**

La prevención es un tema importante en la salud actual y la maestría provee de herramientas necesarias para trabajar sobre esta, a lo largo de la residencia se elaboran programas, y proyectos de salud comunitaria, que se derivan en talleres, escuelas para padres, ponencias, así como, productos tecnológicos que llevan en su contenido

- **Ética y Compromiso Social**

La característica ética y de compromiso principal que lleva implícita la maestría es sin duda, al estudiarla. La preparación y la formación como terapeuta para dar terapia parecería algo obvio ,sin embargo, en México existe mucha gente que carece de dicha preparación y se hace llamar terapeuta y trata de dar terapia con resultados poco favorables para las personas que acuden a ella. Ya dentro de la maestría se da un crecimiento importante de los valores personales, se fomenta una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso para con las personas que asisten a la terapia como para el proceso terapéutico en si, también se fomenta el compromiso social dándole respuesta con honestidad y respeto dentro del ámbito de competencia a las necesidades de la población.

2. Incidencia en el campo psicosocial

El trabajo comunitario es sin duda una de las características más importantes que tiene la maestría esto lo demuestra desde la sedes clínicas donde se atiende a los pacientes de toda índole, derechohabientes en el caso del ISSSTE, estudiantes, maestros y familiares en caso del CCH- Azcapotzalco y al público en general en la clínica de terapia familiar de FES-I, en estos servicios la atención es gratuita, de una calidad comparada con los mejores servicios de terapia familiar del mundo y siempre de la manera más pronta posible. Esta diseminación de los servicios permite la atención de casi cien familias por generación, cifra que puede alcanzar casi 50% más, dependiendo de las características de los problemas a tratar.

También se trató de incidir mediante talleres, cursos, escuelas para padres e investigaciones que derivaron en programas de intervención. Todo ello con el propósito de devolverle a la sociedad y siempre con visión de servicio en consonancia con Universidad Nacional Autónoma de México quien siempre se ha preocupado por mostrarse como un organismo de bienestar social en múltiples aspectos.

3. Reflexión y análisis de la experiencia

La maestría es un punto de inflexión en mi vida. Las implicaciones que ella conlleva son múltiples; la maestría se presenta como un desafío desde el momento del proceso de selección: es un proceso difícil, largo y muy competitivo, donde aproximadamente el 5% de aspirantes logran atravesar todas las fases y acceder al programa.

El ingreso a la maestría –por sí solo- es una enorme satisfacción. El haber sido aceptado dentro de un programa de excelencia de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, es en sí todo un logro. A eso hay que sumarle la posibilidad de estudiar con grandes terapeutas familiares, con profesoras y supervisores certificados con experiencia y –por qué no decirlo- de los mejores de México. No hay que olvidar que este programa de residencia surge con ellos y que son ellos mismos los que han hecho de él uno de los mejores del mundo y el único con estas características en México.

Bajo este panorama la maestría se vislumbraba como un proceso muy difícil de sortear y no fue diferente. La maestría fue muy exigente tanto en lo profesional, como en lo personal, el ritmo de trabajo fue muy intenso. Había que leer y escribir mucho; había que aprender mucho. Se necesitaba un gran compromiso con el trabajo. Todo este esfuerzo de aprendizaje tenía el único propósito de proporcionarnos un piso teórico desde donde trabajar en el área clínica.

En la parte clínica, el trabajo también fue muy duro. Largas jornadas de pacientes y análisis de casos seguidas por los análisis de las grabaciones, elaboración de reportes de las sesiones o actas, planeación de las siguientes sesiones, revisión de nuevas estrategias y nuevas técnicas.

Sin embargo cada minuto de este esfuerzo valió la pena, el ver como poco a poco me iba convirtiendo en un terapeuta cada vez mas exitoso en mis casos, el mirar como sucedían los cambios en las familias y en las personas, como la ayuda proporcionada era cada vez mas eficiente y como maduraba conforme seguía adelante fue muy reconfortante.

