



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**

FAMILIA Y VIOLENCIA DE GÉNERO

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ELVIA LUISA ALFARO BRAVO

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA.. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ

COMITÉ TUTORIAL: MTRA. BLANCA BARCELATA EGUIARTE
DRA. OFELIA DESTNIK MIECHINSKY
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY

MÉXICO, D.F.

AGOSTO DE 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.

Agradecimientos

*Primero que nada agradezco a la **Universidad Nacional Autónoma de México** por darme la oportunidad de continuar con mis estudios de posgrado, y sobre todo por brindarme una formación de alta calidad.*

*Así mismo, agradezco al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología** por impulsar y sostener este tipo de proyectos.*

*A mi tutora la **Dra. Luz María Rocha Jiménez**, quien siempre me acompañó y estuvo conmigo hasta el final de este proyecto, siempre impulsándome, gracias por todo tu apoyo. Eres una gran mujer.*

*A todos y cada uno de mis profesores, que indudablemente son parte fundamental de este trabajo. Gracias por compartir su conocimiento y sobre todo su experiencia en el arte de la **Terapia Familiar**.*

*Y muy especialmente agradezco **a mi familia**, a quien dedico este trabajo.*

*Gracias a mi **esposo** Oscar Espinosa Montaña, por apoyarme desde el primer momento en cumplir mis sueños y metas, pero sobre todo por estar conmigo en este proceso de formación, brindándome en cada momento amor, comprensión, confianza y más. Te amo.*

*A mis **hijos** José Luis y Oscar Elías, quienes son el tesoro más grande que la vida me ha dado, y por quienes continuaré superándome. Gracias por existir.*

*A mis **padres** José Luis Alfaro Arreola y Silvia Bravo Monroy, a quienes agradezco todo lo que soy, ya que no sólo me dieron las bases en mi vida, sino que siguen presentes en ella con sus consejos, apoyo, pero sobre todo amor. Son los mejores padres del mundo. Los amo infinitamente.*

Agradecimientos

*A mi **hermana** Silvia, por ser mi compañera incansable, y de quien me siento muy orgullosa. Gracias a su esposo Fer por hacerla feliz.*

*A mis **abuelitos** Arnulfo, María Luisa, Luis y Elvia(†), agradezco a la vida el haberme permitido no sólo conocerlos, sino aprender de ustedes y sentir su cariño. Los quiero muchísimo.*

*A todos mis **tíos** Carmen, Nidia, Lupe, Ticha, Fita, Beto y Ariel, y sus respectivas parejas, ya que han sido personajes importantes en mi vida, y la han influenciado de manera importante.*

*También a mis **primos**: Saíd, Beymi, Melissa, Beto, Carla, Tavo, Renata, Chuchín, Luisita, Lolita, Samuelito, Frida, que con cada uno de ellos he vivido momentos especiales y quiero que sepan que son muy importantes para mí, ya que son parte de mi historia y espero que continúen en ella. Los quiero. Aunque todos ustedes saben que de manera especial quiero agradecer a Temito(†) quien a pesar de su juventud nos dejó grandes enseñanzas, gracias por tu optimismo, pureza y amor, te seguimos recordando y amando.*

*A mi **nueva familia**, Sra. Rafaela, Sr. Elías(†), Juan, Paty, Rafael, Alejandro, Elías, Ariana y sus respectivas familias. Gracias por recibirme y brindarme su apoyo.*

*A mis grandes **amigos** de toda la vida: Eri, Elsis, Lore, Claus, Maribel, Domingo, Lú, Julio, Ana y Roberto, gracias por estar presentes en los momentos importantes.*

INDICE

Resumen	1
Introducción	2

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo de la Terapia Familiar.	3
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	16
2.1 Descripción de los escenarios	16
2.2 Análisis sistémico de los escenarios	20
2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.	21

II. MARCO TEÓRICO

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.	22
1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar Sistémica y Posmoderna.	23
1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	36
1.2.1 Modelo Estructural	36
1.2.2 Modelo Estratégico	47
1.2.3 Modelo de Terapia Breve	57
1.2.4 Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones	66
1.2.5 Modelo de Milán	79
1.2.6 Modelos Posmodernos	90
1.2.6.1 Terapia Narrativa	92
1.2.6.2 Equipo Reflexivo	97
1.2.6.2 Terapia Colaborativa	102

III. DEDSARROLLO Y APLIACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades clínicas terapéuticas	108
1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico	108
Expediente 1	108
Expediente 2	123
1.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias.	136
1.3 Análisis y discusión del tema central de los casos de las familias atendidas. “Familia y Violencia de género”	139
1.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total con base en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos.	153
2. Habilidades de investigación	155
2.1 Reporte de investigación realizado bajo una metodología cuantitativa. “Exploración de la estructura familiar en adolescentes anoréxicas”	155
2.2 Reporte de investigación realizado bajo una metodología cualitativa. “La maternidad a solas”	172
3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: atención y prevención comunitaria.	187
3.1 Producción del video “Técnicas de intervención utilizadas en el tratamiento de una familia extensa multiproblemática”	187
3.2 Tríptico “La comunicación en la familia”	188
3.3 Programa de Intervención Comunitaria. Taller: “amar ¿te duele?”	191
3.4 Asistencia y presentación del trabajo realizado en foros académicos..	196
4. Habilidades de compromiso y ética social	202
4.1 Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergieron de la práctica profesional.	202

IV. CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	205
4.2 Incidencia en el campo psicosocial.	209
4.3 Reflexión y análisis de la experiencia.	209
4.4 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.	211

V. REFERENCIAS

Resumen

El presente Reporte tiene como objetivo, reflejar los aprendizajes y experiencias de dos años de formación como Terapeuta Familiar, en la Maestría en Psicología Profesional impartida por la Universidad Nacional Autónoma de México.

El documento incluye un panorama de las principales problemáticas en torno a la familia en la actualidad, en México y el mundo, a partir del cual, se propone como una alternativa para abordarlas a la Terapia Familiar Sistémica. Por otra parte, se presenta el sustento de este estilo terapéutico, que va desde la Teoría General de Sistemas hasta el Constructivismo y Construccinismo, del que se han derivado los principales Modelos Terapéuticos Clásicos y Posmodernos. En otro momento se describen las actividades que me permitieron desarrollar habilidades de investigación, de enseñanza, de difusión y clínicas principalmente, dentro de las cuales se presentan dos casos clínicos atendidos, de los que se derivó el desarrollo del tema: “Violencia de Género y Familia” .

Finalmente, se presenta una reflexión de mi experiencia de formación como terapeuta familiar, que plasma el análisis que me permitió apropiarme de este enfoque terapéutico, así como las implicaciones éticas y prácticas que tendrá en mi persona del terapeuta y como profesionista.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este Reporte de Experiencia Profesional es presentar el trabajo realizado en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, que me permitió apropiarme de conocimientos, habilidades y competencias propias de una práctica psicoterapéutica específica y fascinante, que es la Terapia Familiar Sistémica.

Adentrarme en el campo de la Terapia Familiar Sistémica, me dio la oportunidad de ampliar mi visión de ser terapeuta, y dejar de ver al individuo, para observar a la persona en el marco de su familia, como partes interrelacionadas e interactuantes de un todo que cambia y se transforma a lo largo del tiempo (Estrada, 1996).

Por otra parte, esta experiencia resultó fascinante, principalmente por la variedad de modelos de intervención que se han desarrollado desde éste enfoque psicológico, presentados en el capítulo dos, que van desde los modelos originales como son el estructural y estratégico, hasta modelos posmodernos que se desarrollaron a partir del constructivismo y la hermenéutica, lo cual nos habla del dinamismo y evolución de esta práctica terapéutica. Lo que permite al terapeuta en formación, mayor posibilidad y diversidad al momento de apropiarse de un estilo terapéutico.

Cabe señalar que, conocer y entender el sustento epistemológico de este enfoque, y de cada uno de los modelos que se derivan de él, fue lo que me permitió llevarlo a la práctica y desarrollar los diversos trabajos que forman parte de este Reporte, y que de alguna manera dan cuenta de mi formación como Terapeuta Familiar Sistémico. Además, me parece importante destacar la diversidad en cuanto a la práctica se refiere, ya que como se puede ver en el capítulo tres, este Programa de Maestría permite desarrollar múltiples habilidades y competencias profesionales, que van desde el trabajo clínico con familias, el desarrollo de investigación, elaboración de productos tecnológicos, desarrollo de programas de intervención comunitaria y asistencia a foros académicos, todo ello enmarcado por el compromiso y ética profesional, siempre bajo la supervisión de un experto, lo cual implica una formación sólida y sobretodo integral.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

Al hablar de Terapia Familiar, tendríamos que hablar de la **familia**, que es el primer referente, a partir del cual se ha desarrollado esta práctica psicoterapéutica, que desde una perspectiva sistémica considera que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales. Por lo que, no puede considerarse al individuo, a la familia, o a la estructura social, ni siquiera a las mismas pautas culturales, como sistemas cerrados o como entidades separadas e independientes, sino que son partes interrelacionadas e interactuantes de un todo que cambia y se transforma a lo largo del tiempo, ambos se influyen selectivamente en el proceso de cambio. (Estrada, 1996).

Así, la familia se puede concebir como un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos.

1. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo de la Terapia Familiar.

Al revisar la situación actual de la familia en el mundo, tenemos que la ONU (2002) manifiesta su preocupación por el estado actual de la familia, considerando que la familia contemporánea ha sufrido importantes transformaciones, que cada vez la están alejando de la noción tradicional de familia, la cual se basa en la complementariedad de la división de funciones productivas y reproductivas de acuerdo al género. Algunos de los principales cambios que continuamente se están acrecentando en la familia son los siguientes:

- Como una realidad demográfica: los hogares disminuyen en tamaño y duración.
- Como una presencia institucional: la familia está entregando sus funciones a entidades corporativas o del Estado.
- Como valor cultural: el valor de la vida familiar ha disminuido en comparación al "yo" y al "bien común" que reclama el Estado.

De esta manera, la Organización de las Naciones Unidas proclamó en 1994 el "Año Internacional de la Familia", con el tema "Familia, recursos y responsabilidades en un mundo en evolución". La proclamación de ese año tenía como objetivo impulsar la adopción de medidas en el plano internacional con el fin de mejorar la condición de la familia. Además, la ONU promueve la observancia anual del Día Internacional de la Familia", cada 15 de mayo, lo cual constituye una oportunidad para sensibilizar sobre cuestiones relacionadas con la familia y promover la adopción de medidas adecuadas.

Y debido a que los problemas que enfrenta la familia en la actualidad en el mundo son tan vastos y complejos, delimitados por las políticas sociales, económicas, religiosas, etc. que cada país tiene. Aquí se mencionarán sólo algunas cuestiones, sin pretender con ello abarcar los retos medulares que tienen las familias de todo el mundo:

Precisamente una de estas cuestiones se refiere a las diferencias de género que actualmente son un tema de interés mundial, que afecta en forma indiscutible la forma en que las familias viven. Las diferencias de oportunidades entre hombres y mujeres matizan la estructura familiar.

Y relacionado a esto, en septiembre de 2002, en la Declaración del Milenio en la ONU (2002), Jefes de Estado y de Gobierno y un total de 189 países se declararon empeñados en hacer realidad para todos, el derecho al desarrollo y en poner a toda la especie humana al abrigo de la necesidad.

Entre los objetivos de la Declaración se encuentra la promoción de la igualdad de los géneros y la autonomía de la mujer y los indicadores que hacen referencia a este punto son: Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior

(UNESCO, 2003); Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años ; y Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional (Unión Interparlamentaria).

Además, el desarrollo igualitario de hombres y mujeres, es uno de los seis objetivos del Programa de Educación para Todos llevados a cabo por la ONU. Sin embargo, a pesar de ello, en uno de sus últimos informes (Unesco, 2003) ha arrojado datos respecto a la desigualdad en las oportunidades de educación entre niños y niñas, siendo estas las más desfavorecidas, ya que el 57% de los 104 millones de niños del mundo sin escolarizar son niñas. Sobre los 128 países de cuyos datos se dispone para el año 2000 (año de referencia), 52 han alcanzado ya el objetivo de paridad entre los sexos o lo alcanzarán, en la enseñanza primaria o secundaria, el 2005 es el año meta en que los Estados integrantes de la ONU se comprometieron a alcanzar un estado de paridad entre sexos.

Otro aspecto importante de mencionar es la violencia intrafamiliar, ejercida principalmente por los hombres hacia las mujeres y también hacia los niños. Así es posible observar que, la prevalencia de violencia entre las parejas, así como el maltrato doméstico e infantil ha aumentado de manera considerable en los últimos 50 años, siendo la mujer en la mayoría de los casos quien recibe la violencia (Alva, 2002).

La violencia familiar, afecta a toda la población, pero especialmente a mujeres, niños y niñas sin distinción de estrato socioeconómico ni grado académico. La principal fuente de violencia para la mujer proviene de su pareja conyugal. En cuanto a la problemática de violencia familiar, el INEGI reporta que los resultados obtenidos del 2003, muestran que el 46% de las mujeres al menos han vivido un incidente de violencia en los últimos doce meses, y los porcentajes de las formas de maltrato son los siguientes: el 38% emocional, 9% físico y el 17% sexual y el 29% económica. Es importante señalar la forma en que interactúan estos datos pues el grupo de mujeres que reciben o reportan más episodios de violencias son aquellas que llevan un doble rol, el de amas de casa y el de proveedoras.¹

¹ Fuente: INEGI. Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los

En cuanto al maltrato infantil, el cual, va en aumento y suele ser ejercido principalmente por las mujeres, seguidas por los padres, padrastros, madrastras y abuelos. El trabajo de muchas instituciones y organizaciones que se encargan principalmente de atender y abordar el maltrato hacia mujeres, niñas y niños, ha hecho evidente la necesidad de abordar este fenómeno como un problema de salud pública y, por tanto, las acciones de investigación, asistencia y prevención consecuentes.

Todos estos datos nos dan pie para hacer una reflexión sobre la situación de las familias en el mundo, en donde las diferencias de género juegan un papel importante ante las principales problemáticas, además cabe destacar que esta discriminación de género sobre todo que pone en desventaja a la mujer se transmiten a partir de toda una estructura ideológica de los países, pero también por las familias, como instituciones de preservación de cultura y tradición. Así, los problemas que de esto se derivan son múltiples, entre ellos: la pobreza que afecta predominantemente a las mujeres, trasgresión de sus derechos básicos, dominación de un sexo sobre el otro y sus concomitantes efectos en violencia, abandono, etc., y, en fin, menores posibilidades de calidad de vida para la mujer.

De esta manera, la modificación de los patrones de género resulta una tarea apremiante que compete a todos los seres humanos, pero la familia la tiene entre sus principales derechos, como sistema primario de formación de los individuos, y por tanto, también es una de sus principales responsabilidades. Por otro lado, en 1998, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 2009), celebrada en El Cairo se reconoció que además de la familia nuclear (aquella conformada por el padre, la madre y los hijos) en el mundo existen otros tipos de familias como son: Familias de pas de deux (compuesta de dos personas solamente, por ejemplo madre e hijo ó padre e hijo), Familias de tres generaciones. (compuestas por varios núcleos), entre otras.²

Hogares, 2003. Aguascalientes, Ags., México, 2004.

² Fuente: www.geocities.com

Y muy relacionado a lo anterior, en un estudio se encontró que en Latinoamérica hay consenso sobre la creciente heterogeneidad de las familias dado los grandes cambios a que se han visto enfrentadas por la modernidad: transformaciones demográficas, aumento de los hogares con jefatura femenina y creciente participación de las mujeres en el mercado laboral. Entre los principales cambios demográficos se observa que el tamaño medio de la familia se ha reducido por la disminución de los hogares multigeneracionales y el aumento de los unipersonales, así como por el efecto de las migraciones. La heterogeneidad de las situaciones nacionales obedece al hecho de que los países se encuentran en distintas etapas de la transición demográfica.

De manera particular en México, de cada 100 hogares: 69 son nucleares, formados por el papá, la mamá y los hijos ó sólo la mamá ó papá con hijos; una pareja que vive junta y no tiene hijos también constituye un hogar nuclear; 22 son ampliados y están formados por un hogar nuclear y otros parientes (tíos, hermanos, primos, suegros, etcétera); 7 son unipersonales, integrados por una sola persona; 1 es compuesto, constituido por un hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe del hogar; y 1 es corresidente y está formado por dos o más personas sin parentesco.³

De esta manera, otra cuestión importante de señalar es la ruptura en la vida conyugal -por abandono, separación o divorcio-, la cual se remiten a cuestiones culturales y éticas guardando relación con las transformaciones en los derechos y deberes involucrados en la vida en pareja y de ésta con la prole. Reflejan, también, una pérdida de vigencia de los controles sociales promovidos por ciertas instituciones sobre la vida de los cónyuges. Las tasas de divorcio tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados se están incrementando. La ruptura de la relación conyugal generalmente deteriora las condiciones económicas de la madre y los hijos. La separación y el divorcio pueden también estigmatizar socialmente a la madre reduciendo su estatus social y limitando el apoyo de redes provenientes de la familia del cónyuge (Bruce; Lloyd; Leonard y col:1995).

³ <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx>

Los datos demuestran que la tasa de divorcio en los países desarrollados se ha incrementado notablemente y varía de país en país. Por ejemplo, en Italia se registran ocho divorcios por cada 100 matrimonios, mientras que en Estados Unidos hay 55 divorcios por cada 100 matrimonios (Lloyd y Duffy:1995). En México, en los últimos años, el número de divorcios se incrementó considerablemente, al año 2005 se registraron 70 mil 184 divorcios, en el 2006 72 mil 396, y para 2007 la cifra es de 77 mil 255. De esta manera, ha aumentado el número de divorcios por cada 100 matrimonios, así en 1970, por cada 100 matrimonios hay tres divorcios; en el 2003, esta cifra se eleva a 11 divorcios y para 2007 hay 13 divorcios por cada 100 matrimonios.⁴

La disolución del matrimonio, ya sea por abandono, separación, divorcio, ya sea por la muerte de algunos de los cónyuges, es común en todo el mundo y se ha visto que la creciente proporción de divorcios involucra parejas con hijos chicos, lo que incrementa la posibilidad de que el hogar, en el futuro, sea dirigido por sólo uno de los cónyuges.

Por otra parte, otra problemática que se presenta es el consumo de alcohol y drogas por parte de la población adolescente (Martínez, 2003).

Garbarino (1999), declara que existe en un ambiente social tóxico en el mundo de los niños, aludiendo a la alta contaminación ambiental y a los problemas familiares crecientes en la población. Hoy en día, los niños están expuestos a todo tipo de mensajes a través de los medios masivos de comunicación que no promueven conductas responsables en ellos, en temas como sexualidad, consumidor, salud, etc., por otro lado, la vorágine de cambios sociales a los que nadie puede adaptarse con tanta facilidad sin perder mucho de su sentimiento de seguridad. Se encuentran así en una situación de riesgo, al carecer cada vez más de personas que les protejan y guíen.

La drogadicción, es un problema que ha tomado dimensiones importantes sobre todo en la población adolescente. En México, la evidencia epidemiológica indica, que hay ciertos antecedentes familiares que pudieran estar aumentando el riesgo de consumo de

⁴ matrimonios.<http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx>

sustancias en este grupo etario, como son la desintegración familiar, la violencia doméstica, la ausencia de uno de los progenitores, el hacinamiento, el uso y abuso de sustancias dentro del grupo familiar, entre otros. (Martínez, 2003).

Con relación a los adolescentes, otra problemática es el inicio de la vida conyugal a temprana edad, todavía amplios sectores de la población mexicana inician su vida conyugal a edades tempranas. La alta prevalencia de este tipo de uniones suele considerarse, además de un factor que obra en contra de los razonamientos previos sobre la autonomía, como un problema potencial de salud reproductiva, sobre todo cuando los embarazos ocurren antes de que se haya alcanzado la plena madurez fisiológica. En muchas ocasiones, las uniones prematuras se originan por embarazos precoces, con frecuencia no deseados. Paralelamente, afectan la situación de las mujeres, ya que por lo general las orillan a abandonar los estudios y a perpetuar las condiciones de desventaja con las que inician su vida familiar. Por ejemplo, está documentado que las mujeres que se unen precozmente tienen mayores probabilidades de terminar su periodo reproductivo con una descendencia mayor: quienes iniciaron su vida conyugal antes de los 18 años lograron una descendencia de 4.8 hijos doce años después, mientras que las mujeres que iniciaron su vida conyugal a partir de los 23 años presentan una paridad de 3.2 hijos en el mismo lapso (CONAPO, 1997).

De esta manera, como se ha mencionado, los problemas de la familia en el mundo son de diversa índole y la manera en que la sociedad los enfrente determinará la forma en que vivamos en el futuro, y debido a que la influencia de la familia sobre la sociedad es innegable, es un reto para los gobiernos del mundo diseñar políticas familiares explícitas, ya que hasta ahora podemos observar que existen intervenciones dispersas y no coordinadas mediante programas y proyectos en materia de salud, educación, combate contra la pobreza, prevención y erradicación de la violencia, entre muchos otros objetivos. En la amplia gama de políticas familiares es posible identificar iniciativas y proyectos interesantes, tales como los que intentan adaptarse a los cambios experimentados por las familias y a los nuevos papeles sociales de hombres y mujeres en el hogar.

Por estas razones el criterio básico para el diseño de estas políticas es contar con un adecuado diagnóstico que considere la heterogeneidad de situaciones y los cambios recientes que han experimentado las familias. Así como considerar que la transición a nuevas formas de familia implica una redefinición fundamental de las relaciones de género en toda sociedad, y estas dimensiones son centrales para el diseño de políticas y programas dirigidos hacia la democratización de las familias, las que deben modificar el actual balance entre derechos y obligaciones de hombres y mujeres en el ámbito familiar.⁵

Ahora, si se revisa qué sucede en México, primero se tendrá que partir de que las diversas transformaciones políticas, económicas, tecnológicas, científicas y sociales que se han vivido en las últimas décadas en México y en el mundo, han afectado la conformación y las dinámicas de las familias. Así, paralelamente al surgimiento de la familia como unidad social, surge la necesidad de cambios paulatinos para que ésta se transforme de acuerdo a los cambios que demanda la sociedad. De esta manera, las relaciones familiares se han transformado, como una manera de responder más eficazmente a las demandas sociales (Minuchin, 1986).

Y de estos, cambios sociales, como la explosión demográfica, la urbanización, la incorporación al trabajo remunerativo de la mujer, entre otros factores, han llevado a institucionalizar cambios en el interior de la familia. Las mujeres han incrementado sus responsabilidades externas al hogar, sin haber un reajuste claro y satisfactorio para ambos en cuanto a las funciones en su interior. La tendencia al resquebrajamiento de algunos vínculos hogareños incuestionables en la mujer así como la dificultad en el hombre para incursionar en roles femeninos, colocan a la pareja en una doble tendencia hacia el conflicto. La cada vez mayor participación económica de los miembros en el hogar influye en la composición y estructura de las familias.

Por estas razones, sin duda, la familia se encuentra en una etapa de transición, donde los modelos anteriores son insuficientes para hacer frente a las demandas que la época

⁵ Fuente: www.contabler.com.co

actual impone a las familias, pero en la que aún no se desarrollan modelos alternos que tomen el lugar de los anteriores.

A partir de esto, se han redefinido los intereses individuales frente a los familiares, las mujeres han ampliado su participación en las actividades económicas y extradomésticas, los requerimientos educativos de los hijos se han transformado, se han revalorado las relaciones conyugales frente a las consanguíneas, se han disminuido los índices de fecundidad, ha aumentado la expectativa de vida, los roles tradicionales se han cuestionado; y todo esto, ha marcado un cambio en las estructuras familiares.

De esta manera, las estadísticas muestran que hoy, a diferencia de hace 3 o 4 décadas, las familias en México y en el mundo tienden a tener menos hijos, las relaciones conyugales muestran una propensión a durar menos años, hay un aumento en el nivel educativo de las mujeres, como también más participación femenina en la fuerza laboral, por lo tanto, tiende a haber cada vez menos hogares en donde el hombre sea el único sostén económico y más con múltiples proveedores. Asimismo, parece haber una nueva preferencia a vivir en unión libre. Otro fenómeno importante, es el aumento de hogares uniparentales, con una marcada predominancia de mujeres al frente de estos hogares. Por el lado contrario, una de las dinámicas familiares que menos ha cambiado, es la tendencia a depositar en las mujeres las labores domésticas, éstas parecen seguir siendo responsabilidad de las mujeres, independientemente de su nivel educativo y su actividad laboral, así como de su participación en otras responsabilidades familiares; aun cuando hay más colaboración masculina en las tareas familiares, las labores domésticas se siguen conceptualizando como responsabilidad de las mujeres.

Así mismo, las estadísticas evidencian los cambios en la estructura de las familias en México en la última década. Se distinguen dos tipos de hogares, los familiares (que incluyen un jefe de la familia, el cónyuge e hijos) y los no familiares (referentes principalmente a aquellos unipersonales). Entre 1990 y 2000 se ha observado una disminución en los hogares familiares y un aumento en los unipersonales). Por otro lado, dentro de los hogares familiares, la familia extensa sigue teniendo un papel importante,

pues mientras el porcentaje de familia nuclear se ubica en 48.7%, las extensas se presentan en el 35.9% de los casos. Estos datos pueden estar hablando de una tendencia significativa en la presencia de familias uniparentales, pero también de una relativa constancia del estilo tradicional de México en cuanto a familia extensa se refiere.

En México, se observan las mismas directrices que en el resto del mundo, si bien las tendencias son menos marcadas. Parece que el cambio se está dando de manera más paulatina, en un grado mayor en las grandes urbes y mucho menor en las zonas rurales (Rodríguez, 1999). De esta manera, de acuerdo con las tendencias mencionadas y los consecuentes cambios que se están gestando en las familias, ciertas problemáticas están surgiendo también como consecuencia e incluso como síntoma de dichas transformaciones.

Ante las problemáticas presentadas, con respecto a la institucionalidad social encargada de diseñar y ejecutar las políticas referidas a las familias, es posible observar una gran diversidad. Así, existen diferencias en cuanto a la concepción de familia entre las entidades gubernamentales encargadas del tema; las autoridades muestran diferencias entre visiones más tradicionales y más modernas de familia. Pese a esta diversidad, hay consenso entre los encargados del tema respecto a los principales problemas que ésta enfrenta: la violencia intrafamiliar; el desempleo, que se asocia también a la pobreza, la crisis económica, y el deterioro de las condiciones materiales de vida de las familias; y finalmente, lo que se denomina desintegración familiar.

De esta manera, al comenzar el nuevo siglo, las políticas dirigidas a las familias aún carecen de una definición específica, de un campo bien delimitado y de una legitimidad evidente. Su diseño enfrenta diversas dificultades, en particular las tensiones entre intereses familiares y personales, así como el conflicto para equilibrar la autonomía y la libertad individuales con las responsabilidades familiares. En la mayoría de los países, más que políticas familiares explícitas, existen intervenciones dispersas y no coordinadas mediante programas y proyectos en materia de salud, educación, combate contra la pobreza, prevención y erradicación de la violencia, entre muchos otros objetivos. En la amplia gama de políticas familiares es posible identificar iniciativas y proyectos interesantes, tales como

los que intentan adaptarse a los cambios experimentados por las familias y a los nuevos papeles sociales de hombres y mujeres en el hogar.

Así, surge la necesidad de una Ley General sobre las Familias para abordar cuestiones como la mejora de las ayudas por hijo, beneficios para las empresas que contraten mujeres con hijos, creación de guarderías (especialmente en los centros de trabajo), ventajas fiscales para las familias numerosas, ayuda para la adquisición de primera vivienda para los jóvenes, estatuto de la profesión de cuidadores de niños y ancianos y ayudas para su contratación por las familias con hijos y mayores a su cargo.

Por lo que, la política de ayudas a la familia debe extenderse e incrementarse, así como mejorar los medios existentes de prevención y lucha contra la violencia doméstica o de género, con el objetivo de promover actividades que favorezcan a la institución.

Con respecto a esto en México, a partir de la necesidad de contar con una legislación que fincara las bases para la disminución y erradicación de la violencia ejercida de varias formas contra las mexicanas, se publicó la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el impacto de esta Ley es de amplio espectro, ya que no sólo beneficiará a las mujeres, sino que apuesta a la producción de ambientes armónicos, en los que uniendo, voluntades hombres y mujeres aportarán para la construcción cotidiana de un México cada vez mejor cimentado.

Por otro lado, a partir de las reformas a los Códigos Civil y de Procedimientos Civiles del Distrito Federal; es importante señalar algunos planteamientos que cuestionan moral y jurídicamente el reconocimiento de la diversidad de arreglos familiares y su derecho a la protección y salvaguarda del estado, en particular en el caso de las familias homoparentales. Ante lo cual, el Observatorio de Familias y Políticas Públicas, manifiesta que lo esencial en las familias son los vínculos y el tipo de relaciones que se tejen en ellas, y los valores para la vida democrática y ciudadana: libertad, solidaridad, equidad, respeto, igualdad y tolerancia. El asunto central es que se brinde afecto, seguridad, protección y oportunidades de crecimiento sano a todos sus integrantes. Por ende, están convencidos que

las reformas al Código Civil y de Procedimientos Civiles del Distrito Federal no viene a crear una realidad sino a reconocerla; las parejas del mismo sexo existen y han existido siempre en nuestro país y en éstas o con otros personas homosexuales solteras o separadas ya conviven niños, adolescentes y jóvenes a su cargo y protección; y , por tanto, dichos cambios legales corrigen una discriminación previa existente y aseguran que las familias homoparentales también tengan certeza jurídica y acceso pleno a derechos, en beneficio de los menores de edad a su cargo y responsabilidad, tales como derechos sucesorios y de salvaguarda del patrimonio, de seguridad social, de acceso al crédito y de tipo migratorios, y de guardia y custodia, entre otros. Por lo que exhorta a la ciudadanía, a las instituciones públicas, civiles, académicas y religiosas a no incitar a la violencia social y a promover este debate en el marco del reconocimiento de la diversidad de arreglos familiares que prevalece en nuestro país, apegándose al carácter laico de las leyes del estado mexicano, que implican el respeto a la libertad de conciencia, la autonomía entre lo político y lo religioso y la no discriminación de personas o asociaciones.

A partir de este análisis, de algunas de las principales problemáticas que presentan las familias en la actualidad, surgen como una alternativa importante para abordar dichas problemáticas los diversos estilos terapéuticos derivados de la Terapia Familiar Sistémica, la cual se apoya en los principios de la Teoría General de Sistemas (TGS) para intervenir en los procesos familiares desde un enfoque holístico, en donde todos los miembros participan de la organización del sistema, y las acciones de cada uno cumplen un papel en la conformación de un todo, permitiendo estudiar a las familias como totalidades (Sluzki, 1987)

Desde esta perspectiva, los problemas no se ciñen a personalidades específicas o a una naturaleza individual conflictiva, sino a las características de las relaciones entre los miembros, que conforman una estructura familiar determinada. De esta manera, la Terapia Familiar Sistémica, permite “una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de sus relaciones (Sánchez y Gutiérrez 2000).

Ya que, a diferencia de la postura tradicional, donde la intervención sólo se centra en el paciente identificado y se resta importancia a la interacción con el medio y sus relaciones interpersonales, la Terapia Familiar Sistémica implica el estudio de la familia como un organismo y enfatiza las interacciones entre cada uno de sus integrantes (Minuchin, 1986).

Es así como, la TGS proporciona a la Terapia Familiar Sistémica un modelo para el estudio de las familias, ya que los principios aplicados a los sistemas, pueden también ser aplicados a las familias, sin embargo, vale la pena aclarar que una familia no es un sistema, una familia es una familia, pero el modelo de la TGS puede servir para explicar su comportamiento (Molina, 1996).

Además, cabe señalar que como parte de la disciplina psicológica, la Terapia Familiar ha evolucionado a partir de los últimos diez años, debido a la creciente influencia y aceptación del pensamiento posmoderno, evolucionando los conceptos de las teorías estructural y estratégica, que dominaban las intervenciones terapéuticas para dar paso al desarrollo de los conceptos del constructivismo y la hermenéutica (Sánchez, 2000).

Es así, como las corrientes posmodernas en la Terapia Familiar, representan una transformación a la concepción de cibernética, donde se considera a la familia como un sistema homeostático. Estas transformaciones se han desarrollado bajo la perspectiva de la semiótica y la crítica literaria, por lo que se habla de narración o texto (Hoffman, 1996).

Bajo esta nueva ideología, las familias y el terapeuta tienden a tener una participación más activa en la conversación, de tal forma que, en conjunto encuentran sus propias soluciones. En este sentido, el papel del terapeuta no es el de experto, acepta la realidad de la familia y sus historias, no trata de cambiarlas, sino que juntos aportan una nueva aventura colaborativa, donde las soluciones se descubren mutuamente en la conversación, en lugar de ser prescritas o dirigidas (Sánchez, 2000).

Dentro de este contexto, algunos terapeutas familiares, como Marlene Anderson y Harry Goolishian (1988). Desertaron de las filas de la cibernética y se pasaron a las de la hermenéutica, llamada “el giro interpretativo”. Para los terapeutas que han simpatizado con estas ideas, la retroalimentación de los sistemas cibernéticos es remplazada por el diálogo. Así, la metáfora central para la terapia se desplaza a la conversación (Hoffman, 1996).

Es así como la Terapia Familiar, resulta una alternativa exitosa para el trabajo con las familias, ya que como se señaló se pueden abordar desde diversos modelos teóricos que van desde lo más moderno a lo posmoderno, lo que nos permite adaptarnos a las problemáticas de manera particular.

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

El Programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar, se trabaja en la FES Iztacala y en la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria, en esta última además de contar con aulas para trabajar el sustento teórico del Programa, biblioteca, centro de documentación, laboratorio de cómputo, cuenta con espacio para realizar la práctica profesional de tipo terapéutico en algunos Centros Comunitarios, entre los que se encuentran: el *Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”*, ubicado dentro de la misma Facultad, y el *Centro Comunitario “Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”*, que se localiza en la colonia Ruiz Cortines, en la delegación Coyoacán, y que a continuación se describen.

2.1. Descripción de los escenarios

a) Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Fue el primer centro de atención comunitaria en la Facultad de Psicología que se inauguró el 8 de mayo de 1981, estando a cargo de su coordinación la Lic. Josette Benavides.

Originalmente este centro se encontraba adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado, y es hasta 1983 que adquiere su autonomía.

El centro tiene como principal objetivo proporcionar atención psicológica de calidad a la población universitaria y a la comunidad en general, enfocando dicho servicio a los siguientes aspectos:

1. Informativo: mediante un banco de información institucional, orientar a la comunidad acerca de las diversas instituciones que ofrecen servicios en el área de la salud mental.
2. Preventivo: informar a la comunidad, por medio de ciclos de conferencias, talleres, cursos, mesas redondas sobre temas relevantes para la comunidad.
3. Académico: mediante la organización de talleres relativos a hábitos de estudio, ansiedad ante los exámenes, etc., apoyar a los alumnos.
4. Terapéutico: dar atención a la comunidad, a través de las diferentes modalidades terapéuticas que ofrece el centro: terapia individual, familiar, infantil, grupal, etc.

Además el Centro es un espacio que apoya el entrenamiento de los nuevos especialistas, ya que permite la práctica a estudiantes de posgrado en diversas especialidades, fortalece la producción y difusión del quehacer científico e investigación aplicada, a través de la participación en foros científicos y en la comunidad.

Actualmente el Centro de Servicios Psicológicos se ubica en el edificio “D” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria, y cuenta con la siguiente infraestructura:

- sala de espera
- recepción
- 6 cámaras de Gesell, equipadas con equipo de audio y videograbación, espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas (sillones, sillas, mesas, etc.)

- sala para residentes, en la cual los estudiantes de las diferentes residencias de posgrado pueden reunirse para comentar sus casos, leer, estudiar, citar a sus pacientes vía telefónica, etc.
- una pequeña cocina

Cabe señalar que el nivel de atención que ofrece el Centro a la comunidad es secundario, ya que asisten a pedir servicio psicológico las personas que ya presentan un problema. El procedimiento para solicitar atención es: 1) llenar una solicitud y acompañarla de una identificación oficial, para tener acceso a una primera entrevista o preconsulta; 2) las solicitudes son canalizadas a los diferentes programas existentes en el Centro, de acuerdo con el motivo de consulta; 3) cada programa se encarga de citar a las personas de acuerdo con sus horarios de atención. El costo de la consulta puede oscilar entre los \$50 y los \$150, siendo el solicitante quién decide el monto que puede pagar.

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

- Programa de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual.
- Terapia con enfoque psicoanalítico.
- Dictámenes para guarda y custodia de niños en caso de divorcio.
- Modificación de hábitos alimenticios.
- Terapia Familiar.
- Terapia de pareja.
- Retroalimentación biológica.
- Terapia conductual infantil
- Programa de atención psicológica a enfermos crónicos degenerativos.

b) Centro Comunitario “Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”

Este Centro Comunitario se funda después del Centro de Servicios “Dr. Guillermo Dávila”, pero con la misma finalidad, articular la teoría y la práctica en el ejercicio profesional de la Psicología, y tiene como objetivos particulares:

a) Contribuir a la profesionalización de los estudiantes de las diversas áreas de la licenciatura y Posgrado en Psicología, mediante el diseño, desarrollo y evaluación de programas, proyectos y actividades, que redunden en beneficio para la comunidad.

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

El Centro Comunitario se encuentra en la calle de Tecacalo Mz 21 Lt. 24 en la colonia Ruíz Cortines de la delegación Coyoacán. Y cuenta con la siguiente infraestructura:

- sala de espera
- recepción
- dos cámaras de Gesell, equipadas con equipo de audio y espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas
- dos aulas para impartir cursos o talleres
- una biblioteca
- una sala de computo
- varios cubículos para profesores
- un amplio comedor.

Con excepción del Programa de terapias el Centro brinda atención primaria, ya que el énfasis de sus programas se encuentra en los aspectos preventivos. El procedimiento para recibir atención es: 1) proporcionan sus datos así como su motivo de consulta, con lo cual dependiendo de la capacidad que tenga el Centro en esos momentos, se decide si se les canaliza a otras instituciones o al Programa de Terapias. Si se decide esto último, 2) los datos de las personas son proporcionados a los terapeutas, los cuales las citan dentro de sus horarios de trabajo. El costo de la consulta es de \$50.

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

- Violencia pública e intrafamiliar.
- Problemas en las relaciones de pareja.
- Participación ciudadana.
- Problemas escolares.
- Salud reproductiva y sexualidad.
- Cultura organizacional y capacitación laboral.
- Adicciones.
- Hábitos.
- Conservación del medio ambiente.
- Programa de servicio terapéutico.

2.2. Análisis sistémico de los escenarios

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y el Centro de Servicios Comunitarios “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”, dependen de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y el Sector Social. Así mismo, tienen como instancias de apoyo y/o colaboración interna a la División de Estudios Profesionales, la División del Sistema de Universidad Abierta, la División de Estudios de Posgrado e Investigación, y el Programa de atención a alumnos.

Y como instancias de apoyo y/o colaboración externa cuenta con las instituciones y comunidades con las que existen nexos o convenios de colaboración, así como con organismos nacionales e internacionales.

De manera específica cada uno de estos centros se encuentra a cargo de una jefatura, la cual coordina a los responsables de cada uno de los programas, así como las diferentes actividades que se realizan.

2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.

Dentro de la formación como terapeuta familiar el Programa considera trabajar en dos niveles: *teórico* y *práctico*. Por tal razón, en los primeros tres semestres se hace énfasis en consolidar el conocimiento teórico y gradualmente desarrollar las habilidades como terapeuta.

Es así como, en los escenarios antes descritos se nos brinda la oportunidad de desarrollar estas habilidades que resultan indispensables en el trabajo con las familias.

De esta manera, durante los dos primeros semestres realice mis prácticas únicamente en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. Dentro de las principales actividades que contribuyeron a mi formación como terapeuta familiar se encuentran: entrevistas para realizar la preconsulta; seleccionar las solicitudes para contactar a los pacientes vía telefónica y acordar una cita; y atención terapéutica de manera individual, de pareja ó familia, cabe señalar que tuve la oportunidad de trabajar sola como terapeuta, en coterapia y como parte del equipo terapéutico.

A partir del tercer semestre, me incorporé al Centro de Servicios Comunitarios “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”, en donde principalmente di atención terapéutica y forme parte del equipo terapéutico.

Para el cuarto semestre, el trabajo realizado fue principalmente práctico en estos dos escenarios, que de manera particular me dieron la oportunidad de desarrollarme y consolidar mi formación, que de otro modo no hubiera sido posible, ya que se nos da la oportunidad de aplicar nuestros conocimientos en una amplia diversidad de situaciones y problemáticas presentes en la comunidad, lo cual nos permite dar cuenta del avance en nuestra formación.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

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

La Terapia Familiar y relacional, consiste en una intervención sobre la familia en particular tendiente a iluminar los conflictos evidentes de sus miembros y a liberar al paciente identificado de las tensiones vinculadas con su condición de chivo emisario, y la intervención en la comunidad a evidenciar la relación existente entre los problemas de esa familia específica y los de otros núcleos sociales, es un intento de romper el círculo vicioso del ostracismo social.

De esta manera, la teoría de la Terapia Familiar se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino que es activo y al mismo tiempo reactivo de grupos sociales. Lo que experimenta como real depende de elementos internos y externos. Se puede decir que está en constante interacción con su medio.

A partir de esto, utiliza técnicas que modifican el contexto inmediato de las personas de modo que sus posiciones cambian. Cuando cambia la relación entre una persona y su contexto familiar, se modifica como consecuencia su experiencia subjetiva. Precisamente éste es el objetivo del terapeuta que se asocia con la familia.

Todo esto, nos lleva a estudiar los datos y a las personas en función de la dinámica interactiva, más bien que los significados intrínsecos, es decir una óptica relacional – sistémica. Siendo así la misión del terapeuta familiar, comprender el problema en términos relacionales mediante la contribución de todos los miembros de la familia, y trazar en su mente un “mapa” de la estructura familiar, es decir, como resultante de las interacciones más significativas, tanto intra como extrafamiliares.

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

Las ideas sistémicas se empiezan a gestar con la construcción de dos grandes cuerpos teóricos: La Teoría General de Sistemas (TGS) y la Cibernética.

Teoría General de Sistemas

Para hablar de esta teoría tendríamos que retroceder en el tiempo, y partir de cuando la Biología estaba en la controversia entre el mecanicismo y vitalismo, en donde la teoría llamada vitalista tenía por explicaciones sólo merced a la acción de factores animoides. Por lo que Bertalanffy entre otros decidieron conducirse bajo el punto de vista organísmico. Lo cual significa que, los organismos son cosas organizadas y un paso de este autor para tratar de darle forma fue la teoría de los sistemas abiertos y los estados uniformes, la cual es una expansión de la fisicoquímica, la cinética y la termodinámica ordinarias. A partir de la cual se dio una generalización mayor dando paso a que surgiera la ***Teoría General de los Sistemas***.

La *Teoría General de los Sistemas* (TGS) fue introducida por primera vez por el biólogo alemán Ludwing von Bertalanffy en 1937, dentro de un seminario filosófico en la Universidad de Chicago, sus premisas principales apuntaban hacia el aislamiento de los elementos de un todo, fragmentándolo analíticamente para poder estudiarlo. Si bien el concepto de sistema, ya era ampliamente utilizado en diferentes ramas del conocimiento como la Filosofía, la Medicina, la Historia, la Física, la Sociología, incluso la Literatura, no fue hasta una década más tarde cuando, los conceptos de la Teoría General de los Sistemas (TGS) comenzaron a permear el pensamiento científico y tecnológico (von Bertalanffy, 1968).

Para von Bertalanffy la Teoría General de Sistemas fue concebida como una hipótesis de trabajo; como científico, ve la función esencial de modelos teóricos en la

explicación, la predicción y el control de fenómenos hasta ahora inexplorados; el peligro está en considerar prematuramente que el modelo teórico es cerrado y definitivo.

Así el valor explicativo y predictivo de las nuevas teorías que atacan el cúmulo de problemas en torno a la totalidad, la teología, etc., ha abierto nuevos horizontes, dando lugar a una serie de adelantos en este campo, como lo son: la teoría de la información, la teoría de los juegos, la teoría de la decisión, por mencionar algunas.

De esta manera, la Teoría General de Sistemas ha contribuido a la expansión de la teoría científica, conduciendo a nuevas visiones y principios y abriendo nuevos problemas de investigación, y aunque son obvias sus limitaciones y aplicaciones, sus principios parecen en lo esencial muy acertados, según se aprecia por su aplicación a diferentes campos.

De manera particular y en sentido sistémico, la Terapia Familiar se apoya en los principios de la Teoría General de Sistemas (TGS) para intervenir en los procesos familiares desde un enfoque holístico, en donde todos los miembros participan de la organización del sistema, y las acciones de cada uno cumplen un papel en la conformación de un todo.

Para pensar en el impacto que tiene la Teoría General de Sistemas (TGS) en la Terapia Familiar es conveniente retomar el punto de vista de Ludwing Von Bertalanfy (1968), quien considera que en un primer momento, la (TGS) resulta muy valiosa para la Psicología, ya que abre nuevos panoramas y puntos de vista susceptibles de aplicación experimental y práctica. El concepto de sistema resultó ser lo bastante abstracto y general para permitir su aplicación a cualquier todo que consista en componentes que interactúen.

A diferencia de las teorías que ponderan el esquema estímulo-respuesta, o las que explican la conducta sólo a través de la búsqueda de satisfacción de necesidades o de la reducción de tensiones y que son incapaces de explicar las actividades como el juego, la exploración, la creatividad, la autorrealización, *el modelo de sistemas ofrece nuevas*

visiones y principios, que ayudan a la expansión de la ciencia y el conocimiento en Psicología, conduciendo además a nuevas preguntas y propuestas de investigación. (Bertalanffy, 1968).