El acompañamiento por parte de los profesores y supervisores en este crecimiento es insustituible. Te cuidan -en la medida de lo posible- aunque te permiten cometer errores, te acompañan, te aconsejan, se vuelven una parte muy importante de ti: la voz interna que te da la respuesta a la pregunta que aún no ha surgido.

Otra parte fundamental de la experiencia es el equipo terapéutico, alumnos que con sus múltiples puntos de vista y análisis de las situaciones terapéuticas enriquecen la práctica hasta que se convierten en parte de la estrategia de intervención.

Frente a este peregrinar por diferentes sedes clínicas, de estudio arduo, de trabajo arduo, sólo puedo decir que si tuviera que escoger de nuevo, sin duda volvería atravesar este largo y difícil camino para volver a ser lo que hoy soy, después de la maestría.

4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo

La maestría no sólo provee de herramientas teóricas y clínicas, provee de

elementos de crecimiento personal muy importantes. Ayuda a comprender quién eres y cuál es tu papel como terapeuta y profesionalista. De la misma forma te sitúa dentro de una familia, una historia, un contexto y una vida; da elementos para comprenderse como parte de un todo y como único a la vez, permite reconocerte como persona falible, pero a la vez a hacerte responsable de los errores y enmendarlos en la medida de lo posible. Te da la posibilidad y las herramientas para volver a intentarlo.

Podría decirse que la maestría es una enseñanza de vida; un mundo diferente que está ahí, que existe y que hay que aprender a mirar. Eso precisamente es el cambio más radical en mi persona: la comprensión del mundo desde otra óptica; el cuestionamiento de lo lineal de las cosas y el entendimiento de la circularidad, de lo sistémico. Encontrar la pauta que conecta, el intento por no comunicarse como una comunicación mucho más rica. En fin, tantos y tantos conceptos que hice propios, que se incorporé no sólo a la práctica clínica y al trabajo, sino a la vida y contradigo a muchos afirmando que el conocimiento ha hecho de mí una persona más feliz a sabiendas que hay que trabajar siempre y cada uno de los días en la capacitación constante para ser un mejor profesionalista.

Esta maestría deja en mí muchísimo aprendizaje y un excelente lugar de partida para futuros estudios, pues sembró no una teoría, sino un modelo de abordar la ciencia, el conocimiento y la vida.

Bibliografía

Ackerman N. (1981) Grupos de terapia de la Familia. Buenos Aires. Paidós.

American Medical Association: Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch Fam Med*, Vol. :39-47, 1992. en Hajar M, Avila L y Valdez R. (2006) *¿Cuándo utilizan los servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de pareja? Salud Mental 29 (6) pp 57-64*

Andersen T (1994) El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona. Gedisa

Anderson H. (1997) Conversaciones, Lenguaje y Posibilidades. Un enfoque posmoderno en la Terapia. Argentina Amorrortur

Anderson H (1999). Conversaciones, Lenguaje y Posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia. Buenos Aires. Amorrortur

Anderson H. y Goolishian H. (1988), Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de psicoterapia*. Vol. II 41 -72

Andolfi M. (1991) Terapia Familiar: un enfoque interaccional. Buenos Aires. Paidós

Arias, G., Cárdenas N. R., Alonzo, V., Morales, C. y López G. A. (1994). Intento de suicidio en adolescentes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 51(11): 86-95.

Arca J., Lopez S., Heilborn V. y Fernández F. (2005) Terapia Breve en Estudiantes Universitarios con Problemas de Rendimiento Académico: Eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5(3): 589-608

Asamblea de la Unión Internacional de Ciencia Psicológica (2008) Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogas y Psicólogos , Berlín

Atri, C. y Zetune, R. (2006). Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar. Cap. 1, en: Velasco, M. y Luna, M. (Comp.) (2006). Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. D. F. México. Pax México.

Auerswald E. (1988) Reflexiones Sobre el Pensamiento en Terapia Familiar Cap 1 en Fishman H. y Rosean B. (1988) Comp. El cambio familiar. Desarrollo de modelos. Argentina Gedisa

Auerswald E. (1973) Families Change and the Ecological Perspectiv en Keeney B. (1991) *Estética del cambio*. Barcelona Paidós

Bados A., García E, Fusté A. (2002) Eficacia y utilidad de la terapia psicológica. Revista Internacional de psicología Clínica y de la Salud; 2: 477-502

Bateson G. (2006) Espíritu y Naturaleza. 2ª ed. 3ª reimp. Buenos Aires. Amorrortu.

Bateson G. y Ruesch J. (1984) Comunicación. La matriz social de la psiquiatría. Buenos Aires Paidós

Beltrán L (2004) El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos Cap. 8 en Eguiluz L. (2004) Comp. Terapia Familiar. Su uso hoy en día. México Pax

Bertalanffy L, Ashby W. y Weinberg G. (1984) Tendencias en la Teoría General de Sistemas 3ª ed. Madrid. Alianza

Bertalanffy L (2002) Teoría General de los Sistemas México. Fondo de Cultura Económica.

Bertrando P. y Toffanetti D. (2004) Historia de la Terapia Familiar. Barcelona Paidós

Beyebach M, Rodríguez M., Arribas de Miguel J, Hernández C, Martín M, Rodríguez, A. (1997) Terapia familiar breve: Resultados de la terapia centrada en las soluciones en la Universidad Pontificia de Salamanca. Revista de Ciencias y Orientación Familiar 15: 9-29. . En Braña b., Cabero A., González D. y García J. (2007) El Modelo Neerlandés de Terapia Breve. Preliminares a una investigación. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 7 (1): 33-44

Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L., y Penn P. (1987) Terapia Familiar Sistémica de Milán. Buenos Aires. Amorrortu.

Botella L y Vilaregut A. (2009) La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna Universitat Ramon Llull recuperado el 23 Nov del 2009 <http://jmonzo.net/blogeps/terapiafamiliarsistemica.pdf>

Braña b., Cabero A., González D. y García J. (2007) El Modelo Neerlandés de Terapia Breve. Preliminares a una investigación. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 7 (1): 33-44

Cecchin G. "Nueva Visita a la Hipotetización, la Circularidad y la Neutralidad; una invitación a la curiosidad", Sistemas Familiares, Abril, 1989

Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2005) II Censo de Población y Vivienda 2005. México. Secretaría de Desarrollo Social

Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2009) Medición de la Pobreza en México. Recuperado 20 de Marzo 2009

http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion_pobreza/HomeMedicionPobrez a.jsp

Consejo Nacional Población (2005). Proyecciones de la población en México 2005-2050 en Tercer informe de gobierno. Informe Presidencial 2009.

De Shazer, S. (1984) : "The death of resistance", Family Process 23(1), 11-17, 20-21 en O'Halon W. Y Weiner-Davis M. (1989) En Busca de Soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona Paidós

De Shazer, S. (1991) Claves para la Solución en Terapia Breve. Barcelona Paidós

De Shazer, S. (1997) Claves en Psicoterapia Breve: una teoría de la solución. Barcelona. Gedisa

Desatnik O. El modelo estructural de Salvador Minuchin Cap 3. en Eguiluz L. (2004) Comp. Terapia Familiar. Su uso hoy en día. México Pax

Eguiluz, L. (1995). Una reflexión sobre la conducta suicida desde el marco de la Terapia Familiar. Psicología Iberoamericana Nueva Época. 3(1), 18-23.

Eguiluz, L. (1996). Las ideas de suicidio en los jóvenes y el funcionamiento familiar. Universidad Autónoma de Tlaxcala, Centro Universitario de Estudios de la Familia, Revista Familia, No. 2, enero/junio, 35-41.

Eguiluz, L., Córdova, M. O., Rosales, C. P. y Juárez, S. (en prensa). La investigación sobre el comportamiento suicida. Psicología Iberoamericana, Nueva Época.

Eguiluz, L.; Nyffeler, E.; Alcántara, G. y Chávez, S. (en prensa). Relación entre ideación suicida y clima social familiar. Revista Sistemas Familiares, Argentina.