Los conceptos utilizados por la TGS han servido, a los diferentes modelos en Terapia Familiar Sistémica para poder estudiar a las familias como totalidades, por un lado para explicar los procesos autocorrectivos de las familias, que buscan neutralizar el “ruido” y por lo tanto impedir el cambio (retroalimentación negativa); y por otro lado explicar los procesos sistémicos de cambio, a través de los cuales las familias asimilan la nueva información, dan un salto cualitativo y se organizan dentro de un nuevo equilibrio (retroalimentación positiva). (Sluzki, 1987).

Desde esta perspectiva los problemas no se ciñen a personalidades específicas o a una naturaleza individual conflictiva, sino a las características de las relaciones entre los miembros, que conforman una estructura familiar determinada.

El terapeuta considera los síntomas de un individuo como expresión de la organización familiar y, en consecuencia, de sus necesidades, redundancias y conflictos. Las situaciones familiares habrán de abordarse de manera integral, entendiendo que cada individuo percibe y refiere la situación propia y la del grupo de acuerdo a las puntuaciones que hace de la realidad. Estas puntuaciones inevitablemente conducen a juicios lineales de la interacción, sin embargo el terapeuta sistémico, apoyándose en la noción de causalidad circular, plantea las diferentes acciones de cada miembro como causa, efecto y contexto de las conductas de los otros: todos participan en la construcción de la situación problemática. Ahora bien, la TGS considera, entre otras cosas, a los organismos vivos como sistemas abiertos que tienen una organización particular y que intercambian información con el medio que los rodea. (Bertalanffy, 1968). Retomando lo anterior, una familia es un sistema abierto porque esta en constante interacción con otras familias, proviene de por lo menos otras dos familias, que a su vez se formaron de otras, y que igualmente se van a reproducir. En esta interacción se intercambia información que introducirá ruido al sistema, es decir, implantará un principio de entropía al sistema. (Bertalanffy, 1968).

Los conceptos utilizados por **TGS** además de servir a los diferentes modelos en Terapia Familiar Sistémica para estudiar a las familias como totalidades y explicar sus procesos autocorrectivos, fueron de utilidad en su momento, para *crear conceptos como “reglas familiares”, “mitos familiares”, “patrones interactivos”*, que intentaban dar cuenta de los procesos a través de los cuales, las familias neutralizaban las intervenciones terapéuticas, como para entender la aparición de un miembro sintomático, como un elemento que el sistema produce para impedir el cambio. De la misma manera, los conceptos de la **TGS** sirvieron para generar intervenciones generadoras de crisis, movimientos desequilibrantes y actividades provocativas, que intentaban empujar a las familias a cambios cualitativos. (Sluzki, 1987)

Haciendo un análisis más global, Sánchez y Gutierrez (2000), señalan que la **TGS** aplicada a la terapia familiar, ha permitido “una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de sus relaciones....” esta nueva concepción de sistemas se basa en el siguiente postulado: “El pensamiento contextual y la organización sistémica circular, esto es, la conducta de un miembro de la familia afecta o esta relacionada con el número de miembros de la familia”.

Por su parte, Haley (1998), considera que la contribución revolucionaria de la Teoría General de Sistemas no ha consistido en facilitar el cambio en psicoterapia sino en dar cuenta de la razón por la cual las personas son como son, que es un problema muy diferente.

La Teoría General de Sistemas es, por definición, una teoría en la que la causa es actual. Para esta teoría, un síntoma es apropiado: este síntoma es el comportamiento adaptado al contexto social de la persona, y de ninguna manera un comportamiento inadaptado que provenga del pasado sin ninguna función en el presente. En el ámbito clínico esto constituyó una idea revolucionaria: obligó por primera vez a atender a la situación actual del cliente. La consecuencia lógica de ello era que, si un síntoma era apropiado al contexto social actual, y por lo tanto adaptado a este último, entonces el terapeuta necesitaba cambiar el contexto para alejar el síntoma. Éste es el momento en que

nace la terapia familiar. El hecho de cambiar el contexto de un individuo podía resolver sus problemas psicológicos. (Haley, 1998)

Así desde esta perspectiva consideraremos a la *familia* como un todo orgánico, es decir, como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales. Y de esta manera, partiendo de las afirmaciones de von Bertalanffy (1971), para el cual todo organismo es un sistema, o sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que ejercen interacciones recíprocas, del mismo modo se puede considerar la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior. (Andolfi, 1985),

Así, la *TGS* proporciona a la Terapia Familiar Sistémica un modelo para el estudio de las familias, ya que los principios aplicados a los sistemas, pueden también ser aplicados a las familias, sin embargo, vale la pena aclarar que una familia *no es* un sistema, una familia es una familia, pero el modelo de la TGS puede servir para explicar su comportamiento. (Molina, 1996)

Finalmente podemos decir que las aplicaciones se ven reflejadas en las técnicas de intervención pero principalmente en la conceptualización que se tiene de la familia y de la patología.

Cibernética

Un precedente más directo de la Teoría General de Sistemas se encuentra en la Cibernética, que nace a su vez junto con la Teoría Matemática de la Información.

Según Heinz von Foerster la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una Cibernética de "0 orden", implícita, la Cibernética de "1er. Orden", reflexión explicitada en la obra de Norbert Wiener, y una Cibernética de "2º Orden", reflexión sobre la reflexión de la Cibernética.

Norbert Wiener funda la cibernética como ciencia de los sistemas dinámicos, es decir, de totalidades cuyos elementos se encuentran en relaciones funcionales mutuas y que están referidos al todo, al mismo tiempo que reaccionan, como elementos de un todo, ante los influjos externos.

El elemento conceptual básico está en la información, que implica "forma". La cibernética parte del postulado de que la forma, la superación del desorden o entropía, procede y se apoya en la información. Partiendo de la teoría matemática de Wiener, como recordará luego Bateson, se afirma que la unidad de información es “una *diferencia que constituye la diferencia*”. Y responder a la diferencia es lo básico de todo sistema.

De esta manera, la primera cibernética se limitaba a lo directamente observable, a los inputs y outputs medibles, concentrándose en lo externo, en el "cómo" de un flujo, pero sin interrogarse siquiera por el "por qué" del cambio, aunque suponía un "para qué": para conservar la homeostasis o equilibrio del sistema.

Cibernética de primer orden

En un primer momento, llamado Cibernética de Primer Orden o Cibernética de los Sistemas observados, los fenómenos acaecidos en los sistemas familiares fueron explicados a través de la Segunda ley de la Termodinámica, la cual postulaba que el universo decae, que parte de la energía de un sistema no se transforma en trabajo sino que se gasta, llevándolo a la dispersión irreversible, al desorden, a la entropía. Así se llega al concepto de retroalimentación negativa, es decir, aquellos procesos mediante los cuales los sistemas corrigen la desviación para mantener su organización, para lograr la homeostasis. La negentropía es entonces el principio ordenador, más allá del cual se encuentra el caos y la destrucción del sistema. En este primer estadio, las intervenciones terapéuticas muestran un énfasis negentrópico, buscan reestablecer el orden, la estructura para que la familia alcance otra vez el equilibrio. (Hoffman, 1987).

Esta Cibernética de primer orden tiene un segundo momento, bautizado en 1963 por Magoroh Maruyama como la Segunda Cibernética (para diferenciarlo del primer momento descrito arriba, que ha sido conocido como Primera Cibernética), donde el énfasis se desplaza a los procesos de amplificación de la desviación o retroalimentación positiva, que explican los procesos sistémicos de cambio. Para Maruyama la supervivencia de un sistema depende de dos procesos, a saber, **a)** la morfostasis, donde el sistema debe mantener constancia ante los cambios del medio a través de procesos de corrección del error, y **b)** la morfogénesis, donde el sistema modifica su estructura básica mediante secuencias que amplifican la desviación. Así, todo sistema necesita cierto grado de negentropía (retroalimentación negativa), pero demasiada lo matará, por eso requiere de fuentes de variedad o entropía. Aunque los dos tipos de retroalimentación- la que favorece y la que inhibe al cambio- parecerían tener funciones opuestas. La retroalimentación negativa es conservadora y promueve el statu quo; la positiva es radical y promueve la novedad. Lo que resulta útil de estas dos clasificaciones es considerar el momento en que ocurre, ya que al evaluar un sistema autocorrectivo, un factor de particular importancia es el equilibrio o desequilibrio del sistema en un momento dado, así como también debe considerarse de acuerdo con varios niveles simultáneos de sistemas entre los objetivos de dos sistemas. Sin embargo, Keeney (Op. cit) explica que, de acuerdo a Bateson, esta clasificación de la retroalimentación que la separa en polos opuestos: negativa y positiva, no es cibernética, debido a que la cibernética es siempre negativa y, la retroalimentación positiva es sólo un arco de círculo o secuencia parcial de un proceso de retroalimentación negativa más abarcador.

La epistemología cibernética crea la diferencia entre una pauta y otra, enfatiza la posibilidad de percibir el mundo de diferentes maneras, por lo que enfoca una organización circular y no lineal. Su aportación a la terapia familiar consiste ubicar al síntoma como parte de la familia y no sólo del individuo, esto se logra a partir de una forma de construir el diagnóstico a partir del contexto, es decir, de retomar los elementos que construyan la “realidad” del problema (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Lo importante dentro de la Terapia Familiar en este momento, es considerar que un sistema se encuentra todo el tiempo en la dialéctica estabilidad-cambio y que lo que se entienda por retroalimentación negativa o positiva no son importantes en sí mismas, sino lo necesario es saber de qué manera utilizar estos conceptos en el sistema y cuándo hacerlo, contemplando por ejemplo, lo inútil que sería querer introducir cambios en una familia que no está en crisis. Aparecen así intervenciones generadoras de crisis, movimientos desequilibrantes y actividades provocadoras que buscan llevar a las familias a desarrollar cambios cualitativos. Sin embargo, y pese a su intervención, el terapeuta se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema, es decir, como vigilante de un fenómeno a observar o a modificar, donde todas las vicisitudes son vistas desde fuera del sistema observado y no dentro de él, para tomar y cambiar partes desde dentro del sistema.

Cibernética de segundo orden

La epistemología tradicional considera que la realidad existe independientemente de quien la observa, como objeto situado frente al sujeto. El pensamiento científico se basa en esta premisa al considerar que la objetividad en la ciencia es fundamental y que por lo tanto, las propiedades del observador no deben estar incluidas en la descripción de sus observaciones.

El término cibernética de segundo orden fue acuñado por Heinz Von Foerster en su trabajo titulado “Cybernetics of cybernetics” en 1970.

La cibernética de segundo orden se ocupa del observador como parte de lo observado. Así, según Heinz Von Foerster, el objetivo de la segunda cibernética es explicar el observador a sí mismo, es decir la cibernética de la cibernética, y se refiere a los sistemas que son capaces de modificar su objetivo o finalidad (o su camino) por sí mismos, sin necesidad de ser guiados por alguien o algo desde fuera del sistema. Así, la segunda cibernética es una ciencia de acción en la que los mecanismos de comunicación y control permiten que el sistema reoriente o replantee continuamente su camino para alcanzar su objetivo primario. Y, siguiendo a Pask, también se refiere a los *sistemas orientados por el*

lenguaje, (Keeney, Op. cit.) en los que el observador se incluye claramente al sistema, al definir cuál es su propia finalidad en él. Constituye un orden superior de finalidad, ya que inhiere al observador más que una acción externa o estratégica.

En 1972, Margaret Mead presidenta en ese momento de la Sociedad Norteamericana de Cibernética, respondiendo al interés en el estudio de los procesos recursivos, acuña el término Cibernética de la Cibernética, que después fue rebautizada como Cibernética de Segundo Orden o Cibernética de los sistemas observantes considera al observador como parte de la realidad observada ya que su presencia necesariamente afecta lo que observa, pero además considera que toda descripción acerca de algo, es una descripción acerca de quién genera esa descripción, es decir, que el terapeuta no es un agente externo que opera sobre una familia para cambiarla, sino que es un participante en un proceso de transformación colectiva de significados. Lo introduce en la *observación (reflexiva) del observador*. El objeto de estudio pasa a constituirse en el observador observando su propia observación. Desde esta perspectiva, las acciones terapéuticas son concebidas más como una actividad dialógica (en vez de como intervenciones), en la que el terapeuta pasa a formar parte del sistema, ahora llamado sistema terapéutico, y se inserta para generar propuestas de puntos de vista alternativos y nuevas connotaciones, que ayuden a dejar de lado los comportamientos sintomáticos. (Sluzki, 1987). El terapeuta es integrado al sistema quedando impedida toda escisión del circuito que conforman el paciente y él.

La cibernética de segundo orden está relacionada con las ideas de autorreferencia y autonomía.

De lo descrito se desprende que la cibernética de primer orden está basada en una postura que intenta ser “objetiva”, esforzándose en mantener una separación entre el sujeto cognoscente y el sujeto observado, actitud que deriva en intervenciones concebidas como extrañas al fenómeno que se aborda, aunado a percepción de no estar influido por lo que en él ocurra.

Por el contrario, la cibernética de segundo orden toma una posición incluyente con aquello que está observando, analiza la propia estructura del observador, pues de esta se derivan muchas de las apreciaciones que pueda hacer de los hechos que percibe. Así también el observador se concibe como un actor más dentro de los fenómenos que intenta explicar, considerándose influido e influyente por estos.

Abre un espacio para la *reflexión* sobre el propio comportamiento y entra directamente en el territorio de la responsabilidad y la ética. Dado que se fundamenta en la premisa de que no somos descubridores de un mundo exterior a nosotros, sino inventores o constructores de la propia realidad, todos y cada uno de nosotros somos fundamentalmente responsables de nuestras propias invenciones. Según Von Foerster el cambio fundamental que implica asumir esta posición no sólo se manifiesta en el quehacer científico, docente, empresarial o tantos otros, sino en la comprensión de las relaciones humanas en la vida diaria.

De una epistemología basada en la cibernética a una basada en la hermenéutica y el significado

Se podría iniciar mencionando a Harold Goolishian quien diría que entre la cibernética y la narrativa hay un salto, una discontinuidad (Fried, 1994).

En la ***primera etapa***, en los años 70, había una gran influencia por el grupo de *Palo Alto* por Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), todo era comunicación, todo era mensaje, no se trataba de contemplar el interior de las personas sino la forma en que éstas encajan unas con otras en una red comunicacional en la que cada una hace algo y al mismo tiempo responde a todas. La noción de feedback – retroalimentación – conducía a una explicación casi mecánica. Empezaron a surgir dudas y preguntas acerca de si esta teoría sería buena para sistemas que de algún modo se asemejaran a una máquina. Así, la paradoja era un modo de tener control de la situación, pero al mismo tiempo era una manera de detener la batalla en una suerte de pacto; era tanto una manera de hacer paz como de hacer guerra. De esta manera, se creó la fama de especialistas en terapia paradójica (Fried, 1994).

En el *segundo período* se trabajó más con las ideas de *Bateson*. Lo importante era el análisis de *Bateson* sobre el poder que, según él planteó, es una idea una construcción. La gente crea la idea de poder y luego se conduce como si éste realmente existiera. Otro aporte de *Bateson* fue que las personas no permanecen juntas con el solo objeto de luchar entre sí o de superarse unas a otras, sino para trata de encontrar sentido a su relación mutua, lo cual llevó a una apertura en la terapia. La terapia también podría ser una manera de ayudar a la gente a considerar otras alternativas para conferir sentido, más allá de la lucha de poder. Entonces fue una *transformación a la autorreflexión*. Cuando la guerra termina, uno se pone a pensar qué es lo que está haciendo. Al *mirarnos nosotros mismos* se descubrió un fenómeno interesante: cuando un terapeuta habla con una familia descubría en ella cierto tipo de juego, mientras que otro terapeuta veía otro juego, y un tercero, otro. Así se observó que el juego no dependía sólo de la familia sino también del terapeuta. Quizá hasta podía suceder que no hubiera ningún juego real; el juego emergía de la relación entre el terapeuta y la familia. Con esta observación se comenzó a dudar incluso de la idea de descubrir. Y a partir de esto, surgió una contradicción: lo que descubríamos dependía del descubridor y del tipo de preguntas que hacía, comprobando que la terapia era co-construida entre la familia y el terapeuta (*op cit*).

Así durante mucho tiempo no se había reflexionado acerca del observador, el terapeuta. Se estaba muy ocupado en ser muy estratégicos que no lo percibíamos. Una de las cuestiones percibidas fue que el terapeuta tenía siempre alguna hipótesis, la cual, resultó una forma de establecer un vínculo, establecer una conexión con el sistema y no un paso hacia el descubrimiento de la historia real: era una base para iniciar la conversación con la Familia (*op cit*).

Al hablar, el terapeuta revela sus propias ideas sobre lo que está sucediendo y se involucra con la familia de manera tal que aquéllas resuenan en todos los participantes. Este tipo de - resonancia – una combinación de mensajes corporales, de expresiones verbales, de ideas de hipótesis – es la contraseña para participar o la invitación para crear un nuevo

sistema. En suma, las palabras y las hipótesis son maneras de crear resonancia con el sistema, de ponerse en contacto unos con otros, más allá de su valor como verdad o de su validez como explicación (*op cit*).

Es así como a finales de los 80's principios de los 90's, surge dentro de la terapia familiar Sistémica un nuevo enfoque que es más participativo y menos orientado hacia los objetivos. Este nuevo enfoque simpatiza con el movimiento conocido como posmodernismo que proclama la aparición de nuevas perspectivas, como el que la curva de retroalimentación de los sistemas cibernéticos son remplazados por la curva intersubjetiva del diálogo. (Hoffman, 1996).

Hoffman comenta que así, la metáfora central para la terapia se desplaza a la conversación (Mc Namee, y Gergen, 1996).

Desde este aspecto se retoman las propuestas construccionistas y constructivistas. El constructivismo está basado en los escritos de Ernest von Glasersfeld, Heinz von Foester, Humberto Maturana y Francisco Varela. (Sánchez, 2000; Elkaïm, 1996 y Nichols y Schwartz, 1995). Desde esta perspectiva, los terapeutas familiares han sido encaminados a descubrir que la construcción mutua de lo real cuenta más, en psicoterapia, que la búsqueda de la verdad o la realidad (Elkaïm, 1996).

Por mucho tiempo se creyó que el constructivismo y construccionismo social eran sinónimos, pero son dos posiciones muy diferentes. Comparten la oposición a la idea "modernista", de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. Sin embargo, el constructivismo social le da mayor énfasis a la interpretación social y cultural y le resta importancia a las funciones del sistema nervioso central; mientras que para el construccionismo social, las ideas, conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje (Hoffman, 1996; Sánchez, 2000).

Es así, como hacia el final de los años 80's las teorías del construccionismo social empezaron a tomar fuerza en los estados Unidos, repensado principalmente por Kenneth J.

Gergen, a partir de este enfoque la teoría no intenta señalar las características del mundo tal cual es, sino que la misma responde a una convención social, un acuerdo, una construcción que es mantenida a través del lenguaje.

Así, Anderson y Goolishian (1988) sugirieron que la conversación terapéutica es un modo de involucrarse a tomar contacto con la familia. Y como terapeuta, devenimos actores participantes en el relato terapéutico. Además, el terapeuta irreverente no entra a una relación terapéutica vacío de ideas, experiencias o construcciones privilegiadas. Al igual que los consultantes, el terapeuta entra en un proceso terapéutico con sus propias versiones de la realidad. El desafío en la terapia es la negociación y co-construcción de maneras de ser viables y sostenibles que encajen con la familia, con el terapeuta y con modos de ser culturalmente consensuados (*op cit*).

Desde esta postura la psicoterapia se puede definir como un intercambio abigarrado y sutil y una negociación de significados (inter) personales. El objetivo es articular, elaborar y revisar aquellas construcciones que utiliza el cliente para organizar su experiencia y sus actos. De esta manera, la psicoterapia se puede ver como una especie de colaboración en la construcción y reconstrucción de significado, una sociedad íntima pero temporal, en un proceso evolutivo que continuará mucho tiempo después de que acabe la terapia formal (Mahoney y Neimeyer, 1995).

Desde esta perspectiva la psicoterapia postula la imposibilidad de obtener interpretaciones correctas de la realidad, aunque admite que si la persona sufre, dicho sufrimiento se relaciona con la construcción de los acontecimientos. Por lo que sugiere que siempre existe una forma alternativa de construir la realidad más viable y que excluya la etiquetación de un “problema”, con lo que la psicoterapia llega a su término (*op cit*).

1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna: Modelos Estructural, Estratégico, de Terapias Breves, orientado a Soluciones, de Milán, y Modelos derivados del Posmodernismo.

A continuación se expondrán los principios teóricos metodológicos de los Modelos de intervención en Terapia familiar Sistémica y Posmoderna:

1.2.1 MODELO ESTRUCTURAL

Introducción

El Modelo Estructural en terapia familiar ha sido desarrollado por Salvador Minuchin, con base en su práctica clínica y su contacto con las propuestas teóricas de la terapia sistémica. Desde este enfoque hay un gran interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema (ya sea familiar, institucional, psicosocial) participan en el mantenimiento del síntoma y, al mismo tiempo, se busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos para mantener la estabilidad familiar (Eguiluz, 2004).

La terapia estructural de la familia, es un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo (*op. cit.*).

De esta manera, un elemento de suma importancia en este Modelo es el papel que el terapeuta asume en el sistema, ya sea al unirse a través de estrategias de coparticipación, o bien interviniendo a través de movimientos de reestructuración y reencuadre, y al mismo tiempo, desafiando la visión que tiene la familia de su situación (Eguiluz, 2004.).

Desarrollo Teórico del Modelo

El Modelo Estructural *parte del enfoque sistémico*, que no puede limitarse a mirar un sistema sin verlo en relación con los otros que interactúan con él. Por lo que, la familia representa, en este sentido un terreno importante y prioritario en el que puede ubicarse un discurso relacional que, una vez asimilado, permite superar los límites del grupo – familia para explorar la relación dialéctica de este último con realidades sociales más complejas, según una modalidad circular (Minuchin, 1979).

En particular desde este modelo la terapia debe permitir al paciente identificado recuperar su capacidad de autodeterminación en un contexto familiar cambiado, donde se redescubren y activan potencialidades terapéuticas antes inexpresadas y capaces de dar un significado distinto a la perturbación, no vivida como un estigma, sino como una señal y momento de crecimiento de un grupo con historia (*op. cit.*).

De manera particular, Minuchin (1989), señala que la familia es una unidad de desarrollo social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales. La familia experimenta cambios y acomodaciones a lo largo de las distintas etapas del proceso de desarrollo familiar. En las diferentes etapas la familia va modificando su estructura. Se enfrenta a desafío de cambios internos y externos y a mantener a la vez, su continuidad. Debe estimularse el crecimiento de sus miembros mientras se adapta a una sociedad en transición. Así para Minuchin, la familia cumple principalmente dos objetivos: uno interno, que implica la protección psicosocial a sus miembros; y uno externo, que se refiere a la acomodación a una cultura y transmisión de ésta (Eguiluz, 2004).

Dentro del Modelo Estructural en la búsqueda de la conexión entre síntoma y sistema encontramos la Estructura familiar, que es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia” (Minuchin, 1979). La estructura familiar denota la configuración de la familia, ésta se

produce cuando los miembros de la familia adoptan una cierta aproximación o distancia entre unos y otros (Sánchez, 2000).

Según Minuchin(1979), algunos sistemas familiares pueden producir y mantener síntomas en uno o varios miembros en conexión con estructuras familiares específicas. Por lo que se propone el cambio en el sistema para poder reestablecer un funcionamiento adecuado. Este cambio requiere, primero, la identificación de la estructura familiar y, al mismo tiempo, la comprensión de la forma como el o los síntomas se conectan con dicha estructura (Eguiluz, 2004).

Los elementos de la estructura propuestos son: **Subsistemas; Límites; Jerarquías; Alianzas; Coaliciones.**

Los teóricos de la terapia familiar estructural reconocen y aceptan la interacción del terapeuta en el sistema familiar para motivar el cambio, para convertir al sistema familiar en un sistema “familia – terapeuta” (Minuchin y Fishman, 1981).

De esta manera, 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 elaborar hipótesis acerca de las cuáles son las pautas operativas y cuáles no, así como también establece un mapa familiar, el cual le ayuda a formular hipótesis acerca de la áreas de la familia que funcionan correctamente y en cuales no ocurre lo mismo, también lo ayuda a determinar los objetivos terapéuticos (op. cit.).

Al mismo tiempo que recoge material para un mapa estructural, el terapeuta introduce pruebas experimentales, en cierto modo, su sola presencia es una prueba. Este uso de sí mismo es muy diferente del que se observa en el caso del terapeuta con orientación psicodinámica (op. cit.).

De esta manera, la terapia familiar estructural tiene como objetivo reestructurar el sistema en la medida en que la familia lo permita o lo resista, para funcionar de manera más efectiva o funcional, competentemente y cooperativa. Todo esto tiene una orientación estratégica ya que el terapeuta ejerce y motiva los cambios en la estructura familiar, por lo que sus metas se establecen en función de la acción, secuencia, comportamiento, tratamiento y actividades que se enfocan con el fin de obtener estos cambios (Sánchez, 2000).

Finalmente, se podría definir al Modelo Estructural, como la acción de “desviar y minimizar las funciones de reto y alimentación de los síntomas presentes y la necesidad de sacudir a la familia hacia afuera de esta mala interacción establecida” (Haley, 1980, citado en Sánchez, 2000).

A continuación se presentan las técnicas de intervención terapéutica utilizadas en la Terapia Familiar bajo en enfoque estructural.

Perspectiva práctica:

FORMACIÓN DEL SISTEMA TERAPÉUTICO

<p><i>UNIÓN.</i> Se utiliza cuando se pone el acento en las acciones del terapeuta tendientes directamente a relacionarse con los miembros de la familia.</p>	
<p><i>ACOMODACIÓN.</i> Se utiliza cuando se pone el acento sobre las adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr la alianza; para lo cual debe aceptar la organización y estilo de la familia y fundirse con ellos.</p>	<p><i>Mantenimiento.</i> Proporciona un apoyo programado a la estructura familiar. <i>Rastreo</i> A través de ésta el terapeuta sigue el contenido de las comunicaciones y de la conducta de la familia y los alienta para que</p>

<p>Además este proceso no puede ser unilateral: del mismo modo que el terapeuta se acomoda para unirse a la familia, la familia también debe acomodarse para unirse a él.</p>	<p>continúen.</p> <p>Mimetismo. Es utilizado para acomodarse a un estilo familiar y a sus modalidades afectivas. El terapeuta se asemeja a los miembros de la familia en todos los rasgos universales de la condición humana.</p>
---	--

REESTRUCTURACIÓN

<p>CAPTAR LAS PAUTAS TRANSACCIONALES DE LA FAMILIA. Aunque el terapeuta debe mantener su posición de liderazgo, debe evitar el riesgo de centralizar en exceso el desarrollo sobre su persona. El terapeuta debe ir más allá de la autodescripción verbal de la familia.</p>	<p>Dramatización de las pautas transaccionales. Consiste en que la familia actúe en lugar de describir, ayuda a los miembros de la familia a experimentar sus propias transacciones con una mayor conciencia.</p> <p>Recreación de los canales de comunicación. Consiste en insistir para que las personas hablen entre sí, para que los miembros de la familia lo acepten como regla del sistema terapéutico.</p> <p>Manipulación del espacio. Se refiere a que la redistribución geográfica constituye otra técnica para dramatizar las descripciones de la familia.</p>
<p>SEÑALAMIENTO DE LOS LÍMITES. El objetivo es lograr un grado correcto de permeabilidad de límites.</p>	<p>Límites de los subsistemas. El terapeuta puede imponer límites trabajando selectivamente con diferentes subsistemas de una familia.</p>
<p>INTENSIFICACIÓN DEL ESTRÉS. La habilidad del terapeuta para producir estrés en diferentes partes del sistema familiar da como resultado</p>	<p>Bloqueo de pautas transaccionales. Consiste en obstruir el flujo de comunicación a lo largo de sus canales habituales.</p> <p>Acentuación de las diferencias. El terapeuta puede producir estrés al señalar diferencias que la familia ha</p>

<p>nuevos contextos o circunstancias modificadas a los que la familia debe adaptarse en presencia suya.</p>	<p>escamoteado.</p> <p>Desarrollo de conflicto implícito. Los métodos de una familia para evitar un conflicto operan en forma rápida y automática.</p> <p>Unión en alianza o coalición. El terapeuta puede provocar un estrés uniéndose en forma temporaria a un miembro o subsistema de la familia, y debe tener cuidado de no ser absorbido por la guerra familiar.</p>
<p>ASIGNACIÓN DE TAREAS. El terapeuta puede recurrir a la asignación de tareas para señalar y actualizar un área de exploración, que puede no haberse desarrollado de forma natural.</p>	<p>Dentro de la sesión. De esta manera, el terapeuta subraya su posición como el que fija las reglas, ya que es él quien determina las reglas de conducta dentro de la sesión.</p> <p>Deberes. Se refiere a las tareas que asigna el terapeuta para el hogar.</p>
<p>UTILIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS. El terapeuta familiar puede combatir la tendencia de la familia a centralizarse en el portador del síntoma, o puede elegir el trabajar en forma directa con el que presenta los problemas.</p>	<p>Enfoque centrado en el síntoma. El trabajo con los síntomas del paciente identificado puede constituir el camino más rápido para diagnosticar y modificar las pautas transaccionales disfuncionales de una familia.</p> <p>Exageración del síntoma. Un terapeuta puede utilizar su poder dentro de la unidad terapéutica para reforzar los síntomas del paciente identificado, aumentando su intensidad.</p> <p>Desacentuación del síntoma. Es posible utilizar el síntoma como una vía que permita alejarse del paciente identificado.</p> <p>Adopción de un nuevo síntoma. Desplazar temporariamente el foco de concentración terapéutica a otro miembro de la familia.</p> <p>Reetiquetamiento del síntoma. Una reconceptualización del síntoma en términos</p>

	<p>interpersonales puede abrir nuevos caminos de cambio.</p> <p>Modificación del afecto del síntoma. Puede ser útil cambiar el afecto de las transacciones que conciernen a un síntoma.</p>
<p>MANIPULACIÓN DEL HUMOR. Emplear el afecto de la familia constituye una operación de unión, pero también puede constituir una operación reestructurante.</p>	
<p>APOYO, EDUCACIÓN Y GUÍA. El terapeuta debe comprender la importancia de estas funciones y saber de qué modo estimularlas.</p>	

REENCUADRAMIENTO (Cuestionamiento del síntoma)

<p>ESCENIFICACIÓN. El terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia, y ello con el propósito de vivenciar la realidad familiar como aquéllos la definen.</p>	
<p>ENFOQUE. El terapeuta, tras seleccionar elementos que parecen pertinentes para el cambio terapéutico,</p>	<p>Trampas. El terapeuta destaca temas que a su juicio son de primera prioridad, suele modificar la idea de que la familia se ha formado sobre lo que es importante.</p> <p>El enfoque al servicio del cambio. Consiste en ver los</p>

<p>organiza los datos de las interacciones familiares en torno de un tema que les imparte un nuevo sentido.</p>	<p>recursos que tiene la familia, mediante la focalización de los recursos de la familia y no en la patología que la sociedad o algunas de sus instituciones pudiera haber señalado en el sistema.</p>
<p>OBTENCIÓN DE INTENSIDAD. El terapeuta refuerza el influjo del mensaje terapéutico. La meta es hacer que la familia experimente la modalidad de su interacción y oiga el mensaje terapéutico.</p>	<p>Repetición del mensaje. El terapeuta repite su mensaje muchas veces en el curso de la terapia.</p> <p>Repetición de interacciones isomórficas. Incluye mensajes que en la superficie parecen diversos, pero que son idénticos en un nivel más profundo.</p> <p>Modificación del tiempo: consiste en alentar el terapeuta a los miembros de la familia para que continúen interactuando después de que las reglas del sistema han puesto luz amarilla o roja.</p> <p>Cambio en la distancia. Los miembros de la familia elaboran en el curso de su vida el sentimiento de la distancia “adecuada” que deben mantener entre sí.</p> <p>Resistencia a la presión de la familia. En ocasiones “no hacer” puede producir intensidad en la terapia. Los terapeutas con su resistencia a ser absorbido por el sistema, introducen intensidad en la terapia.</p>

REESTRUCTURACIÓN (Cuestionamiento de la estructura familiar)

<p>FRONTERAS. Regulan la permeabilidad de las que separan a los holones entre sí.</p>	<p>Distancia psicológica. Se puede utilizar constructos cognitivos o bien maniobras concretas para crear fronteras nuevas, así también puede utilizar maniobras espaciales concretas para cambiar la proximidad entre los miembros de la familia.</p> <p>Duración de la intervención. Extender o alargar un proceso, que es un modo de incrementar su intensidad.</p>
--	---

<p>DESEQUILIBRAMIENTO.</p> <p>La meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema.</p>	<p>Alianza con miembros de la familia. El hecho de enfocar a un miembro, modifica la posición de todos los demás.</p> <p>Ignorar a miembros de la familia. Esta técnica demanda la capacidad de hablar y obrar como si ciertas personas fueran invisibles</p> <p>Coalición contra los miembros de la familia. En esta técnica el terapeuta participa como miembro de una coalición contra uno o más miembros de la familia.</p>
<p>COMPLEMENTARIEDAD.</p> <p>Esta operación apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia, con la diferencia de que esta vez se cuestiona la idea íntegra de jerarquía lineal.</p>	<p>Cuestionamiento del problema. El primer cuestionamiento del terapeuta a la certidumbre de que existiría un paciente individualizado, con independencia del contexto, puede ser simple y directo.</p> <p>Cuestionamiento del control lineal. El terapeuta cuestiona la idea de que un solo miembro puede controlar el sistema familiar.</p> <p>Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos. El terapeuta cuestiona la epistemología de la familia introduciendo el concepto de un tiempo ampliado y encuadrando la conducta individual como parte de un todo más vasto.</p>

REALIDADES (Cuestionamiento de la realidad familiar)

<p>CONSTRUCCIONES. El objetivo es convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma, y a una visión de la realidad más flexible y</p>	<p>Símbolos universales. Con esta técnica el terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasarán el ámbito de la familia.</p> <p>Verdades familiares. El terapeuta presta atención a las justificaciones que la familia aduce para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento.</p>
--	---

<p>pluralista, que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo.</p>	<p>Consejo especializado. En esta técnica, el terapeuta presenta una explicación de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría.</p>
--	---

Alcances y limitaciones:

Ningún modelo familiar es inherentemente normal o anormal, funcional o disfuncional. La diferenciación de una familia depende de su idiosincrasia, se relaciona con su propia composición, etapa de desarrollo y subcultura, y todo es viable. Pero además, todo modelo presenta deficiencias inherentes y estos pueden ser los sectores que ceden cuando la capacidad de hacer frente a la situación de la familia se agota. De esta manera, a continuación se señalan algunos de los alcances y limitaciones de este modelo.

Una deficiencia grave es que la teoría del cambio de Minuchin no contiene provisiones para las llamadas técnicas paradójicas, ya que aunque la teoría de Minuchin es sumamente elocuente acerca de los sistemas familiares y la estructura familiar, no contiene una teoría del cambio lo bastante comprensiva para cubrir el campo mal llamado “resistencia” y los modos que más eficazmente la tratan, especialmente en casos que Minuchin llamaría de familias “enredadas” (Hoffman, 1987).

Otra dificultad del enfoque de Minuchin es que parece sencillo, pero es difícil de enseñar. Minuchin trabaja con comportamientos analógicos, tanto que sus discípulos deben ver a muchas familias antes de que puedan empezar a reconocer las pautas invisibles que un experimentado terapeuta estructural reconoce a la primera mirada. No sirve de mucho depender de las propias facultades racionales cuando se trabaja estructuralmente, así como no sirve de mucho aprender *ballet* leyendo acerca de él o viendo bailar. Baste decir que para ser un buen terapeuta estructural se requiere mucha experiencia y una intensa supervisión, en vivo por un maestro (*op. cit.*).

Por otro lado, el Modelo de Terapia Estructural ha sido leído y releído por muchas comunidades científicas y del campo del trabajo comunitario, ya que representa no sólo una forma sistémica, con consistencia teórica y clínica de acuerdo con los postulados de la teoría general de sistemas, la cibernética de primero y segundo orden, sino también un valioso instrumento para la investigación – acción en el campo psicosocial. Minuchin ha ampliado sus propuestas de los escenarios comunitarios institucionales, de los sistemas de salud, legales, entre otros, lo que ha aportado elementos importantes para el trabajo en salud mental (Eguiluz, 2004).

Por lo que sería muy amplio citar los programas y escenarios en los que se propone la enseñanza y aplicación del modelo de terapia estructural en distintos institutos, universidades y centros de atención clínica y comunitaria de muchos países. Cabe señalar que en la actualidad, después de la evolución de la terapia sistémica y de los modelos de terapia posmoderna, Minuchin continúa discutiendo las distintas aplicaciones de sus propuestas, incluso analizándolas a la luz de su historia personal (Minuchin y Nichols, 1994, citados en Eguiluz, 2004).

Finalmente cabe señalar que Minuchin ha tenido un impacto significativo en el desarrollo de la terapia familiar en México, y durante los primeros ocho años de la década de los ochenta participó en los programas de formación que empezaban a desarrollarse en esa época en la ciudad de México (*op. cit.*).

1.2.2 MODELO ESTRATÉGICO

Introducción

Se considera que el término *estratégico* fue acuñado por Jay Haley para referirse a aquella terapia en la que el profesional traza una intervención específica para el problema que se le presenta; sin embargo este término también se identifica con los planteamientos de Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin (1974) relacionados con la solución de problemas (Eguiluz, 2004).

De esta manera, Haley (1980) define a la *terapia estratégica* como *aquella en la que el terapeuta lleva en gran medida la iniciativa y en la que tiene que “identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado para ver si ha sido eficaz”*. Asimismo, considera que la terapia estratégica *“no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente”* (Haley, 1983).

Dentro de este estilo terapéutico se pueden identificar *tres elementos en el desarrollo* de la terapia estratégica: una concepción particular de la *comunicación* construida en relación con lo expuesto por Gregory Bateson y *John Weakland*; un enfoque general de lo que constituye la *terapia*, derivado de las consultas con *Milton H. Erickson*; y un acercamiento hacia la *familia* orientado por las ideas de *Salvador Minuchin* y *Braulio Montalvo*. De esta manera, el estilo terapéutico de Haley está basado en las directivas y proviene de las técnicas propuestas por Erickson (Eguiluz, 2004).

De esta manera el Modelo Estratégico consideran como sus principales representantes a Jay Haley y Cloé Madanes, quienes de manera conjunta desarrollaron conceptos sobre la formación de terapeutas y dirigieron el Instituto de Familia en Washington.

Desarrollo Teórico del Modelo

Así, la Terapia Estratégica de Haley incluye diversos enfoques, los cuales tienen como rasgo primordial que el terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente (Madanes, 1982).

El terapeuta establece objetivos claros que siempre entrañan la solución del problema presentado, esto se refiere a que no aplica un mismo método a todos los casos, sino que diseña una estrategia específica para cada problema. (*op cit*).

Para alcanzar tal fin este enfoque define a “un **problema** como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas”. En donde el terapeuta está incluido en tales relaciones, puesto que él es quien define el problema: rotular a alguien. A veces, el rótulo mismo origina el problema, tornando más difícil la solución. (*op cit*).

Debido a que los objetivos de la terapia son, ante todo, impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas, para alcanzarlos, se programan varias etapas en la terapia: lo primero que debe discernir el terapeuta es quiénes están involucrados en el problema presentado, y de qué manera; luego, resolverá como ha de intervenir a fin de modificar la organización familiar para que el problema presentado ya no sea necesario, y las intervenciones están programadas para involucrar o desinvolucrar, conectar o desconectar a varios miembros entre sí (*op cit*).

Por otra parte, es importante señalar que el Modelo Estratégico hace hincapié en lo analógico, se da por sentado que **analógica o metafóricamente** un síntoma es expresión de un problema y también una solución para todos los que tienen que ver con él. El foco de la terapia está puesto con frecuencia en la modificación de analogías y metáforas (Madanes, 1982).

Además, Haley sustituye el término de doble vínculo por el de **paradoja**, y lo hace extensivo también a las organizaciones, promoviendo con ello una mayor claridad y

precisión a la parte explicativa, pues le permite describir niveles antagónicos de comunicación, y a la vez posibilita una forma, clara, precisa, de intervención en la que se evitan o disminuyen las connotaciones negativas para el cliente (Eguiluz, 2004).

Haley analiza a la familia como una organización social que, por lo mismo, debe ser vista en términos jerárquicos; la familia es una organización en la que se establecen *jerarquías* y se elaboran reglas sobre quiénes tienen más poder y estatus, así como sobre quiénes juegan los niveles secundarios (Haley, 1988).

Por esta razón este enfoque se interesa por la jerarquía familiar, y pone especial cuidado en el lugar en que se sitúa el terapeuta en la jerarquía, para que no forme inadvertidamente coaliciones con los miembros que ocupan los escalones inferiores en contra de los que ocupan los superiores. Según Haley (1976b), los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente (Madanes, 1982).

De esta manera Haley y Madanes proponen que muchos de los problemas que presentan las familias son resultado de un esfuerzo para esclarecer o elaborar las posiciones dentro de la jerarquía familiar; por lo que la finalidad del terapeuta es ayudar a establecer una jerarquía bien definida. Y para lograrlo se identifican pautas o secuencias de comportamiento reiterativas en las que se manifiesta una jerarquía con un funcionamiento defectuoso, y se incide en ella interviniendo para que sea imposible su continuación (Haley, 1988).

Así las propuestas de intervención podrán ser diversas; lo importante es impedir que se formen coaliciones a través de los límites generacionales (Eguiluz, 2004).

Perspectiva práctica

La tarea inicial del terapeuta es *saber cómo formular el problema*, y así *saber cómo resolverlo* (Eguiluz, 2004). Y debido a la importancia de que el problema quede claro desde el inicio, Haley explicitó lo que debe hacerse en la **primera entrevista** y señala las etapas que deben cumplirse:

Etapa social: Se refiere al primer contacto entre los miembros de la familia y el terapeuta, quien al saludarlos y hacerlos sentirse cómodos, también deberá transmitir el mensaje de que cada uno de ellos es importante en la tarea de ayudar al paciente identificado (Haley, 1988).

Etapa del planteo del problema: El terapeuta dirige la conversación con el objeto de obtener el sentir de cada uno de los integrantes de la familia respecto del problema (*op cit*).

Etapa de interacción: El terapeuta pasa a un segundo plano, y estimula a los miembros de la familia a conversar entre sí en torno al problema (*op cit*).

Etapa de definición de los cambios deseados: Se pretende lograr una formulación suficientemente clara de los cambios que se quieren alcanzar mediante la terapia, y sirve de punto de partida para fijar las metas en la terapia (*op cit*).

De esta manera, una vez definidos los cambios deseados, se puede proceder a otra etapa: emplear directivas para realizar la intervención propiamente dicha (Eguiluz, 2004).

Así, las intervenciones suelen cobrar forma de directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar, dentro y fuera de la entrevista. Estas directivas están destinadas a modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta. Las directivas pueden ser directas o paradójicas; sencillas involucrando a sólo una o dos personas, o complejas, englobando a toda la familia (Madanes, 1982).

Directivas

En el *enfoque directo*, una vez convenido el objetivo, se ofrece la tarea como un medio de alcanzar el fin deseado a través de la terapia. El terapeuta se funda en lo que ha aprendido sobre sus clientes en el transcurso de la sesión, utilizando lo que parezca más obvio y evidente como base de su labor persuasiva (Haley, 1988). Para describir el tratamiento de tipo directivo, se usarán algunos *métodos de psicoterapia breve* (Haley, 1989).

No limitarse a que el paciente reviva su conducta sintomática: Comprometer al paciente a que abandone su síntoma, imponiéndole alguna actividad que le desagrade, y persuadiéndole a que realice esta actividad tal como se le indica. El acento de la cura recae sobre una actividad distinta a la conducta sintomática.

<i>Manejar las resistencias:</i>	Consiste esencialmente en aceptar la resistencia e incluso fomentarla.
<i>Autopunición para el paciente:</i>	Persuadir al paciente para que se castigue así mismo y cuando sufra el síntoma, lo que equivale a animarlo a que prescinda de éste.
<i>Descondicionamiento:</i>	Descondicionamiento o desensibilizar las respuestas automáticas del paciente.

<p>Por otro lado, dentro de la categoría de <i>intervenciones directas</i> se encuentra la Terapia en Etapas, la cual no tiene como objetivo aleccionar a la familia sobre su funcionamiento defectuoso, sino, cambiar sus secuencias a fin de resolver los problemas presentados (Haley, 1988). En específico:</p> <p><i>Cuando se presenta un problema trigeneracional</i></p>	<p><u>Primera etapa:</u> <i>Crear una estructura de funcionamiento defectuoso.</i></p> <p><u>Segunda etapa:</u> <i>Se crea un ordenamiento anormal.</i></p> <p><u>Tercera etapa:</u> <i>Crea como primer paso un sistema parcialmente diferente que también funciona mal.</i></p>
<p><i>Cuando se presenta un problema bigeneracional</i></p>	<p>la situación típica es una intensísima <i>díada progenitor – niño</i> que incluye y excluye, alternadamente, al otro cónyuge. El terapeuta puede elegir entre diferentes enfoques y entrar en la familia por diversas puertas: por la relación <i>padre e hijo, madre – hijo o padre – madre.</i></p>

Directivas Paradójicas

El ***enfoque indirecto***, consiste en hacer que los miembros de la familia hablen de sus dificultades de manera tal que estén prontos a escuchar a quien pueda sugerirles qué deben hacer. Además el terapeuta tiene oportunidad de subrayar los fracasos anteriores. Esto debido a que algunas familias que acuden pidiendo ayuda rechazan la que se les brinda. (Haley, 1988). Dentro de estas directivas se puede hacer uso de:

<i>Alianzas familiares</i>	La familia puede sentirse amenazada por un desequilibrio, de tal forma que una de las facciones requiera los servicios de un extraño. De esta manera, el psicoterapeuta proporciona a la familia, implícita o explícitamente, un modelo para manejar los problemas de autoridad, y particularmente, al no dejarse incluir en ninguna de las facciones instigadas por la conducta sintomática o el conflicto manifiesto por ellos (Haley, 1989).
<i>Alianzas y control</i>	El psicoterapeuta se hace cargo de la situación dictando a la familia las reglas generales del juego y, dentro de este contexto, responsabiliza a aquélla de lo que suceda durante la sesión (<i>op cit</i>).
<i>Metarregulación o dirección de las personas que dirigen</i>	Si el psicoterapeuta quiere cambiar la estructura de un sistema familiar, ha de hacerse con la metarregulación del mismo, labor para la cual no se ha ideado todavía métodos realmente satisfactorios. Parece ser que para dirigir a una familia, al igual que ocurre con los individuos, el psicoterapeuta tiene que permitir y estimular la conducta típica de tal modo que la haga cambiar (<i>op cit</i>).

En el caso específico de problemas con adolescentes y adultos jóvenes, que implican actos agresivos y autodestructivos, abuso de drogas o de alcohol, comunicación extravagante y apatía o depresión extremas. En estos casos la incongruencia en la jerarquía familias suele ser la causa, y se mantiene mediante interacciones cíclicas repetitivas (Madanes, 1982).

Por lo anterior, lo que resulta importante para resolver el problema es que debe ***modificarse la jerarquía***, se centrará en resolver la incongruencia de jerarquía familiar, para lograrlo el terapeuta debe contrarrestar las siguientes maniobras:

Progenitor que se descalifica a sí mismo	<u><i>Autoridad conferida a los expertos</i></u> El terapeuta debe re-rotular el problema del joven, de modo que deje de ser un problema médico o psicológico y pase a la esfera en que los padres son expertos.
---	---

	<p><u>Autoridad conferida al joven problemático:</u></p> <p>El terapeuta insistirá en que el joven necesita la guía de sus padres, y que sólo cuando se conduzca correctamente podrá hacerse cargo de sí mismo. Si el joven presenta objeciones, el terapeuta podrá explicarle que le ofrece este enfoque.</p> <p><u>Autoridad conferida a otros parientes:</u></p> <p>El terapeuta debe lograr que en vez de aliarse con el joven, estos parientes apoyen a los padres en su empeño por orientarlo.</p> <p><u>La autodefinición como inepto:</u></p> <p>Es necesario tener algunas sesiones a solas con él, o con la pareja de progenitores, para ayudarlos a soportar este mal trance.</p> <p><u>La amenaza de quiebra de la unidad parental:</u></p> <p>Es útil exagerar el poder que tiene el joven al unir a sus padres para que lo cuiden; si se presenta este poder como benévolo, destacando la inquietud y autosacrificio del joven, la familia no se sentirá hostigada, ya que nadie será acusado de abrigar malas intenciones; y reaccionará reorganizándose de manera más espontánea.</p>
Progenitor que descalifica a otro progenitor:	El terapeuta puede reformular la descalificación, actuar como mediador y ayudarlos a encontrar un común acuerdo.
Progenitores que descalifican al terapeuta:	El terapeuta debe reparar en que a menudo los padres hacen estos cuestionamientos para no tener que enfrentarse con la difícil tarea de hacerse cargo de su familia.
La madre soltera:	En estos casos, lo mejor es obtener la cooperación de un pariente que sea en la vida del joven el sustituto parental más significativo. Y el terapeuta tendrá que intervenir más en la discusión de las soluciones con el único progenitor, por lo que tendrá que empeñarse más en alentarlos a que tome las decisiones necesarias en el curso de la terapia.
Organicidad:	La meta del terapeuta seguirá siendo organizar para el joven la vida más normal posible, manteniéndolo fuera del hospital psiquiátrico.

El uso de metáforas

El empleo de analogías o metáforas parece ocupar un lugar central en los procedimientos terapéuticos. (Haley, 1988). El empleo de la analogía no suele considerarse un objetivo de la terapia, sino que se recurre a él al pasar durante intercambios informales con el paciente (*op cit*). *Enfoques:*

<i>El cambio de la acción metafórica</i>	El terapeuta puede remplazar su síntoma por otra acción, de modo tal que la nueva acción metafórica cumpla una función positiva en la familia sin las consecuencias infortunadas del comportamiento sintomático.
<i>El suministro de una metáfora para el éxito en lugar del fracaso</i>	De alguna manera un hijo sintomático expresa metafóricamente los fracasos de un progenitor, dado lo cual, el terapeuta puede organizar las cosas de modo que se acredite por adelantado a ese progenitor la mejoría de su hijo. Así, si el progenitor triunfa, la conducta problemática del niño pierde su función, ya que deja de ser una analogía de los fracasos del progenitor.
<i>El cambio de la solución metafórica</i>	La conducta perturbada de un niño es a la vez una metáfora y una solución del problema de un progenitor. Si el terapeuta puede cambiar estas consecuencias, de modo que se conviertan en un sacrificio para el progenitor o en una solución desagradable para el hijo, su conducta perturbada ya no cumplirá su función y será desechada.
<i>Redefinición del problema</i>	No implica forzosamente una connotación positiva o una re-rotulación positiva de la conducta de alguien. Su meta es cambiar la definición de un problema para que se le pueda solucionar.

Alcances y limitaciones:

Iniciaré por mencionar algunas de las principales limitaciones que se han criticado de este Modelo. Por un lado, las posiciones terapéuticas constructivistas y todas aquellas que están en contra del poder y la directividad han definido a la terapia estratégica como aquella en la cual el terapeuta asume la responsabilidad en las sesiones. Aunque Haley menciona que “a menudo, la responsabilidad que asume el terapeuta le es conferida por el cliente de manera más directa” (Haley, 1980, citado en Eguiluz, 2004).

Por otro lado, para los terapeutas estratégicos, el arte de la terapia se convierte en el arte de la retórica, y en realidad tienen la misma mala reputación que tuvieron los sofistas en la antigua Grecia. Aunque esto parece no importar, ya que los terapeutas estratégicos de Palo Alto comentan que “si creen o no en la ingeniosa razón que se dio al cliente para hacerle cambiar de costumbres; mientras las cambie, su misión está cumplida”. Y ante esta visión han objetado los terapeutas más tradicionalistas, quienes sienten que el uso de tales trucos rebaja la profesión. Con respecto a esto, se ha hablado de acusaciones de “manipulación” y de “ingeniería social”, las cuales han sido aceptadas por los estratégicos (Hoffman, 1987).

Y por último, hay que mencionar que el enfoque tiene sus propios riesgos para los principiantes, pues ofrece una fórmula engañosamente sencilla para identificar lo que se debe cambiar y cómo cambiarlo. Realmente no basta con preguntar por el problema, encontrar la solución que está buscando y después interrumpir o intervenir tal solución. Éstos son los “atajos” de los maestros de la terapia, que tienen una gran comprensión de la complejidad de los procesos a los que se enfrentan, y que han creado una metodología intuitiva para redirigir estos procesos (*op cit*).

Bueno, pero el Modelo Estratégico también tiene alcances y contribuciones importantes en el campo de la terapia familiar, como el hecho de que la terapia propuesta por Haley ha proporcionando fundamentos en la conformación de la terapia multisistémica. De manera similar, las ideas de Haley de tomar en cuenta el entramado social en el que se

da la terapia y la importancia de que el terapeuta asuma su papel dentro de dicho entramado, son consideradas de manera importante por las posiciones actuales que rescatan la función social de las terapias impartidas y/o dirigidas por instituciones sociales y jurídicas (Baker, 1999, citado en Eguiluz, 2004).

De esta manera, la contribución de la escuela estratégica ha consistido en crear un modelo elegante y ahorrativo para el cambio. El procedimiento del grupo para seguir los comportamientos en torno de un problema constituye una inapreciable arma clínica, tanto más cuanto está basada en un entendimiento claro de la secuencia autoperpetuadora de los comportamientos en torno de un síntoma. Su empleo de técnicas paradójicas para contrarrestar este tipo de problema ha sido otra arma inapreciable. Adoptan una fuerte posición terapéutica al desafiar constantemente el deseo de cambiar de la familia e insisten en sus mínimos poderes para ayudar. Esto no solo mantiene el control del terapeuta sino que se basa en las cualidades oposicionales de la mayor parte de las familias con síntomas psiquiátricos, casi obligándolas a cambiar al resistir a toda orden de no hacerlo (Hoffman, 1987).

1.2.3 MODELO DE TERAPIA BREVE

Introducción

Para introducirnos en el modelo de Terapia Breve tendríamos primero que abordar la terapia familiar desde un enfoque sistémico, ya que precisamente es en este campo donde se incluye dicho modelo. Los conceptos utilizados por la Teoría General de Sistemas han servido, a los diferentes modelos en Terapia Familiar Sistémica para poder estudiar a las familias como totalidades, por un lado para explicar los procesos autocorrectivos de las familias,; y por otro, explicar los procesos sistémicos de cambio, a través de los cuales las familias asimilan la nueva información. (Sluzki, 1987)

Así, desde el modelo de Terapia Breve se ve a la familia como un sistema evolutivo que pasa por crisis o dificultades y cuyo mal manejo dará origen a problemas y/o síntomas particulares (Eguliz, 2004).

Por lo que esta visión propone que la tarea del terapeuta no se reduzca a comprender el sistema familiar y el lugar que en él ocupa el problema, sino que también ha de tomar alguna medida que cambie el sistema disfuncional, con objeto de solucionar el problema. Así se aceptaba la noción básica que, para modificar la conducta problemática se requiere de cambios en diversos sectores del sistema familiar (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

De esta manera, este modelo surge de un creciente interés en el desarrollo de enfoques terapéuticos breves/estratégicos, y da como resultado un enfoque más activo y directivo, para el cual la terapia consiste primordialmente en promover el cambio, y ya no el crecimiento, la comprensión o el insight, siendo el terapeuta un agente generador de cambio. Por lo que cabe aclarar que, la Terapia Breve no significa menos tratamiento sino mayor eficacia. Así entenderemos por terapia eficiente aquella dirigida a un estado específico, a un *objetivo*. Y si las intervenciones son efectivas, el paciente sabrá, aun antes que nosotros, cuándo ha completado el tratamiento.

Desarrollo teórico del Modelo

Cabe señalar que en el marco de los inicios de la Terapia Breve, básicamente se encuentran dos enfoques: el encauzado a problemas y el orientado a las soluciones. Ambos enfoques tienen sus orígenes en el pensamiento constructivista, el trabajo de Milton H. Erickson y los análisis de G. Bateson (Eguliz, 2004).

Por un lado la *epistemología constructivista*, establece que las familias y las personas forman su propia realidad, es decir, están en un proceso constante de comprenderse a sí mismas y a su experiencia. Derivado de lo anterior la terapia, no se ocupa de la “verdad” sino de la experiencia de nuestros clientes y de sus percepciones de

esa experiencia, y más específicamente el modelo de Terapia Breve asume la idea de que no hay una realidad única, por tanto el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal a sus clientes, su función es preocuparse por solucionar las quejas que presenten y no deberá creer que existe una sola forma correcta y válida de vivir la vida.

Por otro lado, un personaje pionero en este modelo es *Milton Erickson*, el consideraba que la terapia debía ser ajustada para satisfacer los estilos y las idiosincrasias de cada cliente, ya que las personas con problemas tienen en su propia estructura psíquica y social la capacidad de solución. Y sin bien la terapia ericksoniana no siempre era breve, si apoyaba la idea de que era innecesario, en ocasiones, proponer un proceso terapéutico largo.

Y el personaje que apuntaló muchos de los supuestos de la Terapia Breve y del cambio fue *Gregory Bateson*, quien establece que existe una relación recursiva entre el significado y la acción, y de aquí surge precisamente que un cambio de visión respecto al problema puede conducir a un cambio de conducta del paciente, o un cambio de tipo 2.

Con fundamento en lo anterior nace el modelo de Terapia Breve centrado en el problema, teniendo como principales representantes a John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch en el Mental Research Institute (*MRI*) de Palo Alto, California (Eguiluz, 2004).

Así, desde el modelo de Terapia Breve, la terapia es una conversación entre dos personas como mínimo (un terapeuta y un cliente sobre el modo de alcanzar la meta de este último). Y sólo cuando por obra de esta conversación, el cliente empieza a dudar al fin del encuadre inmutable de su situación difícil, podemos considerar que se abre la puerta hacia el cambio y la solución. Esto es lo que constituye en esencia la Terapia Breve. (Eguiluz, 2004).

Y hablando específicamente del *cambio*, los filósofos de la ciencia parecen estar de acuerdo en que el cambio constituye un elemento tan inmediato de nuestra experiencia y

tan compenetrado con ella que tan sólo pudo convertirse en tema de pensamiento una vez que los primeros filósofos griegos fueron capaces de conceptualizar la antitética idea de invariabilidad o persistencia. Hasta entonces no había nada que pudiese ser conceptualmente contrastado con el cambio (Watzlawick, Weaklannd y Fisch, 1999).

Precisamente para entender la relación entre persistencia y cambio se ha hecho uso de dos teorías abstractas y generales, pertenecientes al campo de la lógica matemática: 1) *la teoría de grupos*, y 2) *la teoría de los tipos lógicos*.

De esta manera, la *teoría de los grupos*, proporciona la base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable; y por otro lado, la *teoría de los tipos lógicos*, nos proporciona la base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior. De lo anterior se deduce que existen dos *tipos de cambio*: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado (*cambio 1*), y otro, cuya aparición cambia al sistema mismo (*cambio 2*) (Watzlawick, Weaklannd y Fisch, 1999).

Por otra parte un elemento que se considera esencial para comprender el cambio es precisamente la *comunicación*, ya que, quien trabaja bajo este enfoque trata de comprender el problema de los clientes desde una perspectiva que privilegia la interacción humana, apoyándose en la comunicación sobre la base de que el lenguaje está presente por todas partes y organiza la vida en la familia y en otros contextos (Eguiluz, 2004).

De esta manera bajo la aproximación interaccional que se propone desde este modelo, lo importante es ayudar a los clientes a que codifiquen su percepción de la realidad de un modo diferente, más que cambiar el valor semántico de lo percibido, lo cual nos coloca en el nivel de las realidades de segundo orden (Watzlawick 2000, citado en Eguiluz, 2004).

Con base en los fundamentos teóricos antes mencionados , el *Centro de Terapia Breve* comenzó a funcionar hace quince años, teniendo como objetivo comprobar qué podía conseguirse durante un período de tiempo estrictamente limitado – un máximo de diez sesiones de un hora – *concentrando la atención en el principal desarreglo actual*, utilizando en la mayor medida posible todas las técnicas activas de estímulo para el cambio que conociésemos o pudiésemos tomar prestadas de otros (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Así, al abordar el *concepto de lo que constituye un problema* y una ayuda desde la perspectiva de este modelo, se presentan los siguientes cuatro puntos: **1)** Un cliente expresa una preocupación acerca de su conducta, desarrollada por él o por alguna otra persona con la que se halla significativamente comprometido; **2)** Dicha conducta se describe como: *a)* desviada, infrecuente, o incluso anormal, y *b)* aflictiva o dañosa, inmediata o potencialmente, para el sujeto (el paciente) o para los demás; **3)** Se informa que el paciente o los demás han realizado esfuerzos para detener o para modificar esta conducta, pero que no han tenido éxito; y **4)** 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.

La visión acerca de la terapia y el enfoque general de la práctica de este modelo son consecuencia directa de esta concepción de los problemas.

En primer lugar, se le atribuye escasa importancia a los hipotéticos factores subyacentes en el pasado o en las profundidades de la mente del enfermo. Se le concede importancia a una clara identificación de la conducta problemática: qué es, en qué aspecto es considerada como problema, y por quién. También se le otorga importancia al funcionamiento y a la persistencia de la conducta problemática.

Con lo que respecta al origen y la persistencia de los problemas, se puede mencionar que éstos comienzan con motivo de alguna dificultad de la vida cotidiana, dificultades que jamás suelen escasear, y es probable que su comienzo esté en una dificultad corriente. Y para que una dificultad se convierta en un problema, tiene que cumplirse sólo dos

condiciones: **1)** que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; **2)** que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma “solución”. Entonces queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezca muy poco a la dificultad original (*idem*).

Así, desde esta perspectiva el enfoque del tratamiento y de la solución de problemas constituye la contrapartida de esta visión de la naturaleza de los problemas y de su persistencia. 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.

Por lo que, se considera que el *objetivo primordial de un terapeuta* no tiene por qué consistir en solucionar todas las dificultades sino en iniciar un proceso de inversión (*idem*).

A partir de esta concepción de los problemas y de su solución, el terapeuta debe transformarse en agente activo de cambio. No sólo debe lograr una visión clara de la conducta problemática y de las conductas que sirven para conservarla, debe considerar también en qué podría consistir el cambio más estratégico en las “soluciones”, y dar pasos que estimulen dichos cambios. Haciendo frente a los compromisos del cliente para continuarlos.

Perspectiva práctica

La planificación es imprescindible para aplicar con eficiencia la propia influencia y para resolver los problemas con rapidez. De esta manera a continuación se muestra un bosquejo general de planificación, teniendo presente que cualquier plan que se adopte necesitará ser reconsiderado a medida que el tratamiento va avanzando y surgen dificultades imprevistas que obligan al terapeuta a cambiar de planes: 1) Establecer el problema del cliente; 2) Establecer la solución intentada; 3) Decidir que se debe evitar; 4) Formular un enfoque

estratégico; 5) Formular tácticas concretas; 6) Encuadrar la sugerencia en un contexto: “vender la tarea”; 7) Formular objetivos y evaluar el resultado (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Con fundamento en lo anterior, la Terapia Breve puede influir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de éste, lo cual puede conseguirse por dos vías: Impidiendo que el cliente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema; o rectificando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento.

En ambos casos el terapeuta debe antes o después decir o hacer algo que provoque dicho cambio: *intervenir* (*idem*).

Muchas de las intervenciones pueden parecer complejas o incluso paradójicas. Sin embargo, si puede provocarse un cambio mediante intervenciones sencillas y directas es preferible, pero para esto se requiere de la docilidad del cliente. Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas, la primera comprende las intervenciones principales, y la segunda las intervenciones generales, y a continuación se describen:

Las intervenciones principales

Se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Comprende cinco intentos básicos de solución que suelen observarse en la práctica clínica (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

<p>1) El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.</p>	<p>Como norma general se le pide implícitamente al paciente que renuncie a una conducta concreta cuando le enseñamos explícitamente a que lleve a cabo otra conducta que de por sí excluya la conducta que deseamos eliminar.</p>
<p>2) El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.</p>	<p>El terapeuta debe evitar formular interpretaciones o directrices que sean meras variantes de esta solución. Por lo que, se requiere de directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio de ella (o un dominio incompleto). Así mismo se le impide que acabe con éxito.</p>
<p>3) El intento de llegar a un acuerdo mediante la oposición.</p>	<p>La intervención exige que el terapeuta se preocupe por la formulación o venta de la intervención más que de establecer cuál es la acción concreta que debe realizar el cliente.</p> <p><u>“Sabotaje benévolo”</u>. Uso de consecuencias imprevisibles y no anunciadas, con una actitud verbal de inferioridad para ser efectiva (mostrar que fue accidentalmente e incluso disculparse).</p>
<p>4) El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.</p>	<p>Aversión a pedirle a otro individuo algo que le disguste o que exija determinado esfuerzo o sacrificio.</p>
<p>5) La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.</p>	<p>Se da en problemáticas que presentan el “juego del acusador y del defensor”.</p> <p><u>Acción unilateral:</u> La única forma en que el acusador puede entender mejor su errónea acusación consiste en que el defensor acepte las acusaciones, sobre todo si tal aceptación se lleva en un grado obviamente absurdo.</p> <p><u>Interferencia:</u> 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.</p>

Las intervenciones generales

Estas intervenciones poseen un ámbito de aplicación mucho mayor. Pueden utilizarse casi en cualquier momento del tratamiento, y son lo bastante amplias como para usarse en una amplia gama de problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar por si mismas el problema del cliente (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

<i>1) No apresurarse.</i>	Se le dice al cliente que no haga nada y, por supuesto, nada concreto. La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos que justifiquen el no ir de prisa.
<i>2) Los peligros de una mejoría.</i>	Puede considerarse como una ampliación o variante de la intervención “no apresurarse”. Sin embargo, se aplica a determinadas clases de resistencia al paciente.
<i>3) Un cambio de dirección.</i>	El terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación.
<i>4) Cómo empeorar el problema.</i>	A veces, es posible causar un mayor impacto si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren.

Alcances y Limitaciones:

Algunos de los partidarios de este Modelo de Terapia Breve consideran que al tratar de imponer límites al tratamiento convencional a largo plazo, este modelo sólo es aplicable a determinados pacientes o problemas, ya que cuando los enfoques breves fracasan es porque el problema exige un tratamiento intensivo de larga duración, lo cual podría considerarse como una de sus principales limitaciones. Esto principalmente cuando se trata de acortar el tratamiento sin replantear con seriedad la naturaleza de los problemas y de su solución.

Algo fundamental de resaltar de este modelo es que la Terapia Breve *no significa menos tratamiento sino mayor eficacia*. Ya que el objetivo primordial del terapeuta como se mencionó consiste en iniciar un proceso por medio del cual incluso los problemas graves, complejos y crónicos se hallan potencialmente abiertos a una solución efectiva, mediante un tratamiento breve y limitado.

Por lo que el papel del terapeuta en este modelo es directivo, estratégico y presta mucha atención a los procesos y acciones que le permiten conservar la capacidad de maniobra en la terapia. En otras palabras, el terapeuta debe guiar la sesión, dirigir las preguntas y proponer nuevas tareas, de manera que el paciente pueda aprender nuevos significados y comportamientos alternativos (Eguiluz, 2004).

Y precisamente el papel del terapeuta en este modelo es un elemento que lo distingue de otros, ya que es importante que el se transforme en agente activo del cambio, pues debe tener muy claro en qué podría consistir el cambio más estratégico en las “soluciones” y dar pasos que estimulen dichos cambios, haciendo frente a los compromisos del cliente para continuarlos, teniendo así este modelo una concepción del tratamiento hecho a la medida, en donde el terapeuta es quien precisamente planea el cambio.

1.2.4 MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN SOLUCIONES

Introducción

En los comienzos de la Terapia Breve se definió como problema no el problema en sí, como en la terapia tradicional, sino la forma en que la gente intenta resolverlo. Más tarde se asistió a un cambio en este aspecto: de poner el acento en lo que las personas hacen con sus problemas se pasó a ponerlo en lo que piensan sobre ellos. En consecuencia, los intentos de

solución no siempre dependen de cómo se defina y explique el problema. Una manera distinta de concebir un problema puede provocar una modificación rotunda en la forma de tratar de resolverlo, así estas ideas han conducido a una concepción de la terapia como arte de la conversación provechosa, en la cual se pone énfasis en los recursos y soluciones más que en los problemas (Furman y Ahola, 1998).

Así, el modelo de soluciones se centra principalmente en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o problemas, lo cual marca una diferencia importante con el modelo de Terapia Breve centrado en el problema, por esta razón supone un enfoque innovador y bastante radical respecto a otros planteamientos psicoterapéuticos (O'Hanlon y Weiner, 1989).

Dentro de este enfoque podemos distinguir dos autores representativos: Steve de Shazer y William O'Hanlon, con métodos particulares pero que finalmente comparten el interés por explorar y destacar las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones (*op cit*).

Desarrollo Teórico del Modelo

Tradicionalmente, la terapia estaba orientada sobre todo hacia el pasado, buscando en la infancia del cliente las raíces de los síntomas actuales. Más tarde en los años 60, con la aparición de la terapia de la conducta, la psicología del yo, la terapia de la Gestalt, la terapia familiar, etc., el presente o "aquí y ahora" se convirtió en un aspecto central en la terapia. Sin embargo, ahora la terapia está evolucionando hacia el futuro, a la que no interesa cómo surgieron los problemas no incluso cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán (O'Hanlon y Weiner, 1989).

Así, se convierte en un aspecto fundamental, centrarse en las fuerzas y capacidades de los clientes, lo que podría considerarse como una forma más humana y menos dolorosa de ayudar a la gente que el antiguo hincapié en los déficit (*op cit*).

Encontramos los antecedentes de este nuevo enfoque en Jay Haley (1976) y Thomas Szasz (1961), quienes consideran que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, y dejan claro los efectos debilitadores de las etiquetas psiquiátricas; por su parte Bandler y Grinder (1979) subrayaron la importancia de obtener imágenes e información clara sobre el resultado como forma de crear ese resultado. Y no se puede dejar de lado que dentro de los principales precursores más influyentes de este modelo están Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute y el Centro de Terapia Familiar Breve (*op cit*).

De esta manera, los terapeutas breves centrados en soluciones, parten del supuesto de que cada persona tiene muchas zonas de competencia en las que es posible abrevarse para superar las dificultades. Incluso en la zona definida como problema, se supone que en ciertos momentos hay menos presión, y se puede abordar con más eficacia el desorden en sí o alguna de sus diversas manifestaciones. De esta manera cabe señalar que surgen dentro de este enfoque dos posturas importantes: una “centrada en la solución”, cuyos principales representantes son de Shazer, Furman y Ahola; y Walter y Séller. Y otra “orientados hacia la solución”, siendo sus principales representantes O’Hanlon y Weiner– Davis (Cade y O’Hanlon, 1993).

Así, se parte de que los terapeutas centrados en soluciones mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes y hacen más eficaz y agradable el trabajo, manteniéndose bajo premisas que se centran en los recursos y posibilidades. A continuación se enlistan las premisas principales que sustentan este modelo:

1. Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver quejas: A menudo los clientes, abrumados por las dificultades de la vida, pierden de vista sus recursos de solución de problemas. Tal vez sólo necesitan que se les recuerden las herramientas de que disponen para que desarrollen soluciones satisfactorias y duraderas.

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

<p>3. El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio: Resulta importante centrarnos en lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso, y trabajar para ampliarlo.</p>
<p>4. Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla: No se encuentra útil reunir una amplia información histórica acerca del problema presentado. A veces, sólo es necesario un mínimo de información para resolver la queja.</p>
<p>5. No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla: No se acepta la creencia de que los individuos, relaciones o familias, los síntomas (o “queja”) cumplen determinadas funciones.</p>
<p>6. Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema: Una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios. Erickson empleó la metáfora de la bola de nieve para explicarlo.</p>
<p>7. Los clientes definen los objetivos: Son los clientes, y no los terapeutas, los que identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento.</p>
<p>8. El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos: Para los terapeutas que trabajan bajo este modelo, la duración media del tratamiento varía, pero generalmente es inferior a las diez sesiones, habitualmente más bien sobre cuatro o cinco, y ocasionalmente solo una.</p>
<p>9. No hay una única forma correcta de ver las cosas: puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.</p>
<p>10. Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable: Como terapeutas orientados al cambio, centran su atención en los aspectos cambiantes y cambiables de la experiencia de nuestros clientes.</p>
<p>11. 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.</p>
<p>12. Los problemas se derivan de los datos brutos de las quejas de los clientes: los problemas son negociados interpersonalmente, son co-creados.</p>
<p>13. No deificar la realidad del cliente: todo es proceso. La realidad no es algo dado, fijo, estático, más bien está influida por nuestra cultura, y por las interacciones que tenemos con</p>

los demás, por lo que, en vez de buscar los verdaderos sentimientos, problemas, o puntos de vista de los clientes, preferimos influir y co-crear activamente estas experiencias.

14. Haz desaparecer la idea de que hay un problema: es posible negociar una realidad terapéutica que haga desaparecer la idea de que hay un “problema”.

15. Negociar un problema resoluble: Hacer que el problema parezca más manejable y menos impermeable a una resolución de problemas creativa.

16. El lenguaje ofrece la posibilidad de deificar, solidificar, ciertos puntos de vista acerca de la realidad: la utilización consciente y creativa del lenguaje es tal vez el método indirecto más influyente para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable.

17. Adaptarse al lenguaje del cliente: emplear inicialmente las palabras que usan los clientes como forma de unirse a ellos y establecer rapport.

18. Adoptar la modalidad sensorial del cliente: implica hacer corresponder los verbos y predicados de la gente con las modalidades sensoriales que están usando, con la finalidad de indicar comprensión y empatía.

19. Encauzar el lenguaje del cliente: alejándolo de la jerga que emplea etiquetas fijas y negativas, y llevándolo hacia descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano.

O'Hanlon y Weiner, 1989

Perspectiva práctica

A continuación se mencionan algunas de las técnicas más representativas y utilizadas por el modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones, cabe mencionar que dichas intervenciones se sustentan en las premisas antes enunciadas.

TÉCNICA	OBJETIVO	EJEMPLO
<i>Evaluación inicial como intervención</i>	A través del uso de diversas técnicas de entrevista centradas en soluciones, promover cambios importantes en la forma de ver su situación (O'Hanlon y Weiner, 1989).	Haciendo uso de preguntas constructivas, reflexivas, connotación positiva etc. ¿Qué pasaría con la relación entre tu padre y el resto de los hijos? Connotar la conducta tiránica de un padre, como una forma de ayudar a la madre y a los hijos a unirse más y a apoyarse más en los otros.
<i>Encuadre y Unión</i>	Se utiliza durante la primera sesión con la finalidad de generar información sobre el encuadre que el cliente hace de su situación y mostrar un interés genuino por ellos y ayudarles a que se sientan cómodos. Esto permite fomentar la comodidad de la paciente (O'Hanlon y Weiner, 1989).	Que se presenten Preguntarles: ¿En qué trabaja?, ¿Le gusta lo que hace?, ¿sus edades?, etc.
<i>Descripción del problema</i>	A través de una breve descripción del problema, se pretende obtener información sobre las excepciones al mismo (O'Hanlon y Weiner, 1989).	¿Qué los trae por aquí?

<i>Definición de objetivos</i>	Asegurar que los objetivos sean alcanzables y, esperamos, lo bastante concretos como para saber cuándo los habremos alcanzado (O'Hanlon y Weiner, 1989).	¿Cuál será la primera señal que nos indique que las cosas van por buen camino? ¿Qué nos indicará que las cosas van por la dirección correcta? ¿Qué cosas diferentes harás cuando hayas logrado ...?
<i>Preguntas presuposicionales</i>	Preguntas que se hacen durante la sesión con la finalidad de realizar una intervención (O'Hanlon y Weiner, 1989).	¿Ha dejado de pegarle a su mujer? ¿Has hecho alguna vez alguna cosa que funcionara? ¿Has hecho algo para ponerle límites?
<i>Pregunta sobre las excepciones</i>	Lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en vez de en el futuro, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tiene o no han tenido problemas. Esto nos permite conocer los recursos (O'Hanlon y Weiner, 1989).	¿Qué es diferente en las ocasiones en que tu mamá va por ti a la escuela? ¿En qué son distintas las tardes en que tu papá hace contigo la tarea? ¿Cómo conseguiste que tu esposo te invitara al cine? ¿De qué manera el que tu mamá te deje salir hace que las cosas sean diferentes? ¿Quién más se dio cuenta de que aumentaste de calificaciones?
<i>Se indagan las soluciones intentadas</i>	Investigar sobre soluciones pasadas para la dificultad presente, con la finalidad de	¿Habías tenido problemas con tu esposo anteriormente?

	que el cliente se de cuenta y vuelva aplicar una solución conocida (O'Hanlon y Weiner, 1989).	¿Cómo lo resolviste entonces? ¿Qué tendrías que hacer para que esto volviera a suceder?
Elogios	Aprovechar cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas (O'Hanlon y Weiner, 1989).	Señalar lo que ya se ha hecho para resolver el problema. Uso de la reestructuración o connotación positiva
Preguntas orientadas al futuro o constructivas. "Pregunta del milagro"	Cuando los clientes son incapaces de identificar excepciones o soluciones pasadas, se utiliza este tipo de preguntas para construir soluciones y crear expectativas de cambio, introduciendo nueva información al sistema (O'Hanlon, y Weiner, 1989).	"Supón que sucede un milagro y te despiertas mañana y tu problema está resuelto ¿qué será diferente?, ¿qué cosas sucederán diferente a las de antes? A partir de esto se puede preguntar: ¿hay algo de esto que ya esté ocurriendo?
Preguntas sobre el problema	Si los clientes no son capaces de describir excepciones, o de contestar a las preguntas orientadas hacia el futuro, se recurre a este tipo de preguntas, con la finalidad de rescatar aquellos aspectos del problema que nos proporcionen información	¿Cuál consideras que es el problema? Dame un ejemplo. ¿Quién está presente cuando sucede el problema? ¿Qué dice o hace cada uno? ¿Hay un momento del día en que no ocurra el problema? ¿Dónde es menos probable que ocurra?

	para realizar intervenciones útiles (O'Hanlon, y Weiner, 1989).	
<i>Buscar recursos y soluciones</i>	Consiste en observar la respuesta de la gente y modificar nuestras acciones si es necesario, adoptando una actitud pesimista si es necesario con la finalidad de que sean los clientes los que digan sus recursos (O'Hanlon, y Weiner, 1989).	<p>“No tengo claro porque quieren seguir juntos”</p> <p>“No estoy tan seguro que sea bueno que cambien”</p>
<i>Intervención sobre el patrón de la queja</i>	Se pretende que los clientes introduzcan alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja (O'Hanlon, y Weiner, 1989).	<p>Se puede modificar sobre: la frecuencia, el tiempo, la duración, el lugar en donde se produce, añadir al menos un elemento nuevo, cambiar la secuencia de elementos o patrones, descomponer el patrón en elementos más pequeños.</p> <p>Por ejemplo: A una pareja se le dijo que solo podía pelearse por escrito. El tenía 5 minutos para escribir su parte, luego debía pasarle el papel a ella para que escribiera la suya.</p>
<i>Intervención sobre el patrón del contexto</i>	Consiste en alterar las pautas personales o	Se le pide a una esposa que grabe las peleas que tiene

	interpersonales que rodean o acompañan la queja (O'Hanlon, y Weiner, 1989).	con su esposo, especialmente las que tienen antes de irse a dormir.
<i>Tarea de fórmula de la primera sesión</i>	Se pretende que el cliente busque de tarea cosas positivas (O'Hanlon, y Weiner, 1989).	“Desde ahora, y hasta la próxima vez que nos veamos, nos gustaría que observaras, de modo que puedas describirnoslo la próxima vez, lo que ocurre en tu ... familia que deseas que continúe ocurriendo”.
<i>Tarea de la sorpresa para parejas o familias</i>	Tiene el objetivo de introducir un poco de azar en las pautas que caracterizan las relaciones, y los clientes fijan su atención en las nuevas conductas (O'Hanlon, y Weiner, 1989).	“Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tus padres. No les digas qué es. Y ustedes (padres), tienen que adivinar qué es lo que (él o ella) está haciendo. No comparen sus notas, lo haremos la próxima sesión”.
<i>La tarea genérica</i>	Tiene el propósito de crear una expectativa de cambio (O'Hanlon, y Weiner, 1989).	“Fíjate lo que haces esta semana que te hace sentir con “mayor autoestima; “más feliz”; “más seguro”, “menos tenso”, etc.
<i>Preguntas para mantener el cambio</i>	Una vez que el cambio se ha iniciado, se busca que los cambios sigan (O'Hanlon, y Weiner, 1989).	¿Qué ha sucedido que te gustaría que continuara sucediendo? ¿Qué cosas positivas has hecho estos días que no nos vimos?

		<p>¿Observaste algo bueno que sucediera esta semana?</p> <p>¿Qué hiciste para que las cosas fueran diferente estos días?</p> <p><u>El grupo del milagro:</u> ¿Qué tienes que hacer para que los cambios continúen?</p> <p><u>El grupo así-así:</u> ¿qué cosas positivas sucedieron esta semana? Tratar de volver a los cambios positivos.</p> <p><u>El grupo igual o peor:</u> Debemos preguntarnos ¿quién es nuestro cliente?; ¿cuál es el objetivo?</p>
<i>Normalizar</i>	Esta intervención tiene como propósito que el cliente vea, que lo que le pasa no es algo fuera de lo común, sino que es algo que a muchos les pasa. Así se tiende a ver estas situaciones no como patológicas, sino como dificultades ordinarias de la vida (O'Hanlon y Weiner, 1989).	Decirles: “Bueno eso es muy comprensible”; “Naturalmente”; “Por supuesto”; “Bienvenido al club”; “¿Y?”; “Eso me resulta familiar”; etc. Y posteriormente poner la situación que hayan presentado como patológica en un marco de referencia cotidiano.
<i>Inventar nombres y rótulos</i>	Evita caer reiteradamente en largas descripciones de la conducta real (Furman y	¿De qué otra manera podríamos llamar lo que te sucede?

	Ahola, 1998).	¿Qué nombre le podríamos poner a esto?
Formular explicaciones	Tiene la finalidad de evitar explicaciones acusadoras, ayuda a buscar diferentes soluciones, y a generar co-responsabilidad (Furman y Ahola, 1998).	¿De qué otra manera podrías explicar esto? Si tu no fueras parte de esta familia ¿cómo te explicarías lo que sucede?
Rever el pasado	Concebir las experiencias negativas como malos momentos que provocan momentos positivos, resignificando así las experiencias pasadas (Furman y Ahola, 1998).	De todo lo que paso ¿qué aprendiste? ¿Qué recursos consideras que te dejo esta experiencia?
Deshacer las conexiones con otros problemas	Evitar conexiones lineales entre los problemas coexistentes (Furman y Ahola, 1998).	¿Con cuál de estos problemas le gustaría que empezáramos a trabajar?
Compartir experiencias personales	Normalizar la situación, generar empatía con el cliente, y estimular la creatividad para generar soluciones (Furman y Ahola, 1998).	Esto me parece familiar. Dar ejemplos de otros casos que se han atendido similares.
Generar soluciones creativas	Tiene la finalidad de motivar al cliente a llevar a cabo la solución planteada (Furman y Ahola, 1998).	Si tuviera que hacer algo diferente la próxima vez ¿qué sería? Busquemos juntos una solución distinta, incluso puede ser algo sin sentido,

		¿qué se le ocurre? ¿Qué piensa de esto?, ¿le gustaría intentarlo?
<i>Considerar al problema como un amigo</i>	Buscar la utilidad del problema, para que nos permita resolver más fácilmente otros problemas futuros (Furman y Ahola, 1998).	“Muchos piensan que los sufrimientos no son en vano” ¿qué piensas tú? ¿Qué has aprendido de este problema? ¿Qué le diría a alguien que tiene un problema similar al suyo?
<i>Pregunta de la escala</i>	Con la finalidad de evaluar los cambios que se ha presentado el terapeuta, utiliza un escala (Cade y O’Hanlon, 1995).	Pedir a los clientes que valoren sobre una escala de 1 a 10, su situación antes de venir a la terapia, comparándola con su la situación actual.

Alcances y Limitaciones:

Un aspecto muy importante de destacar es que este modelo es innovador y bastante radical respecto a otros planteamientos psicoterapéuticos. Además, mantiene una visión posmoderna, que conlleva a la integración, más que la segregación, de las múltiples posibilidades y voces, reconociendo cada vez más la diversidad y la pluralidad, por lo que no existe una verdad, sino múltiples posibilidades y realidades.

Otra gran ventaja es que debido a esta multiplicidad de posibilidades y realidades no hay una única forma de abordar este modelo, más bien se va ajustando de acuerdo al terapeuta y al cliente.

En cuanto a sus limitaciones, diría que son muy pocas ya que como se menciona es un modelo que es posible de ajustar, sin embargo para lograr este ajuste, el terapeuta debe tener claras las premisas en las cuales se sustenta el modelo, así como estar de acuerdo con ellas, ya que de otra manera será difícil abordar un tratamiento desde esta visión. Por lo que el terapeuta debe cumplir con ciertas características, en donde una de las que considero más importantes es el ser curioso y creativo ante lo que se le presenta.

Y es por esto que si, el terapeuta no tiene claras las premisas, y sobretodo no está de acuerdo con ellas le será más difícil plantear y descubrir los recursos y soluciones, y puede ser que no conduzca a la terapia por un camino de colaboración, en donde el cliente se entusiasme, y puede suceder que más bien, el terapeuta sea el que dirija, y el cliente solo espere sus indicaciones. Ya que como se menciona en el artículo de Furman y Ahola, 1998, la terapia es un arte de la conversación, y no todos podemos ser artistas.

1.2.5 MODELO DE MILÁN

Introducción

Al hablar del Modelo de Milán, tenemos que abocarnos principalmente a las aportaciones de un grupo, en la actualidad totalmente escindido, que surgió en el Centro de Estudios de la Familia en Milán, y que en sus inicios lo conformaron Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo (Inmaculada, 1995).

Este grupo parte de una orientación psicoanalítica en el año de 1967, en el trabajo básicamente con pacientes anoréxicos y psicóticos. Y siguiendo con una evolución, más adelante, en 1971, adoptan el enfoque de Palo Alto y desarrollan la “intervención contraparádójica”, sin dejar de lado, la importante influencia de Bateson. Dentro de su desarrollo se pueden identificar cuatro períodos o etapas. Ya, para 1980, el grupo empieza a dividirse en dos, Palazzoli y Prata se centran en la “prescripción invariable”, y por otro

lado, Cecchin y Boscoso, continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia (Inmaculada, 1995).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que, la piedra angular de todos los componentes del Grupo de Milán ha sido y sigue siendo, “*el juego familiar*”, concepto ciertamente abstracto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tiene unos de otros, de sí mismos, y de la familia en conjunto (Inmaculada, 1995).

Desarrollo Teórico del Modelo

El Modelo de Milán tiene sus inicios con Selvini Palazzoli, quien formada sobre bases esencialmente ortodoxas del psicoanálisis, sufre una insatisfacción de tipo clínico, al ver la lentitud, y la limitación de los resultados obtenidos con la psicoterapia individual, lo que la lleva a efectuar una opción radical: el abandono de la terapia individual por la experimentación de una nueva intuición: *la terapia familiar conjunta*. Y aunque en sus inicios su referencia teórica sigue siendo psicoanalítica, asume tres aspectos innovadores: **1)** la ampliación del campo de observación (del individuo a un grupo con historia); **2)** no aspira a realizar un trabajo profesional, si no más bien una investigación; **3)** la terapia familiar, incluyendo desde un principio el trabajo con un equipo terapéutico (Selvini, 1990).

Así, la elección de este nuevo modelo teórico, le permite dar mayor fuerza a su vocación como investigadora, yendo más allá de los sistemas familiares, aplicando la mirada sistémica a las organizaciones, teniendo de esta manera como objetivo, verificar si el Modelo Sistémico era tan eficaz para explicar y solucionar problemas en las grandes organizaciones, como lo era para trabajar con familias (Selvini, 1990).

A partir de lo anterior, cabe señalar que las nociones sistémicas de Selvini, provienen de: La *Teoría General de los Sistemas* de von Bertalanffy; Los estudios acerca de la *Cibernética* de Ashby y Wiener; la *Teoría de la Comunicación Humana*; pasos hacia una ecología de la mente de *Bateson*; y los trabajos de *Edgar Moran, Michel Crozier y Niklas Luhmann* (Selvini, 1990).

De esta manera, en 1967 Mara Selvini Palazzoli, funda el Centro para el Estudio de la Familia, en busca de un intercambio renovado entre experiencias terapéuticas originales y nuevas ideas teóricas (Selvini, 1990). Momento a partir del cual se pueden identificar *cuatro períodos* en el Grupo de Milán:

Primero: En 1967, Selvini *invita a Boscolo* a trabajar con parejas y familias. Luego de algún tiempo, de siete a diez colegas más se unen a ellos. En estos momentos, el enfoque del equipo es básicamente psicoanalítico (Tomm, 1984).

Segundo: En 1971, dejan el modelo psicoanalítico y *adoptan el MRI*. Conforman el equipo: Selvini, Prata, Boscolo y Cecchin. Comienzan a tratar pacientes no anoréxicas, incluyendo problemas de psicosis. Van desarrollando sus propias técnicas, con una orientación sistémica.

La familia es vista como predominantemente homeostática: Enfocándose al aquí-ahora, y los patrones de interacción redundantes; y tienen como objetivo romper estos patrones, haciendo uso de la “*contraparadoja*”, diseñada para nulificar el doble vínculo patógeno, y podía ser paradójica o no. (Tomm, 1984).

Tercero: En 1975, influidos por “*Hacia una ecología de la mente*”, de *Bateson* y la *Cibernética*, comienzan a ver los sistemas en evolución, no estáticos: “El mapa no es el territorio”; van diferenciando entre los niveles de significado y los niveles de acción, prestando más atención al contexto.

Las intervenciones van introduciendo nuevas conexiones o nuevas distinciones en el pensamiento o en la acción. Y un acontecimiento importante es que, empiezan a aplicar *rituales* en sus intervenciones, para estimular a la familia a crear nuevos patrones.

Así, comienzan a observarse a sí mismos observando a la familia; y desarrollan tres principios para la entrevista: *Hipótesis, Circularidad y Neutralidad* (Tomm, 1984).