Eguiluz, L., (2004) La Terapia Familiar Sistémica en México Cap. 9 en Eguiluz L. (2004) Comp. Terapia Familiar. Su uso hoy en día. México Pax

Eguiluz L. (2006) La Teoría Sistémica: Alternativa para investigar el sistema familiar. 1ª reimp. México. UNAM FES-I

Elkaim M. "Constructivismo, construccionismo social y narraciones. ¿Están fuera de lo sistémico?" Psicoterapia y Familia 9(2), 23- 35

Espina J, Cáceres J. Una psicoterapia breve centrada en soluciones. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq 1999; 19: 23-38. . En Braña b., Cabero A., González D. y García J. (2007) El Modelo Neerlandés de Terapia Breve. Preliminares a una investigación. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 7 (1): 33-44

Falloon I (2003) Intervenciones Familiares en los Trastornos Mentales: eficacia y efectividad. Department of Psychiatry, University of Auckland, (1) 20-28

Fisch R., Weakland J. y Segal L. (1984) La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. España Herder

Foerster H. (1996) Las semillas de la cibernética. 2ª ed. Barcelona Gedisa

Foucault M. (1975), Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. México Siglo XX

García M. y Suárez M. (2006) Visión de la Terapia familiar de una Triple Perspectiva: Clínica, investigativa y docente. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana 3 (1): 25-38

Garfield S. (1986) Research on client variables in psychotherapy. En Braña b., Cabero A., Gonzalez D. y Garcia J. (2007) El Modelo Neerlandés de Terapia Breve. Preliminares a una investigación. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 7 (1): 33-44

Garrison, Z. C. Lewionsohn, P, Masterller, F., Langhirrichsen, J. y Lanni, I. (1991). The assessment of suicidal behavior in adolescents. Suicide and life-Threatening Behavior, 21(3): 217-231.

González C. (2004) El modelo de hipnosis de Milton Erickson Cap 2 en Eguiluz L. (2004) Comp. Terapia Familiar. Su uso hoy en día. México Pax

Guibert, R. W. y Torres, M. N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. Revista Cubana Medicina General Integral. 17 (5): 452-460.

Haley J. (1997) Terapia de Ordealía: caminos inusuales para modificar la conducta. 5ª reimp. Buenos Aires Amorrortur

Haley J. (2003) Terapia No Convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. 6ª reimp. Buenos Aires. Amorrortur

Haley J. (2005) Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz. 9ª reimp. Buenos Aires. Amorrortur

Haley J. y Hoffman L. (1989) Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires. Amorrortur.

Hernández, A., Rebastillo, G., Danauy, M. y Bess, S. (1999). Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida. Revista Cubana de Medicina General Integral. 15 (4): 372-377.

Hoffman L. (2005) Fundamentos de la Terapia Familia: un marco conceptual para el cambio de sistemas. 8ª reimp. México. Fondo de Cultura Económica.

Howard K.I, Davidson C.V, O'Mahoney M.T, Orlinsky D.E, Brown K.P. Patterns of psychotherapy utilization. American Journal of Psychiatry 1989; 146: 775-778.

INEGI (2006) II Censo de Población y Vivienda 2005. México. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática

INEGI (2010) Sitio Geográfico. Recuperado el 10 de Enero del 2010

<http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=geo>

Jiménez, G. A, Sentíes, C. H. y Ortega, S. H. (1997). Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. Salud Mental, 20 (1): 36-41.

Johansen O. (1999) Introducción a la Teoría General de Sistemas 17ª reimp. México Limusa

Jonson D.H, Gelso C.J. (1980). The effectiveness of time limits in counseling and psychotherapy. A critical review. The Counseling Psychologist. 9: 70-83. . En Braña b., Cabero A., González D. y García J. (2007) El Modelo Neerlandés de Terapia Breve. Preliminares a una investigación. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 7 (1): 33-44

Keeney B. (1991) Estética del Cambio. Barcelona Paidós.