Hipótesis: Su función esencial es la de proporcionar una guía para obtener nuevas informaciones que la confirmarán, refutarán o modificarán; además garantiza la actividad del terapeuta, que consiste en formar los modelos relacionales, es más probable que esos modelos sean provocados y puestos de manifiesto por una conducta activa del terapeuta. Y es muy importante que la hipótesis sea sistémica, esto es, debe incluir a todos los miembros de la familia y proporcionarnos una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional (Selvini, 1990).

Circularidad: Se considera como, la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de las realimentaciones de la familia, en respuesta a las informaciones, que él mismo exige acerca de las relaciones y, por ende, de las diferencias y los cambios.

Es la conciencia o la convicción de poder obtener de la familia y dar a la familia informaciones auténticas, sólo si trabajamos con estos fundamentos: la información es una diferencia, y la diferencia es una relación (o un cambio en la relación) (Selvini, 1990).

Neutralidad: Es el efecto pragmático concreto que la totalidad de las conductas del terapeuta, durante la coordinación de la sesión, ejercen en la familia.

El término “neutralidad” fue usado originalmente para expresar la idea de esquivar activamente alguna posición como más correcta que otra. Así, se le ha definido, como “la creación de un estado de curiosidad en la mente del terapeuta” (Cecchin, 1988).

La idea de una relación recursiva entre la neutralidad, hipótesis y circularidad como guías principales, propone un marco que nos invita a ser más curiosos acerca del síntoma en la terapia – de aquellos en la familia, así como los del terapeuta - (Cecchin, 1988).

Cuarto: En 1980, Boscolo y Cecchin, desarrollan nuevos métodos de entrenamiento. Cuestionan la utilidad de nociones de normalidad o patología, las que pueden atrapar al terapeuta en una posición fija o estática; cuestionan también, la utilidad de re aplicar la misma intervención.

Preferían mantener un enfoque flexible y plural, estimulando a la familia en tal dirección.

Dividen al equipo terapéutico en 2: **S:** Supervisor (interviene en la sesión); y **O:** Observador (interviene en la postsesión).

Demuestran que diferentes hipótesis e intervenciones pueden ser válidas en cualquier situación en particular. Esta forma de trabajo ayuda a elaborar un punto de vista cada vez más sistémico.

Por su parte, Selvini y Prata, desarrollan nuevos métodos de investigación (enfocadas en las **Intervenciones invariables o universales**), basadas en la teoría de Ashby: “Un cambio continuo en un sistema resulta en la ruptura de otros patrones repetitivos conectados al mismo punto” (Tomm, 1984).

Perspectiva Práctica

En 1975, se exponen las técnicas terapéuticas que se habían puesto a punto en aquella primera fase de aprendizaje del pensamiento y de la intervención sistémica.

TÉCNICA	DEFINICIÓN
<i>Connotación positiva</i>	<p>Surgió, por la necesidad de llegar sin contradicciones, a una intervención terapéutica paradójica: la prescripción del síntoma al paciente designado.</p> <p>Así, la función primaria de la connotación positiva de todos los comportamientos observados en el grupo, aparece como la que puede facilitar a los terapeutas el acceso al modelo sistémico. Además tiene la función de: a) definir claramente la relación sin peligro de recibir una descalificación; y b) la definición debe ser de un tipo de contexto, en cuanto terapéutico (Selvini, Boscolo y Prata, 1988)</p>
<i>Prescripción paradójica</i>	<p>Particular tipo de connotación positiva, que prescribe a cada miembro de la familia, que persista en su comportamiento por el bien ajeno, suscribiendo encubiertamente un interrogante paradójico sobre, por qué una cohesión familiar tan estrecha, definida por los terapeutas como “buena”, sólo podía obtenerse a expensas de una “paciente designada” (Selvini, Cerillo y Sorrentino, 1999)</p>
<i>Ritual</i>	<p>Consiste en una comunicación implícita. Se prescribe a toda la familia una serie de acciones que tácitamente sustituirán las habituales reglas de relación, por otras nuevas, sin recurrir ni a explicaciones, ni a críticas (Selvini, Cerillo y Sorrentino, 1999)</p>

Intervenciones específicas:

TÉCNICA	DEFINICIÓN
De la rivalidad con el hermano, al sacrificio por ayudarlo	Trata de trasladar rápidamente la etiqueta de enfermo que lleva el paciente designado, a uno o más hermanos o hermanas considerados sanos por la familia, señalando que el presunto enfermo designado por la familia fue el único que intuyó en el grupo familiar, en qué medida el otro o los otros hermanos se encuentran en peores condiciones que él, y necesitan su ayuda.
Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos	Consiste en referir exclusivamente al terapeuta, en el momento oportuno, los problemas de la relación intergeneracional, que el hijo tiene con los padres, haciendo alusión al juego que mantienen con el hijo. Así se evita que los terapeutas discutan directamente la relación de los padres con el hijo, generando así rechazo o descalificaciones.
Los terapeutas aceptan sin objeciones una mejoría sospechosa	Consiste en aceptar sin objeciones, una mejoría o la desaparición del síntoma súbita e inexplicable, que no corresponde con un cambio en las interacciones del sistema. Los terapeutas en ese momento, de manera críptica deciden dar por terminado el tratamiento, sin emitir su opinión, simplemente basando su decisión en la satisfacción de la familia.

<p>Cómo recuperar a los ausentes</p>	<p>Recuperar al ausente, pero sin manifestárselo a la familia. De esta manera, los terapeutas aceptan como válidos los motivos que la familia expone para justificar la ausencia de alguno de sus miembros, sin embargo, ésta se mantiene en el centro de atención, y de trabajo de los terapeutas. Al terminar la sesión se les entrega a los miembros presentes la conclusión de la sesión en un sobre cerrado, anunciando que la sesión terminará en casa, cuando el mensaje sea leído delante de toda la familia (incluyendo el ausente).</p>
<p>Cómo eludir la descalificación</p>	<p>Maniobra fundamental empleada por la familia con interacción esquizofrénica. Para intentar esta intervención, deben haber aprendido a jugar “a la esquizofrenia” y adquirido la capacidad de emplear con propiedad, es decir, sistémicamente, la paradoja terapéutica.</p>
<p>El problema de las coaliciones negadas</p>	<p>Las coaliciones perversas son connotadas como positivas en su intencionalidad honesta y afectiva cuando se ponen en evidencia, aunque sea en forma alusiva. Sin embargo, no son explícitamente prescritas. Los terapeutas se limitan a su constatación y al comentario, elaborándolo de tal modo que resulte paradójico e intolerable.</p>
<p>Los terapeutas deliran la propia impotencia sin reprochárselo a nadie</p>	<p>Mientras los terapeutas se declaran confundidos, sin saber qué hacer, hacen en realidad, una cosa importante: se definen en</p>

	<p>la relación, hasta allí implícitamente simétrica, como complementaria. Pero, al definirse complementarios por propia incapacidad, y no por culpa de la familia, en realidad no lo son, por cuanto toman en sus manos el control de la situación.</p>
<p>Los terapeutas se autoprescriben la paradoja extrema</p>	<p>Estriba en el siguiente mensaje: “sólo podréis ayudarme no siendo lo que sois”. Para destruir este paradójico pedido, se proponen dos contraparadojas: <i>1)</i> Aislar ese paradójico pedido de la masa de maniobras comunicacionales que causan confusión, y darle una connotación positiva, como algo justo y legítimo. <i>2)</i> La prescripción, dirigida a nosotros exclusivamente, de acceder a dicho pedido, ante esto, se debe cuidar de mantenerse en una posición de ventaja, estableciendo que la continuación y resultado de la terapia dependen, casi exclusivamente, del éxito que logremos al llevar a la práctica dicha autoprescripción.</p>

De manera particular se mencionan las siguientes técnicas, propuestas en otro período del grupo de Milán:

TÉCNICA	DEFINICIÓN
<i>Prescripción invariable</i>	Propuesta en 1979, por Palazzoli y Prata. Consiste básicamente en convocar a los padres, solos, y se les prescribe, sin ninguna explicación, que vuelvan a su casa y declaren abiertamente a sus hijos(as), y si es necesario a la familia extensa, que el terapeuta les ha impuesto que observen escrupulosamente el secreto. Posteriormente, los padres serán nombrados coterapeutas y reciben nuevas instrucciones, las cuales consisten en una serie de desapariciones de casa de duración creciente, de las cuales no debe avisar, ni contar nada a su regreso, pero, dejando un letrero donde anuncien su hora de regreso.. Además a las sesiones deben llevar detallados apuntes, describiendo las eventuales reacciones apreciadas en cada uno de los miembros de la familia nuclear y extensa.
<i>Revelación del juego familiar</i>	Este método se confía en dos factores: por un lado, a la reconstrucción del juego familiar, por otro lado, a una serie de indicaciones, ya no paradójicas, sino explícitamente en la dirección del cambio.

Alcances y Limitaciones

Entre sus principales alcances se encuentra, el que, el grupo de Milán, ha dado no sólo una expresión pragmática de una epistemología verdaderamente circular, sino también un apartado nuevo y más fino para evaluar y trabajar con familias difíciles, ya que cuentan con un modelo refinado para dirigir la entrevista, en función del cuestionamiento circular (Hoffman, 1987).

Además, plantean una variedad de cuestiones clínicas nuevas e interesantes, las cuales, dirigen hacia una visión más rigurosa de nuestros marcos teóricos y las epistemologías que los sustenta, siendo de esta manera de los pocos modelos que se basan, en la investigación de manera formal (*op cit*).

Así mismo, el grupo de Milán se expresa más claramente que ningún otro grupo acerca de dar prioridad a las cuestiones contextuales del tratamiento, especialmente las que corresponden al campo profesional, lo cual de alguna manera se observa en la importancia que se da el incluir a todo el sistema familiar, tanto en las sesiones, como en las intervenciones que se manejan (*op cit*).

Por otra parte, dentro de sus limitaciones, se podría considerar que para llevarlo a la práctica de la manera más idónea, es importante que se cuente con bases de psicoanálisis, y una actitud especial capaz de llevar a cabo ciertas intervenciones, que para algunos podrían resultar imposibles de implementar (*op cit*).

1.2.6 MODELOS POSMODERNOS EN TERAPIA FAMILIAR

Introducción

El concepto posmodernidad se emplea con diversos significados y no hay un acuerdo preciso acerca de a qué se refiere, pero todos los posmodernos están de acuerdo que implica un rechazo a los valores, creencias, métodos y teorías del modernismo, lo que supone la no aceptación de la ideología del progreso, especialmente el progreso científico; el posmodernismo no acepta que “el método científico”, permita conocer cada vez más la “realidad” y llegar a encontrar las únicas y verdaderas causas de los fenómenos (Lyotard, 1992).

De esta manera, al encontrarse la terapia familiar en un proceso de evolución respecto a los modelos reñales de los decenios de 1970 a 1989; de tal forma que a partir de 1990, el posmodernismo ha evolucionado los conceptos de las teorías estructural y estratégica, que dominaban las intervenciones terapéuticas. Es así, como desde la perspectiva posmoderna, las terapia familiar se desarrolla con conceptos del constructivismo y la hermenéutica (Sánchez, 2000).

Las corrientes posmodernas en la Terapia Familiar, representan una transformación, que se ha dado bajo una perspectiva de la semiótica y la crítica literaria, por lo que con frecuencia se oye hablar de narración o texto en el campo de las ciencias sociales (Hoffman, 1996).

El posmodernismo y su discurso parte de dos campos filosóficos, el ruseiano y el modernista: en el primero destacan autores como Barthes, Lacan, Derrida y en el segundo brillan Foucault, Lyotard y Deleuze, inspirados en el pensamiento y reflexividad de Nietzsche.

Foucault desarrolla un discurso nuevo, no recursivo que propone la resistencia en contra del discurso textual y donde el lenguaje toma un nuevo tema y un carisma ontológico, en el cual, el discurso es capaz de hablar del “si mismo” y “del otro” de forma totalmente distinta a como lo hacen los discursos. Este lenguaje discursivo abre una posibilidad al “si mismo”, entre el “si mismo” y “el otro”, en el sufrimiento y la lucha contra la muerte. Foucault propone que el lenguaje escape de la muerte o locura del otro, para ello debe haber diálogo y autorreflexión hasta llegar a la infinitud del constructivismo (Sánchez, 2000).

Bajo esta nueva ideología, las familias y el terapeuta tienden a tener una participación más activa en la conversación, de tal forma que en conjunto encuentran sus propias soluciones; en este sentido el papel del terapeuta no es el de experto, si no más bien, es quien acepta la realidad de la familia y sus historias, no trata de cambiarlas, más bien juntos aportan una nueva aventura colaborativa, donde las soluciones se descubren mutuamente en la conversación, en lugar de ser prescritas o dirigidas (Sánchez, 2000).

Dentro de este contexto, algunos terapeuta familiares, como Marlene Anderson y Harry Goolishian (1988) desertan de las filas de la cibernética y pasan a formar parte de las filas de la hermenéutica, lo que se le llama “el giro interpretativo”. Para los terapeutas que han simpatizado con estas ideas, la retroalimentación de los sistemas cibernéticos es remplazada por el diálogo. De esta manera, la metáfora central para la terapia se desplaza a la conversación, reforzada pro el hecho de que el medio básico para la terapia es también la conversación (Hoffman, 1996).

Es así, como a continuación se describen tres de las principales posturas posmodernas que se trabajan en el campo de la Terapia Familiar: Narrativa, Equipo Reflexivo y Colaborativo.

1.2.6.1 TERAPIA NARRATIVA

Desarrollo Teórico del Modelo

Existen interpretaciones de la terapia narrativa que la leen como una propuesta para una práctica psicológica estructuralista – humanista reciclada. Sin embargo, otras la formulan como un enfoque liberador que ayuda a las personas a cuestionar y superar las fuerzas de la represión de modo que puedan identificar su “autenticidad” y dar a esto una expresión verdadera.

Así, la terapia narrativa, si bien está constituida por un cuerpo de destrezas, contiene también al pensamiento posestructuralista, el cual cuestiona directamente las numerosas ideas preconcebidas y generalmente aceptadas acerca de la vida y la identidad. Por lo tanto, quienes se interesen por investigar tal tradición se encontrarán seguramente con grandes desafíos. Por lo que al investigar se nos abren posibilidades de dejar de reproducir, en nuestro trabajo y en nuestras vidas, las grandes narrativas de la naturaleza humana que están siempre presentes en la cultura contemporánea, y también se nos ofrecen nuevas opciones para la acción en el contexto terapéutico y en el mundo. Algunas de estas opciones adoptan la forma de preguntas que los terapeutas introducen en las conversaciones con las personas que los consultan. Esas preguntas moldean sus propias vidas de una manera que hasta entonces ni siquiera habían imaginado (White, 1997).

Y dentro de este contexto, White y Epsen, cada uno con su propio estilo, han generado un amplio abanico de ideas y nuevos métodos, en donde el campo más importante que White ha abierto es el de la “externalización del problema”, referido básicamente a establecer la distinción entre el problema y la persona, para lo cual, White se apoya en gran medida en el análisis filosófico de la historia moderna realizado por M. Foucault (White y Epsen, 1993).

Por otra parte Epton y White exploran la variedad de formas en que podemos usar terapéuticamente la palabra escrita; y para proporcionar un marco conceptual a su exploración de los recursos narrativos acuden a la noción de “textos narrativos”. Proponiendo la analogía de la terapia como un proceso de “contar” y/o “volver a contar” las vidas y las experiencias de las personas que se presentan con problemas. En otras palabras, el documentar en “blanco y negro” eventos y significados seleccionados, las cartas y los certificados terapéuticos contribuyen de forma muy concreta a la cocreación de narraciones nuevas y liberadoras. Esta analogía tiene intuitivamente un gran atractivo y ayuda a añadir realismo y dramatismo a las vidas de las personas incluidas en la narración (White y Epton, 1993).

La analogía del texto sirve también como un puente de fácil acceso entre el territorio de los medios narrativos y el del conocimiento como poder. Nosotros, como humanos, no sólo damos significado a nuestra experiencia al narrar nuestras vidas, sino que también tenemos el poder de “representar” nuestros relatos gracias al conocimiento que tenemos de ellos. De esta manera, el relato que prevalezca a la hora de asignar significado a los sucesos de nuestra vida determinará, en gran medida, la naturaleza de nuestras vivencias y nuestras acciones. Así, predomina una historia saturada de problemas, se nos invita una y otra vez a la desilusión; y es esta dominación por parte del conocimiento problemático y el tenaz predominio de los relatos patologizantes lo que hace tan relevante la exploración del “conocimiento como poder” (op. cit).

Así, Epton y White nos invitan a preguntarnos ¿cómo podemos hacer posible la escritura de relatos personales y colectivos que liberen y curen, cuando los relatos dominantes están tan saturados de problemas? (op cit).

Perspectiva práctica

Michael White (1984, 1986, 1987, 1988) ha desarrollado una innovadora técnica psicoterapéutica denominada “*externalización del problema*”. Paradójicamente, esta técnica es al mismo tiempo muy sencilla y extremadamente complicada. Es sencilla en el sentido de que básicamente propone una separación lingüística que distingue al problema de la identidad personal del paciente. Lo que resulta complicado y difícil son los delicados medios por los cuales puede lograrse ese objetivo. Recientemente White se ha referido a su trabajo como a “*Una terapia de méritos literarios*” (White, 2004).

El proceso de externalización del problema es progresivo. No es un encuadramiento estático del problema; es un proceso continuo de co-elaboración de una “nueva realidad” que se va realizando en la posterior disección terapéutica del problema, “separándolo” de la percepción que el paciente tiene de sí mismo como persona. En suma, se realiza una separación sistemática de los atributos, las ideas, los supuestos, las creencias, los hábitos, las actitudes y los estilos de vida problemáticos y se los distingue de la identificación dominante del paciente. Por consiguiente, externalizar el problema es una técnica terapéutica muy útil que abre un espacio que permite “deshacer” algunos de los efectos negativos de la rotulación social.

Para trabajar sobre la externalización del problema se proponen algunos tipos de preguntas:

<i>Pregunta</i>	<i>Descripción</i>
<i>De influencia relativa</i>	Este tipo de preguntas llevan a los miembros de una familia a derivar dos descripciones diferentes de su relación con el problema que presentan en la terapia: <i>1)</i> Descripción de la influencia que el problema tiene en la vida y en las relaciones de los miembros de la familia; y <i>2)</i> Descripción de la influencia que los miembros de la familia y sus relaciones tienen en la persistencia del problema mismo. Este tipo de

	preguntas llevan a los miembros de la familia a participar en la elaboración de una descripción externalizada.
Explicaciones, redescpciones y posibilidades únicas	Estas preguntas incitan a los miembros de la familia a reparar sobre los logros aislados. Así el terapeuta apremia a los miembros de la familia a fin de que llenen esas lagunas: 1) situando el logro aislado dentro del contexto de algún patrón de hechos y derivando así una “ <i>explicación única</i> ”; 2) asignado significación o sentido a estas explicaciones únicas y derivando así de ellas “ <i>redescpciones únicas</i> ” del sí mismo, de los demás y de sus relaciones; y 3) especulando sobre hechos futuros vinculados con esas redescpciones únicas y derivando así “ <i>posibilidades únicas</i> ”.
Sobre logros aislados	Incitan a los miembros de la familia a discernir aquellas intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada de problemas de la vida de la familia. Esta situación redefine la relación que tienen los miembros de la familia con el problema. Ejemplo: ¿Puede usted reconocer alguna ocasión en la que su resolución de eludir el problema era tal que casi logró liberarse de su dominio, ¿Le sorprende que Pedro fue capaz de desafiar el problema y mantener una postura en esta reunión?, ¿Según usted, qué parte de los hechos que refirió me dice usted todavía tienen cierta influencia en la perduración del problema?
Relativas a la redescpción única	Estimulan a los miembros de la familia a dar significación a los logros asilados y a las explicaciones únicas mediante la redescpción de sí mismos, de los demás y de sus relaciones. Ejemplo: ¿Qué le dice a usted sobre sí mismo que resulte importante que yo conozca?; ¿Qué cree usted que estos nuevos cambios me dicen sobre usted como persona y que es importante que yo conozca?

<p><i>Sobre posibilidades únicas</i></p>	<p>Incitan a los miembros de la familia a especular sobre el futuro personal y de sus relaciones. Así mismo, alientan a los miembros de la familia a investigar sobre otras versiones posibles del yo y de sus relaciones, a descubrir qué nuevos y valiosos destinos o metas podrían acompañar las explicaciones únicas y las redescrpciones únicas. Ejemplo. ¿De qué manera conocer esto sobre sí mismo influye para que dé el próximo paso?; ¿En qué medida aprovechar algunas de estas nuevas posibilidades puede afectar la relación que usted tiene consigo mismo?</p>
---	--

White, 2004.

También se hace uso de:

<i>Técnicas</i>	<i>Descripción</i>
<i>Destacar el tiempo</i>	El terapeuta pueda ayudar a los miembros de la familia a hacer un mapa del problema dentro de la tendencia, incitándolos a señalar distinciones sobre la participación que cada uno tuvo anteriormente en el problema, la que tiene en el presente y la que supone tendrá en el futuro.
<i>Plantear dilemas</i>	El terapeuta plantea dilemas a la familia y, de ese modo, sugiere que los miembros de la familia se encuentran en una encrucijada, que deben tomar alguna decisión respecto de los posibles cursos que han de seguir. El terapeuta y los miembros de la familia tratan de establecer dos descripciones de la participación mutua de todos ellos; estas descripciones presentadas una junto a la otra, les permiten señalar nuevas distinciones.
<i>Predicción de la resaca</i>	El terapeuta puede poner sobre la mesa la cuestión de las consecuencias del cambio y pronosticar una resaca en caso de que la familia adopte una posición radical.

<i>Experimentos</i>	Si los miembros de la familia deciden que están preparados para explorar un rumbo radical y le solicitan al terapeuta que los ayude a recorrerlo, comienza pues una especulación sobre los experimentos que pueden favorecer el tránsito en esta nueva dirección y oponerse al estilo de vida dominado por el problema.
----------------------------	---

White, 2004

1.2.6.2 EQUIPO REFLEXIVO

Desarrollo Teórico del Modelo

El Equipo Reflexivo, se desarrolla dentro de la llamada etapa posmoderna de la Terapia Familiar; y de esta manera sus bases se sustentan en la Hermenéutica y el Construccinismo Social (Andersen, 1955).

En cuanto a la Hermenéutica, Andersen a retomado lo referente al “círculo hermneútico”, bajo el cual se supone que el centro de la persona está ubicado en el exterior, o sea, en la conversación con los demás. Así pues el centro está en la cultura y en el lenguaje; y nuestras diferentes voces, internas y externas, son las que le dan impulso al lenguaje; porque todos poseemos muchas voces, y las utilizamos de acuerdo a la ocasión (Andersen, 1996).

Y, desde el Construccinismo Social, la vida de las personas se concibe como sustentada en el lenguaje, las narraciones y las historias, y las personas las construyen en sus interacciones con los otros. De esta forma se deduce que las historias que dan forma a la vida de los seres humanos son relacionales (Lax, 1995).

De esta manera, el marco integrador dentro del cual se conciben las conversaciones desde este modelo, parte de la idea de que estar en el mundo equivale a estar en el lenguaje

y por lo tanto, en la conversación. De tal manera que, los seres humanos no le dan forma a sus sentimientos, a sus pensamientos y a las conversaciones que mantienen, sino que por el contrario, ellos son los que le dan formas a las personas (Andersen, 1955).

Es así, como el Equipo Reflexivo tiene sus orígenes en Noruega en el año de 1974, cuando un grupo de siete personajes se reúnen bajo la dirección de Tom Andersen, este equipo ya tenía tiempo estudiando las ideas de Jay Haley, Salvador Minuchin y Paul Watzlawick. Pero fue hasta el año de 1984, cuando estas ideas tuvieron frutos, a través de los trabajos en el hospital mental de Tromsø, donde un grupo de psicólogos, Psiquiatras, Trabajadores Sociales y Médicos, otra vez bajo la dirección de Tom Andersen, formaron un equipo para trabajar con los pacientes psiquiátricos. Fue así, como cada vez con mayor fuerza, comenzó a surgir la idea de permitir que el sistema consultante pudiera ver más cerca el proceso terapéutico. El objetivo era encontrar la manera de que las personas encontraran un camino para salir de su “estancamiento” y prosiguieran con su vida. Surgiendo de esta manera, la idea de revertir las luces y el sonido, para que ahora fuera el sistema consultante, el que pudiera observar y escuchar al equipo detrás del espejo discutir acerca de la problemática presentada por ellos. Esta nueva forma de trabajo se denominó “Equipo Reflexivo” (Andersen, 1991).

Para Andersen (1996), hay cuatro niveles que se tienen que tomar en cuenta, para entender como las personas construyen su saber acerca de los problemas que los aquejan: *Nivel I*, se encuentra el problema o suceso que necesita entenderse; en el *Nivel II*, aparecen las descripciones del problema, las múltiples distinciones que se hacen acerca del mismo suceso; en el *Nivel III* se encuentran las palabras con las que se formula la descripción, dado que hay muchas palabras diferentes que se pueden utilizar, puede haber un sinnúmero de descripciones diferentes relacionadas con una misma distinción; y en el último *Nivel IV*, se encuentra la influencia de la comunidad a la que pertenece el hablante, que influye directamente sobre el número de palabras disponibles y la forma apropiada de usarlas. De lo anterior, se deduce que el lenguaje no sólo no es inocente, sino que puede ser usado para encerrar a las personas en descripciones opresivas o esclavizantes, que implican la disolución de los problemas.

Por todo ello, el Equipo Reflexivo, pone énfasis en la apertura de espacios que permitan el surgimiento de alternativas, que les concedan encontrar formas alternativas de estar en el lenguaje y, por lo tanto en el mundo (Andersen, 1995). Y con todo esto, el terapeuta reflexivo se pregunta. ¿De qué manera la situación o el/los tema(s) que presenta el sistema pueden ser descritos además de la descripción presentada? ¿De qué otra manera puede explicarse la situación o el tema además de la(s) explicación(es) presentada) (Andersen, 1991).

Perspectiva práctica:

Para trabajar con un Equipo Reflexivo, se requiere:

- ✓ De la presencia de un sistema estancado, ya sea una persona o más, por ejemplo, una familia; más un sistema de ayuda. Todas estas personas pertenecen al sistema de entrevistas.
- ✓ El Equipo Reflexivo a menudo se encuentra detrás de un espejo unidireccional y está compuesto la mayoría de las veces por tres personas. Este espejo no es necesario y la cantidad de miembros del equipo no es siempre tres.
- ✓ Consideramos al sistema de entrevista como un sistema autónomo que define por sí mismo de qué y cómo se habla. El Equipo Reflexivo, que escucha, nunca da instrucciones sobre lo que el equipo de entrevista va a decir o cómo sus miembros deben hablar.
- ✓ La mayor parte del tiempo el entrevistador hace preguntas y evita dar opiniones o consejos. El equipo también sólo da reflexiones especulativas para subrayar que cada miembro del equipo sólo puede tener su propia versión subjetiva del todo y que, de acuerdo con los lineamientos básicos, no existe ninguna versión objetiva o final.

- ✓ La curiosidad surge alrededor de la cuestión de establecer diferencias. Sólo podemos contribuir para ayudar si la conversación nos hace sentir curiosidad. “La curiosidad es el motor de la evolución”
- ✓ La estructura del Equipo Reflexivo ofrece la posibilidad de que a medida de que la familia escucha al Equipo, se haga nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas (Andersen, 1991).

Así, a continuación se presenta los tres momentos principales que se dan en este proceso:

1. Cada miembro del Equipo Reflexivo escucha en silencio la conversación. Los miembros no se hablan sino que cada uno de ellos se habla a si mismo haciéndose preguntas. Se preguntan: ¿De qué manera la situación o el/los tema(s) que presenta el sistema pueden ser descritos además de la descripción presentada? ¿De qué otra forma puede explicarse la situación o el tema además de la(s) explicación(es) presentada?

2. Después de un rato los miembros del Equipo presentan sus ideas si es que el sistema de entrevistas se las pide. Los miembros del equipo hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre el/ los tema(s) presentado(s), mientras que los miembros del sistema de entrevistas los escuchan. En otras palabras, cada miembro da su versión sobre los temas definidos como problemáticos. Si las versiones no son demasiado diferentes, servirán como perspectivas mutuas para cada uno de ellos, y las otras dos o más versiones tenderán a crear nuevas versiones a medida que los miembros del equipo se hablan en forma de preguntas.

3. Tal vez más, importante es que este proceso les da a los miembros del equipo de entrevistas (el sistema estancado más el entrevistador) la posibilidad de tener un diálogo interno a medida que escuchan las versiones que les presenta el equipo. Después de que el equipo termina sus reflexiones, los miembros del sistema de entrevista hablan entre si sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones. De esta manera, tienen una conversación sobre lo que habló el Equipo Reflexivo acerca de la primera conversación del sistema de entrevista.

Andersen, 1991

Algunas guías para la práctica:

Lo que podemos hacer cuando somos un equipo de dos o más: Se puede comenzar una conversación sobre cuáles son las personas, consideradas importantes en este momento. La idea es que quede planteada la posibilidad de que estén presentes en las reuniones tantos miembros de la situación que se discute como sea posible.

Las preguntas principales: Desde el inicio de la sesión tanto el entrevistador como el resto del equipo tiene ya algunas preguntas especiales en mente, por ejemplo: ¿Por qué los presentes están interesados en esta reunión?, ¿De quién fue la idea de hacer la reunión? ¿A quién le gusta la idea? ¿Hubo alguien en contra? ¿Quién tuvo más dudas?, etc. La idea es conocer a las personas que tuvieron más dudas sobre este encuentro, ya que se las puede considerar como las que quieren conservar el sistema.

¿A quién hacerle preguntas, sobre qué y quién?: Generalmente a la persona que estuvo más decididamente a favor de este encuentro, y se le puede preguntar sobre ¿De qué manera le gustaría utilizar este encuentro? ¿Qué tema(s) le gustaría discutir en este encuentro? Sin embargo a todos se les da la oportunidad de expresar esto.

Temas de discusión: A cada uno de los presentes se les da la oportunidad de decir qué temas le gustaría que se tocaran. El entrevistador habla con cada uno de los que sacan un tema en una secuencia y durante el tiempo que crea que se corresponde con el orden de importancia propio del sistema. A continuación podría ser conveniente preguntales a los presentes qué formato sería el que mejor se ajustaría a la discusión de los distintos temas. Si el entrevistador mismo no está seguro sobre la forma, puede pedirle al Equipo Reflexivo que le dé sus ideas sobre las distintas posibilidades.

Preguntas que crean mayor cantidad de nuevas aperturas: Son las preguntas adecuadamente poco usuales, estas preguntas están relacionadas con descripciones de las actividades alrededor de los temas que fueron presentados, las explicaciones de estas actividades y lo que uno puede imaginar que ocurriría si hubiera un cambio en las actividades. Pueden ser de tres tipos:

1. Preguntas sobre descripciones: Facilitan descripciones dobles, y estas dan perspectiva aun fenómeno. Incluyen todo tipo de variaciones, y contiene palabras como: *en*

comparación con, en relación con, diferente de.

2. Preguntas para sonsacar explicaciones: Pueden ser muy buenas preguntas en sentido de que crean una curiosidad cuestionadora y fomentan la búsqueda de respuestas., por ejemplo ¿Cuál es la diferencia que hizo la diferencia para mal, o por el contrario, para bien?

3. Preguntas sobre las distintas conversaciones: Las preguntas sobre conversaciones pasadas, presentes y posiblemente futuras son en sí mismas significativas, por ejemplo: ¿Quién hablo con quién sobre qué tema y de qué manera?

Andersen, 1991

1.2.6.3 TERAPIA COLABORATIVA

Desarrollo Teórico del Modelo

Bajo este paradigma, se señala como un posible marco de referencia para poder rastrear y comprender las revoluciones en psicoterapia, a la perspectiva del historiador Thomas Kuhn (1970), quien rechaza la idea de que la ciencia va a descubrir en algún momento la verdad; y sugiere que todas las ciencias siguen un proceso común en la creación y el reemplazo de paradigmas, y en la introducción de cambios en la misión, el lenguaje y los valores profesionales (Anderson, 1997).

Por su parte, el construccionista social Kenneth Gergen (1994), ofrece una crítica del análisis de Kuhn, y propone esta otra explicación de los cambios paradigmáticos: las transformaciones teóricas son procesos comunitarios con fases distinguibles aunque superpuestas. Sostiene que estas transformaciones son reales en procesos sociales, en prácticas discursivas, son “evoluciones en formas de sentido en un colectivo social”.

Es así, como la terapia colaborativa, se desarrolla en el fluir de innumerables conversaciones terapéuticas, y conversaciones acerca de la terapia mantenidas durante años con clientes, colegas, estudiantes, en un intento de describir y explicar nuestras experiencias a otros y a nosotros mismos, planteando como aspectos centrales de este enfoque: *el lenguaje, la conversación y la relación*.

De esta manera, Harlene Anderson, en su búsqueda de un método para pensar sobre nuestras experiencias y sobre el tipo de preguntas, se fue alejando cada vez más del modernismo, y se sintió cada vez más atrapada por los supuestos filosóficos posmodernos; por lo que el pensamiento posmoderno es el punto de partida de su trabajo. Y es por esto que el contexto de este enfoque ha sido provisto, por pensadores que criticaron la autoridad científica como base del conocimiento y ofrecieron otros criterios para indagar y conocer la psicología humana, en donde las teorías del *construccionismo social, de la hermenéutica y de la narrativa*, son fundamentales en este pensamiento.

El enfoque colaborativo posmoderno se basa en las siguientes premisas:

<i>1. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.</i>
<i>2. Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyen realidad.</i>
<i>3. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.</i>
<i>4. La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.</i>
<i>5. El lenguaje es generador, de orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.</i>
<i>6. El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera.</i>

De estas premisas se derivan profundas consecuencias para toda empresa humana, y para quienes participamos en esas empresas; especialmente para la terapia y los terapeutas; qué pensamos de los seres humanos y de nuestro papel en su vida, cómo pensamos y participamos en un sistema terapéutico, en el proceso de la terapia, en la relación terapéutica (Anderson, 1997).

Perspectiva práctica

El enfoque colaborativo, no plantea técnicas o estrategias específicas a seguir para el trabajo terapéutico, más bien, se propone un análisis y un marco de referencia para crear lo que H. Anderson llama conversaciones dialógicas y relaciones narrativas colaborativas (Anderson, 1997).

A continuación se mencionan los principales aspectos a considerar al trabajar bajo esta postura:

<p><u>El “no saber”</u></p>	<p>El no saber, es la diferencia fundamental entre el enfoque colaborativo y otras terapias. Alude a la actitud y creencia del terapeuta de que él no tiene acceso a una información privilegiada, que nunca puede comprender plenamente a otra persona, que necesita mantenerse en un estado constante de ser informado por el otro y aprender más sobre lo que se ha dicho o puede haberse dicho. Es una postura interpretativa que se apoya en el análisis continuo de la experiencia tal como ocurre en un contexto.</p> <p><u>*Incertidumbre:</u></p> <p><i>Voluntad de duda-</i> Que pongamos en suspenso, nuestros discursos profesionales y personales dominantes, que nos mantengamos abiertos a examinarnos y a ser examinados por los otros.</p> <p><i>Voluntad de arriesgar-</i> El terapeuta no está seguro, no está protegido por su saber; los terapeutas también corren el riesgo de cambiar.</p>
------------------------------------	---

	<p><u>*Humildad:</u> El no saber implica humildad de lo que uno sabe. El terapeuta está más interesado en aprender lo que un cliente tiene que decir, que en busca, exponer, validar o promover su propio conocimiento o intereses.</p> <p><u>*Los requisitos del “no saber”:</u> Atiende al desarrollo natural de la historia de su cliente dialogando; realmente quiere aprender el sentido que tienen las cosas para el cliente; quiere captar la historia del cliente, no determinar su causa; aprende que los aparentes sinsentidos tiene sentido para el cliente.</p>
<u>Confiar y creer</u>	Los clientes quieren que se confíe en ellos y se les crea. Cada relato y cada versión son únicos. Los terapeutas no son impulsados por la búsqueda de la verdad, sino por al necesidad de entender.
<u>Hacer preguntas conversacionales</u>	Las preguntas son el núcleo de cualquier entrevista o conversación terapéutica. Desde esta postura las preguntas se hacen desde la posición de “no saber”, por lo que ayudan a que el cliente cuente, clarifique y amplifique una historia; abren nuevas avenidas para explorar lo que se sabe y lo que no se sabe; ayudan a que el terapeuta aprenda sobre lo dicho <i>versus</i> lo todavía no dicho, y lo protegen de malentendidos. Así, cada pregunta lleva a una elaboración de las descripciones y explicaciones, cada pregunta lleva a otra pregunta.
<u>Escuchar y responder</u>	Escuchar es un aspecto de la psicoterapia que se da por supuesto, sin embargo habría que diferenciarlo del oír, ya que el escuchar podría definirse como <i>atender a, interactuar con, responder a, y tratar de aprender acerca de la historia del cliente y su importancia percibida</i> . Dentro de este enfoque, se refiere a que el escuchar y el oír requieren que el terapeuta entre al dominio de la terapia desde una postura y una forma de escuchar genuinas, abiertas a la base ideológica de otra persona: su realidad, sus creencias, sus experiencias. Es una postura y una manera de escuchar respetuosa, humilde, apoyada en la creencia de que vale

	la pena oír lo que el cliente tiene que decir.
<u>Mantener la coherencia</u>	Un terapeuta debe crear y resguardar el espacio de una narrativa en primera persona del cliente. Para ello, es crítico que el terapeuta se comprometa auténticamente a abrirse a la historia de la otra persona, a ser curioso sobre lo que la otra persona quiere contar. Esto implica trabajar con la realidad del cliente: su lenguaje, su vocabulario y sus metáforas. De esta manera, mantener la coherencia ayuda a reducir el riesgo de que la voz del terapeuta domine o dé forma a la historia contada, y así cierre el paso a la versión del cliente y al desarrollo de futuras versiones más matizadas y útiles.
<u>Mantener la sincronía</u>	A veces comentemos el error de avanzar a nuestro propio paso e ignorar el del cliente, en lugar de sincronizarnos con el ritmo del paciente. Así, si el terapeuta realmente se sumerge y participa en lo que el cliente considera importante, la sincronización con el ritmo del cliente ocurre de modo natural.
<u>Honrar la historia del cliente</u>	Es difícil comunicar las tonalidades, la riqueza, los momentos de este tipo de proceso relacional. Por eso es importante tratar de otorgar un lugar prominente a las voces de los clientes, y de representar las significaciones de los clientes tan fielmente como las podamos comprender. Las voces de los clientes se refieren a un proceso y una relación caracterizados por el conectar, el colaborar el construir.

Anderson, 1997

Alcances y Limitaciones:

Los modelos posmodernos en Terapia Familiar, dan la apertura a la flexibilidad, y en definitiva a cambiar de postura, ya que para llevar a la práctica psicoterapéutica, primero que nada se debe tener claridad y aceptación de lo que implica. Debido a que no plantea

técnicas y estrategias determinantes, al mismo tiempo que puede ser una ventaja, por al libertad y la flexibilidad, puede convertirse en desventaja, la causar confusión en un terapeuta novato y no convencido de la postura posmoderna.

Estos modelos plantean otra forma de hacer terapia, que van más allá de una comprensión teórica, ya que puede llegar a una transformación en la forma de ver de la vida del terapeuta, y que lo llevan a moverse por el mundo con una postura posmoderna. La cual, podría resultar difícil de asimilar y aceptar tanto por el paciente, como por otros colegas modernos, ya que aun existe un predominio de las posturas modernistas en el campo de la psicoterapia.

CAPÍTULO 3
DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.

1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico.

A continuación se describen dos de los cuatro casos que atendí durante mi estancia en la residencia, considero que en estos casos se puede ver con mayor claridad mi formación como terapeuta, ya que además de culminarlos exitosamente, se puede observar claramente el proceso terapéutico. El tema central de éstos verso sobre la violencia de género y familia.

EXPEDIENTE 1

Datos generales

Pareja: Mónica y Eduardo

No. de sesiones: 17

Terapeuta: Elvia Luisa Alfaro Bravo

Supervisor: Flavio Sifuentes

Modelo: Terapia Breve Centrado en Soluciones

Equipo terapéutico: Domingo Lorenzo Hernández

Julio César Cortés

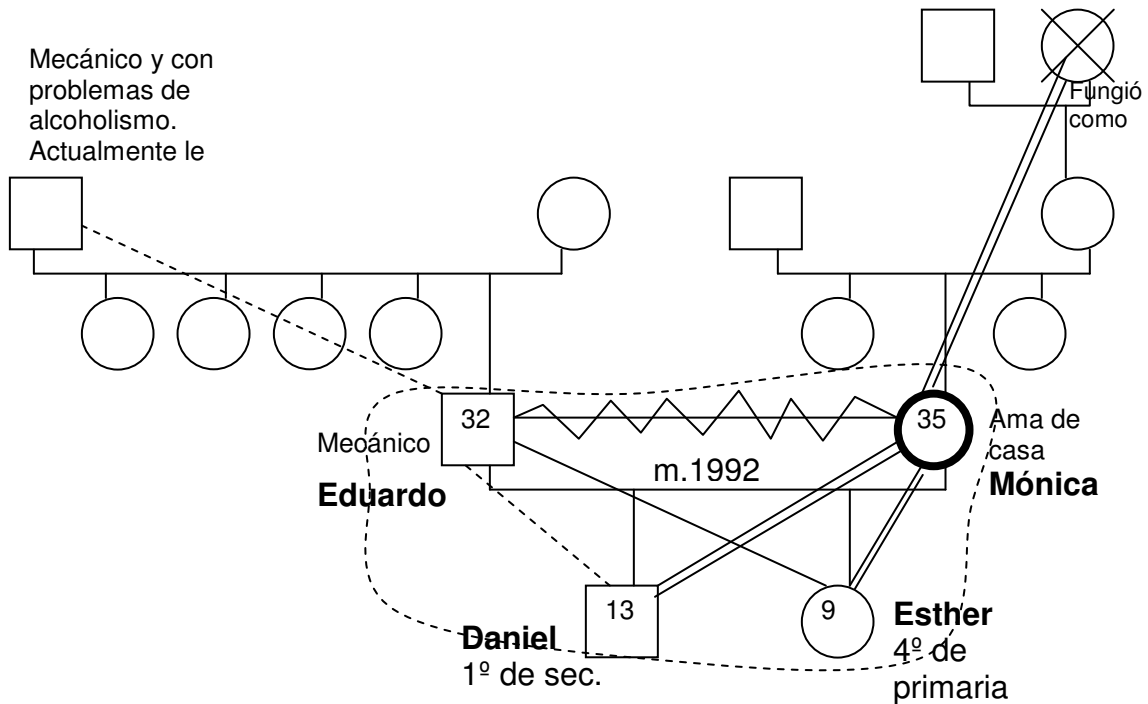
María Guadalupe García González

Maribel Méndez Llamas

Fecha: Del 23 de agosto de 2005 al 9 de junio de 2006.

Familiograma

Al iniciar el proceso terapéutico



Motivo de consulta

Mónica solicita apoyo terapéutico, para resolver algunos conflictos de pareja. La pareja refiere problemas de comunicación, y de desconfianza mutua.

Presentación del caso

En el presente caso se trató a la pareja conformada por Mónica y Eduardo, con 13 años de casados, y dos hijos, Daniel de 13, y Esther de 9 años. Esta pareja solicita terapia en el Centro Julián Mc Gregor, debido a que refieren tener problemas para comunicarse, y de desconfianza mutua. Mónica señala que Eduardo desconfía de ella, ya que cree que le fue infiel con un instructor de un gimnasio; y por su parte Eduardo dice que Mónica no le

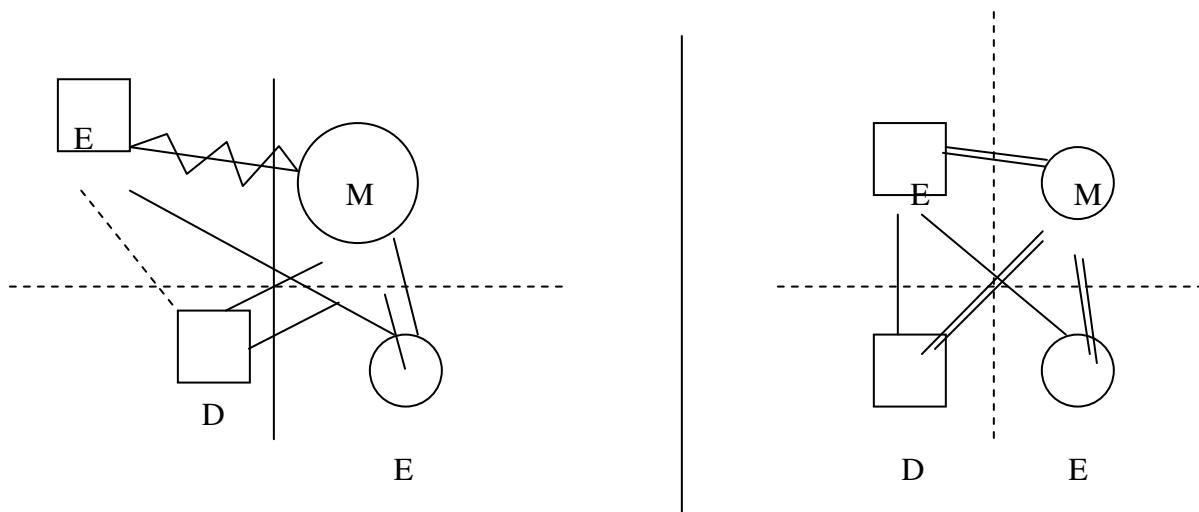
comenta claramente los hechos relacionados a este evento. A lo largo de estas diecisiete sesiones, la problemática gira en torno a este tema.

Cabe señalar que se trabajó bajo el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, para el cual, es muy importante resaltar los recursos y posibilidades de las personas más que la patología o problemas.

Definición del problema

Desde una perspectiva de género, Mónica considera que ha vivido a la sombra de su esposo, dedicada únicamente a las labores del hogar, desempeñando un rol tradicional en nuestra cultura. Por su parte, Eduardo ha desempeñado el rol de principal proveedor, con todas las ventajas que su condición de jefe de familia le da en esta cultura. Y al evolucionar a otra etapa del ciclo vital de la pareja y familia, en donde los hijos son cada vez más independientes de los padres, Mónica se cuestiona el seguir desempeñando este rol, situación que genera una crisis en el sistema, que se ve reflejada en la desconfianza en esta pareja.

Mapa de conflicto estructural de la familia



Cuando llegó la pareja

Al finalizar el proceso terapéutico

Límites: Al finalizar el proceso terapéutico, como se observa en el esquema, los límites entre la pareja, se observaron más flexibles, ya que Mónica ha expresado y llevado a cabo algunos cambios, en cuanto a lo que desea hacer de manera personal, y Eduardo manifestó respeto ante estos.

Jerarquía: Eduardo siguió teniendo un poco más de jerarquía, Mónica defendió más su punto de vista ante él.

Resumen general de las sesiones

Sesión 1 a 4: Se definió el objetivo terapéutico, se planteó el esquema sobre las alternativas de la pareja, ante lo cual decidieron trabajar sobre una buena integración, así mismo se enfatizó sobre aquellas cosas que les gustaría que continuaran igual. Para la cuarta sesión Mónica reportó que ha notado cambios positivos en Eduardo.

Sesión 5 a 7: Aunque se empezaron a reportar cambios, para la quinta sesión apareció nuevamente el tema de desconfianza, el cual se trabajó sólo con Mónica en la sesión 6, mostrándose fortalecida y segura, lo cual se aprovechó para apoyar a Eduardo, ya que a su padre le diagnosticaron cáncer.

Sesión 8 a 11: Después del período vacacional decembrino, debido a que Mónica estaba muy enojada con Eduardo, debido a que dijo que cuando más lo necesito (falleció su abuela) él no la apoyo, y ahora él quiere de su apoyo. Para ello, se realizó una escenificación para poder expresarse el cómo se sienten, lo cual permitió que mejorara su comunicación y reportaron nuevamente cambios, ya que además de que di pie para hablar del perdón se les pidió realizarán este ejercicio en casa. A partir de los cambios se les preguntó ¿qué están haciendo diferente?

Sesión 12 a 17: Debido a que los cambios se fueron fortaleciendo, a partir de sesión 14 se inició con una evaluación utilizando una escala.

Con respecto a la historia de esta pareja, Mónica considera que pertenecen a diferentes niveles sociales, siendo en este caso Eduardo el más favorecido económicamente en su familia. Así mismo, comentó que desde un principio se ha sentido sola, e incluso algunas de sus primas le llegaron a decir que parecía madre soltera, ya que la veían sola todo el tiempo, pues comenta que Eduardo se la pasaba más con sus amigos. Por su parte Eduardo reconoció esta situación, y dijo estar aquí para que las cosas mejoren.

De esta manera se les plantea el esquema sobre las alternativas de pareja (buena integración, mala integración, buena separación y mala separación) , con la finalidad de que valoren su situación, y poder empoderarlos al respecto, ya que hubo un momento durante la segunda sesión, que como terapeuta me sentí como juez, en tanto decidir quien decía la verdad con respecto a la infidelidad de Mónica, por lo que se les dejó pensar en las alternativas que tiene una pareja, y que la próxima sesión comentaran que les gustaría trabajar en este espacio.

Así, la pareja decidió trabajar por una buena integración, sin embargo, debido a que la pareja, y sobre todo Mónica sólo señalaba los aspectos negativos de Eduardo, se decidió trabajar sobre aquellas cosas que les gustaría continuarán igual, y cuáles les gustaría que cambiaran, a lo que Mónica comentó que a ella le gustaría que continuara igual Eduardo con respecto a su responsabilidad como esposo y padre, el que siga siendo cariñoso, y el cómo han mantenido sus relaciones sexuales, ya que ella está satisfecha en este sentido. Por su parte Eduardo, además de estar de acuerdo con Mónica, en cuanto a que ella también es una esposa y madre responsable, y que está satisfecho en su relación sexual, agregó que también le agrada el que Mónica siempre le muestra su apoyo en todo momento. Y por otro lado, los dos estuvieron de acuerdo que les gustaría cambiar el que hubiera más comunicación, y confianza entre ellos.

A partir de esto, durante la cuarta sesión ante un comentario de un incidente que tuvieron cuando Mónica iba manejando, ella comentó que lo ha notado diferente, sobre todo más calmado, y menos impulsivo. Ante esto se amplificó el cambio de Eduardo, y se exploró todo lo referente a este. Con base en esta información, se dio intensidad a los

cambios observados en ambos, por una parte Eduardo se ha mostrado más tranquilo, y ambos esperan el momento más adecuado para hablar de algo que les molesto, situación que no consideraban.

De esta manera, se empiezan a observar cambios con respecto a la comunicación de pareja, sin embargo durante la quinta sesión nuevamente surge el tema de la desconfianza, pero con mayor intensidad, ya que Mónica se mostró muy molesta, de cómo Eduardo continúa insistiendo sobre la supuesta infidelidad con el instructor, y comentó como ella que, sí tiene pruebas de que él le fue infiel al inicio de su matrimonio, no continúa reclamándole. Además dijo que ella ya no está dispuesta a seguir como hasta ahora, en su casa encerrada, y haciendo todo lo que los demás dicen, más bien, desea ser ella misma, ya que se ha dado cuenta que esto de la desconfianza empieza en cada quien, pues dice que ella confía en ella misma, y por lo tanto en él, mientras que él no confía en sí mismo y menos podrá confiar en ella. Por su parte Eduardo dijo que si ha observado este cambio en Mónica, y que no está en contra de su deseo, pero insistió en que no le tiene confianza a él.

Ya para la sexta sesión, llegó sólo Mónica, debido a que Eduardo no consiguió permiso en su trabajo, y ante esto, se decidió trabajar sobre la historia de Mónica en esta pareja, y el cómo se siente, retomando así el que considera que ahora tiene más confianza en ella misma, y que está decidida a hacer lo que desea, y además a, ya no seguir sometida a lo que deseen los demás. A partir de esto, se le pidió que pensará en cómo se fue fortaleciendo esa confianza en ella misma, y de esto, qué le podría aportar a Eduardo para que esta relación mejore. Además con respecto a lo que ella llamó revelarse, por medio de un mensaje del equipo se le dijo que ante este cambio en ella, se introdujo en su familia una crisis, la cual, podría estar reflejándose a través de la desconfianza en esta pareja, y que seguramente este cambio se irá ajustando en toda su familia.

De esta manera, a la séptima sesión, nuevamente llegaron los dos, aunque en esta ocasión debido a que él papá de él le acaban de diagnosticar cáncer, estaban muy tristes, y en ningún momento retomaron el tema de la desconfianza, más bien, Eduardo insistió en el gran apoyo que ha recibido por parte de Mónica en estos momentos. Ante esto, se llevó a

cabo un ejercicio de escenificación, para fortalecer la comunicación en la pareja, para lo cual, se les pidió que se colocaran de frente y se dijeran en primera persona cómo se sienten en este momento con la compañía del otro, mirándose a los ojos. Y debido a que el ejercicio lo realizaron muy bien, y se expresaron su apoyo y deseos de que su relación mejore. El equipo los felicitó por lo bien que lo hicieron, y reconoció el vínculo que los une. Además de que se les dijo que, nos damos cuenta de que, por un lado Mónica, dio el primer paso al solicitar el apoyo, y se ha mantenido constante en el proceso; y por otro lado Eduardo, vemos que la está mirando diferente, ya que la empieza a reconocer como una persona independiente, tomando en cuenta lo que dice. Así, para finalizar, se les pidió que en este tiempo que no los vamos a ver, practiquen este ejercicio.

De esta manera, en la sesión ocho, después del período vacacional de diciembre, se exploró como habían estado, y si habían practicado el ejercicio de comunicarse frente a frente, a lo que la pareja comenta que no encontraron el momento para hacerlo, ya que siguen preocupados por lo que pasa con el papá de Eduardo, con respecto a su enfermedad. A partir de esto, Mónica comentó que no le perdona a Eduardo, que cuando ella estuvo en una situación similar con la enfermedad y muerte de su abuela, él no le apoyo, y esto le da mucho coraje. Al ver el dolor y coraje de Mónica, se decidió hacer nuevamente el ejercicio de escenificación, a partir del cual Mónica manifestó a Eduardo todo el coraje que tiene en este momento, ya que dice no puede ser egoísta, pero siente que tiene una deuda no saldada con él; a lo que Eduardo le pidió disculpas, y dijo que no cree que lo vuelva a hacer. Además Mónica le manifestó su inconformidad acerca de que en estos momentos él es quien apoya más, mientras sus hermanas no aportan nada económicamente. Ante todo esto Eduardo sintió que Mónica le estaba reclamando y que finalmente busca una venganza. Así, se les validó la capacidad que tienen de hablar aún de las cosas más difíciles y dolorosas, para tratar de llegar a acuerdos. De esta manera, para la siguiente sesión, se habló del perdón, y de lo que cada uno tendría que perdonar al otro.

Por su parte Mónica, enojada comentó que tendría que perdonarle todo lo que ha pasado desde su noviazgo, en donde ella siempre ha dio todo y él nada, además de que no ha convivido con sus hijos. Y Eduardo dijo que tanto que perdonar no, sería más bien

recuperar la comunicación que no han tenido. Al preguntarles que necesitarían para empezarse a perdonar hablaron de la comunicación y la confianza. Además, Mónica comentó que en estos momentos se siente desesperada, ya que, no tiene dinero, por lo que le gustaría trabajar, pues no le gusta depender totalmente de Eduardo. Finalmente, se realizó un equipo reflexivo.

A partir de esta sesión, la pareja empezó a reportar cambios, ya que Mónica, habló de que ha empezado a ver la confianza de Eduardo, pues ya no la está checando por medio de llamadas de celular, y Eduardo comentó que se ha sentido más tranquilo, y ha notado que los enojos ya no son tan constantes y fuertes, además de que se preocupa por cómo acercase más a sus hijos. Y ante estos cambios se les pidió observar qué están haciendo diferente para que esto suceda, y en vista de que se han tenido buenos resultados con la tarea de comunicarse, se les pidió la continúen haciéndolo.

Ya para la sesión doce, Eduardo no pudo asistir, ya que consiguió un trabajo en donde en ocasiones sale fuera de la Ciudad. De esta manera, Mónica habló de que ha pensado mejor lo de trabajar y, decidió no hacerlo en este momento, ya que considera más importante estar con sus hijos, sin embargo, si las cosas en el negocio familiar continúan mal, buscará trabajo. Además mencionó que ha seguido notando cambios, y considera que por lo que solicitó la terapia ya se ha resuelto.

De esta manera, debido a que los cambios continuaron, para la sesión catorce se decidió iniciar con una evaluación del proceso terapéutico, para saber que faltaba. Así, al plantear el motivo de consulta, y preguntar a través de una escala cómo se encuentran en cuanto a la comunicación, en comparación de cuando llegaron por primera vez, tanto Mónica como Eduardo vieron una diferencia significativa, ya que ahora dicen sentirse en un 8 y 9 respectivamente, después de haberse ubicado en un 3. Este cambio lo observaron, a partir de que ahora pueden platicar, incluso de lo que les molesta, y no lo van guardando hasta que finalmente se reclaman; además notaron una mayor convivencia entre ellos. Y algo muy importante es que Mónica habló de que ahora asume y se responsabiliza de su enojo, y ya no culpa a Eduardo por este, lo cual identificó que fue posible a partir de ver en

él, el esfuerzo por cambiar, por lo que, ya no piensa en que lo que le hizo se lo tiene que pagar. Por su parte Eduardo estuvo de acuerdo en lo que dice Mónica, y además mencionó que ahora pasa más tiempo en familia, y con sus hijos. Así mismo, mencionaron que se sienten bien en este nivel de comunicación, pues se dan cuenta que no tienen que contarse todo.

Para la siguiente sesión, se trabajó de la misma manera, para evaluar la confianza en la pareja, en donde comentaron que, después de encontrarse en un 0 a 3, ahora se ubican de 7 a 9 de confianza, lo que se reflejó en que, ahora pueden hablar de lo que les molesta y mostrar sus errores, así como que ya no piensan en el desquite. Sin embargo a ambos les gustaría llegar al 10, por lo cual se les planteó que piensen en que, si esto no es un ideal, se encuentran en camino a ese ideal, y ese camino está lleno de altibajos, y resultaría difícil ubicar en donde se encuentra ese 10.

Así para la siguiente sesión, llegaron hablando de que efectivamente es difícil llegar a ese 10, sin embargo, siguieron haciendo cosas que les demuestra que su confianza ha mejorado, ya que ahora Mónica pudo platicar con más libertad acerca de sus amigos, o ex pretendientes, y Eduardo pueo ver cómo piropean a su esposa y, ya no se enoja como antes, pues están seguros que están porque quiere estar el uno con el otro. A lo que Eduardo mencionó que ahora buscan la manera de solucionar los problemas, no de hacerlos más grandes. Así se observó que la pareja ha manifestado cambios importantes en la forma de relacionarse, y sobre todo de comunicarse teniendo como antecedente la confianza, ya que ahora lo hacen más frecuentemente y de una forma más directa y clara. Por esta razón se hizo una devolución de lo observado y se les pidió pensar en qué es lo que faltaría por trabajar de acuerdo a su motivo de consulta inicial.

Así, para la sesión 17, comentaron que las cosas han seguido bien, ya que ahora cuando tiene alguna diferencia, la pueden platicar. Con respecto a la confianza, Mónica dijo que ahora nota a Eduardo más tranquilo, ya que al parecer, ya no está pensando en que lo engaña. Por su parte Eduardo, dijo se siente tranquilo, ya que ha observado que no le cuestiona en dónde está, qué está haciendo, y además se dio cuenta que ahora, el poco

tiempo que tienen juntos, platican de cómo se sienten. Aunque hablaron de que en este momento se encuentran muy preocupados y tristes por la enfermedad del papá de Eduardo. Al preguntarles de qué manera enfrentarían ahora los problemas que se les presenten. Mónica habló de que ahora, el dinero no es lo importante, sino que se disfrute a las personas, por ejemplo en este caso del papá de Eduardo, lo cual resulta muy diferente de la ocasión en que se encontraba molesta, porque Eduardo apoyaba a su familia económicamente. Y ahora piensa en apoyarlo porque quiere estar con él, y lo que a él le preocupa o afecta a ella también, y Eduardo manifestó que sí ha sentido este cambio en el apoyo de Mónica. Así mismo, ve diferente esta parte del desquite o reclamo de Mónica cuando no la apoyó, ahora ve que lo apoya y lo hace sentir bien. Así al retomar que es lo que faltaría por trabajar, a partir de los cambios observados, mencionaron que a pesar de estos cambios, debido al momento que se encuentran, sienten que no podrían enfrentarlos solos. Por lo que se les propuso, hacer una evaluación del proceso hasta este momento, y ver la posibilidad de trabajar como un segundo momento o etapa, la situación actual con respecto a la enfermedad del padre de Eduardo.

Así Mónica, comentó que ella piensa que por lo que ellos llegaron, ve que ya está resuelto, sin embargo tiene miedo de recaer por la tristeza que puedan pasar. Por su parte Eduardo está de acuerdo en que por lo que llegaron se ha solucionado, y sabe que con el apoyo de Mónica será más fácil enfrentar esta situación de su padre, lo cual manifestó, está siendo muy doloroso y difícil de enfrentar. De esta manera, se cuestionó qué recursos y herramientas reconocen que han adquirido para enfrentar estas situaciones difíciles. Y la pareja coincidió en que principalmente el poder hablar, tener la comunicación y confianza que les faltaba, ya que esto les permitirá apoyarse al 100%. Por lo que si alguien se encontrara en su situación, le aconsejarían que hablaran las cosas y no se quedaran callados, y si no les es posible que busquen ayuda.

Finalmente se devolvió la importancia acerca de esta etapa en el proceso, en función de los cambios reportados, ya que consideramos que su relación se ha fortalecido, y vemos que tienen las herramientas necesarias para enfrentar las problemáticas que vengan. Y en vista de que ambos están de acuerdo, en que se sienten preparados para enfrentar las situaciones

que estén por venir, se da por finalizado este proceso terapéutico, y se cito a sesión de seguimiento en un mes y medio.

En la sesión de seguimiento, la pareja comentó que considera que los cambios se han mantenido e incluso fortalecido, ya que, en estos momentos de enfermedad del padre de Eduardo, lo que los ha ayudado a sentirse mejor es precisamente el saber que cuentan el uno con el otro, para poder platicar y en el caso de Eduardo desahogarse. Por lo que, en este tiempo han sentido fortalecida su comunicación y confianza no sólo como pareja, sino como familia, ya que ambos se han acercado más con sus hijos.

A partir de esto, el equipo los felicitó, por comprometerse en su proceso, ya que esto es lo que les ha permitido comunicarse mejor y tener mayor confianza como pareja, haciéndoles ver que el trabajo lo han hecho ellos, nosotros solo los acompañamos, por lo que consideramos que están listos para seguir adelante solos. Sin embargo, se les aclara que en cualquier momento que ellos consideren necesitar nuevamente de este apoyo, no duden en solicitarlo, ante lo cual Mónica y Eduardo estuvieron de acuerdo y se da por finalizado el proceso formalmente.

Hipótesis inicial

Mónica muestra cambios importantes de acuerdo a la etapa del ciclo vital de la pareja y familia, que en su caso es la del desarrollo, ya que su hijo está en la pubertad, y su hija es escolar. Y debido a esto, al ser cada vez más independientes de ella, y tener más tiempo libre para sí misma, le permitió realizar una evaluación de su proyecto de vida individual y de pareja, y cuestionarse acerca de su realización personal, situación que provocó una crisis en la pareja, la cual, se vio reflejada en la desconfianza que sienten Mónica y Eduardo.

Plan terapéutico

Objetivos terapéuticos

- ✓ Establecer a partir de las cuatro alternativas que tiene una pareja, por cuál desean trabajar en este espacio. A partir de esto se rastreo sobre qué **quieren** cada uno, qué **decisiones** tomarán, y que están dispuestos a hacer (**esfuerzo**) para lograrlo.
- ✓ Promover una comunicación más directa y clara en la pareja.

Intervenciones empleadas

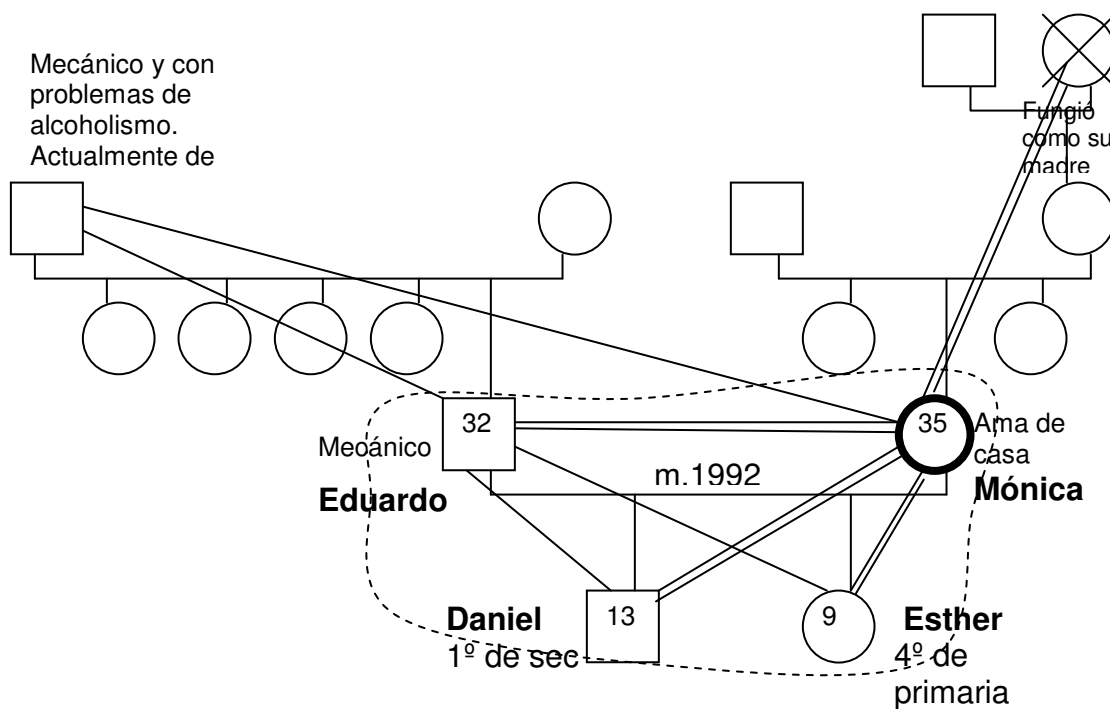
En la tabla siguiente, se presentan las principales estrategias que se utilizaron a lo largo de este proceso, con la finalidad de lograr los objetivos antes mencionados.

Encuadre y Unión	<i>La terapeuta explicó la forma de trabajo en el Centro, y trabaja en la unión con la pareja.</i>
Normalización	<i>*Se normalizó la problemática que presentan: “falta de comunicación desde el inicio de su matrimonio, debido a que se casaron muy jóvenes” *A través de un mensaje del equipo se normalizó la nueva actitud de Mónica de acuerdo a su ciclo vital: “La nueva actitud de Mónica puede estar relacionada a que sus hijos, ya crecieron y cada vez son más independientes de ella, y como ella hasta el momento había estado dedicada a ellos, ahora se da cuenta que tiene más tiempo para ella, y desea hacer cosas que no había podido. Por su parte Eduardo en estos momentos tendría</i>

	<p><i>que adaptarse a los cambios de su esposa”</i></p> <p>*Por otra parte, también como mensaje del equipo se les dijo:</p> <p><i>“Qué el hablar y discutir sobre lo que les molesta, no está contrapuesto para que la relación crezca, si no, todo lo contrario, más bien es un primer paso”</i></p>
<p>Tarea a casa</p>	<p>*Se les pidió que pensarán que desean trabajar en este espacio</p> <p>*Tarea de fórmula: ¿Que reflexionen sobre: ¿Qué cosas están bien en su matrimonio y quieren que continúen igual? y, ¿Qué cosas quieren que cambien en su matrimonio?</p> <p>*Se les pidió practiquen el ejercicio de escenificación en este tiempo que no nos veremos (este ejercicio se dejo de tarea en varias sesiones, ya que se observó estaba teniendo resultados).</p>
<p>Preguntas de soluciones</p> <p>Preguntas de excepciones</p>	<p>*A partir de un incidente que sucedió cuando Mónica conducía, y Eduardo actúo diferente, se les pregunta:</p> <p>¿En qué otros momentos han manejado así la situación?</p> <p>A partir de esta pregunta:</p> <p>¿Qué identifican que hicieron diferente en la fiesta?. Con la finalidad de amplificar el cambio observado.</p> <p>A Mónica ¿Cómo hizo para llegar a la conclusión de responsabilizarse de su enojo? Y a Eduardo ¿Cómo hizo para decidir estar más</p>

<p><i>Intensificación de los cambios</i></p> <p><i>Pregunta orientadas a futuro, o constructivas</i></p>	<p>tiempo con su familia?</p> <p>¿Qué puede hacer cada uno para que estos cambios observados continúen?</p> <p>Y ¿Cómo pueden apoyar al otro para que mantenga esos cambios?</p> <p>¿Qué están haciendo diferente para que se den estos cambios?</p> <p>¿De qué manera el que Eduardo, ya no te cheque hace diferente la relación?</p> <p>*¿Qué tengo que hacer para confiar en el otro? Y si no logro tenerle confianza ¿Qué va hacer cada uno con esa desconfianza?</p>
<p><i>Escenificación</i></p>	<p>*Se les pidió que se sentaran de frente el uno al otro, y se dijeran en primera persona, mirándose a los ojos: ¿cómo se sienten en esta relación?</p>
<p><i>Preguntas de Escala</i></p>	<p>En las últimas sesiones, y en función de los cambios observados, se les pidió que ubicaran en una escala del 1 al 10, en donde 1 es menos, y 10 el máximo. Haciendo una comparación de cuando llegaron a diferencia de este momento, ¿cómo están con respecto a su comunicación, y a la confianza entre ellos?</p>
<p><i>Considerar al problema como a un amigo</i></p>	<p>En la última sesión como una forma de evaluación, se les preguntó ¿qué han aprendido de esta situación difícil, y que le dirían a un amigo, o a una pareja que estuviera en una situación similar a la que los trajo a terapia?</p>

Familiograma al finalizar el proceso terapéutico



Evaluación del proceso terapéutico

Este caso aunque se trabajó bajo el enfoque de Terapia Breve Centrada en Soluciones, se consideraron aspectos del Modelo Estructural para analizar la problemática y tener mayor claridad de las funciones, límites, roles no sólo a nivel de la pareja, si no como familia, a partir de lo cual, se plantearon algunas de las intervenciones y se evaluó el efecto a nivel estructural.

Por otra parte, considero que fue muy oportuno trabajar bajo el enfoque de Soluciones, ya que como se puede observar, al inicio del proceso la pareja se mostró muy desmotivada con respecto a su relación, e incluso pensando en una posible separación, y al resaltar los recursos y posibilidades que tienen como pareja vieron su relación de forma diferente, con respecto a esto, algunos de los recursos identificados en esta pareja fueron:

- ✓ Tanto Mónica como Eduardo desean que su relación mejore.
- ✓ Ambos miembros de la pareja manifiestan estar satisfechos con el otro en cuanto a que: lo consideran un buen esposo(a) y padre (madre). Y por otra parte dicen estar satisfechos sexualmente el uno con el otro.
- ✓ Mónica ha tomado terapia individual, y asiste a un grupo en donde dan pláticas a mujeres, en el mismo Centro Mc Gregor

Todo esto permitió mostrarles un enfoque de mayores posibilidades y ampliar su visión no sólo en lo personal y de pareja, sino también en lo familiar, en la relación con sus hijos, ya que considero que después de este proceso se ven diferente como familia.

Como terapeuta fue maravilloso y en ocasiones sorprendente ir observando los cambios producto de las intervenciones, el observar esta transformación de una pareja en conflicto con dudas con respecto a posibles infidelidades y reclamos, llegar hasta escuchar sentirse apoyados mutuamente, poder hablar de los problemas y aciertos, me hacer ver que en definitiva hubo un impacto en la manera de cuestionar desde esta visión, en la cual he de confesar me sentí muy cómoda.

EXPEDIENTE 2

Datos generales

Nombre de la paciente: Lorena Huerta Armendariz

No. de sesiones: 12

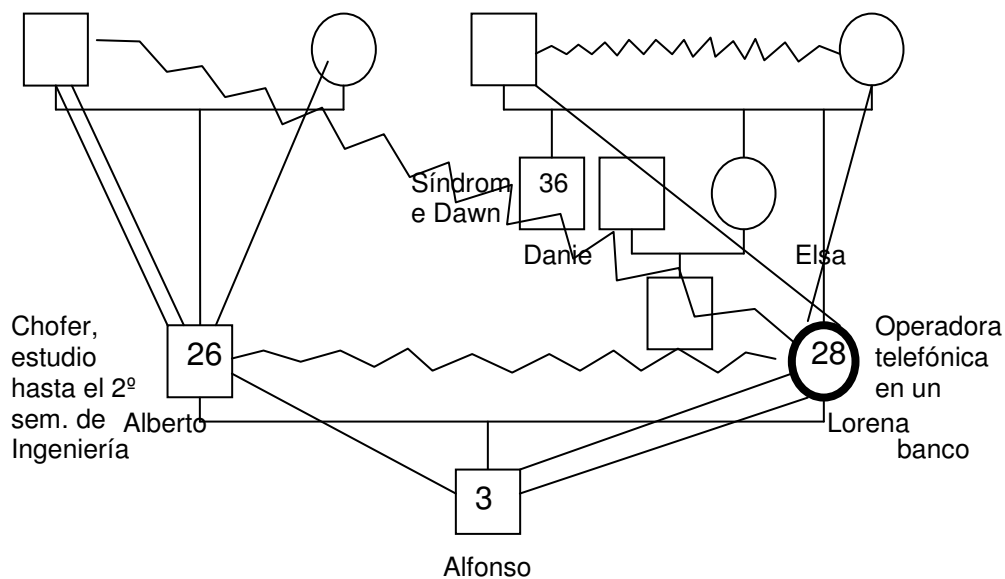
Terapeuta: Elvia Luisa Alfaro Bravo

Supervisora: Mtra. Carolina Díaz Walls

Modelo: Milán

Fecha: 17 de octubre de 2005 al 2 de junio de 2006.

1. *Familiograma*



Motivo de consulta

La paciente solicitó apoyo psicológico, ya que menciona que a lo largo de su vida ha tenido muchos problemas, como por ejemplo la desunión familiar, abuso sexual a los 5 años de edad, y actualmente problemas con su pareja, todo esto le ha ocasionado un estado de ánimo confuso, en donde se siente culpable. Por otra parte, mencionó que se le dificultaba resolver sus problemas, ya que en lugar de resolverlos se hacían más grandes.

Presentación del caso

Se trata de una paciente, Lorena de 28 años de edad, que acude al Centro de Servicios Psicológicos, de la Facultad de Psicología, UNAM. Lorena comenta que a lo largo de su vida ha tenido muchos problemas, y actualmente tiene estados emocionales confusos y

sentimientos de culpa, así como dificultad para resolver sus problemas. Aunque señaló, que su principal problema es la relación con Alberto, con vivía en unión libre desde hace 3 años y tuvo un hijo, Alfonso de 3 años. Además señaló que Alberto la hacía dudar de ella.

El caso se trabajó principalmente bajo el Modelo de Milán, que tiene como piedra angular “el juego familiar”, concepto ciertamente abstracto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tiene unos de otros, de sí mismos, y de la familia en su conjunto.

Definición del problema

Al ser la paciente, la principal proveedora de su familia, ejerciendo doble jornada, pues también atendía a su hijo, esposo y casa. Debido a que Alberto no hacía suficiente para cubrir las económicas ni domésticas de la familia; provocó en la paciente un estado de insatisfacción, y un alto grado de estrés.

Resumen de la evolución del tratamiento

Sesión 1 a 3: Se exploró el problema y sus antecedentes, para definir el objetivo. Se observó a la paciente muy enojada y desesperada.

Sesión 4 a 7 : Lorena se encontraba muy deprimida, además comentó que la operarían de las vías urinarias. Se trabajó para identificar la pauta de relación entre ella, su hijo y Alberto. Así mismo se le mencionó la importancia de llegar a acuerdos como padres por el bienestar de Alfonso.

8 a 11: Al identificar la pauta se le pidió a Lorena que dejará que Alberto se hiciera cargo de su hijo, es una tarea que se trabajó hasta el final del proceso. Alberto no respondió, lo cual provocó que la tristeza de Lorena se convirtiera en coraje, lo que la llevó a la separación definitiva. A partir de esto, se observó a una Lorena más tranquila y segura, que fue capaz de transmitir esto a su hijo.

Cuando se hizo el primer contacto telefónico con la paciente, Lorena comentó que tenía 3 años de vivir en unión libre con Alberto, con quien tiene un hijo llamado Alfonso de 3 años. Además dijo que en estos momentos vivían en casa de los padres de ella. La paciente reporta que a lo largo de su vida ha tenido muchos problemas, como desunión familiar, abuso sexual, y actualmente problemas con su pareja, lo cuál le genera estados emocionales confusos y sentimientos de culpa.

Además dijo tener problemas para resolver sus problemas. Lorena comentó que todo esto le sucede desde hace 9 años. Al explorar acerca del abuso sexual, la paciente dijo que lo sufrió a la edad de 5 años, pero que actualmente no tiene problemas por esto, si no, más bien que su principal problema es la relación con Alberto, quien continuamente la hace dudar de sí misma, al decirle que ella “siempre ve mal las cosas”, debido a que en estos momentos ella se siente totalmente responsable de la economía de su hogar, y ella piensa que quien debería serlo es precisamente su esposo Alberto, ya que “ha ella le enseñaron que el hombre es quien debe proveer a la familia, no la mujer”. Esta situación le genera tanto malestar que ha pensado en separarse de su marido.

En la primera sesión, se siguió explorando sobre cómo Lorena entiende esto de no poder resolver sus problemas, lo cual, para la paciente tiene que ver con el dudar de sus pensamientos, sobre todo, en cuanto a lo que piensa de Alberto, ya que al sentirse totalmente responsable del sostén de su familia, no entiende cómo Alberto no se preocupa por encontrar un mejor trabajo, y hacerse cargo de la familia, ya que por el contrario cada vez se hace de más deudas. Otro aspecto que le molestó es que debido a esto, no pudo dejar de trabajar para quedarse al cuidado de su hijo, ya que le da mucho dolor y culpa, tener que dejarlo al cuidado de sus padres. Por otra parte también le molestó que Alberto, no la apoye con el cuidado del niño. Y ante todo esto, Lorena cree que está mal pensar así.

Al explorar más sobre cómo inició la relación entre Lorena y Alberto, la paciente dijo que en un principio cuando empezaron a vivir juntos, se sentía bien, pero es a partir del nacimiento de su hijo, que todo cambia y empezó a sentir esta sobrecarga, en cuanto a la

responsabilidad de su familia. De esta manera, se normalizó su sentir, a partir de la etapa del ciclo vital por el que atraviesa.

Después de escuchar cómo es que la paciente entiende su problemática, se consideró pertinente ir aclarando, qué es lo que le gustaría trabajar en este espacio, a lo que Lorena comentó que le gustaría aprender a controlar lo que siente, y no tener que aguantárselo; por lo que le gustaría iniciar a trabajar en su relación con Alberto. De esta manera Lorena manifestó estar muy enojada, porque las cosas con Alberto están mal, después de haber estado bien, y ahora lo que más le preocupa es la inestabilidad económica de éste, sobre todo por el futuro de su hijo. De esta manera, el equipo y la terapeuta validaron el enojo de Lorena, al sentirse totalmente responsable y preocupada por el futuro de su hijo.

La sobrecarga y desesperación de Lorena, va en aumento, ya que en estos momentos además no tiene quien le cuide a su hijo, por unos días, y sabe que no cuenta para nada con Alberto. Con todo esto, se cuestionó su derecho de sentirse descansada, y con la libertad de tener otras actividades además de trabajar y cuidar a su hijo, ya que ve que Alberto tiene derecho de levantarse tarde y ser atendido por ella. Por todo esto, Lorena sintió que tiene muchos problemas, por todos lados, con sus papás, quienes se pelean todo el día, con Alberto y con Alfonso quien últimamente se ha portado muy rebelde.

De esta manera, Lorena llegó muy deprimida a la cuarta sesión, y dijo estar tomando antidepresivos, los cuales en un principio la hicieron sentir mejor, pero ahora se siente como drogada, y esto aunado a que la van a operar de las vías urinarias, la llevaron a suspender su consumo. Debido a esta operación, la paciente se encuentra muy nerviosa y con mucho miedo, lo cuál se normalizó por la terapeuta. Y aunque comentó que las cosas han seguido igual con Alberto y Alfonso, también describió un evento en donde Alberto se hizo cargo de su hijo; a partir de esto se exploró dicho evento con la finalidad de identificar la pauta en esta relación, y se observó que cuando Alberto cuida de Alfonso, en ocasiones lo regaña para corregirlo, y éste llora, y con tal de que Alfonso no lllore o haga berrinches, Lorena va por él y termina cuidándolo, lo cual promueve el distanciamiento de Alberto con su hijo. A partir de ésta observación, la terapeuta devolvió a Lorena la dificultad de Alberto

para acercarse a Alfonso, por lo que señala sería conveniente llegar a cuerdos como padres con respecto a la educación de Alfonso. Aunado a esto, está el hecho de que Lorena tiene la expectativa de que Alberto cambie, en cuanto a que se dé cuenta que, tanto ella como él tiene los mismos derechos y obligaciones, por lo que le gustaría la apoyará más con el niño. Por lo cual, la terapeuta extendió a través de Lorena una invitación a Alberto para trabajar en este espacio. Además, en esta sesión se le devolvió su participación en la pauta identificada, y finalmente se le preguntó ¿si está dispuesta a hacer algo diferente?, ante lo que Lorena contesta que sí. De esta manera, se le propuso que en estos 15 días, deje a Alfonso más tiempo con Alberto. Así, cada 3er día va a dejar a su hijo de manera propositiva con su papá, primero 15 minutos, y en la segunda ocasión va aumentar 15 minutos y así sucesivamente; y se le señala que su tarea es dejarlos solos, manteniéndose aislada de ellos y sólo va a observar que ocurre; la tarea de Alberto es cuidar de Alfonso; y la tarea de Alfonso es estar con su papá. Por otra parte, debido a su angustia por la operación, se decidió citarla en 8 días.

Así, la siguiente sesión tuvo como objetivo dar contención y desahogo a Lorena, por lo de su próxima operación. Ante lo que finalmente Lorena comentó que sólo son nervios, y que lo que más le preocupa es que Alberto no la apoyará en el cuidado de su hijo, mientras ella se recupera. Pero debido a que se observó que logro hacer la tarea de dejar a su hijo con Alberto, y esto la hizo sentir más tranquila y relajada; pero sobre todo le permitió darse cuenta de que a su hijo no le pasa nada cuando está con su papá. La terapeuta reencuadro el evento de la operación como una oportunidad para hacer cosas diferentes, y así le propone que tome como pretexto su recuperación, para dejar de hacer cosas, y permitir que Alberto se haga cargo de Alfonso el mayor tiempo posible, lo cual acepto muy convencida.

De esta manera, pasó un mes después de la operación, y a partir de esta sesión se notó a una Lorena más tranquila y relajada. Y al explorar cómo le había ido con la tarea, la paciente comentó que aunque Alberto no la apoyó como esperaba, reconoce que paso más tiempo con Alfonso, y que además se plancho su ropa y lavo las mamilas. Sin embargo, Lorena comentó un pleito que tuvo con Alberto, en donde éste la acusaba de que él se pelea con sus padres (de él).

Ante este evento, Lorena reaccionó muy molesta, al grado de correrlo de su casa, ya que ve que Alberto no tiene interés de resolver la situación, por lo que lo mejor sería que cada quien tomara su camino. Además mencionó que Alberto no la cree capaz de correrlo, pero Lorena muy segura afirmó que sí es capaz, ya que se ha dado cuenta que puede resolver sus cosas sola, y que no lo necesita, ya que, ya no se siente amarrada. En vista de estos cambios, la terapeuta explora cómo es que se dio cuenta de esto, a lo que Lorena dijo que este tiempo de recuperación le permitió estar más relajada y pensar las cosas. También se exploró si seguía tomando los antidepresivos, pero Lorena ya no los volvió a tomar.

Nuevamente pasó un mes para ver a Lorena, y en esta ocasión llegó con la noticia de que Alberto, ya se había ido de su casa. Al explorar la causa, Lorena comentó que fue nuevamente por un problema con la familia extensa, en esta ocasión, Alberto le dijo que “ya no quería vivir ahí, en donde él no era el hombre de la casa”. Ante esta situación, Lorena se sintió triste, pero más que eso le preocupa su hijo. Desde este momento, la comunicación con Alberto se volvió inconstante, al igual que la convivencia de éste con Alfonso. En estos momentos Lorena todavía tenía la esperanza de volver con Alberto, e incluso le interesaría que él asistiera a la terapia (nuevamente se extiende la invitación). Ante lo sucedido, la terapeuta le señaló la diferencia entre la relación de pareja y de padres, así como la importancia de llegar a acuerdos como padres de Alfonso, por el bien de éste.

Posteriormente, al hablar Lorena con Alberto, acordaron que vería a Alfonso los fines de semana, situación que no se cumplió del todo, así mismo, acordaron le daría dinero para los gastos del niño, situación que tampoco se cumplió, ya que Alberto sólo le lleva algunas cosas al niño de vez en cuando. Sin embargo, Lorena se ve más tranquila, e incluso al no ver respuesta de Alberto por venir a la terapia, la paciente dijo que ya hizo el último intento por convencerlo. De esta manera, la tristeza de Lorena se transformó en coraje hacia Alberto, y dijo que sólo espera se haga responsable de su hijo; a lo cual, como parte del equipo, se le dijo que sería mejor que no esperara más que Alberto se responsabilizará, ya que había dado muchas pruebas de lo contrario.

Con todo esta situación, Lorena ha estado muy preocupada por Alfonso, quien ha pasado de estados de tristeza a coraje, sin embargo cada vez lo nota más tranquilo, además la paciente dijo sentirse mejor, ya que se dio cuenta que vale mucho, y que no necesita de nadie. De esta manera, en la sesión 10, Lorena nuevamente mencionó que nota a su hijo más tranquilo, aunque ha tenido problemas en el control de esfínteres. Además, comentó que Alberto le ha dicho que los extraña y que los quiere llevar a vivir a otra casa, lo cual le pareció absurdo, ante todo lo que ha hecho, por lo que no le cree. De esta manera, se le propuso que piense en estos cambios de Alberto como una oportunidad, para negociar lo que necesita en esta nueva relación, sobre todo en el aspecto de padres; y de esta manera se dé tiempo para pensar si quiere regresar, considerando los cambios de Alberto en acciones. Y al ver los cambios que ha habido en la paciente se decidió hacer una evaluación de cierre, preguntándole a Lorena cómo se sentiría con la posibilidad de dar por finalizado el proceso, ante lo que responde, que en verdad se siente fortalecida y muy diferente de cuando llegó, sobre todo más tranquila y segura de lo que quiere. Ante esto, se le propuso ir cerrado el proceso y tener una sesión de seguimiento en cuatro meses, lo cual acepto muy entusiasmada.

En esta última sesión con Lorena, se mostró convencida y firme de no regresar con Alberto, ya que ha seguido viendo sólo irresponsabilidad de su parte para con Alfonso; por lo que se siente segura de salir adelante con su hijo. Además dijo sentirse feliz y orgullosa de ella, pues se considera capaz de salir adelante. Por otra parte, señaló el cambio que ve desde la primera vez que llegó a ahora. Por todo esto, la terapeuta la felicita de parte del equipo, y le devuelve la claridad y seguridad que vemos en ella, de la misma manera se le señaló, el cómo ahora ve la diferencia de lo que le toca a ella, y lo que le toca a Alberto en esta nueva relación. Así mismo, se le dijo que no se apresurara para tomar la decisión de volver con él, y se cierra el proceso de manera formal.

Hipótesis inicial

Hipótesis diacrónica

El mito familiar en este caso, se sustentó en cuestiones de género, en donde la mujer debe cumplir con un rol tradicional, de ama de casa y cuidadora de sus hijos, en tanto que el hombre cumple el rol de proveedor. Esta situación llevó en principio a cuestionar a Lorena sobre el hecho de casarse, ya que ella cree que al hacerlo, inmediatamente pasa a ser propiedad de su esposo, situación que no está dispuesta a vivir. Ante todo esto, Lorena se encontró en un dilema, ya que dijo no aceptar este juego familiar, sin embargo, manifestó que desea que su esposo sea el principal proveedor de la familia y así ella pueda dedicarse de tiempo completo al cuidado de su hijo; situación que al no cumplirse, y ser ella el principal proveedor, mientras que su esposo juega una posición más pasiva, generó en ella mucha frustración, e impotencia que conlleva finalmente a un grado alto de estrés y sobrecarga.

Hipótesis sincrónica

A partir de que Lorena, asumió el rol de principal sostén económico de su familia (esposo e hijo), su esposo Alberto asumió una actitud más pasiva y periférica, en cuanto a buscar un “mejor trabajo” como ella lo denomina; a partir del cual pudiera asegurar el futuro económico de su familia. Esta situación le creó insatisfacción y estrés por el compromiso que esto significa.

Intervenciones empleadas

A lo largo de este proceso terapéutico, se realizaron diversas intervenciones. Desde el primer contacto que se realizó con la paciente vía telefónica, aportó información valiosa, que permitió iniciar con la elaboración de las hipótesis. Por otra parte, un aspecto que ha sido fundamental en el proceso es, la alianza que se trabajó con la paciente, la cual, me permitió generar un ambiente de confidencialidad y respeto, que se ve reflejado en el trabajo que ha hecho la paciente a lo largo de las sesiones.