Klir G. (1984) Teoría Polifónica General de Sistemas. Prologo en Bertalanffy L, Ashby W. y Weinberg G. (1984) Tendencias en la Teoría General de Sistemas 3ª ed. Madrid. Alianz

Lambert M.J, Shapiro D.A, Bergin A.E. (1986) The effectiveness of psychotherapy. En Braña b., Cabero A., González D. y García J. (2007) El Modelo Neerlandés de Terapia Breve. Preliminares a una investigación. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 7 (1): 33-44

Ludewig K. (1996) Terapia Sistémica. Bases de teoría y practicas clínicas. Barcelona Herder

Maturana H y Varela F. (1980) Autopoiesis and cognition: the realización of the living, Dorchrecht, the Nertherlands Reidl en Ludewig K. (1996) Terapia Sistémica. Bases de teoría y practicas clínicas. Barcelona Herder

Madanes C. (1993) Terapia Familiar Estratégica. Buenos Aires Amorrortur

Marayama. M. (1968) The second Cybernetics: Deviation-Amplifying Mutual Casual Proceses. en Hoffman L. (2005) Fundamentos de la Terapia Familia: un marco conceptual para el cambio de sistemas. 8ª reimp. México. Fondo de Cultura Económica.

Medina- Mora, M. (2005) Las contribuciones del doctor Ramón de la Fuente al campo de las adicciones. *Salud mental* 28 (6) pp 1-8

Medina – Mora M (2007) Boletín de Información y acontecimientos. *Salud Mental*, 30 (1) pp. 82-83

Minuchin S. (2005) *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona Gedisa

Minuchin S. y Fishman H. (1992) *Técnicas de Terapia Familiar*. México Paidós

Minuchin S. y Nichols M. (1994) *La Recuperación de la Familia. Relatos de esperanza y renovación*. España Paidós

Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental*, 21 (5): 20-26.

Montes, M. (2006). *Terapia Sistémica e Institución Pública. De la teoría a la práctica*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26 (2), 83-96.

Montes de Oca V. y Hebrero M (2007) *Los Servicios y la Seguridad Social*. *Salud Pública de México*. Vol. 49 Número Especial. pp. 353-356

Muñiz J. (2004) Informe sobre una Evaluación de Resultado del Modelo de Terapia Familiar Breve en el Ámbito Privado. *Papeles del Psicólogo Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos* 25(87): 28-33

Nardote, G y Watzlawick, P (1990) *El arte del cambio*. Barcelona Herder

NSFSP (2001). *Goals and objectives for action*. Rockville: Dept. of Health and Human Services, Public Health Service; National Strategy for Suicide Prevention

Ochoa I. (1995) *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona Herder

O'Halon W. y Weiner-Davis M. (1989) *En Busca de Soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona Paidós

Organización de las Naciones Unidas (2000) *Declaración del Milenio*. New York recuperado el 25 de abril del 2009
<http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

Payne M. (2002) *Terapia Narrativa: Una introducción para profesionales*. Barcelona Paidós

Packman M. (1996) Comentario Introdutorio. en Foerster H. (1996) *Las semillas de la cibernética*. 2ª ed. Barcelona Gedisa.

Pérez M. (1991) Evaluación de resultados en terapia sistémica breve. Cuadernos de terapia familiar;18: 93-110. . En Braña b., Cabero A., González D. y García J. (2007) El Modelo Neerlandés de Terapia Breve. Preliminares a una investigación. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 7 (1): 33-44

Peyru, G y Brusca J (1992) Los derechos de los pacientes en psicoterapia, Revista Psicologías. 1(4). Argentina

Ramos L (2007) la eliminación de la violencia contra la mujer ¿una utopia? Salud Mental. 30 (1) pp. 83-86

Rich A, Kirkpatrick-Smith J, Bonner R, Jans F. (1992) Gender differences in the psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. Suicide Life-Threatening Behavior 22(3) pp 364-373.

Richman, J. (1979). The family therapy of attempted suicide. Family Process, 18 (2): 131-142.

Rijnders P (2002).Programa de Psicoterapia de corta de duración I. Seminario impartido en Oviedo, dentro de la Formación Continuada SESPA.