A continuación se señalan de manera más específica las intervenciones que se emplearon en este caso:

<i>Neutralidad</i>	<p>En este caso sólo se trabajó con Lorena, y aunque se realizaron varios intentos para que asistiera su esposo Alberto, esto a partir de la necesidad de la paciente, finalmente no fue posible.</p> <p>Debido a esto no fue posible manejar la neutralidad tal como la trabaja el Equipo de Milán, sin embargo a lo largo del proceso se tuvo presente la influencia de cada uno de los miembros de la familia involucrados al momento de planear, o llevar a cabo las intervenciones.</p>
<i>Circularidad</i>	<p>Se realizó un cuestionamiento circular, considerando el pasado ¿cómo era antes de sentirse así, para conocer cómo se formó esta familia, y cuándo empezó a identificar este problema?; presente ¿qué pasa en estos momentos, que se dio la separación, con ella, con su hijo, y con Alberto? ; y el futuro ¿qué perspectivas tiene hacia el futuro, con respecto a esta relación de pareja con Alberto, y como padres, así como lo que se refiere a su hijo?</p> <p>Se cuestionó con respecto a los acuerdos, diferencias y</p>

	<p>explicaciones que se da la paciente ante su problemática. De esta manera, se ha explorado la relación de la paciente con su esposo desde el inicio, hasta el día de hoy, así mismo la relación entre ella con su hijo, y de su hijo con su padre. En este mismo sentido, se ha cuestionado sobre los acuerdos y desacuerdos que ha tenido en su relación de pareja, y como padres de Alfonso, fomentando una perspectiva hacia el futuro, por el bienestar de su hijo.</p> <p>También se señalaron y cuestionaron los cambios que ha tenido la paciente, en función del antes y el ahora, para que identifique que ha hecho: Cuando comentó del evento en que salió con sus amigos y lo disfrutó; Cuando habló de que ahora se siente segura y capaz de enfrentar la vida, sin necesitar de nadie; Cuando pensó en buscar la posibilidad de independizarse, y vivir en una casa sola con su hijo.</p> <p>Ante la separación de su esposo, se cuestionó a la paciente, sobre las posibilidades de regresar y la separación definitiva, para apoyar a que concrete sus planes; también sobre sus expectativas en cuanto a la relación con Alberto, y con Alfonso, así como las dificultades que tendrá que enfrentar.</p>
<p><i>Normalización</i></p>	<p>En varias ocasiones se normalizó la situación de la paciente, lo que ha ayudado a apaciguar su angustia, y a que vea la situación de manera diferente. Por ejemplo, los problemas de pareja como parte de la etapa del ciclo vital; la sobrecarga de responsabilidad, que la lleva a una situación de frustración y estrés alto; de igual manera las actitudes y respuestas de su hijo a estos momentos que está viviendo.</p>

<i>Revelación del juego familiar</i>	Cuando se le devolvió a la paciente su participación en la pauta de interacción con Alberto y Alfonso, ya que esto dio pie a que hiciera algo diferente, y dejara de hacer, para permitir que Alberto hiciera; lo cual, al parecer le dio buenos resultados, ya que se sintió más liberada y tranquila, y pudo darse cuenta que Alberto es capaz de cuidar a Alfonso, y que a éste no le sucede nada si no está con ella.
---	---

Evaluación del proceso terapéutico

En la última sesión con Lorena, pude verla realmente fortalecida, y sobre todo clara y firme de lo que desea para ella, y para su hijo, lo cuál me habló de los cambios que se dieron durante este proceso terapéutico. Los cuáles tuve la oportunidad de observarlos a lo largo de las últimas sesiones, en donde Lorena habló de que ahora se valora, se sabe capaz de seguir adelante, se siente feliz y satisfecha, por lo que consiguió sentirse más tranquila. A partir de esto, el caso tuvo un cierre emotivo y satisfactorio.

El trabajar este caso bajo el Modelo de Milán, me permitió tener una visión diferente de la familia, ya que el tratar de descubrir el juego familiar, así como conocer y entender las creencias y valores de la paciente, en definitiva te confronta con las tuyas. Y precisamente, esto es lo que me resultó interesante y atractivo del Modelo.

Cabe señalar que desde el inicio al plantear las hipótesis fue un poco complicado, ya que como se señaló se trata de un caso individual y nunca fue posible tener contacto directo con Alberto y Alfonso. Sin embargo, a partir del cuestionamiento fue posible, plantear las hipótesis considerando a tres generaciones en la familia, lo cual permitió conocer las creencias e ideologías en las que se fundamenta la problemática de la paciente, las cuales estaban enfocadas principalmente a esta cuestión de género y tradición, en donde el hombre es el proveedor del hogar y la mujer debe cumplir un rol tradicional de ama de casa y

cuidadora de sus hijos. En donde al no cumplirse estas expectativas generó en la paciente, sobre carga y frustración. Además todo ello, despertó más curiosidad por lo que sucedía con los otros miembros de la familia, principalmente con Alberto.

De esta manera, las hipótesis planteadas fueron una guía en el proceso terapéutico y permitieron cuestionar las creencias e ideologías de Lorena acerca del género y el rol tradicional, lo que nos llevo a que se vea con mayor tranquilidad y sobre todo seguridad, al hacerse responsable de su hijo, sin el apoyo de nadie, mostrando mayor seguridad en la toma de decisiones confirmando así las hipótesis.

Por otro lado, es importante señalar que aunque fue difícil cuidar la neutralidad y dedicar un tiempo equivalente a cada miembro de la familia, tanto como equipo como terapeuta, siempre consideramos y reconocimos a todos los miembros de la familia que iban surgiendo, y prueba de esto, es que se pudo conocer al menos tres generaciones de esta familia, lo que nos permitió saber más acerca de las creencias e ideologías de la paciente y hacer evidente la pauta de interacción con Alberto y Alfonso“ Ante la pasividad e irresponsabilidad de Alberto, Lorena trató de cubrir las necesidades de su familia, y específicamente con lo que respecta a Alfonso, cuando Alberto se hace cargo de su hijo, y lo regaña para educarlo, éste llora y hace berrinche, ante lo que Lorena lo consuela y cuida, haciendo así más grande la distancia entre Alberto con su hijo. Todo esto llevó a Lorena, a un estado de sobrecarga y estrés”. Al tenerlo claro, a Lorena le permitió identificar la parte que le toca a ella, así como la que le toca a su hijo y la que le toca a Alberto. Lo que la lleva a no tener más expectativas de que Alberto cumpla con su responsabilidad, dándole así mayor tranquilidad.

Finalmente quisiera señalar que trabajar bajo el Modelo de Milán resultó complejo, ya que como señalé al no tener presentes a todos los miembros de la familia, no fue posible hacer ciertas intervenciones, sin embargo, me dio la oportunidad de acercarme a la terapia de una forma diferente y por lo tanto, ver a la paciente dentro de su contexto familiar rodeado de creencias, valores, mitos, rituales que de manera directa la afectan y en este caso algunos de ellos la incomodan, por lo que, el cuestionar esta forma de ver su mundo

aunque no fue tarea fácil, valió la pena, ya que Lorena pudo ver de una manera más clara todo lo que la rodea y a partir de esto separar lo que a ella le toca como persona, esposa y madre.

1.2 Análisis y discusión teórico- metodológica de la intervención clínica con familias.

Como señala Limón (2005), a pesar de que las voces “terapia” y “psicoterapia” se nos presentan como significativamente unívocas, en la actualidad estamos hablando de términos polisémicos que pueden llegar a describir una amplia y disímil gama de modelos y formas de intervención o tratamientos, algunos de éstos provistos de un prestigio que los ha hecho perdurar a lo largo de muchas décadas.

Y que mejor ejemplo que la Terapia Familiar Sistémica, bajo la cual se han desarrollado una diversidad de modelos de intervención, que aunque parten de la misma epistemología y comparten el fundamento teórico, cada uno tiene un perfil muy particular para abordar el problema. Por lo que, al conocer y profundizar en la diversidad de modelos propios de la Terapia Familiar Sistémica, me resultó enriquecedor, ya que me enfrentó a cambiar la visión continuamente, de acuerdo no sólo al caso sino al modelo que se estaba aplicando, ya sea de manera directa o detrás del espejo. Todo ello me brindó un panorama amplio del manejo de las intervenciones de cada uno de los modelos revisados, lo que me permitió ir definiendo un estilo terapéutico acorde a mi persona como terapeuta.

Es así como tuve la oportunidad de conocer y profundizar en modelos llamados modernos de los decenios de 1970 a 1989, y posmodernos a partir de 1990. Al respecto, me parece importante destacar que independientemente de la época y el tiempo en que cada uno de estos modelos se propuso siguen vigentes actualmente, tan es así, que uno de los modelos que se retomó continuamente en la mayoría de los casos atendidos fue precisamente el Estructural, modelo pionero en este campo.

Quizá, porque conocer en un primer momento la estructura familiar, nos da la pauta para elaborar un diagnóstico y proponer un plan de intervención aunque éste corresponda a un modelo distinto al Estructural. Pues conocer todos los modelos y contar con una fundamentación teórica sólida de ellos, me permitió en el momento indicado hacer uso de las herramientas aprendidas sin percatarme en el momento cuál correspondía a un modelo específico.

Es importante mencionar que el conocimiento y aprendizaje de las bases de la Terapia Familiar son muy importantes en la formación como terapeuta, ya que debido a esto se han ido desarrollando nuevos modelos.

Por otra parte, visualizar un mapa familiar, a través del uso del **familiograma**, ayudó a formular hipótesis acerca de las áreas de la familia que funcionaban correctamente e identificar en cuales no ocurrió lo mismo, también ayudó a determinar objetivos terapéuticos. Razón por la cual, en la mayoría de los casos sino es que en todos, aunque se trabajara bajo otro modelo terapéutico siempre se elaboró un familiograma que sirvió de guía para el trabajo con la familia.

Como ejemplo puedo mostrar los casos presentados en este reporte, que aunque se abordaron bajo el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones y el Modelo de Milán, se utilizó el familiograma como una herramienta básica.

Hablar de estos modelos es destacar la postura tan distinta que hay que adoptar en cada uno de ellos, ya que mientras la Terapia Centrada en Soluciones enfatiza los recursos y posibilidades de las personas más que la patología o problemas (O'Hanlon y Weiner, 1989), el Modelo de Milán, tiene como piedra angular "el juego familiar", concepto ciertamente abstracto que engloba las relaciones de los miembros del sistema, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos, y de la familia en conjunto (Inmaculada, 1995).

De manera más específica, quiero mencionar que la intervención en la pareja de Mónica y Eduardo, abordado bajo el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, considero que las intervenciones como: normalización, elogios y preguntas de soluciones (de excepciones, orientadas al futuro o constructivas e intensificación de los cambios) principalmente, permitieron que esta pareja pasara de pensar en una separación, a ver sus recursos y posibilidades. Además, las premisas que sustentan el modelo, sobre todo la que dice que “no hay una única forma de ver las cosas” (O’Hanlon y Weiner, 1989), permite que el terapeuta se vaya ajustando al modelo en función de las demandas de la familia.

Este modelo, desde mi punto de vista, fue con el que más me sentí identificada, por la amabilidad del modelo en términos de la facilidad de sus estrategias centradas desde lo positivo, y por otro, la manera práctica y concreta de la aplicación de las técnicas.

En el segundo caso, el de Lorena abordado bajo el Modelo de Milán, en lo personal implicó un reto, ya que como menciona Hoffman, (1987) para llevarlo a la práctica de la manera más idónea, es importante que se cuente con bases psicoanalíticas, y una actitud especial capaz de llevar a cabo ciertas intervenciones, que para algunos podrían resultar imposibles de implementar. Por lo que la principal técnica utilizada fue el cuestionamiento circular, el cual, me permitió conocer hasta tres generaciones de Lorena, así como sus creencias, valores, mitos, que sustentan el juego familiar.

Nunca me sentí experta en este modelo, fue difícil para mí apropiarme de él debido a que no tuve la oportunidad de aplicar todo el modelo en su extensión por lo que sólo hice uso de algunas técnicas clásicas del modelo como fue el cuestionamiento circular.

A pesar, de que los casos se trabajaron desde perspectivas teóricas y metodológicas distintas, en ambos surgió como eje de investigación para abordarlos y comprenderlos mejor, el tema de la violencia de género. Estas dos mujeres Mónica y Lorena, vivían dentro de una estructura familiar, privilegiada por lo patriarcal, lo cual estaba tan arraigado y tan naturalizado que les resultaba difícil moverse de lugar. Sin embargo, considero que se logró en cierta medida por medio del proceso terapéutico, hacer visible estos rasgos de violencia,

pudimos lograr cambios en su actitud y sobre todo en su forma de verse. Mónica y Lorena, lograron cierto poder sobre sí mismas, al cuestionar estos modelos socioculturales, arraigados como un deber ser y como una naturalización de los roles de género.

Con base en lo anterior, puedo decir que el sustento teórico y metodológico de la Terapia Familiar Sistémica además de que es sólido, resulta basto para abordar cualquier problemática de tipo individual, de pareja y familiar, y desde diferentes ejes temáticos, debido principalmente a la diversidad de modelos que han surgido de este enfoque psicoterapéutico, lo que permite que como terapeuta elijas aquel con el que te sientes más cómodo y sobre todo más identificado. Además de que, dichos modelos son flexibles en cuanto a sus estrategias.

Todo ello, sustentado en que son modelos que toman como premisa que el ser humano no es un ser aislado, sino que es activo y al mismo tiempo reactivo de grupos sociales, y las técnicas que sustentan esta metodología van dirigidas a modificar el contexto inmediato de las personas, de modo que sus posiciones cambian. Cuando cambia la relación entre una persona y su contexto familiar, se modifica como consecuencia su experiencia subjetiva. Y precisamente, éste es el objetivo del terapeuta que se asocia con la familia, cambiar su organización.

1.3. Análisis y discusión del tema central de los casos de las familia atendidas.

FAMILIA Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Considero que un tema que surge continuamente en el trabajo como terapeuta familiar es precisamente la violencia, y de manera particular contra las mujeres, ya que como se discute más adelante puede llegar a verse como algo natural e incluso ha llegado a volverse invisible. Además es un tema que no sólo me permite discutir algunos aspectos de los casos atendidos, sino también está relacionado con el tema del Taller de Intervención Comunitaria que trabaje *“Amar ¿Te Duele?”: Prevención de noviazgos violentos*; y con

la Investigación Cualitativa desarrollada, ya que considero que una mujer que tiene que enfrentar *la maternidad a solas* sufre violencia en diferentes formas.

De esta manera, a continuación se discute cómo desde la familia objeto de estudio de la Terapia Familiar se va gestando en muchas ocasiones la violencia en diferentes formas y de manera particular contra las mujeres.

Así, hablar de familia nos remite a la experiencia cotidiana y podemos creer que estamos ante un tema simple, natural, conocido, en tanto todos somos miembros de una familia, en diferentes roles. Sin embargo, la familia y las relaciones de parentesco han sido y son objeto de análisis de diversas disciplinas, una de ellas la Psicología, y en este trabajo en particular desde una perspectiva sistémica.

Ya que, paulatinamente las transformaciones económico-políticas de la sociedad devienen en la desaparición de la estructura de parentesco como eje básico, y las funciones domésticas y sociales van separándose a la par que cambian sus contenidos específicos, hasta constituir lo que hoy denominamos ámbito privado y público. Ambos ámbitos de la cotidianeidad de los sujetos van desarrollando lógicas propias, cuyo eje es la afectividad en el privado, y la racionalidad moderna de la inteligencia y el ejercicio del poder en el público. Esto tiene sus consecuencias para la familia que, pivoteada en la mujer, se constituye en el lugar de los sentimientos y de la intimidad. Y precisamente aquí, es donde se hace indispensable incorporar al género como categoría de análisis, ya que el poder afectivo con el que se inviste a las mujeres no permite visualizar fácilmente el contenido de violencia que deviene de su cristalización y codificación rigurosa (Giberti E. y Fernández A., 1992).

Es así como la violencia, en cuanto a forma particular de conducta humana, es una cuestión que interesa particularmente a la Psicología, ya que las repercusiones del uso de la violencia conciernen a todos los grupos humanos en los que ésta tiene lugar y puede tomar formas muy diversas que se manifiestan tanto en las relaciones individuales como colectivas (Barberá y Martínez, 2005).

De manera particular, el tema de la violencia de género ha sido abordado no solamente a nivel nacional, sino también a nivel internacional. Desde la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en México en 1975, fue tratado este tema entre otros muy importantes. Asimismo en la Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing en 1995, los Estados Miembros de las Naciones Unidas firmaron una Declaración donde se comprometían a prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. Sin embargo, a pesar del énfasis hecho durante más de tres décadas, la violencia en contra de las mujeres no ha podido ser erradicada. La prevalencia de la violencia en México en mujeres de 15 años y mayores tiene un nivel importante. Identificamos un 44% de violencia psicológica, un 35.4% de violencia económica, un 27.3% de violencia física y un 7.8% de violencia sexual. Las mujeres que no sufrieron violencia por parte de su pareja fue un 56%. Sin embargo, del total de mujeres que sufrieron violencia, más de la mitad padece dos tipos de violencia distinta, uno de los cuales es la violencia psicológica. También es importante mencionar que 25 de cada mil mujeres sufren los cuatro tipos de violencia (psicológica, económica, física y sexual) (Inmujeres, 2004).

Una de las principales causas por la que no ha podido ser erradicada la violencia es la ignorancia sobre la violencia de género, cómo puede ser eliminado algo que no se sabe que existe. Pero además de la invisibilización también hay mucha tolerancia cuando se presenta, a veces una agresión es vista como poco grave, o no es vista como tal, ya que la agresividad es minimizada o ignorada (Sastré y Moreno, 2005).

A partir de esto, se pretende analizar y poner énfasis en el papel que tiene la violencia de género, principalmente ejercida hacia la mujer, en las relaciones de pareja, y el impacto que tiene en la familia, y por lo tanto en la Terapia Familiar, ya que muchas veces a través del matrimonio y la familia, se generan las condiciones para las formas de apropiación desigual del capital cultural y para las formas de desigual acceso a los circuitos de calificación laboral, centros de poder, etc. Y no menos importante que lo anterior, el escenario conyugal es, aun hoy, el lugar de apropiación y control del erotismo de la esposa (Giberti E. y Fernández A., 1992).

Violencia de género

Desde el punto de vista de una psicología feminista podemos considerar la violencia como una forma primitiva de comportamiento que tiene sus raíces en épocas anteriores al nacimiento de la palabra y del discurso organizado que permite el uso de argumentos, una de las características específicas humanas (Barberá y Martínez, 2005).

Las ideas sobre la legitimidad del uso de la violencia difieren de manera significativa entre hombres y mujeres, así como su utilización real. Lo pone en evidencia que el 95 por ciento de los delitos con uso de violencia son llevados a cabo por varones, mientras que sólo el 5 por ciento son obra de mujeres (op.cit).

La violencia contra la mujer infligida por la pareja no es privativa de una sola cultura, se presenta en todas las culturas, puede tratarse del tipo físico, psíquico, sexual, verbal o simbólica con muchas variantes entre ellas, y aún cuando frecuentemente la causa es atribuida a factores individuales como la edad, estado civil, nivel de instrucción, patrón familiar de violencia de la mujer; a la edad, estado conyugal, escolaridad, ocupación, ingreso económico o patrón de violencia familiar del hombre, así como a rasgos conductuales como consumo de alcohol o drogas, es importante establecer que el fenómeno de la violencia de género tiene un carácter estructural –el patriarcado–. De aquí que la violencia masculina contra la mujer ha pasado de ser considerada como un problema individual del hombre a un problema de desequilibrio en las relaciones de poder de género. El concepto de violencia de género es establecido por Heise de una manera muy acertada, señala que se puede definir de **“una manera tan amplia que abarca prácticamente todo rasgo o característica estructural que coloque y mantenga a la mujer en posición de subordinación”** (op.cit.), el Instituto Nacional de las Mujeres comparte esta misma opinión.

De esta manera, la violencia contra las mujeres es una expresión de poder masculina, ésta se presenta primordialmente, pero no exclusivamente, en las relaciones conyugales. Su manifestación puede ser a través de golpearlas, abofetearlas, darles puñetazos, herirlas, torturarlas, empujarlas, jalarles el cabello, arrastrarlas, quemarlas, y

hasta matarlas. Esta violencia contra la pareja es conocida como violencia doméstica. Cuando una mujer pregunta al marido porqué llega tarde o dónde ha estado, suele recibir una bofetada, puñetazo o recibir una golpiza y la justificación (Lagarde, 2005) es que “se le pasaron las copas, pero es muy bueno”.

Una de las preguntas que surgen al plantearse estas cuestiones desde el ámbito de la Psicología es cómo se manifiesta y en qué momento aparece de manera clara la interiorización de la moral patriarcal en lo que concierne al sometimiento al varón por parte de las mujeres, al respecto Sastre y Moreno, en una investigación reportada en Braberá y Martínez (2005), proponen lo que denominan “modelo patriarcal”, el cual pone en evidencia una concepción de las relaciones de pareja heterosexual en la que se considera que la mujer debe someterse al hombre, aunque éste le inflija maltratos. Es ella quien debe hacer todo lo posible por mantener la relación, independientemente si le resulta o no satisfactoria, la ruptura de la relación pondría en evidencia la incapacidad de ella para soportar o conducir la relación. Por su parte, el comportamiento del varón no es puesto en duda por quienes reproducen este modelo y, por tanto, tampoco es censurado ni relacionado con la violencia de género.

Y precisamente los casos clínicos reportados como parte de mi experiencia terapéutica ilustran este modelo, ya que tanto Mónica como Lorena buscaron la manera de mantener su relación y se sentían responsables de que ésta funcionara, siendo ellas quienes buscaron en primera instancia el apoyo psicológico. Incluso en el caso de Lorena, se observó de manera más marcada, ya que es una mujer que llegó desesperada y estresada por todo la sobrecarga de responsabilidad con la que vivió, esperando salvar su relación aunque no fuera del todo satisfactoria, lo que nos habla de una mujer que ha vivido bajo una violencia invisibilizada.

Lo que nos lleva, de manera inevitable a la igualdad o desigualdad en las relaciones de género, lo cual tiene un impacto sobre la vida futura de los involucrados, tiene que ver con el bienestar o malestar emocional, con sus expectativas del matrimonio y con la imagen de sí mismos. La imagen que han tenido de ellos mismos va a depender de las experiencias

acumuladas, de la situación actual en que han estado viviendo y de las relaciones que han desarrollado con el sexo opuesto.

Y en muchos de los casos como se señaló, se vive bajo un tipo de violencia al que no se le ha dado la relevancia que se debe, es la violencia invisible, precisamente porque para muchos este tipo de agresión ha sido invisibilizado, y no porque no se vea, sino porque se ha naturalizado.

Ya que dentro de las formas de maltrato hacia la mujer podemos ubicar un tipo de violencia visible, como la coerción y el castigo, y otro tipo de violencia, la invisible, que es más suave, disimulada, simbólica, pero que también implica dominación, subordinación, sometimiento y silenciamiento. En la vida cotidiana (Aguilar, 1998) de las parejas, en el espacio público y privado, se presenta esta violencia invisible, con tal “naturalidad” que no se cuestiona, se interioriza de tal manera que ya forma parte de la identidad de cada persona, y se trasmite de generación en generación. En la violencia simbólica se establece una relación de dominio, la cual es legitimada por el dominado, se ejerce con la complicidad de la persona, los dominados no perciben que se adhieren al orden dominante.

La violencia invisible forma parte de la constitución misma de la familia, está implícita en los roles asignados a la mujer, en los comportamientos de subordinación femeninos que se presentan en la cotidianeidad de la vida de la pareja. Este tipo de violencia, la simbólica, no es fácilmente identificable, porque se encuentra legitimada, se encuentra en los discursos científicos y filosóficos tradicionales, en los discursos políticos y religiosos hegemónicos. Estos contribuyen a formar la subjetividad femenina que a su vez se encarga de reproducir estos contenidos a través de su rol de mujer socializadora, de reproductora social de los valores y normas para formar la organización social basada en la división social del trabajo humano por sexos (Dorola, 1992).

Ya que, dentro de la naturaleza no puede ser explicada ni la división sexual de las tareas, ni la conyugalidad, ni el matrimonio o la filiación paterna. Todas las tareas asignadas a las mujeres dentro de la sociedad han sido impuestas, son arbitrarias, pues las mujeres una vez fecundadas, pueden sobrevivir social y económicamente por sí solas. De

aquí que estos hechos son creados por la cultura, no por la naturaleza (op.cit.). Es decir, esta imposición a las mujeres se desarrolla a partir de la violencia simbólica o invisible que opera sobre ellas. Si recordamos la definición de violencia, como todo aquel rasgo estructural que coloca a la mujer en una postura de subordinación, es violencia, pues esta forma, impide a la mujer a tomar sus decisiones individuales y lograr una autonomía.

La expresión vívida de la violencia simbólica o invisible es evidente en la cotidianidad del trabajo de las amas de casa. Por su “naturaleza” están destinadas a desempeñar una infinidad de actividades domésticas las cuales no son remuneradas y además no son reconocidas, pues son trabajadoras que no conocen salario, vacaciones, jubilación, descanso, horario de trabajo, licencia, ni seguridad social por sí mismas sino a través del marido. Como es de todos nosotros conocido, este tipo de violencia se manifiesta a través de los roles asignados tradicionalmente, como el orden y limpieza de la casa, desempeño en la cocina, lavado, planchado, costura, procreación, crianza y socialización de los hijos; alimentación, cuidado de los hijos, del marido, de otras personas mayores; organización y administración de la casa, dinero, etc. (Giberti y Fernández, 1992).

Además, la dedicación exclusiva al trabajo doméstico, al mundo privado, excluye y margina a las mujeres de otro mundo, del público. No permite que la mujer tenga acceso a otro tipo de información, o adquisición de otras habilidades que genera el espacio público. No permite su individuación, la construcción de una diferente subjetividad, o la construcción de diferentes alternativas de vida. Podríamos pensar que la transformación del rol de la mujer cuando ingresa dinero al hogar contando con un trabajo remunerado para incrementar los ingresos de su pareja, generaría un cambio en el rol masculino, sin embargo, aún cuando el marido dispone de más tiempo libre, es incapaz de colaborar con el trabajo doméstico. Lo que se genera es el reforzamiento de los roles tradicionales. Es decir aparece la violencia invisible de la doble jornada. De esta manera, todas estas situaciones son consideradas como manifestaciones diversas de este tipo de violencia (op.cit.).

Esta situación se observó claramente en el caso de Mónica, quien desde el inicio de su matrimonio ha asumido un rol de ama de casa, siendo la principal encargada de su hogar, sus hijos y su esposo. Y precisamente cuando se encontró en crisis y solicitó nuestro apoyo, cuando se da cuenta de que se encontraba sola en esto, pensó en probar algo diferente, y trabajar fuera de su hogar, sin embargo, su esposo tenía que dar su aprobación, lo que le resultaba difícil de enfrentar, ya que aunque al final del proceso se sentía segura de sí misma y de su relación de pareja, decidió posponer por el momento la búsqueda de un trabajo remunerado y seguir dedicada a su casa, hijos y esposo, lo que nos di una prueba más del sometimiento sociocultural en el que se encuentra gran parte de la población femenina.

Y precisamente con lo que respecta a la doble jornada, resulta importante mencionar que la participación femenina en el mercado laboral ha incrementado de manera importante, no solamente en la población de jóvenes como sucedía en los años sesenta y setenta, sino también en la población adulta, en edades entre los 30 y 60 años, aunque en las estadísticas de 1997 las mujeres que más participación laboral tuvieron fueron aquellas entre los 20 y 49 años de edad. En este mismo año, la mayor participación de mujeres se observa entre aquellas separadas y divorciadas (un 63.6% y 72.6% respectivamente) seguidas por las solteras en un 40.4%, las mujeres casadas, viudas o en unión libre tuvieron una participación de un 30%. De acuerdo a la CONAPO las principales causas de participación creciente de la mujer se deben a la convergencia de factores sociodemográficos y económicos. Entre ellos se encuentran las pautas matrimoniales, el descenso en la fecundidad y la significativa elevación de los niveles educativos de las mujeres. Sin embargo, gran parte de las tareas económicas de las mujeres sigue invisible o sub-registrada en las estadísticas debido principalmente a “la definición de las actividades económicas y a las características de los procedimientos de registro de los censos y las encuestas, lo cual se vincula, a su vez, con consideraciones culturales sobre la división del trabajo entre mujeres y hombres” (p.27). Por esta misma discriminación en el trabajo, es que la tasa de desempleo femenina es muy alta, el nivel en todo el país es mayor que el de los varones. En 1997, las mujeres registraron un porcentaje de desempleo de 6.3, mientras los hombres una tasa de 2.2% (CONAPO, 2000)

Cabe señalar que no solamente las mujeres casadas que llevan a cabo un trabajo remunerado deben realizar una doble jornada, las mujeres divorciadas también tienen esta carga, pues se ha considerado “natural” o “instintivo” que las mujeres sean las que realicen este doble trabajo, pues se ha construido socio-culturalmente que ellas sean las responsables, contemplándolo como un “deber ser”. En ningún momento se ha considerado la posibilidad que la responsabilidad de que sea más compartida, que también recaiga sobre la pareja o sobre otros miembros de la familia, y que incluso a nivel social se generen recursos que apoyen a la familia, y en este caso particular, que descargue a las mujeres, como sería estancias infantiles, comedores públicos u horarios escolares prolongados (Bustos, 2005). Situación que enfrentan todas aquellas mujeres que deciden vivir su maternidad a solas.

Igualmente, la mujer casada, cuando realiza un trabajo remunerado, se encuentra en desventaja con respecto al hombre, debe realizar una doble jornada de trabajo, la de las tareas domésticas y la del empleo pagado. Aunado a esto, la madre trabajadora, aún cuando realice la misma actividad que el hombre, la empresa o la institución para la que trabaja, le otorga un menor salario que a él. Otra desventaja más es que las empresas tienden a emplear un mayor número de hombres que de mujeres, considerando sin ningún fundamento, que el hombre es más eficiente que la mujer porque tiene mayores habilidades, sin embargo, empresas como las maquiladoras, (Oliveira y Ariza, 1999) prefieren emplear mujeres y si son solas con hijos, mejor, pues saben que ellas tienen la necesidad de mantener una familia, son responsables, eficientes y les pueden pagar menos que a los hombres.

Como ya hemos mencionado, es evidente que la violencia se genera a partir de la desigualdad en las relaciones de género, es un problema de tipo estructural, no individual o casuístico. Es difícil para la mujer salir de esta problemática por diversas razones, por temor, vergüenza, falta de autonomía e independencia, por ignorancia o sensibilidad para identificar el fenómeno, la misma situación de opresión vista como natural debido a la historia familiar de cada una de ellas.

Después de esto, ¿el matrimonio puede ser bueno para la mujer?, ante esto habría la necesidad de transformar las relaciones de género, donde la mujer pudiera obtener una identidad propia, ser autónoma, tomar decisiones propias y existieran valores de democracia e igualdad entre ambos. Para alcanzar este objetivo las mujeres deberán trabajar arduamente hacia su logro, informándose de la situación actual, acerca de sus derechos como mujeres y como personas, participando en diferentes medios y de diferente forma, desde su núcleo familiar o desde grupos organizados, pero de manera constante y firme.

Relaciones de pareja

Durante la segunda mitad del siglo XX aparecieron los informes de Hite sobre sexualidad femenina (1976) y masculina (1981), donde se cuestionan muchas de las ideas sobre la sexualidad y algunas creencias respecto a cómo piensan y sienten los hombres. Puede decirse que en ambos estudios hay respuestas que cuestionan lo que se ha escrito sobre las relaciones de pareja. Estas investigaciones también han servido para demostrar cómo tanto los hombres como las mujeres son adiestrados socialmente para expresar sus sentimientos de maneras particulares- los primeros con un repertorio más limitado de comportamientos emocionales- a la vez que son entrenados en su contexto social para interiorizar su propio mundo emocional (Eguiluz, 2003). Por lo que es común observar que se sienten confusos e incómodos cuando se les pide que hablen con respecto a sus sentimientos, como ocurre con Eduardo, quien sobre todo al principio de las sesiones mostró dificultad para expresar sus sentimientos respecto a Mónica.

De aquí que uno de los primeros conflictos que se pueden presentar en una relación de pareja está en función de las expectativas que cada miembro de la pareja tiene sobre el matrimonio, y si además no se comunican dichas expectativas, el conflicto puede ser mayor. Y si, aunado a esto hay un desequilibrio en el status social de cada uno, implícito en las relaciones maritales todo ello puede desembocar en situaciones de violencia de diversos tipos. Como ocurre en el caso de Mónica y Eduardo, quienes manifiestan como una de sus principales problemáticas la comunicación, lo que los ha llevado a la duda y la desconfianza, involucrándolos en una relación insatisfactoria y en ocasiones violenta,

producto quizá de un choque de expectativas y como se mencionó principalmente de comunicación y acuerdos claros.

Así, se hace evidente que existe, pues, una relación necesaria y no contingente, interior y no exterior, constitutiva y no excepcional entre violencia y conyugalidad. No es ya la violencia explícita del golpe físico que someta al terror, sino la violencia simbólica que inscribe a las mujeres en enlaces contractuales y subjetivos donde se violenta tanto la economía como el sentido de su trabajo productivo, se violenta su posibilidad de nominarse y se las exilia de su cuerpo erótico, apretándolas en un paradigma de goce místico, que nunca ha dejado de aburrirlas (Giberti E. y Fernández A., 1992).

Ya que precisamente la conyugalidad, más allá de las diversas características que ha adoptado a lo largo de la historia de Occidente, ha sido secularmente la forma instituida del control de la sexualidad de las mujeres. No sólo –como señaló Engels- para controlar su descendencia legítima, sino para producir su propia percepción de inferioridad. Una pieza clave en la gestión de sus fragilidades ha sido la pasivización de su erotismo (Giberti E. y Fernández A., 1992).

Un ejemplo de lo anterior, es precisamente uno de los problemas trabajados en el caso de Mónica y Eduardo, la infidelidad, en donde a pesar que había sospechas de Mónica hacia Eduardo y viceversa, ambos dieron más importancia a la posible infidelidad por parte de Mónica.

Salud física y emocional de las mujeres en el matrimonio

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó una resolución en la que remarcaba la importancia de la violencia, particularmente contra las mujeres y sus consecuencias. Al año siguiente adoptó una nueva resolución en la que incidía en la importancia de reconocer la violencia contra las mujeres como un problema social y sanitario de primera magnitud que requiere acción urgente.

Según la OMS (2006) las razones que convierten a la violencia contra las mujeres en un tema prioritario para las profesiones de la salud se basan en que producen padecimientos y consecuencias negativas para un porcentaje importante de la población femenina (alrededor del 25% del total)

En relación con lo anterior, las mujeres en la actualidad se cuestiona su rol tradicional, ya no están dispuestas a seguir cumpliendo papeles que no les benefician, o seguir comportándose como dicen los “otros” que deben comportarse, ni a mantener en silencio sobre lo que ocurre en la relación de pareja (Eguiluz, 2003), como claramente ocurre en los dos casos presentados, en donde Mónica se cuestiona en seguir con un rol de ama de casa, esposa y madre, en donde su principal función es cuidar la estabilidad y bienestar de su familia, sin ningún proyecto personal. Por otra parte Lorena, ya no está dispuesta a seguir llevando toda la responsabilidad de su familia, como es el cuidado y manutención de su hijo y esposo.

De esta manera, como señala la psicoanalista Bleichmar (1999) al hablar sobre la depresión femenina: “lo que deprime a las mujeres son las consecuencias derivadas de la forma en que deben vivir su feminidad”, y esto tiene más que ver con la forma en como hemos sido educadas las mujeres a lo largo de la historia, que con las particularidades de nuestro organismo biológico (Eguiluz, 2003). Como ocurre claramente en el caso de Lorena, quien solicita apoyo terapéutico porque manifiesta sentirse muy estresada y cansada de lo que está viviendo, que no es más que una sobrexigencia de su papel como ama de casa, esposa y madre, derivado de un deber ser producto de la educación familiar. Además de que fue intervenida de las vías urinarias, lo que nos habla de un mal estado de salud.

Los comportamientos de género tal como los conocemos, están creados por nuestro sistema sociocultural, es decir, son una construcción social (Gergen, 1996). Por lo que, la feminidad podemos tomarla como otro de los conceptos construidos socialmente, es concebida como un conjunto de ideas y modelos que cada mujer recibe y que luego reproduce como un patrón o un legado que deja a sus propias hijas, ésta transmisión se hace

sin pensarse ni cuestionarse y muchas veces va en contra del desarrollo de las propias ambiciones e intereses, mismos que tiene que ser relegados en el servicio a los otros (Eguiluz, 1993). Cómo ocurre con Lorena, quien durante las sesiones nos dejó ver como desde su familia viene arraigada la idea de un rol tradicional de la mujer, de ama de casa, esposa y madre siempre al servicio de los otros, en donde el hombre es el principal proveedor, y precisamente por apropiarse de estas ideas sin cuestionarlas, llega a un punto en el que se ve haciendo cosas distintas a lo esperado, que la estresan por la sobrecarga de responsabilidades, ya que además de trabajar, por la tarde llega a cuidar a su hijo y atender a su esposo sin que éste la apoye en lo más mínimo, lo que la lleva a tener muchos conflictos de pareja al grado de pensar en una separación.

Al respecto Eguiluz (2003), señala que a través del trabajo clínico, ha encontrado que muchas mujeres manifiestan malestar acerca de su relación de pareja, sin necesidad de que las cosas vayan totalmente mal para que ellas tengan que buscar una terapia personal o soluciones más drásticas como la separación o el divorcio. Estas mujeres simplemente señalan que el matrimonio, después de algunos años de experimentarlo, no ha resultado como ellas habían esperado. Que se sienten hastiadas de la rutina, que no saben cuánto tiempo más soportarán a su pareja, que tristemente se han ido acostumbrando a vivir solas aunque vivan en pareja, en otras ocasiones relatan que entre ellas y sus compañeros ha habido incidentes de violencia o que en sus relaciones sexuales se sienten usadas, que no sienten placer y lo más grave es que dicen no saber cómo revertir todo esto.

Y algo cierto, es que la violencia contra las mujeres es tan evitable como las demás. La creencia en su inevitabilidad las hace inevitables. Todas ellas obedecen a un deseo ilegítimo de dominio que se suele justificar con el argumento de que el otro necesita ser dominado. Todas tienen un origen común y se transmiten como formas de comportamiento legitimadas por el sistema patriarcal. Esta transmisión forma parte de la aculturación al sistema y la educación- tanto la formal como la informal-, ante esto tendríamos que inventar una nueva educación que la contrarreste, para construir nuevas formas de relación entre los individuos y entre las colectividades. De la misma manera que el analfabetismo innato, con el que todo ser humano llega al mundo, desaparece cuando se aprende a leer,

también puede aprenderse a regular las emociones y a desarrollar formas no violentas de resolución de conflictos (Barberá y Martínez, 2005).

En resumen, podemos decir que las relaciones de pareja en el matrimonio, se encuentran condicionadas por la cultura. El amor de la pareja es una construcción social, y en la mayoría de las ocasiones los relatos de armonía conyugal, son más cercanos a fantasías femeninas que a la realidad. Pues las condiciones de las vidas de muchas mujeres casadas aunque son muy injustas y dispares en relación con los maridos, la sociedad y las mismas mujeres las contemplan con naturalidad, incluso en las situaciones de violencia. Dryden (op.cit.) dice que esto hace que sea fácil para los hombres mantener la desigualdad. Pues la institución del matrimonio desde el principio implica expectativas de dependencia de la mujer, por ejemplo la práctica predominante de adoptar el apellido del esposo, común en Estados Unidos, aunque en México en este momento es una situación opcional. También, es común que los esposos tengan al alcance discursos de culpabilidad hacia la mujer, donde siempre se le culpa de cualquier situación conflictiva, lo cual implica control sobre ella. Ligado a esto la conducta egoísta masculina característica, es mucho más aceptada socialmente en el hombre que en la mujer. Y finalmente, la concepción de que “hacer masculinidad” es sinónimo de “subordinar a la mujer”, hace más fácil al hombre controlar a una esposa dependiente. La pregunta es, si la situación matrimonial es tan clara, ¿porqué los hombres querrían voluntariamente dejar el poder teniendo tantos privilegios? De modo que no sería sorprendente que los hombres adoptaran medios deshonestos para mantener este status quo. Es evidente lo que mencionan Dryden (op.cit.) y Baber y Allen (op.cit.), señalan atinadamente que el matrimonio tiene más que ofrecer a los hombres que a las mujeres, por eso, parece lógica la acción de que un mayor número de mujeres son las que solicitan el divorcio, más que los hombres. Parece que la desigualdad de género en el matrimonio es un aspecto de conflicto frecuente en la pareja casada, por lo que muchas mujeres desafían este poder masculino de sus esposos.

De esta manera, es cómo la violencia de género se convierte en un problema importante a trabajar desde la Terapia Familiar Sistémica, ya que resulta evidente que la violencia contra las mujeres ocurre en países de todo el mundo, sin distinción, por lo que

podemos considerar, que estamos ante un problema social de primera magnitud a nivel mundial, que afecta a todas las etnias, culturas, clases sociales, edades, niveles educativos y económicos, etc. (Barberá y Martínez, 2005).

Cabe mencionar que ante estas situaciones de violencia la primera gran víctima es la autoestima. Los sentimientos de indefensión, devaluación personal, o falta de capacidad, entre otros, están presentes en la gran mayoría de las víctimas de violencia. Por eso mismo, son tan importantes los programas destinados a conseguir el empoderamiento de quienes han vivido creyéndose inferiores y sujetas al desprecio por parte de quien se suponía debían recibir afecto y amor: sus parejas (Barberá y Martínez, 2005). Teórico-metodológica

1.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total con base en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos.

En definitiva este análisis y mi proceso como terapeuta, está basado en la cibernética de segundo orden, en donde al mismo tiempo que asumo mi rol de terapeuta, co-terapeuta o miembro del equipo terapéutico, no puedo dejar de ver los diferentes procesos desde afuera, todo lo cual es bastante complejo. Sin embargo, un elemento que me ayudó en este proceso fue la integración y confianza que logramos como equipo terapéutico, ya que el vernos en diferentes escenarios, realizando diversas actividades y sobre todo por tanto tiempo, permitió conocer y en cierta medida entender desde dónde venían los comentarios, observaciones e incluso sugerencias de cada uno.

En lo personal me considero privilegiada de haber tenido la oportunidad de participar en este proceso de formación como Terapeuta Familiar Sistémica, ya que precisamente, esto me permitió vivir la experiencia de ser parte de un equipo de terapeutas, e incluso de un equipo reflexivo, situación que no viven la mayoría de los terapeutas en formación.

Además, el contar con el acompañamiento de un experto lo que es invaluable, me permitió aprender de la experiencia, me confrontó con mi “ser terapeuta”, al cuestionarme, y enfatizar sobre algunas de mis acciones, actitudes y comentarios.

Todo ello, me llevó a enfrentarme con mi propia historia de vida, desde mi familia de origen hasta mi familia actual, analizando los roles que he vivido y vivo, como mujer, profesionalista, hija, hermana, esposa, madre y, cómo, todo ello lo llevo a los diferentes procesos terapéuticos que atendí y sigo atendiendo. También, me permitió reconocer tanto mis recursos como mis limitaciones, pero sobre todo observar mi evolución como terapeuta. A partir de la atención de los diversos casos e historia de vida familiar de las que fuimos testigos durante nuestra residencia.

2.Habilidades de Investigación.

2.1. Reporte de investigación realizado bajo una metodología cuantitativa.

EXPLORACIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR EN ADOLESCENTES ANORÉXICAS

Elvia Luisa Alfaro Bravo; Ana Lilia Escalante Zamudio;
Maribel Méndez Llamas y María de Lourdes Soto Hernández
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen: El objetivo de este proyecto de investigación fue elaborar un instrumento que permitiera explorar la estructura familiar en adolescentes anoréxicas, de tal forma que fuera posible identificar las áreas disfuncionales en el sistema familiar. Dicho instrumento se basa en la Teoría de Sistemas y particularmente, del modelo Estructural creado por Salvador Minuchin (1986). Se obtuvieron dos tipos de validez. La validez teórica del instrumento se logró a través del acuerdo entre jueces y la validez de constructo, mediante el análisis factorial que agrupó los reactivos en 5 factores. La confiabilidad del instrumento se obtuvo a través de la consistencia interna del instrumento, con un coeficiente de Cronbach superior a .80 en la mayor parte de los factores obtenidos, a excepción del factor 5 que fue de .76.

Desde la perspectiva sistémica, las conductas alimentarias problemáticas, son producto de patrones familiares de interacción desadaptativos, tal como lo demuestra Unikel (1998) en su investigación en donde identifica factores de riesgo en los trastornos en la conducta alimentaria. Así, aparece un nuevo enfoque terapéutico, que en lugar de centrarse en el individuo, se centra en el marco de su familia. Este marco de referencia se refiere a la

terapia estructural de la familia, un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo (Minuchin, 1986).

Una de las posibles transformaciones que ocurren como resultado del ciclo vital de la familia es el periodo de la adolescencia, la cual es una etapa particularmente importante en el ciclo de la vida de muchas mujeres.

El impacto psicológico de los cambios físicos se manifiesta como una gran preocupación por la apariencia física, el peso, la complexión y el rostro. Las mujeres tienden a estar más inconformes con sus cuerpos que los hombres, principalmente con sus piernas y caderas, debido al énfasis cultural que hay sobre los atributos físicos femeninos (Tobin-Richards y col., 1983, citado en Unikel, 1998).

En la adolescencia se incrementa la conciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, la creciente introspección, el énfasis que se pone en el grupo de pares y en los rasgos físicos, y la creciente tendencia a compararse con normas de origen cultural.

El período crítico en el desarrollo de la identidad es la adolescencia, caracterizado por el ideal de delgadez, el “ideal de delgadez” tiene una especial influencia negativa en las personas jóvenes en búsqueda de su identidad, quienes suprimen o no reconocen sus propias capacidades. Estas personas dependen en gran medida de la atención y reconocimiento de los demás, y precisamente éste ideal de delgadez puede traer consigo graves crisis y en casos extremos forzar al cuerpo hacia conductas anómalas para conseguir dicho ideal (Fichter, 1990, *idem*).

En términos de una enfermedad étnica, las personas que sufren anorexia y bulimia nervosa, viven conflictos psicológicos generalizados en nuestra cultura acerca del rol

femenino, centrados en áreas tales como autoestima, autonomía y logro. La ansiedad, depresión y confusión resultantes, son lo suficientemente severas para desarrollar síntomas, que a su vez son defensas ante el estrés psicológico subyacente.