Rioseco L. (2005) Buenas prácticas para la erradicación de la violencia doméstica en la región de América Latina y el Caribe Unida mujer y Desarrollo Chile, CEPAL

Rodríguez, A. Palomo J., Otero M, Venero M, Ciorda N, Vázquez P. 2004 Estudio de evaluación de resultados en terapia familiar breve. Papeles del Psicólogo 87: 20-28. . En Braña b., Cabero A., Gonzalez D. y Garcia J. (2007) El Modelo Neerlandés de Terapia Breve. Preliminares a una investigación. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 7 (1): 33-44

Rodríguez C.(2004) La Escuela de Milán Cap. 7 en Eguiluz L. (2004) Comp. Terapia Familiar. Su uso hoy en día. México Pax

Rodríguez M. (2009) El counseling y la psicoterapia breve.
Recuperado el 15 de Febrero del 2010 en
<http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/5.pdf>

Sánchez D. (2000) Terapia Familiar: Modelos y Técnicas. México. Manual Moderno

Sande R, Van der Hoof F. (1992) Van,Hutschemaekers G. Vraag. En Braña b., Cabero A., Gonzalez D. y Garcia J. (2007) El Modelo Neerlandés de Terapia Breve. Preliminares a una investigación. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 7 (1): 33-44

Sauceda, M., Montoya, M. A., y Higuera, F. (1997). Intento de suicidio en la niñez y en la adolescencia: ¿Síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 54 (4): 169-175.

Schade N, Beyebach M., Torres P. y González A. (2009) Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un caso de trastorno somatomorfo. *Terapia Psicológica* 27(2):239-246

Selekman M. (1996) *Abrir Caminos para el Cambio: soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona. Gedisa

Selvini M. (1990) *Comp. Crónicas de Una Investigación. La Evolución de la Terapia familiar en la Obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona. Paidós

Selvini M., Boscoso L., Cecchin G. y Prata G. (1988) *Paradoja Y Contraparadoja. Un modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona Paidós.

Selvini M., Boscoso L., Cecchin G. y Prata G. (1990) *Elaboración de Hipótesis, Circularidad y Neutralidad: tres directrices para la coordinación de la sesión en* Selvini M. (1990) *Comp. Crónicas de Una Investigación. La Evolución de la Terapia familiar en la Obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona. Paidós

Selvini M., Cirillo S., Selvini M. y Sorrentino A.(1990) *Los Juegos Psicóticos en la Familia*. Barcelona. Paidós.

Strupp H (1984.) *The Vanderbilt psychotherapy research project: past, present and future*. En En Braña b., Cabero A., Gonzalez D. y Garcia J. (2007) *El Modelo Neerlandés de Terapia Breve. Preliminares a una investigación*. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 7 (1): 33-44

Suárez M. (2004) *El enfoque narrativo en la terapia* Cap 6 en Eguiluz L. (2004) *Comp. Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México Pax

The World Bank Group (2009) *Reporte de la Situación que Guarda las Américas* Recuperado 16 de febrero 2009 en <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTWDRS/EXTWDR2009/0,,menuPK:4231145~pagePK:64167702~piPK:64167676~theSitePK:4231059,00.html>

Torres J y Lara M (2002). *Apego al Tratamiento Psicoterapéutico y Resultados de una Intervención Breve en Pacientes de Consulta Externa Psiquiátrica*. *Salud Mental*. 25(6): 27-34

Valadez, I., Amescua, R., Quintanilla, R. y González, N. (2005). *Familia e intento suicida en adolescentes de educación media superior*. *Archivos en Medicina Familiar*, 7 (3): 69-78.