La actitud de los padres juega un papel importante en el concepto que desarrolla el individuo de sí mismo, de su cuerpo y funciones. Generalmente, con frecuencia se menosprecia. Además, en las familias en las cuales se da gran énfasis al significado del aspecto físico y el funcionamiento físico, se sobrevalora la seguridad que brindan los atributos físicos de la persona.

Método

Fase 1. Elaboración de Reactivos

Se identificaron cinco constructos que definieran la estructura y funcionamiento familiar y fueran excluyentes entre sí, es decir, explicaran ciertas características de la dinámica familiar.

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

Fase 2. Piloteo

El piloteo del instrumento se realizó en dos etapas. En la primera, se aplicó la versión original del instrumento, a la cual se anexó una ficha sociodemográfica para obtener mayor información sobre las familias de las adolescentes.

Primera etapa

En esta primera etapa se formó un grupo de aplicadoras para trabajar, con una de un total de cinco adolescentes de tercero de secundaria. Se les leyeron las instrucciones y los

reactivos del instrumento para observar la comprensión de los mismos. De estas observaciones se hicieron modificaciones tanto a la “ficha sociodemográfica” como a la redacción de ciertos reactivos, además de agregar algunos otros que fueron necesarios. En cuanto a la forma de respuestas, se optó por eliminar la correspondiente a “algunas veces” debido a la tendencia que las chicas mostraron por utilizar esta respuesta.

Segunda etapa

El instrumento ya corregido (segunda versión) fue aplicado a otro grupo de cinco adolescentes, sólo que en esta ocasión ellas mismas leyeron y contestaron los reactivos.

Participantes

Adolescentes, de sexo femenino, con un rango de edad de 12 a 15 años y estudiantes de secundaria.

Material

Se aplicaron en total 10 formatos del instrumento: “Exploración de la Estructura Familiar en adolescentes anoréxicas”. Se distribuyeron 5 de ellos en la primera etapa (primera versión) y cinco en la segunda (versión corregida).

A partir del piloteo se corrigió el instrumento quedando constituido por 107 reactivos y una hoja de datos generales.

Fase 3. Validez Teórica

El objetivo de esta fase fue obtener la validez teórica del instrumento a través de la técnica de jueces. Para este fin, se tomó en cuenta la opinión de expertos en el área de la terapia familiar, que sustentaran no sólo el valor teórico de los reactivos elaborados, sino su

congruencia e interacción con los constructos propuestos (Límites, Jerarquías, Roles, Centralidad y Vínculos).

Participantes

Intencionalmente se seleccionaron 12 profesionales del área clínica que contaran con grado mínimo de licenciatura.

Materiales

Formato de clasificación y 5 tarjetas correspondientes a la definición de cada constructo.

Procedimiento

Se aplicó la técnica Q Sort., que consistió en elaborar 107 tarjetas donde aparecían descritos los reactivos del instrumento: “Exploración de la Estructura Familiar en adolescentes anoréxicas”, para que fueran clasificadas y asignadas a una de las cinco categorías o constructos propuestos.

Resultados

Posteriormente, se obtuvo la media de frecuencias para determinar cuántos y cuáles fueron los reactivos con el mayor número de acuerdo de jueces, y aquellos que quedaron por debajo de la media de esas puntuaciones. Se obtuvo la Mediana del número total de reactivos que fue 14, la cual corresponde a un porcentaje de 55% a 61% de acuerdo entre jueces; lo anterior significa que en más de la mitad de los reactivos los jueces estuvieron de acuerdo.

Fase 4. Calidad Psicométrica de los reactivos

El objetivo de esta fase fue determinar el poder discriminativo de los reactivos del instrumento. Para lo cual, se aplicó a una prueba representativa de adolescentes.

Participantes

200 adolescentes del sexo femenino. 148 estaban cursando el nivel medio y 52 de ellas, el bachillerato. El rango de edad fue de 12 a 16 años para las estudiantes de secundaria, y de 15 a 20 para las alumnas del nivel medio superior. Las chicas estudiaban en escuelas públicas del D.F. y zonas aledañas.

Materiales

- 200 formatos del instrumento: “Exploración de la Estructura Familiar adolescentes anoréxicas”.
- 200 lápices
- Plantillas de calificación.

Procedimiento

Se solicitaron los permisos correspondientes para trabajar con las alumnas de dos escuelas secundarias (74%) y un colegio de bachilleres (26%). Se aplicó el instrumento a la muestra seleccionada.

Resultados

Se elaboró una base de datos con las respuestas de las 200 participantes de cada uno de los reactivos y de las variables sociodemográficas.

Se obtuvo la frecuencia de las puntuaciones de los reactivos, considerando los siguientes valores para la escala Likert: Reactivos positivos: Siempre (4); Casi siempre (3); Casi

nunca (2) y Nunca (1) invirtiendo estos mismos valores para los reactivos negativos. En las tablas 9 y 10 se distinguen los reactivos positivos y negativos

Para comprobar si la distribución de respuestas tiene una distribución normal, se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov. Se obtuvo una calificación $Z = .959$ misma que se sitúa en la zona de aceptación de la H_0 , concluyendo que la distribución es normal.

Para saber qué reactivos realmente fueron discriminativos se obtuvo una sumatoria total de la cual se formaron los grupos de contrastación, con bajos y altos puntajes. El grupo bajo se consideró del percentil 0 al 25 y el grupo alto a partir del percentil 75 al 100; con la finalidad de comparar las medias de cada grupo a través de la prueba t de Student, en cada reactivo.

De los 107 reactivos que constituían el instrumento, 22 de ellos no produjeron diferencia entre el grupo alto y el bajo, por lo que se concluye que no discriminaron en la muestra (ver anexo, “instrumento con 85 reactivos”).

Fase 5. Validez

Procedimiento

Se realizó un Análisis Factorial a los datos obtenidos de las 200 aplicaciones, con la finalidad de observar la estructura factorial de la prueba. Para el análisis factorial sólo se incluyeron los reactivos significativos, es decir, que discriminaron en la muestra a la que fueron aplicados, resultando un total de 85 reactivos.

Resultados

Los resultados arrojaron una estructura factorial compuesta por 5 factores que explican el 37% de la varianza. Los tres primeros factores explican cada uno, una varianza del 8%; el

cuarto y quinto factor del 7 y 5% respectivamente, resultando así una varianza acumulada de 37%. En la tabla 1 se presenta el resultado del Eigenvalues y el porcentaje de la varianza explicada. Se aceptaron cargas iguales o mayores que 0.3.

Tabla 1. Porcentaje de varianza explicada por el análisis factorial.

Componente	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared		
				Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	13.080	15.388	15.388	7.074	8.322	8.322
2	6.483	7.627	23.014	6.924	8.146	16.468
3	4.900	5.765	28.779	6.824	8.028	24.495
4	3.839	4.516	33.295	6.034	7.099	31.594
5	2.818	3.316	36.611	4.264	5.017	36.611

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

De acuerdo con la forma en que se agruparon los reactivos se obtuvo una prueba con 79 reactivos (ver anexo 2, instrumento con 79 reactivos), agrupados en 5 factores.

- Factor 1. Estructura familiar en etapa adolescente. Constituido por 21 reactivos, que se caracterizan por las pautas de interacción propios de la etapa del ciclo vital de las familias con hijos adolescentes.
- Factor 2. Subsistema parental, centrado en el rol paterno con las funciones de jerarquía y autoridad. Constituido por 17 reactivos. Que dan pauta a establecer los límites y reglas familiares.

- Factor 3. Pautas interaccionales entre los subsistemas parental y fraterno. Constituido por 18 reactivos, que marcan la interacción entre padres e hijos y entre hermanos.
- Factor 4. Alianzas y coaliciones transgeneracionales. Constituido por 15 reactivos, que proporcionan información sobre la formación del tipo de vínculos en las relaciones transgeneracionales.
- Factor 5. Subsistema parental, centrado en el rol materno, donde se enfatiza la centralidad (afectos). Constituido por 8 reactivos, que representan los lazos afectivos de la madre hacia los hijos.

Fase 6. Confiabilidad

Procedimiento

Para medir la confiabilidad de la prueba y la consistencia interna se aplicó el Alfa de Cronbach a cada uno de los factores y a la sumatoria total. Los resultados obtenidos se observan en la siguiente tabla.

Resultados

Tabla 2. Resultados del Alfa de Cronbach.

Factores	Número de reactivos	Alfa de Cronbach
TOTAL	85	.86
1	21	.86
2	17	.90
3	18	.88
4	15	.82
5	8	.76

En esta tabla se observa que las alfas de Cronbach son superiores a 0.80 con excepción del Factor 5 que fue de .76. Este último factor sólo contiene 8 reactivos debido a que éste es un estudio inicial se acepta como confiable el quinto factor.

Fase 7. Calificación Z

Procedimiento

Para determinar que la distribución de los puntajes fuera normal se aplicó la prueba Kolmogorov – Smirnov a cada uno de los factores y a la calificación total.

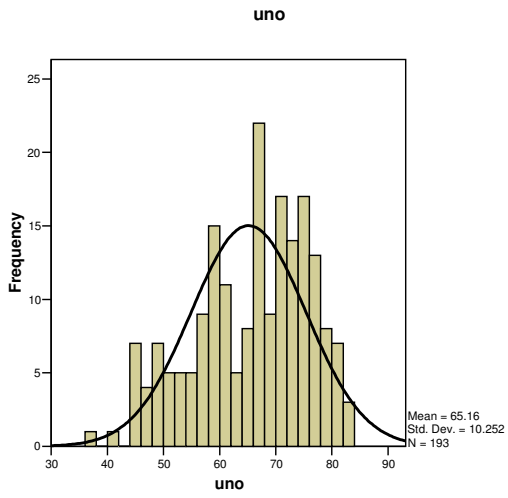
Resultados

Los factores 1,2,3 4 y 5 no obtuvieron una distribución normal con un nivel de significancia menor a .05. Por otra parte la distribución de la calificación total, aún cuando mantiene aparentemente una distribución normal, su nivel de significancia es mayor a .05. Los resultados se observan en la tabla 3 y de manera visual en las gráficas de la 1 a la 6.

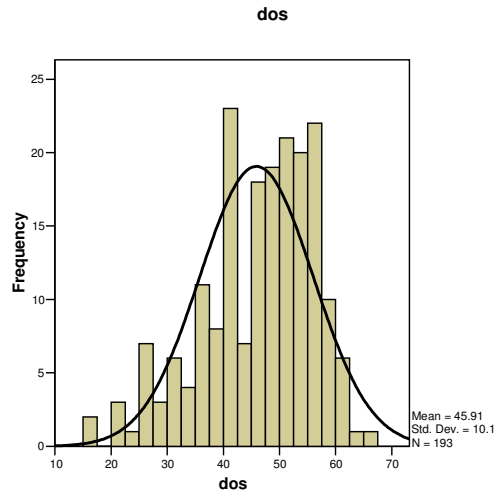
Tabla 3. Calificación Z

Prueba	Factor Uno	Factor Dos	Factor Tres	Factor Cuatro	Factor Cinco	Calificación Total
Kolmogorov-Smirnov	1.425	1.392	2.428	1.370	1.689	.846
Significancia	.034	.041	.000	.047	.007	.471

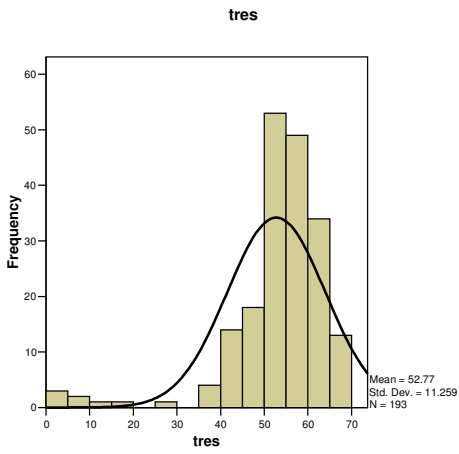
Gráfica 1. Factor 1



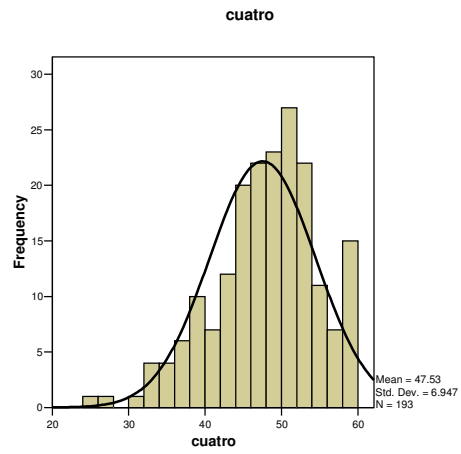
Gráfica 2. Factor 2



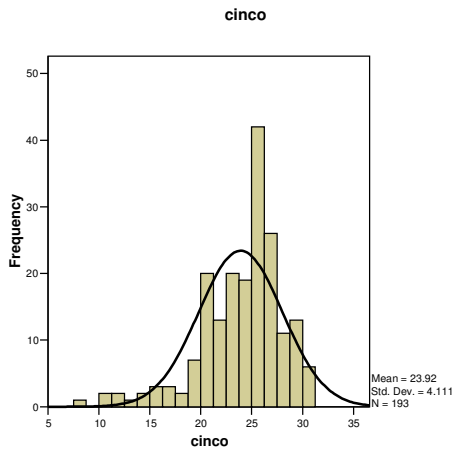
Gráfica 3. Factor 3



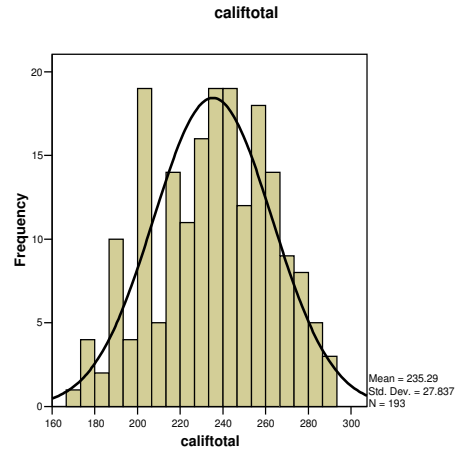
Gráfica 4. Factor 4



Gráfica 5. Factor 5



Gráfica 6. Calificación Total



Fase 8. Puntuaciones Normalizadas

Procedimiento

Se convirtieron los puntajes a calificación Z para hacer la equivalencia de los puntajes brutos a calificaciones normalizadas como se aprecian en las siguientes 6 tablas.

Se obtuvieron puntuaciones normalizadas para cada uno de los factores pero se debe hacer notar que no se pueden considerar como calificaciones estandarizadas debido a que es un trabajo exploratorio que sólo fue aplicado a una sola muestra.

Resultados

A continuación se describen los puntajes normalizados para cada uno de los factores.

Factor 1. Estructura familiar en etapa adolescente

Puntaje Bruto	Puntaje Normalizado	FACTOR 1
54 o menos		Estructura familiar desvinculada
55-75		Estructura familiar normal
76 o más		Estructura familiar amalgamada

Factor 2. Subsistema parental, centrado en el rol paterno con las funciones de jerarquía y autoridad.

Puntaje Bruto	Puntaje Normalizado	FACTOR 2
35 o menos		Rol paterno poco involucrado
36 a 56		Rol paterno funcional
57 o más		Rol paterno sobreinvolucrado

Factor 3. Pautas interaccionales entre los subsistemas parental y fraterno.

Puntaje Bruto	Puntaje Normalizado	FACTOR3
41 o menos		Límites difusos
42 a 64		Límites flexibles
65 o más		Límites rígidos

Factor 4. Alianzas y coaliciones transgeneracionales.

Puntaje Bruto	Puntaje Normalizado	FACTOR 4
40 o menos		Desvinculación
41 a 54		Vínculos
55 o más		Coaliciones

Factor 5. Subsistema parental, centrado en el rol materno, donde se enfatiza la centralidad (afectos).

Puntaje Bruto	Puntaje Normalizado	FACTOR 5
19 o menos		Rol materno poco involucrado
20 a 28		Rol materno funcional
29 o más		Rol materno sobreinvolucrado

Calificación total

Puntaje Bruto	Puntaje Normalizado	FACTOR 6
41 o menos		Estructura familiar disfuncional
42 a 64		Estructura familiar funcional
65 o más		Estructura familiar disfuncional

Discusión

El instrumento “Exploración de la estructura familiar en adolescentes anoréxicas”, motivo de este estudio, mostró estar conformado por reactivos capaces de discriminar entre los sujetos de una muestra, tener validez de constructo, así como poseer confiabilidad. Adicionalmente se presentan las calificaciones normalizadas de los cinco factores.

El instrumento está formado por cinco subescalas que miden: estructura familiar en etapa de hijos adolescentes, los límites y jerarquías al interior del subsistema parental enfocados en el rol paterno, la centralidad y vínculos que se enfocan en el rol materno, así como las relaciones de alianzas y coaliciones transgeneracionales. Esta agrupación es coherente con el Modelo dinámico sistémico integral de Doctor Raymundo Macías, el cual es citado en la investigación en proceso sobre las funciones de maternaje y paternaje (Chávez, Cortés y Lorenzo, 2005).

Los resultados obtenidos apuntan en la dirección de la Teoría propuesta por el Modelo Estructural de Minuchin (1986), la cual se desarrolló en la década de los 70 con población de emigrantes latinos en E.U.

El modelo estructural propone roles tradicionales para cada uno de los miembros de la familia, principalmente en las funciones de paternaje y maternaje en donde el padre es el proveedor y establece las reglas y normas, mientras que la madre, se encarga de la crianza, la transmisión de afectos y formación de vínculos y las labores domésticas. De acuerdo con lo anterior, a pesar de que en la sociedad actual se observa una transición de estos roles tradicionales a una dinámica familiar en donde económicamente el padre y la madre comparten los gastos, las adolescentes continúan percibiendo estos roles estereotipados.

La estructura factorial que mostró el instrumento es congruente con la estructura familiar que sostiene el marco teórico. Aún cuando los reactivos se construyeron pensando en los cinco constructos principales, el instrumento agrupó los diferentes subsistemas que señala la teoría.

Se debe aclarar que ninguno de los factores agrupó al subsistema conyugal, sin embargo, la relación entre el padre y la madre se hizo evidente a través del factor que describe las alianzas y coaliciones dentro del sistema. Según lo señalado por Selvini (1999) los problemas en el subsistema conyugal tienen una gran influencia sobre la conducta sintomática de la adolescente anoréxica, pues la literatura demuestra que ellas perciben la problemática conyugal y tienden a formar coaliciones con el padre en contra de la madre. Aspecto que es importante considerar para futuras investigaciones.

Desde el punto de vista cualitativo y según el modelo desarrollado por Minuchin (1986), se puede apreciar que dos de los factores más importantes en la estructura familiar son: las *jerarquías* y los *vínculos*. Si las jerarquías entre subsistemas están definidas, entonces las otras funciones se hacen explícitas, claras y pueden llevarse a cabo.

Las *jerarquías* sin un factor afectivo como los vínculos, podría dar lugar a *límites rígidos*, que posiblemente dificulten la diferenciación entre los subsistemas (límites) y la posibilidad de establecer alianzas funcionales (sanas) entre sus miembros, dando pie a que se desarrollen triadas y coaliciones. Ligado a lo anterior, la falta de **jerarquías**,

compromete la definición clara del papel o función que cada miembro tiene dentro de la estructura (roles).

La no correlación entre centralidad y los factores: *roles y límites*, nos habla de una clara descripción de la significancia que puede tener un miembro, no por sus status o rol dentro de la estructura (*límites, roles*) sino por su poder de convocatoria que está más en función de la jerarquía y el afecto.

Los *roles y los límites* son factores de tipo operativo que dejan claras, cuáles son las funciones o el papel que cada miembro juega dentro del sistema, así como las reglas y normas que se establecen. La correlación entre estos dos factores y los factores *jerarquía y vínculos* describen las pautas de interacción que rigen y mantienen la estructura de la familia, pero aún más importante, describen las pautas de interacción que cada miembro adoptará y establecerá, con el medio que le rodea.

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

Otro aspecto de importancia clínica es la aplicación a una muestra de adolescentes anoréxicas con características similares a la muestra con la que se trabajó. Se esperaría que la percepción que las adolescentes anoréxicas tuvieran de la estructura de su familia fuera diferente a la de las adolescentes consideradas en este estudio, de acuerdo con la teoría de Minuchin (1986).

En conclusión, esta investigación proporciona un instrumento de utilidad para la evaluación de la estructura familiar desde la percepción de las adolescentes.

2.2 Reporte de investigación realizado bajo una metodología cualitativa.

LA MATERNIDAD A SOLAS

Elvia Luisa Alfaro Bravo

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo identificar los recursos narrativos de madres solteras para solucionar los problemas que enfrentan durante su vida materna. Para ello, se realizaron entrevistas a profundidad a tres familias compuestas por una madre y su hijo(a) adolescente, de las cuales se identificaron cinco categorías de análisis, que permitieron identificar los siguientes recursos en estas mujeres: a) tienen como prioridad el bienestar propio y de su hijo(a); b) la defensa y promoción de una vida afectiva amable para su familia como eje de sus esfuerzos; c) se consideran capaces de cubrir las necesidades familiares; y d) reconocen cualidades como responsabilidad, seguridad y autodeterminación. La forma en la que las madres se cuentan su historia influye en gran medida en el discurso y significados que transmiten a su hijo(a), quien generalmente desarrolla actitudes de responsabilidad, agencia personal y disciplina. Así mismo, para estas familias es muy importante la habilidad de analizar y reflexionar acerca de los discursos sociales dominantes, que pesan sobre estos hogares, y las prácticas sociales que resultan de ellos.

La familia “teórica”, conformada por un padre, una madre y unos hijos es cada vez menos frecuente, si acaso alguna vez fue, de hecho, un fenómeno general. Son cada vez más las parejas que se separan o se divorcian y, en la mayoría de los casos, es la madre quien se queda a cargo de los hijos. Por otro lado, un fenómeno cada vez más frecuente es el de las mujeres que deciden ser madres, pero no esposas, motivadas quizás por una relación

insatisfactoria con el padre de sus hijos o por no tener que sortear las dificultades que las relaciones de pareja están teniendo en la actualidad.

Además de ser la madre quien suele quedarse totalmente a cargo de los hijos cuando la pareja se disuelve, parece que la mujer también se ve más castigada socialmente al quedar sin una figura masculina que la “respalde”. En los ámbitos cotidianos se le reprocha que no le dé un padre a su hijo, que haya “fallado” como mujer, que está desesperada y a la caza de los hombres de sus amigas, etc. En materia laboral, es común que las mujeres con menos años de estudio se encuentren en desventaja, al dársele preferencia a aquellas que están solteras y sin hijos.

El contexto demográfico

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2000, el CONAPO (2005)⁶ calcula que las madres solas, con hijos vivos, abarcan la quinta parte de la población de madres mexicanas, acercándose a la cantidad de 4.5 millones. 4% son solteras, 6.2% separadas, 1.6% divorciadas y 8.5% son viudas.

Se calcula que nueve de cada diez madres solteras tienen hijos menores de 18 años y el 60% vive en el hogar de su padre o madre y el 71.8% trabaja. Las madres solas por separación o por divorcio alcanzan los 1.7 millones. El 60% de ellas detentan la jefatura del hogar, aun cuando el 27.6% vive con alguno de sus padres. Aun cuando las madres viudas conforman el grupo más numeroso (1.9 millones), se trata de mujeres que han asumido la jefatura familiar por muerte, divorcio o separación del cónyuge.

En los tres grupos de madres, las redes familiares constituyen un apoyo fundamental para estas mujeres y sus hijos. En general, 30% de estos hogares están en condiciones de pobreza; sin embargo, en las familias que cuentan con ambos padres, la proporción es de 36.1% Lo que desmiente la tendencia a señalar que la “pobreza tiene cara de mujer”.

⁶ Consejo Nacional de Población, CONAPO (2005), recuperado el 14 de octubre de 2006, de F:\Madres solteras CONAPO.htm

En México, 17.3 millones de mujeres trabajan. De estas, 10.4 millones son madres (60%), pero el 13% de ellas no reciben beneficios personales de su sueldo, porque todo lo destinan a la manutención de su familia.

Pese a estas cifras, persiste la tendencia de ver las familias uniparentales como instituciones anómalas, con rasgos que no permiten el sano desarrollo de sus miembros. Incluso si el único progenitor es relativamente estable, la familia es juzgada como si estuviera en un riesgo psicológico constante (Walters, 1991)⁷.

La maternidad

En la mayor parte de las sociedades las mujeres asumen la responsabilidad primordial del cuidado de los hijos, invirtiendo en ellos mucho más tiempo que los hombres y mantienen los primeros lazos emocionales con los bebés. Cuando las madres biológicas no ejercen la maternidad, son otras mujeres las que ocupan su lugar. El padre ejerce esa relación primordial muy rara vez (Chodorow, 1984)⁸. En la actualidad, el ingreso de las mujeres en el trabajo extra-doméstico, y su creciente contribución directa a la economía familiar, no las ha eximido de sus tareas maternas, las que continúan siendo un elemento universal y permanente de la división sexual del trabajo.

El ejercicio maternal se ha naturalizado en la mujer con argumentos biológicos – apoyados en su capacidad para criar y lactar-, o innatos –como el instinto maternal defendido por el psicoanálisis. No obstante, estos argumentos dejan de lado el importante papel de la socialización que, para las mujeres, significa un entrenamiento sociocultural que traslada su capacidad de crianza y lactancia al ámbito de un rol exclusivo de ellas. Este proceso de socialización ha sido el objetivo de diversos estudios feministas, mismos que declaran que la instrucción del rol femenino –un hecho meramente sociocultural-, se inserta

⁷ Walters, M. (1991). En Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares* (pp. 318-363). Barcelona, España: Paidós.

⁸ Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y Sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona, España: Gedisa.

en la identidad de la mujer, naturalizándose, ocurriendo lo mismo, pero en otro sentido, con el rol masculino (Chodorow, 1984). De esto concluimos que la maternidad es un producto histórico, arraigado en la división sexual del trabajo y en ideologías que conforman el discurso social dominante.

Sin embargo, históricamente, este mismo discurso pone condiciones a la maternidad, legitimándola sólo bajo ciertas condiciones, y una de ellas es que se dé dentro de la institución familiar y, en los términos de una tradición patriarcal, bajo el resguardo de una figura masculina que ejerza su papel como cabeza de familia, como marido y como padre.

Cuando estas condiciones no se cumplen, estos hogares son vistos como rotos, desechos, divididos, etc., y a sus integrantes como si tuvieran un problema que, si no ha se ha manifestado, lo hará algún día. Todavía más, los problemas que pueda presentar un miembro de una familia uniparental tienden a magnificarse y a adjudicarse a su situación familiar, aun cuando no sean muy diferentes a los que puedan tener miembros de familias biparentales (Walters, 1991).

Efectos de la maternidad a solas en los hijo/as

Según Hoffman (1995)⁹, el padre y la madre contribuyen en el proceso de socialización al menos de cinco modos: asumiendo el papel de ofrecer amor y cuidados; sirviendo como figuras de identificación; actuando a veces deliberadamente como agentes de socialización activos, y participando en el desarrollo de la identidad del niño.

Diversos estudiosos de las relaciones familiares y del desarrollo individual han llegado a diversas conclusiones; la mayor parte de ellas, apuntan las deficiencias de las familias uniparentales. Freud resaltó la importancia de que, durante el proceso de su desarrollo psicosexual, el niño cuente con ambos progenitores, como condición para que

⁹ Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995). *Psicología del Desarrollo hoy*. España: McGraw-Hill.

introyecte las características más apropiadas para su identidad (Wolman, 1960)¹⁰. Minuchin (1984)¹¹ se refirió a las familias uniparentales como *pas de deux*. Explicó que los miembros de éstas suelen tener una relación de fuerte apego, con límites intrasistémicos difusos e intersistémicos rígidos, poco permeables; condiciones todas que no permiten la individuación adecuada de sus miembros. Consecuentemente, sus redes de apoyo pueden ser escasas, y el estrés al interior del sistema se intensifica, dando lugar a patologías en alguno de sus miembros.

Otros, (Weinraub y Wolf, 1987, citados en Hoffman, 1995), consideran que el estrés emocional está más presente porque muchas madres solas actúan bajo una aguda presión que afecta su comportamiento con sus hijos. Parte de este estrés es provocado por las finanzas, pero, por otra parte, también se debe a la sobrecarga de roles, ya que la madre sola ha de cargar con todas las tareas, responsabilidades y exigencias que normalmente serían compartidas por dos.

Hay quienes aseguran que tras la separación de su pareja, muchas madres presentan problemas para comunicarse con sus hijos y demostrarles afecto, ejercer control sobre ellos y dedicarles atención en general; también señalan que esta situación mejora y se estabiliza luego de transcurridos los dos primeros años desde la separación de la pareja (Machida y Holloway, 1991; Wallerstein y Kelly, 1980; citados en Rice, 1997)¹².

La ausencia del padre también es considerada como una falta de influencia masculina, por lo que el entorno del niño se ve empobrecido. De acuerdo a ciertos estudios, el nivel de estímulo social y cognitivo en hogares uniparentales es inferior de las casas donde viven los dos padres, quizá porque los niños con un solo padre reciben menos atención (McKinnon, Brody y Stoneman, 1982; Medrich, Roizen y Rubin, 1982, citados en Hoffman, 1995).

¹⁰ Wolman, B. (1960). *Teorías y sistemas contemporáneos en psicología*. México: Planeta.

¹¹ Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

¹² Rice, F. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

La contribución de la familia extensa

Las familias son tan únicas en su organización, idiosincrasia y composición, que la participación de la familia extensa en la constitución de las nuevas familias, -biparentales o uniparentales-, es siempre variable. Así, la intervención de abuelos y bisabuelos puede ser alta en los niños que conviven regular y/o estrechamente con ellos, pero puede estar limitado en aquellos casos en que la relación es más distante (Pearson, Hunter, Ensminger y Kellam, 1990; Tolson y Wilson, 1990, citados en Rice, 1997). Hablando propiamente de las familias uniparentales, los estilos de autoridad entre abuelos e hija y nietos juegan un papel importante, mismo que contribuye al clima afectivo de las relaciones entre padres-hija, abuelos-nietos y madre-hijos.

Diversos estudios han resaltado la importancia de la relación abuelo-nieto en las vidas de los niños (Cherlin y Furstenberg, 1986; Denham y Smith, 1989; Presser, 1989; citados en Rice, 1997). Es una relación en donde se pueden desarrollar fuertes vínculos emocionales y que tiene un carácter único para ambos. Los abuelos pueden dotar de una riqueza de experiencias y de supervisión a sus nietos que sus propios padres no pueden debido a que su responsabilidad para con estos es más directa, lo que los obliga a estar más atentos de aspectos disciplinarios, económicos, educativos, etc. Con la necesidad de trabajar que tienen las madres para sostener económicamente a sus hijos, los abuelos se hacen cargo de sus nietos, fungiendo un papel de padres sustitutos.

Otro aspecto a considerar es la participación del padre en la vida de estas familias, mismo que puede involucrarse activamente en la socialización de sus hijos, o bien desatenderse completamente de ellos (Stevens, 1988; *idem*).

Un punto de vista posmoderno sobre la maternidad

Usualmente la maternidad a solas es definida como una identidad. Por tanto, se le convierte en una variable independiente mediante la cual se intenta explicar la vida de las madres

solteras y de sus hijos (May, 2004)¹³. A partir de este marco, los problemas que puedan tener los miembros de estas familias, son atribuidos a esta condición de vida (Walters, 1991), por ejemplo, la pobreza, problemas de salud mental y problemas de socialización en sus hijos.

La maternidad a solas se puede abordar desde una postura diferente, esto es, como una construcción narrativa del *yo*, en las historias de vida de las mujeres. Desde este punto de vista, se pretende que sea la identidad narrativa de la mujer la que explique su maternidad a solas, y no que la maternidad a solas explique a la mujer (May, 2004).

De ahí que la posmodernidad concibe a la *narración* como la unidad de significado que ofrece un marco para las vivencias. A través de ella se interpreta la experiencia vivida. Las historias, obtenidas a través de la transmisión de narrativas, conforman la identidad de cada uno y permiten vincular aspectos de la experiencia a través de una dimensión temporal. Resulta difícil encontrar otro mecanismo que estructure a tal grado la experiencia humana, y es que funciona como un modelo interno o historia que se puede usar como guía para delinear la propia identidad y acción. En este mismo sentido, la *autonarración* es una forma social de dar cuenta de un discurso público. Son recursos conversacionales, construcciones abiertas a la modificación continuada a medida que la interacción progresa (McNamee y Gergen, 1996)¹⁴.

La autonarración es un instrumento lingüístico adherido a las secuencias convencionales de la acción y usado en las relaciones de manera que sostenga, intensifique o impida diversas formas de acción. Son recursos culturales que cumplen con objetivos sociales como: autoidentificación, autojustificación, autocrítica y solidificación social (Gergen, 1996)¹⁵. La autonarración es consonante al concepto del *yo*, pero sin considerarlo como una entidad interna, individual, mucho menos estática, porque, desde el punto de vista posmoderno, el *yo* no empieza a existir en un momento puro de autoconciencia

¹³ May, V. (2004). Narrative identity and the re-conceptualization of lone motherhood. *Narrative inquiry*, Vol. 14, No. 1, pp. 169-189.

¹⁴ McNamee, S. & Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós.

¹⁵ Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, España: Paidós, 1994.

autónoma, sino en relación con el otro. No existe un yo oculto que deba interpretarse, sino que nos revelamos a nosotros en cada momento de la interacción, por medio de las narraciones que intercambiamos con los demás. El yo permanente es sólo una ilusión, una narración elaborada en relación con otros a lo largo del tiempo y que con el tiempo la identificamos como aquello que somos (McNamee & Gergen, 1996).

ABORDAJE METODOLÓGICO

El diseño de esta investigación se fundamenta en la Fenomenología, que según Van Mann, tiene como sentido y tarea: estudiar la experiencia vital de la vida, de la cotidianidad, explicar los fenómenos dados a la conciencia, y estudio científico – humano de los fenómenos. (Rodríguez y colaboradores, 1999)¹⁶.

De manera particular, el análisis se realizó bajo el método Hermenéutico “Círculo Hermenéutico”, el cual postula que todos vivimos nuestras vidas de acuerdo al marco vital que nos ha estructurado en el pasado.

Con base en lo anterior, el *objetivo* de esta investigación fue *identificar los recursos narrativos de madres solteras para solucionar los problemas que enfrentan durante su vida materna*.

Características de los informantes:

Informantes	Edad	Edo. civil	Escolaridad	Ocupación	Apoyo económico	Edad Hijo/a	Escolaridad Hijo/a
Olivia	44	Soltera	Licenciatura	Psicóloga	Familia extensa	14	2º secundaria

¹⁶ Rodríguez, G.G., Gil, F.J. y García, J.E. (1999). Metodología en la investigación cualitativa. España: Aljibe.

Abigail	37	Divorciada	Preparatoria	Cajera	Familia Extensa	16	1° preparatoria
Gabriela	29	Soltera	Carrera inconclusa	Publicista	Independiente	12	1° secundaria

Se consideró como una característica principal de las informantes que sean mujeres: divorciadas, viudas o solteras que se hayan hecho cargo de uno o varios hijos con la ausencia del padre; además de tener un tiempo considerable bajo esta condición, por lo que es importante que sus hijos se encuentren al menos en la etapa adolescente.

Debido a que se busca destacar los recursos, se eligieron familias que no tuvieran muchas problemáticas.

Descripción del instrumento:

Para recolectar la información se realizaron entrevistas a profundidad. Son entrevistas flexibles, dinámicas, no directivas, focalizadas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

Se utilizó como principal instrumento, la persona del investigador, llevando a cabo las entrevistas y el análisis de éstas, a través de la propia experiencia, tratando de estar abierta a la información que los y las entrevistadas proporcionan, en vez de buscar corroborar las hipótesis desde la teoría. A partir de las entrevistas se procedió realizar un análisis, para lo cual primero se transcribieron y leyeron dichas entrevistas con la finalidad de identificar las zonas de sentido que reflejaban la experiencia de los informantes. Posteriormente se realizó otra lectura para determinar categorías de análisis, las cuales más tarde fueron definidas y analizadas en cada uno de los casos.

Los Resultados

Después de varios intentos de categorización y revisión de las entrevistas se identificaron cinco grandes categorías: *a) Relación con la familia extensa* -Principales actitudes que la familia extensa manifiestan hacia los criterios de educación y de relación que la madre establece con su hijo(a), así como la postura que adopta hacia la autoridad de ésta y cómo ejerce su propia jerarquía ante la familia conformada por madre-hijo; *b) Narrativa de la familia* -Noción sobre los requisitos y características principales de la familia, así como el impacto que esta noción tiene en la construcción de la relación madre-hijo/a y en las características de ésta, *c) Narrativa del padre de su hijo* -Significado del padre de su hijo/a y postura afectiva hacia él, vinculada a la historia actitud hacia los hombres en general y hacia las relaciones de pareja. / *Narrativa de su padre* -Explicaciones que el/la hijo/a hace de la figura, ausente o presente, de su padre, y la postura afectiva hacia él, vinculada a la narración que su propia madre hace de él.; *d) Autonarración* - Forma social de dar cuenta del discurso público; sirve para la autoidentificación, la autocrítica y para la solidificación social (Gergen, 1996). *e) Discurso social circundante y actitud ante él* -Prácticas discursivas que se expresan en conceptos-nociones polarizados del mundo, mutuamente excluyentes, y que configuran el sistema de creencias sobre lo “correcto” e “incorrecto”, (Gergen, 1996, Shotter, 1993)¹⁷ ; así como la postura afectiva y discursiva que madres e hijo/as toman ante este discurso dominante.

El análisis de las categorías:

Familia 1 Olivia y Georgina

La familia de origen de Olivia ha servido como apoyo económico y moral, sin más objeciones que meras observaciones sobre su maternidad a solas, aceptaron y quisieron a su hija. Para Georgina, su familia extensa es un complemento de la familia que conforma con su madre. Olivia ve en la institución familiar una organización básica para lo que ella llama

¹⁷ Shotter, J. (1993). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

“realización del ser humano”, por su parte Georgina otorga un alto valor al estrecho vínculo con su madre, el que redundaba en cuidado y bienestar mutuo. En cuanto a la narrativa del padre de su hija, lo mantuvo lo más distantes de ellas, siendo su padre para Georgina una figura simbólica, que no le inspira anhelos, sino una leve curiosidad. Con lo que respecta a su autonarración Olivia intenta pensar en sí misma en términos de recursos y de posibilidades; considera que tiene las habilidades necesarias para vivir y para cubrir las necesidades de su hija. Por su parte Georgina se vive a sí misma como un factor importante para la convivencia familiar y para el bienestar de su madre. Finalmente ha habido principalmente dos discursos sociales a los que se ha enfrentado Olivia respecto a su maternidad: el cuestionamiento de la legitimidad de una familia uniparental y la idea de que una mujer “hace” su vida a través de la vida en pareja, mientras que para Georgina el discurso social de la familia tradicional fue más duro en los años de su infancia, en la actualidad no se siente diferente a sus pares.

Familia 2 Abigail y Alberto

En el caso de Abigail, su familia desempeñó un papel muy importante en la supervivencia económica de ella y de su hijo Alberto. Por otro lado, este apoyo vino acompañado de conflictos familiares que dificultaron su experiencia de maternidad a solas. Los conflictos surgidos entre su madre y su familia extensa propiciaron en Alberto sentimientos de confusión, indefensión y devaluación, idealizando la figura de un padre ausente y bueno. Para Abigail lo fundamental en una familia es el respeto, el cariño y el cuidado que se procuren en ella, sin importar por quiénes se componga la familia. Por su parte, Alberto concibe a la familia como “amigos que se ayudan mutuamente”. A la fecha, Abigail no sabe nada acerca de su ex-esposo, ni busca tampoco información sobre él, por lo que se plantea que la convivencia con él resultaría difícil, tanto para ella como para su hijo. En tanto Alberto, sólo puede especular sobre una relación con él, pues ha estado totalmente ausente. Con lo que respecta a su autonarración Abigail expresa que siente confianza en contar con los recursos para resolver sus problemas y ayudar a su hijo a desarrollarse y ser un adulto independiente. Por su parte, Alberto se ve a sí mismo como un agente importante para la estabilidad de la familia y para su progreso. Finalmente, Abigail se ha sentido más

bombardeada por distintos tipos de discursos, e incluso a vivido rechazo laboral por que tiene un hijo a quien cuidar, y no tanto por el hecho de ser una madre sola. Mientras que para Alberto, prevalece su percepción de ser diferente a sus pares, pero ahora se ve a sí mismo en términos de las ventajas que tiene su condición.

Familia 3 Gabriela y Sara

Gabriela convivió la mayor parte de su vida con su madre y luego con su padrastro. Con el nacimiento de su hija, el apoyo que su familia extensa le proporcionó fue básicamente instrumental: Estableció una constante lucha por poner límites a la intervención materna, lo que la llevó a mudarse a un departamento para vivir sola con su hija. Para Sara, las relaciones con su familia extensa, han sido cordiales. La familia uniparental era viable para Gabriela desde el inicio, no obstante, en sus proyectos era la familia biparental la que se imponía; sin embargo, se dio cuenta de que la formación de este tipo de familia requería de una decisión bilateral, conjunta, y esas no eran sus condiciones. Por su parte Sara experimenta su vida familiar sin considerarse diferente a sus pares. Gabriela mantiene una relación cordial con el padre de su hija para no negarle a su hija el vínculo con su padre, además para la Gabriela la maternidad corre paralela a su vida de pareja. Mientras que para Sara la relación con su padre es estrecha, sin detrimento de su vínculo con su madre. Gabriela reconoce sus recursos y tiene seguridad en que sabe hacer uso de ellos, siendo prioridad su bienestar y el de su hija. Anhela la compañía de una pareja. Por su parte Sara se percibe como una persona responsable, que ha contribuido y sigue contribuyendo al bienestar de la familia que conforma con su madre. Cabe señalar que un discurso en el que Gabriela ha puesto una especial atención es el que afirman que los hombres tienen prejuicios acerca de las madres solas que los llevan a evitarlas. Sin embargo, asegura que no ha corroborado este prejuicio. Por su parte Sara no se siente diferente al resto de sus pares.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con esta investigación se muestra en primera instancia que en la mayor parte de las sociedades las mujeres asumen la responsabilidad primordial del cuidado de los hijos, y mantienen los primeros lazos emocionales con ellos, y el padre ejerce esa relación primordial muy rara vez (Chodorow, 1984).

De esta manera, estas tres mujeres enfrentan la responsabilidad del cuidado, protección y desarrollo de sus hijos, independientemente del apoyo o cercanía del padre, por lo que algo innegable en las historias de estas tres madres y de sus respectivos hijo/as es que, pese a estas dificultades, la familia extensa es un recurso invaluable cuando la mujer se encuentra sola al frente de la crianza de sus hijo/as. Aun en los casos en que la familia reta la autoridad de la madre sola y, con su interferencia, promueve la aparición y desarrollo de conflictos en la relación madre-hijo, su apoyo instrumental le permite a la madre salir de la casa para obtener los recursos económicos, educativos y sociales que le ayuden a independizarse y proveer bienestar para sí misma y para su hijo/a. Lo que nos lleva a entender que las familias son tan únicas en su organización, idiosincrasia y composición, que la participación de la familia extensa en la constitución de las nuevas familias, - biparentales o uniparentales-, es siempre variable. Así, la intervención de abuelos y bisabuelos puede ser alta en los niños sobre todo si conviven regular y/o estrechamente con ellos (Pearson, Hunter, Ensminger y Kellam, 1990; Tolson y Wilson, 1990, citados en Rice, 1997).

Por supuesto que estos beneficios no son ofrecidos netamente por la familia extensa, ésta permite que se den las condiciones propicias, pero el beneficio depende de la actividad de la madre, de sus aspiraciones, de sus estrategias, de su empeño en conseguirlo y por supuesto de sus recursos narrativos.

Con respecto a esto último, objetivo de esta investigación, pese a que las tres madres entrevistadas parecen haber atravesado un proceso de resignificación sobre la familia y su propio papel como madres. Ninguna de ellas había considerado la maternidad a

solas como una opción atractiva para ellas; fueron las circunstancias –específicas en cada una-, las que plantearon la necesidad de un estilo de vida distinto al que habían visto como “ideal”.

Así, se identifican los siguientes recursos narrativos que les han permitido enfrentar las problemáticas propias de este estilo familiar: a) en cuanto al re-relato de familia que elaboraron, la prioridad del bienestar propio y de su hijo/a, y del desarrollo de ésta, está por encima de la norma y de la tradición; b) la defensa y promoción de una vida afectiva amable para su familia se convirtió en el eje de sus esfuerzos, independientemente de los éxitos o fracasos que hayan experimentado durante el proceso; c) Se consideran capaces de cubrir las necesidades familiares; y d) Reconocen cualidades como responsabilidad, seguridad y autodeterminación, al considerarse capaces de dirigir su vida y la de sus hijos. Así su autonarración resulta un instrumento lingüístico adherido a las secuencias convencionales de la acción y usado en las relaciones de manera que sostiene, intensifica o impide diversas formas de acción. Son recursos culturales que cumplen con objetivos sociales como: autoidentificación, autojustificación, autocrítica y solidificación social (Gergen, 1996)

De esta manera, todas ellas afrontan los retos de su familia apelando a sus recursos, los que se asientan en las historias que han hecho que sus experiencias de múltiples problemáticas resulten en una vida mejor para ellas mismas y para sus hijo/as.

Así mismo, la forma en la que las madres se cuentan su historia influye en gran medida en el discurso y significados que transmiten a hijos(as). Así, van configurando las primeras experiencias de sus hijos, a partir de las cuales, ellos darán forma a sus propias experiencias (White, 2004)¹⁸.