Vargas P. (2004) *Antecedentes de la Terapia Sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica* Cap. 1 en Eguiluz L. (2004) *Comp. Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México Pax

Vargas S. (1960) Ética o Filosofía Moral. Argentina. Porrúa

Watzlawick P., Beavin J. Y Jackson D. (2002) Teoría de la Comunicación Humana: Intervenciones, patologías y paradojas 12 ed. España Herder

Watzlawick P., Weakland J. Y Fisch R (2003). Cambio, Formación y Solución de los Problemas Humanos. 11ed. España Herder

White M. (1994) Guías para una Terapia Familiar Sistémica. Barcelona Gedisa

White (2002) El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. España. Gedisa

White M. y Epston D. (1993) Medios Narrativos para fines Terapéuticos. Barcelona Paidós

Wiener, N. (1975) Cybernetics: Or the control and communication in the animal and the Machine. Cambridge. MIT press en Keeney B. (1991) Estética del Cambio. Barcelona Paidós.

Anexo



Reconocimiento

a: **CRISTIAN EDUARDO TREVIÑO GUERSON**
por su participación con la ponencia
**MODELO ESTRUCTURAL DE LA TERAPIA FAMILIAR:
TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE**

dentro del programa académico del
VIII Congreso al encuentro de la psicología mexicana
**IV CONGRESO LATINOAMERICANO
DE ALTERNATIVAS EN PSICOLOGÍA**

realizado del 7 al 10 de marzo de 2007
Morelia, Michoacán, México



Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña
Presidente del Congreso



ESCUELA SECUNDARIA DIURNA No. 109
“LEÓN FELIPE”
TURNO MATUTINO

Otorga el presente

Reconocimiento

Al Psicólogo Cristián Eduardo Treviño Guerson por su excelente conducción en el taller “Vivir: pérdidas y ganancias” y su valiosa colaboración en apoyo a los adolescentes de nuestra institución.

México D.F, a 21 de junio del 2007.

Directora.  Subdirectora 

Profra. Margarita Hernández Palacios, Profra. Ana.Ma.Gpe. Irigoyen Camacho.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel (I)
Azcapotzalco

La Dirección del Plantel Azcapotzalco, extiende la presente constancia a:



CRISTIAN EDUARDO TREVIÑO GUERSON

Por su participación en la sesión: ***Sexualidad en la adolescencia***, del **Curso-Taller Escuela para Padres del CCH Azcapotzalco 2007-2008**, en las instalaciones del plantel y en coordinación con la FES Iztacala.

Mtro. Andrés Hernández López

México, DF a 8 de marzo de 2008



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel (I)
Azcapotzalco

La Dirección del Plantel Azcapotzalco, extiende la presente constancia a:



CRISTIAN EDUARDO TREVIÑO GUERSON

Por su participación en la sesión: ***Entendiendo la violencia***, del **Curso-Taller Escuela para Padres del CCH Azcapotzalco 2007-2008**, en las instalaciones del plantel y en coordinación con la FES Iztacala.

Mtro. Andrés Hernández López

México, DF a 8 de marzo de 2008



EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Otorga el presente

Diploma

a

Cristian Eduardo Treviño Guerson

Por haber participado en el VI Diplomado sobre

VIOLENCIA FAMILIAR Y DERECHOS HUMANOS

Que se llevó acabo del 23 de abril al 3 de diciembre de 2007,
cubriendo un total de 120 horas.


Dr. Héctor Fix-Fierro
Director del Instituto de Investigaciones Jurídicas


Mtra. Rosa María Álvarez-Lara
Coordinadora del diplomado


Dra. Ma. de Montserrat Pérez Contreras
Coordinadora del diplomado

La Sociedad Mexicana de Psicología, A.C.

y La Universidad de Sonora

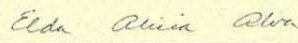
otorgan la presente


CONSTANCIA

A **Cristian Eduardo Treviño Guerson**

*Por su participación como Ponente durante el
XV Congreso Mexicano de Psicología
"El Trabajo del Psicólogo y su Relación con otras Ciencias"*

Efectuado del 24 al 26 de octubre del 2007 en Hermosillo, Sonora.


Dra. Eida Alicia Alva Canto
Presidenta
Sociedad Mexicana de Psicología A.C.


Dra. Blanca Valenzuela
Directora de la División de Ciencias Sociales
Universidad de Sonora