Y precisamente, los hijo/as de estas mujeres dan cuenta del alto valor que otorgan al vínculo afectivo con su madre. Dentro de sus experiencias particulares, coinciden en la

18 White, M. (2004) Narrative practice and exotics lives: Resurrecting diversity in everyday life. Australia: Dulwich Centre Publications.

mancomunidad del cuidado por el otro y el bienestar personal. Así, la solidaridad, la cooperación, el cuidado, etc., se convierten en los recursos de la satisfacción familiar. De esta manera, los tres hijos de las madres entrevistadas se viven a sí mismos como elementos fundamentales de la organización y el bienestar familiar. Y se pueden identificar tres actitudes básicas que tienen en común: a) responsabilidad, b) agencia personal y c) disciplina; actitudes que, por otra parte, guardan concordancia con la narrativa de familia que han configurado en conjunto con sus respectivas madres.

Lo anterior apoya los estudios de Robert Weiss (1979), quien concluyó que la vida con un sólo padre también tiene sus aspectos positivos. Descubrió que en las familias con niños en edad escolar y adolescentes, esta experiencia puede conducir a una mayor responsabilidad, autosuficiencia y madurez. En estas familias, cada niño cuenta con hacer su parte de trabajo en la casa. Así mismo, encontró que estos niños tienen más poder que los de familias intactas y la mayoría desarrollan relaciones con el padre que les custodia como si fuera un compañero.

Sin embargo, todas estas características no son inherentes a cualquier familia uniparental, requiere de un esfuerzo y trabajo continuo, y conjunto por parte de las madres y sus hijos. Es cierto que los hogares comandados por una mujer están en desventaja y que los hijos se enfrentan a ciertos riesgos que no corren muchos de los que viven en hogares biparentales, pero esto no se debe exclusivamente a la capacidad de la madre para hacer frente a los retos de sostener una familia, sino también a los prejuicios, asentados en los discursos sociales dominantes, que pesan sobre estos hogares, y a las prácticas sociales que resultan de ellos (Colgan McCarthy, 2001).

Y en cuanto al discurso social circundante y actitud ante él, al ser los discursos prácticas sociales, éstos dependen de los círculos sociales en donde cada persona lleva a cabo su vida, por lo que es válido suponer que la habilidad para analizar y reflexionar sobre los eventos de la vida es un recurso para enfrentar la presión social que viene cuando se opta por un estilo familiar marginal, como lo es la maternidad a solas, pues esto les permite

“salirse” de los relatos dominantes, despojándose a sí mismas de ellos e incluso externalizarlos.

3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento: Atención y Prevención comunitaria.

3.1. Producción del video “Técnicas de intervención utilizadas en el tratamiento de una familia extensa multiproblemática”

Introducción

Con la finalidad de desarrollar las habilidades de enseñanza y difusión, participé en la producción de un video, que ejemplifica algunas técnicas de intervención sistémica. En el video se muestra el trabajo realizado en uno de los casos que atendí en coterapia bajo el Modelo Estratégico durante el 2º semestre de mi formación, dicho video se utilizó para ejemplificar las intervenciones de este modelo en una familia extensa multiproblemática en el XII Congreso mexicano de Psicología.

Justificación

La elaboración de productos tecnológicos como parte de la formación dentro de la Maestría en Terapia Familiar, resulta básica como un medio de apoyo a la enseñanza y difusión, en este caso de algunas intervenciones sistémicas basadas en los enfoques Estructural y Estratégico. Además, sirve de apoyo para otros terapeutas en formación, ya que a partir del análisis de un caso, se describen y ejemplifican algunas intervenciones terapéuticas.

Resumen

El video muestra parte del trabajo realizado en una práctica supervisada, durante el primer año de formación de terapeutas familiares de la Residencia en Terapia Familiar, de la UNAM.

La práctica se realizó en coterapia básicamente bajo el Modelo Estratégico, con algunos aspectos del Modelo Estructural, atendiendo a una familia extensa multiproblemática. Se ejemplifican las siguientes intervenciones:

- ✓ Tarea directa pedir que los miembros de la familia hagan algo diferente a lo que suelen hacer.
- ✓ Manipulación del espacio
- ✓ Unión
- ✓ Tarea directa, pedir a los miembros de la familia que hagan algo diferente.
- ✓ Foco
- ✓ Restauración de la jerarquía

Población

Debido a que el video tiene como objetivo apoyar la enseñanza de algunas intervenciones del Modelo Estratégico, va dirigido a terapeutas en formación.

3.2. Tríptico “La comunicación en la familia”

El objetivo principal de este tríptico es informar acerca de la importancia de la comunicación en la familia, y por otro lado, prevenir u orientar en la resolución de posibles problemáticas que se presentan en relación a este aspecto.

Alternativas de Solución

- = Observar el tipo de comunicación que tenemos con nuestros hijos: identificando el qué, cómo, cuándo, en dónde y en qué tono hablo.
- = Mayor contacto físico
- = Valorar los pequeños esfuerzos
- = Compartir actividades.
- = Ser empático
- = Darse tiempo para comunicarse mientras juegan o trabajan juntos.
- = En momentos de conflicto, controlar primero la emocionalidad y luego la situación.
- = Abrir el proceso de comunicación: "¿qué piensas acerca de...?", "yo no estoy seguro, pero...", o "permíteme considerar todas las opciones, antes de decidir".
- = Expresar las emociones y necesidades a tiempo.
- = Cuidar que nuestros mensajes no sean contradictorios.
- = Escuchar con atención e interés.
- = Comunicarse con claridad, negociar, resolver y encontrar puntos de vista en común.

Si necesitas apoyo con tu manera de comunicarte, puedes acudir a la clínica de Psicología, ubicada en el sótano del Edificio "D" de la Facultad de Psicología

¡TE ESTAMOS ESPERANDO!

Baborado por:
Eva Luisa Alfaro Bravo
Domingo Lorenzo Hernández



U N A M
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

y TÚ

¿CÓMO TE COMUNICAS?



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
TERAPIA FAMILIAR

¿Qué es la Comunicación?

Es un proceso mediante el cual entendemos a los otros y buscamos ser entendidos por ellos.

Mediante la comunicación podemos lograr:

Respeto, Empatía e Íntima relación

ó

Desprecio, Separación y

Contienda



La Comunicación en la Familia

Cuando el individuo llega al mundo, la comunicación es el factor determinante de las relaciones que establecerá con los demás, y lo que sucederá con cada una de ellas.

Y precisamente es en la familia donde se comunica algo para enfrentar el mundo exterior. Cómo desenvolverse, qué hacer ante determinadas situaciones y cómo relacionarse.

De esta manera en la familia se establecen las bases del sistema de comunicación y en ella debe centrarse la atención para dar el primer paso hacia la atención y tratamiento de los principales problemas.

Principales Problemáticas

- X Falta de contacto físico, ya que es el primer espacio vital de interacción.
- X Agresión física - violencia familiar.
- X Intolerancia.
- X Manejo inadecuado del enojo o coraje: El silencio, recordar eventos negativos, referencias dolorosas, burlas acerca de áreas sensibles o debilidades personales.
- X Falta de valoración de las personas significativas.



3.3. Programa de Intervención Comunitaria.

Amar ¿te duele?

Prevención de noviazgos violentos.

Elvia Luisa Alfaro Bravo; Julio César Cortés Ramírez y Maribel Méndez Llamas

En nuestro país existen múltiples problemáticas en donde los profesionales de la salud mental pueden y deben intervenir. La violencia es uno de estos problemas que cada día incide en la salud física y mental de los mexicanos, teniendo costos altísimos que incluyen la vida misma. Se sabe que son múltiples los factores socio-económicos, culturales y psicológicos relacionados con la violencia, por lo que su abordaje terapéutico es complejo, entonces diseñar programas de intervención que incidan en los primeros niveles de prevención se convierte en una prioridad.

Los organismos tanto gubernamentales (INMUJERES) como de la sociedad civil consideran que es muy importante combatir este problema desde la raíz; es casi del dominio popular que la violencia se transmite de generación en generación, por lo que los jóvenes se convierten en uno de los grupos clave en donde se puede comenzar a bloquear este tipo de interacciones violentas.

Siendo la adolescencia una etapa donde los jóvenes comienzan a establecer sus primeras relaciones de pareja, se propone la creación de un taller sobre la violencia, dirigido a este grupo, que busque incidir en los tres primeros niveles de prevención.

Objetivo General

- Que los participantes conozcan y comprendan las características de una relación violenta, para prevenir interacciones de este tipo desde el noviazgo.

Objetivos Particulares

- Que los participantes tomen conciencia del riesgo que puede implicar relacionarse de forma violenta con su pareja, desde sus primeras experiencias de noviazgo.
- Que los participantes conozcan las características de la violencia en la pareja.
- Que los participantes construyan estrategias de autocuidado y protección hacia la violencia en el noviazgo.

Desarrollo.

El taller: “*Amar ¿te duele? Prevención de noviazgos violentos*”, está dirigido a alumnos de bachillerato, hombres y mujeres de entre 15 y 19 años, del Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Oriente. El taller esta preparado para un mínimo de 8 participantes y un máximo de 25.

De acuerdo con la organización de los temas y contenidos tuvo una duración de 14 horas distribuidas en 7 sesiones de 2 horas cada una.

El taller fue diseñado buscando la participación activa de los participantes, contó con actividades tanto individuales como grupales; entre las dinámicas que se llevaron a cabo fueron *debates, lluvias de ideas, plenarias, realización de dibujos, collage, creación de historietas, cine debate*, entre otras; cada actividad estuvo encaminada a la participación activa de los asistentes.

Se elaboraron tres materiales para impartir el curso: 1) Manual del Instructor; que contiene el plan de trabajo, el sustento teórico y metodológico y los contenidos temáticos. 2) Cartas Descriptivas; que contienen todas las actividades a realizar sesión por sesión, organizadas de forma cronológica, se describe minuciosamente cada actividad y el material requerido. 3) Manual del Participante; contiene la descripción del taller sesión por sesión, el material requerido, así como información complementaria con relación a los contenidos.

Contenidos

1. Adolescencia y juventud

1.1 Identidad.

1.2 Roles.

1.3 Derechos de la juventud.

1.4 Ciclo Vital

2. Noviazgo

2.1 Elección de pareja.

2.2 Enamoramiento.

3. El poder

3.1 Tipos de poder.

4. Violencia en la pareja

4.1 Tipos de violencia.

4.2 Ciclo de violencia.

4.3 Uso del poder en la violencia.

5. Estrategias de afrontamiento

5.1 Afectivas.

5.2 Cognitivas.

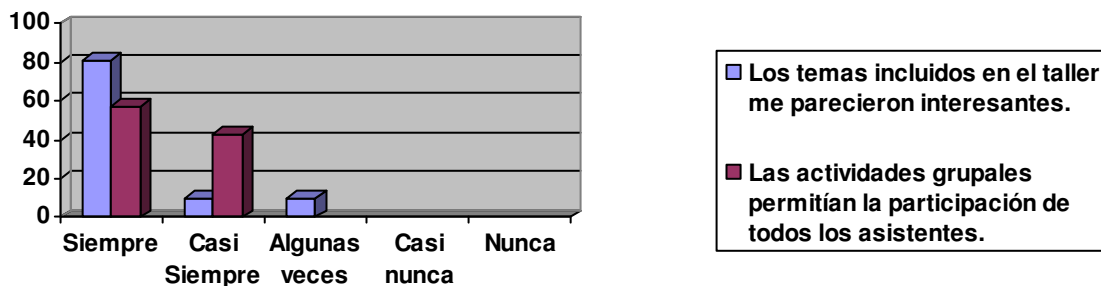
5.3 Conductuales.

Resultados

El taller se llevó a cabo los martes y viernes del 18 de abril al 12 de mayo de 2006. Inició con 30 participantes, 8 hombres y 22 mujeres; finalizó con 24 participantes, 6 hombres y 18 mujeres. Al concluir el taller, se realizó una evaluación cuantitativa y cualitativa del mismo, la cual proporcionó retroalimentación sobre los contenidos, materiales y exposición de los terapeutas.

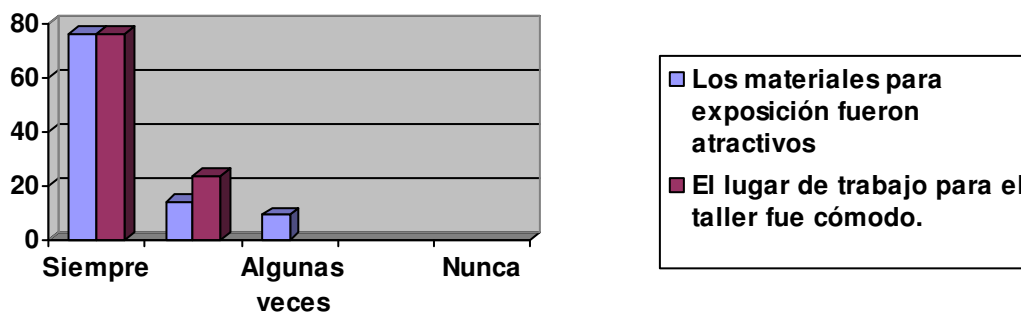
Evaluación Cuantitativa

Gráfica 1



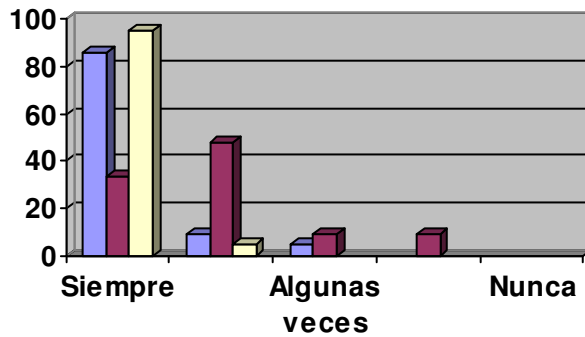
Gráfica 1. Se muestra que el 80% de los participantes consideraron que los temas *Siempre* fueron interesantes; el 57% piensan que las actividades grupales *Siempre* permitían la participación de todos los asistentes.

Gráfica 2



Gráfica 2. Se muestra que el 80% de los participantes consideraron que los materiales para la exposición *Siempre* fueron atractivos; también el mismo porcentaje de participantes coinciden que el lugar de trabajo *Siempre* fue cómodo.

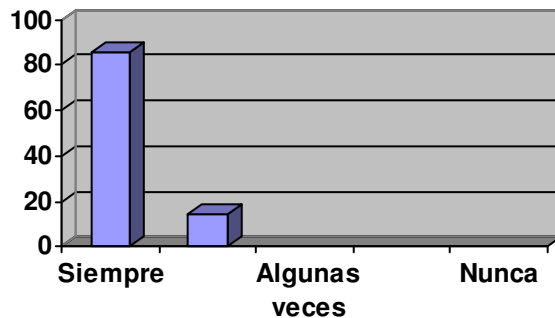
Gráfica 3



- Los materiales audiovisuales me ayudaron a entender mejor los temas.
- El tiempo dedicado para cada una de las actividades fue suficiente
- Las instrucciones para las actividades eran claras y entendibles.

Gráfica 3. Se muestra que el 86% de los participantes consideraron que los materiales que se presentaron en el taller *Siempre* ayudaron a entender los temas. Con respecto al tiempo solamente el 33 % de los participantes consideran que el tiempo dedicado fue el suficiente. Para el 95% de los participantes las instrucciones de las actividades *Siempre* fueron claras y entendibles.

Gráfica 4



- Las explicaciones de los expositores motivaron a saber más sobre los temas.

Gráfica 4. Se muestra que el 86% de los participantes piensan que las explicaciones de los expositores *Siempre* motivaron a saber más sobre los temas.

Evaluación Cualitativa.

A partir de las evaluaciones, se puede concluir que para la mayoría de los participantes, las *expectativas* con que llegaron al taller fueron cubiertas totalmente, e incluso en algunos casos fueron rebasadas. Cabe señalar que algunos mencionaron que les hubiera gustado recibir más *tips*, y contar con mayor tiempo para el taller.

Lo que más les gustó del taller fue el ambiente que se creó, ya que les dio la confianza de poder comentar aspectos muy personales, además de hacer nuevas amistades. En general mencionaron que les gustaron todas las actividades, y específicamente las que resultaron más atractivas e interesantes fueron: los debates, la elaboración del cartel y el collage.

Entre los temas que les parecieron más interesantes se encontraron: El ciclo de la violencia, los tipos de violencia y el enamoramiento.

Consideraron que todo lo aprendido en el taller lo podrían poner en práctica, y principalmente en el aspecto preventivo, ya que les permitirá identificar cuándo se encuentren en una relación violenta, y tendrán más herramientas para salir de ésta. Por lo que, se puede concluir que los objetivos planteados en este taller desde lo cognitivo, afectivo y conductual fueron cubiertos en su totalidad.

3.4. Asistencia y presentación del trabajo realizado en foros académicos.

La formación del terapeuta familiar requiere de solidez teórica y de muchas horas de práctica clínica supervisada. En el simposio *“Experiencias de Intervenciones en psicoterapia Familiar Sistémica”*, del XIII Congreso Mexicano de Psicología *“la interfaz entre formación y práctica profesional: El impacto social del psicólogo”*. Se analizaron diferentes aspectos de la intervención con familias que van desde la estructura del trabajo de supervisión; la primera entrevista con la familia; y el uso de técnicas de intervención

sistémicas desde los enfoques estratégico y estructural, todo ello en el contexto del primer año de formación de los terapeutas familiares de la Residencia en Terapia Familiar de la UNAM.

Con la ponencia “*Análisis de las Técnicas de Intervención utilizadas en el tratamiento de una familia extensa multiproblemática*”¹⁹, se analizó la estructura familiar de una familia extensa, de contexto semi-urbano y nivel socioeconómico medio-bajo, la cual acude a consulta por los robos recurrentes de uno de sus integrantes; se trata de una familia multiproblemática en donde aparece migración, subempleo, antecedentes penales, conflictos maritales entre otros. Se describió el plan de tratamiento, las hipótesis de trabajo y las técnicas de intervención utilizadas en el curso del tratamiento como son: unión, rastreo, enfoque, escenificación, reencuadre, entre otras.

INTRODUCCIÓN

Esta fue la familia más numerosa que atendimos en esta generación durante la residencia. La familia se ubica en un contexto semi-urbano de la Ciudad de México, de clase socioeconómica media-baja. Cuentan con un nivel académico básico. El Sr. Raúl. ha trabajado en Canadá de manera legal, desde hace más de quince años, dedicado principalmente a las labores del campo, mismas que desarrolla también en México, cuando se encuentra en el país.

Comparten convicciones católicas y tradicionales en cuanto a la asignación de roles de género: los varones deben adoptar un rol predominante de proveedores, dando dinero para el sostenimiento del hogar a la esposa, cuando ella no trabaja por tener hijos pequeños a los que se debe cuidar; no obstante, consideran que tanto el hombre como la mujer deben trabajar y aportar dinero al hogar. Dan un alto valor al trabajo y al esfuerzo, así como a la honradez y a la unión familiar. La familia extensa es parte importante de su entorno y de su interacción, misma que es fuente de apoyo para la familia nuclear.

¹⁹ Trabajo realizado por: Elvia Luisa Alfaro Bravo, Domingo Lorenzo Hernández y Martha López Zamudio, bajo la supervisión de la Mtra. María Elena Rivera Heredia.

PROBLEMÁTICA FAMILIAR

El motivo de consulta son los robos recurrentes de Alberto, problema que se viene presentando desde hace doce años. Quien comenzó a robar cosas pequeñas, pero esto ha ido creciendo conforme pasa el tiempo, hasta el punto que hace una fue encarcelado.

HIPÓTESIS SISTÉMICA

Al ser una familia amalgamada donde se provee de las necesidades básicas al hijo, aunque éste ya haya establecido una familia por su parte, está siendo protegido y apoyado, lo que le ha permitido delegar su responsabilidad como adulto, esposo y padre de familia. El hijo puede estar rebelándose a los cánones de trabajo y esfuerzo de la familia, mediante el síntoma. Esta situación puede modificarse en tanto el subsistema parental (padre, madre) vaya trazando límites.

Por otro lado, los estilos opuestos de educación que maneja cada uno de los padres no están facilitando la definición de reglas claras que permitan a la familia, y específicamente a Alberto, ser consciente de las consecuencias de sus actos, lo que redundaría en que no se responsabilice de su conducta. El síntoma permite a los padres tener un punto de acuerdo, en el que ambos unen esfuerzos para erradicarlo; aunque, en el momento de tomar medidas drásticas, con miras a una solución más permanente, vuelve a aparecer la oposición de ambos cónyuges.

PLAN DE TRATAMIENTO

- Lograr que la conducta antisocial de A. sea controlada por la familia y que éste sea capaz de desempeñarse dentro de reglas que le permitan manejar su vida sin problemas legales.
- Conciliar las posturas jerárquicas complementarias y opuestas de los padres de Alberto., con el fin de que puedan llegar a acuerdos sobre la definición de reglas

que han de establecer en su familia así como de las consecuencias que implicarán su incumplimiento.

- Modificación del desempeño de ambos padres, para que ejerzan mayor control en la conducta de Alberto., estableciendo en ellos una autoridad congruente ante éste, que permita, a su vez, el control del síntoma.
- Exploración y fomento de los recursos de la pareja formada por Alberto. y su esposa, para que vayan realizando las tareas ejecutivas que les corresponden como cónyuges y padres.

Técnica: Tarea directa pidiendo que los miembros hagan algo diferente a lo que suelen hacer.

En la primera sesión, el Sr. Raúl se comprometió a llevar a trabajar consigo a Alberto, de manera que éste pudiera estar ocupado y ser productivo. En la segunda sesión el padre dijo que no había podido cumplir con la tarea por algunos percances en su trabajo. El Sr. Tomás, tío de Alberto añadió que, aunque éste sí había mostrado deseos de cambiar, el resto de la familia no lo había apoyado suficientemente.

En vista de estos resultados, los terapeutas impartieron una *directiva directa* a los padres de Alberto, para que *hiciera algo diferente*: se les pidió **que trajeran por escrito cómo podrían ayudar a sus hijos a crecer en responsabilidad, y especialmente a Alberto.**

- En la tercera sesión, los padres informaron, que más que escribirlo, habían actuado, retirando el apoyo económico a Alberto y a sus hermanas, para que éstos comenzaran a hacerse cargo de sus responsabilidades.

Técnica: Manipulación del espacio

Tercera Sesión: A partir de estos cambios hechos en el sistema familiar, los terapeutas recurren a la *manipulación del espacio*, **pidiendo al padre, al tío y a las niñas que salgan algunos minutos, para trabajar sólo con la pareja de Alberto. y Maribel.** Con esto se propició la separación del subsistema conyugal de la familia extensa. En este espacio se trabajó con la pareja en sus desacuerdos y sus expectativas como matrimonio.

Técnica: Unión

Cuarta sesión: El Sr. Raúl manifestó su desánimo para continuar con el proceso terapéutico, debido a una recaída de Alberto en la última semana. A partir de esta información, **el terapeuta emplea la técnica de la unión al decirle al Sr. Raúl que entiende su tristeza y su coraje, pero que sin embargo este es un proceso lento que implica recaídas.**

De esta forma, el compromiso de la familia se fortaleció y se pudo continuar con el proceso.

Técnica: Tarea directa, pidiendo a los miembros de la familia que hagan algo diferente.

Séptima sesión: Debido a que la ausencia de reglas y consecuencias claras estaba perpetuando el síntoma. **Los terapeutas dieron la directiva al Sr. Raúl y al Sr. Tomas (tío de A), para que convocaran a una reunión familiar en la que todos los miembros acordarían no apoyar económicamente a Alberto.** De esta manera se buscó que este último se enfrentara a las consecuencias de robar y de no trabajar.

Técnica: Foco

Séptima sesión: Siguiendo la línea de la intervención anterior, los terapeutas **enfaticaron en varias ocasiones la importancia de que existieran acuerdos en el subsistema parental, constituido por la Sra. María y el Sr. Raúl.**

El foco en este tema ha logrado que la pareja trabaje más en llegar a acuerdos sobre las reglas que quieren que imperen en la familia.

Técnica: Restauración de la jerarquía

Séptima sesión: Después de poner foco sobre la importancia de los acuerdos entre los padres de Alberto, **se les pidió a ambos que plantearan las reglas que, como padres desean que existan en su familia y que comenzaran a implementarlas.**

Esta instrucción abrió el canal para que la pareja pudiera hablar y actuar sobre el tema de la organización y jerarquía familiar.

OBSERVACIONES FINALES

Ante un síntoma como el robo crónico, no es posible una eliminación total de éste, pero sí es posible llegar al control y disminución del mismo. Al establecer una jerarquía congruente entre los diferentes subsistemas y sus miembros, se hace posible controlar cada vez más el síntoma.

Las técnicas aquí expuestas y sus resultados forman parte de un proceso complejo que se ha dado en el sistema terapéutico, formado por los terapeutas, la familia y el equipo atrás del espejo. Cada caso requiere intervenciones particulares.

Observamos que para este tipo de problemática y con estas características del sistema familiar, es conveniente el uso de directivas directas.

Actualmente la familia ha sido dada de alta. Alberto emigró a EE.UU. Donde está trabajando y el Sr. Raúl y la Sra. María reportaron que no se ha presentado el síntoma en los últimos dos meses. Raúl y María, como pareja, han logrado establecer acuerdos entre ellos, restableciendo su jerarquía ante el sistema familiar.

4. Habilidades de compromiso y ética profesional

4.1. Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergieron de la práctica profesional.

La primera pregunta a responder en este análisis es ¿qué papel tiene la ética en el trabajo como Terapeuta Familiar?, la cual nos lleva a entender que si la labor principal de un terapeuta tiene que ver en primera instancia con el contacto humano, y las relaciones que éste establece. Y por su parte, la ética, estudia el desarrollo de la libre voluntad del hombre sin perjudicar al prójimo. Entonces, al ejercer como terapeutas y trabajar con la familia por la búsqueda de bienestar, la ética resulta indispensable.

De ahí que la ética forme parte de nuestra profesión, y tenga como principal objetivo crear conciencia de la responsabilidad que implica en este caso particular ser terapeuta, que como profesión humanista ante todo busca el bien común. Además que al ser profesionistas debemos representar nuestro papel dignamente por respeto no sólo a nuestra profesión, si no también por uno mismo.

Es así, como la mayoría de profesiones, incluida la Psicología cuenta con un Código Ético, en este caso producto del trabajo de La Sociedad Mexicana de Psicología, con base en consultas e integrando componentes de diversos códigos éticos de sociedades psicológicas de diversos países, de esta manera resulta un instrumento que garantiza la protección de los usuarios que hacen uso de un servicio psicológico, y al mismo tiempo ofrece al psicólogo un apoyo, tanto en la toma de decisiones, como en los casos en los que enfrenta dilemas éticos.

De esta manera, como psicóloga y terapeuta, además de contar con un bagaje teórico – metodológico suficiente y claro, y un código ético que regule nuestro ejercicio, resulta indispensable en primera instancia tener presente y clara una postura ética al momento de ejercer, ya que, en la práctica profesional podemos enfrentar situaciones complicadas que impliquen conciliar ciertos intereses, sobre todo, en el trabajo con familias, en dónde no sólo atendemos a una persona, si no a todo el sistema, esté o no presente, y tener una postura ética firme y congruente nos ayudará a encontrar mejores soluciones ante todo por el beneficio del paciente o familia, la labor terapéutica y la vida institucional.

Debido a que, no podemos perder de vista, que al ejercer como Terapeutas Familiares con una formación universitaria, estamos representando a nuestra institución dentro y fuera de las instalaciones, durante y después de nuestra formación, lo que implica la responsabilidad de evidenciar la calidad de profesionalismo por la que ha trabajado tanto la Universidad, y gracias a la cual, contamos con apoyos como éste Programa de Maestría y Doctorado en Psicología.

De igual manera, como ya se señaló, uno de los principios primordiales que tendríamos que atender como terapeutas, es buscar ante todo el beneficio del paciente o familia, para lo cual, resulta indispensable analizar a la persona del terapeuta en función de sus creencias, valores, conocimientos, acciones y actitudes, teniendo conciencia de que el conocimiento y la realidad no son absolutos, por lo que, el terapeuta debe estar abierto y ser capaz de observar de diferentes ópticas en función de la nueva información, para poder reflexionar y cuestionar lo que piensa y lo que actúa. Todo ello, porque finalmente su postura ética repercute en el proceso terapéutico del paciente o familia.

Además, desde una postura sistémica, resulta de mayor relevancia, ya que el terapeuta es parte del sistema terapéutico; al contrario de otras posturas que buscan separar el sistema de creencias del terapeuta, de la necesidad clínica del paciente. Esto, debido a que se trabaja bajo la cibernética de segundo orden, desde la cual se busca la relación entre el observador y lo observado, por lo que es indispensable ser consciente de cómo afecta el

observador en lo observado. Todo ello, antes que buscar el beneficio personal o profesional, que en este caso puede ocurrir al tratar de cumplir con un Programa de Formación Profesional.

Muy relacionado con lo anterior, otro principio ético a considerar como terapeuta es la responsabilidad, ya que se debe asumir cómo uno mira, y desde dónde mira, pues esto repercute en la participación que tenemos como terapeutas en este proceso de construcción de realidades con el otro o los otros.

De igual manera, no se debe perder de vista la confidencialidad, ya que las personas que se acercan a solicitar este servicio tienen la confianza de que su intimidad está segura, razón por la que nos permiten ser parte de ella. De ahí que, es muy importante que la información que surja durante el proceso terapéutico sólo la conozcan el terapeuta y en este caso el equipo terapéutico. Y si fuera el caso, de que dicha información resultará pertinente para fines de investigación como es el caso de este Reporte Profesional, en donde se exponen casos atendidos dentro de la residencia, es indispensable la autorización de los pacientes y además de utilizar seudónimos para proteger de alguna manera su intimidad.

Es así, como una Terapeuta Familiar Sistémica, tiene el compromiso al realizar una entrevista, un diagnóstico, una intervención, una evaluación, ser parte de un equipo terapéutico, y en todo lo que implique su participación como parte del Sistema Terapéutico Total, ser conciente de su postura ética y de cómo la expresa. De la misma manera tiene la responsabilidad, al ejercer el rol de terapeuta, por lo que debe buscar ante todo las mejores opciones para la familia.

De la misma manera, una tiene que ser respetuosa del lugar que ocupa, y de lo que representa para la familia, por lo que se debe ser cuidadosa de cómo manifiesta sus creencias y valores. Todo ello, no sólo ante las familias, si no también, a nivel académico con sus compañeros de formación y profesores, a los cuales se debe gran parte del aprendizaje y experiencia.

CAPÍTULO 4

CONSIDERACIONES FINALES

Como se señaló anteriormente, el haber participado en este Programa de Maestría en Psicología Profesional fue una oportunidad invaluable, que cambió mi visión del mundo, como persona y profesionalista, ya que, como se puede observar a lo largo de los tres capítulos anteriores, la formación como Terapeuta Familiar, tiene un sustento sólido y de calidad en todos los niveles: cognitivo, pragmático y actitudinal.

Todo ello sustentado en el trabajo realizado en los diferentes campos, lo que permitió el desarrollo de habilidades y competencias profesionales que pueden aplicarse en diversos escenarios laborales dentro del Área de la Psicología y de la Psicoterapia en particular, como lo son: la Educación, la Salud, la Industria, la Investigación, entre otros.

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

Uno de los principales propósitos de este Programa de Maestría es, desarrollar habilidades y competencias que permitan un desempeño de calidad como Terapeuta Familiar, entre las que podríamos señalar las siguientes:

a) **Pensamiento teórico**, el sustento teórico es fundamental en toda disciplina y profesión, es lo que permite comprender, analizar, aplicar, proponer, cuestionar y evolucionar en este campo. De manera particular, dentro de la formación como Terapeuta Familiar me pareció pertinente la organización que el Programa tiene a lo largo de los cuatro semestres, ya que durante el 1er año de formación se da prioridad al conocimiento, análisis y reflexión del fundamento epistemológico de la Terapia Familiar Sistémica, así como el de cada uno de los modelos que se derivan de ésta, que como se desarrolla en el capítulo dos, van desde modelos clásicos, pioneros y modernos como son el estructural y estratégico, hasta modelos posmodernos basados en el constructivismo y hermenéutica como son la narrativa y el equipo reflexivo, entre otros.

Todo ello, da muestra de la pertinencia y eficacia de este enfoque terapéutico dentro del campo de la Psicología, ya que a pesar de ser joven en comparación con otros paradigmas como el Psicodinámico, por mencionar alguno, el bagaje teórico con que cuenta, es muy vasto y sobre todo diverso y actual.

Y precisamente por ser tan vasto y estar en constante evolución es indispensable e incluso me atrevería a decir que insuficiente, el tiempo que se le dedica para conocerlo y apropiarse de él, aunque, hay que considerar que como profesional tenemos el compromiso de seguir aprendiendo, actualizándonos, fuera del aula. Además resulta indispensable para la práctica, ya que sin él no tendría sentido.

Esta diversidad de modelos permite que, como terapeuta te apropias de un estilo particular, con el cual te sientas cómoda en el trabajo cotidiano con las familias, y al apropiarte de esta epistemología, al menos en mi persona provocó un cambio en la forma de ver el mundo, a las personas, las familias y mi vida misma, ya que me resulta imposible no verlo desde esta perspectiva sistémica, lo cual habla de que un pensamiento teórico bajo este enfoque resulta indispensable en la práctica profesional como terapeuta, investigadora y docente, enfocado al campo de la Terapia Familiar.

b) **Habilidades clínicas**, una de las prioridades en la formación como Terapeuta Familiar, es precisamente desarrollar habilidades clínicas en el trabajo con las familias, ya que es una de las características de esta profesión.

Como señalaba anteriormente, para poder apropiarte de estas habilidades primero hay que tener claridad en cuanto a tu pensamiento teórico, ya que es lo que te va a permitir encontrar el sentido de cada una de las intervenciones que se realizan en el consultorio, es por ello, que como mencioné, me pareció pertinente que durante nuestra formación nos enfrentaran a la práctica sólo, a partir de haber revisado los fundamentos mínimos de este enfoque teórico.

Otro aspecto que considero fundamental para la adquisición de estas habilidades, es el perfil del terapeuta, ya que no creo que el conocimiento baste para poder llevarlo a la práctica y establecer esta empatía con las personas que solicitan de este servicio, pues como se nos señaló en repetidas ocasiones, es fundamental tener claridad y ser conciente de nuestra persona, nuestros miedos, limitaciones y por qué no aptitudes, actitudes con las que hemos vivido y que forman parte de lo que expresamos en el contacto con los otros.

De manera personal, puedo decir que adquiriré habilidades clínicas necesarias para ejercer esta profesión, entre las que podría mencionar; capacidad de observar desde diferentes ópticas, de diagnosticar y definir el motivo de consulta y demanda de la familia, de intervenir en función de la metodología derivada de los modelos revisados, evaluar los resultados y terminar con tratamiento, además de entrevistar, buscar ante todo el beneficio del paciente o familia, respeto, y conciencia de mi postura, y muy particularmente ser sensible a la problemática de la familia.

c) **Investigación y enseñanza**, habilidades propias de este grado académico, ya que, como he reiterado tuvimos la fortuna de tener una formación integral y completa, pues no sólo estamos preparados para intervenir clínicamente, si no también para desarrollar investigación, enseñanza, aclarando que hacer terapia es también realizar investigación, pues se deben ejercer habilidades de investigación para saber tomar una decisión en la terapia.

Desde este punto, siempre he considerado que una de las bondades de la Psicología es su carácter científico y humanístico, que no tienen todas las disciplinas, el cual nos permite abordar las problemáticas desde los dos principales campos en la Investigación: Cuantitativo y Cualitativo.

Y que mejor que aterrizarlo desde un enfoque sistémico familiar, que nos brinda una amplia gama de problemáticas socioculturales que resultan de interés en el desarrollo científico. De manera particular participé en la construcción y validación de un instrumento que permitió evaluar la estructura familiar de adolescentes mujeres, con tendencia a

padecer anorexia. Por otra parte analicé la situación de algunas mujeres que enfrentan su maternidad a solas, y lo valioso de este estudio fue identificar aquellos recursos con los que cuentan, y que les han permitido salir adelante a ellas y a sus hijos.

Además, tuve la oportunidad de participar en el XIII Congreso de Psicología, que me permitió demostrar, y practicar mis competencias profesionales en otro escenario, ya que aunado a la preparación del trabajo que se presentó, había que enfrentar una exposición de experto a otros expertos. Así mismo, desarrollamos talleres de intervención comunitaria, que de alguna manera, fortalecieron mis habilidades en el campo de la enseñanza. Uno de los productos tecnológicos, fue un video que ejemplificó algunas intervenciones del modelo estratégico en una familia extensa, lo que me permitió afianzar la conceptualización del modelo.

d) **Ética y compromiso social**, elementos indispensables en la labor psicoterapéutica, debido a que el contacto humano y las relaciones que establecemos con los diversos sistemas son cotidianas en esta profesión. Debido a ello, tenemos el compromiso de clarificar nuestra postura ética al momento de intervenir con las familias, buscando siempre la congruencia, para realmente ayudar a encontrar mejores soluciones, ante todo por el beneficio del paciente o familia.

Algo importante a destacar, es precisamente, la importancia que tiene para el Programa de Maestría, el desarrollo de esta conciencia ética, ya que fue una constante en nuestra formación.

Por otra parte, quiero enfatizar el gran compromiso social que implica pertenecer a este tipo de Programas, el cual es privilegiado, ya que se nos da la oportunidad y apoyo de una formación profesional sólida y de calidad, por lo que durante y después de esta experiencia debemos demostrar nuestra habilidades y competencias, sin perder de vista que representamos a nuestra máxima casa de estudios, y por lo tanto, debemos estar dispuestos en todo momento a apoyar a la comunidad.

4.2. Incidencia en el campo psicosocial

Al contar con una amplia gama de modelos terapéuticos, que como ya se señaló van de lo moderno a lo posmoderno, la Terapia Familiar Sistémica resulta una alternativa eficaz para abordar una diversidad de problemáticas, que como se mencionó en el primer capítulo pueden ir desde cuestiones relacionadas con el género, la violencia, drogadicción, conflictos de pareja, crisis en alguna etapa del ciclo vital, problemas de estructura familiar, entre otras.

Con este abordaje podemos, trabajar con las familias en diferentes niveles y subsistemas, podemos intervenir con parejas, con una familia nuclear, con una familia extensa numerosa e incluso con redes de apoyo, y de esta manera estaremos influyendo en todo el sistema familiar, pues nos permite una incidencia mayor en el problema, y por lo tanto, altas posibilidades de apoyar en su resolución.

Además no sólo se incide desde el consultorio, en la atención a pacientes o familias que llegan a solicitar de nuestro servicio, también lo podemos hacer de manera indirecta en la comunidad por medio de Programas o Talleres, o a través del uso de algunos productos tecnológicos, lo cual funciona a nivel preventivo, informativo o formativo.

Sin olvidar, las aportaciones teóricas y clínicas que podemos hacer a través de investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas.

4.3. Reflexión y análisis de la experiencia

Fue una experiencia invaluable que me permitió desarrollar habilidades y competencias para ejercer como Terapeuta profesional, a partir primero de una reestructuración conceptual, que modificó mi epistemología en el campo de la Psicología y específicamente de la psicoterapia, ya que para apropiarse del enfoque sistémico no sólo hay que entenderlo, si no también vivirlo desde los contenidos, la práctica, la convivencia académica y personal.

Esta reestructuración implicó confrontar esquemas racionalistas y empiristas arraigados de mi formación como Psicóloga para llegar a modelos construccionistas, lo cual fue complejo, ya que para mí se trataba de un enfoque novedoso, que desde el primer momento me conquistó, al punto de que cambió mi visión de ver a la Psicología y por lo tanto de aplicarla.

Y fue precisamente en la práctica en dónde enfrente el principal reto, ya que tendría que demostrar no sólo el entendimiento a nivel conceptual de los diferentes modelos sistémicos estudiados, si no su apropiación en la aplicación directa con el paciente o la familia, bajo la mirada de un experto y equipo de terapeutas en formación, lo cual se convirtió en el aspecto más enriquecedor y difícil al mismo tiempo de esta experiencia, ya que para mí fueron muy valiosas todas las intervenciones, comentarios, observaciones y sugerencias de mis supervisores y equipo terapéutico que me acompañó en mi formación.

Al mismo tiempo, esta compañía me brindó confianza, apoyo y sobre todo seguridad en el trabajo con el paciente o familia. En relación a esto me gustaría comentar la valiosa experiencia del trabajo en coterapia, ya que, si no hubiera sido por este espacio quizá nunca lo hubiera experimentado, y lo señalo porque en definitiva no es lo mismo ser el terapeuta cargo, que compartir la responsabilidad con un compañero, pues para ello debe darse una conexión, una comunión que permita beneficiar realmente a la familia.

Otro aspecto que resultó muy valioso fue el trabajo con un equipo terapéutico, y más adelante con equipo reflexivo, que ya no sólo se comunicaba de manera directa con el terapeuta, sino con el paciente o familia, considero que este tipo de trabajo fue realmente un privilegio haberlo vivido.

Todo ello culminó con una transformación personal y profesional, ya que me atrevería a decir que soy una antes y después de esta experiencia.

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

En la persona del terapeuta es donde tuvo los mayores efectos esta experiencia, ya que, nunca lo había experimentado, a pesar de que desde el primer momento en que decidí ser Psicóloga quería ser terapeuta, no fue hasta que tuve la oportunidad de estudiar esta Maestría que finalmente pude ejercer en el campo de psicoterapia. Además de una manera plena y sólida que era como yo lo quería.

Porque para mí, el ser terapeuta es una gran responsabilidad, ya que las personas que solicitan de nuestro servicio confían en que encontrarán la solución, la calma, la tranquilidad e incluso en algunos casos la paz consigo mismos, y no me parece ético ejercer esta profesión de una manera aventurada y experimental. Por lo que ahora, puedo decir que soy una Terapeuta Familiar Sistémica comprometida, que ha modificado sus esquemas y enfrentado su propia historia personal y familiar para estar clara y conciente de su postura y de los efectos que ésta puede tener.

Por otra parte, en el aspecto profesional he venido ejerciendo desde aproximadamente 10 años en el campo de la Educación, en el trabajo con jóvenes de bachillerato, lo cual es otra de mis pasiones, ya que tener la oportunidad de mostrarles lo que es la disciplina psicológica y el observar su asombro, su encanto y en ocasiones su confusión y sus dudas, me atrapa en otra dimensión. Y ahora, el poder combinarlo con el ejercicio terapéutico me hace sentir plena profesionalmente, ya que son actividades que disfruto.

Aunado a esto, resulta importante señalar que esta formación además de darme otra visión del mundo, de mi vida, de mi ejercicio profesional, me ha permitido apropiarme de conocimientos y desarrollar habilidades que se reflejan en un mejor desempeño laboral, además no podemos dejar de lado la situación socioeconómica actual de nuestro país, en donde la competencia laboral muchas veces está en función de la formación académica.

Por todo ello, agradezco a mi universidad, la oportunidad que me brindó al vivir esta experiencia, que me deja aprendizajes, reflexiones, cambios, desarrollo y sobre todo mayores oportunidades de seguir creciendo personal y profesionalmente.

5. REFERENCIAS

- Alva, C. (2002). *Violencia en el noviazgo de adolescentes y adultos jóvenes escolarizados delestado de Morelos*. Tesis de maestría no publicada, México: UNAM.
- Andersen, T. (1955). *El lenguaje no es inocente*. Psicoterapia y familia, Vol.8 No.1.
- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo: Diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa
- Andersen, T (1996). *El lenguaje es poderoso y puede ser peligroso* Psicoterapia y Familia. Vol.9No.1
- Anderson, H. (1997). *Conversación, Lenguaje y Posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu
- Andolfi, M. (1977). *La terapia familiar. Un enfoque interaccional*. España: Paidós.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós
- Andolfi, M. (1991). *La familia como sistema relacional*. En: M. Andolfi, *Terapia Familiar*. Barcelona, España: Paidós. pp. 17-35.
- Arnold, M. y Rodríguez D. (1990). *El Perspectivismo en la Teoría Sociológica*. *Revista de Estudios Sociales*. Santiago, Chile. N°64, 1990.
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Planeta.
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bertalanffy, L. Von (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertalanffy (1991). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1968. pp 92-123
- Bruce J., Lloyd, C. y Leonard A. (1995). *Families in focus. New perspectives on mothers, father and children*. The Population Council: New York.
- Cecchin, G. (1988). *Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An initiation to curiosity*. *Family Process*, 27, pp. 405-413.
- Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y Sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona, España: Gedisa.
- Consejo Nacional de Población (1995). *Encuesta Nacional de Planificación Familiar*. ENAPLAF México.

- Consejo Nacional de Población, (2005), recuperado el 14 de octubre de 2006, de F:\Madres solteras CONAPO.htm
- CONTABLER (2004, octubre). Recuperado el 20 de octubre de 2004 de www.contabler.com.
- Crispo, R. ; Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. España: Gedisa.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar*. México: Pax México.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, D. (1982). *La Táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fried S. (1994) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, Buenos Aires: Paidós.
- Furman, B. y Ahola, T. (1998). *Constructive Therapies: Conversaciones para encontrar soluciones*. Nueva York: The Guilford Press
- Garbarino, J. (1999). "*Educating Children in a Socially Toxic Environment*." *The Forum for Family and Consumer Issues* 4.3, 31 pars. 31 December 1999. Recuperado el 25 de octubre de 2004, de http://www.ces.ncsu.edu/depts/fcs/pub/1999/educating_children.html.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. España: Paidós, 1994.
- Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*. España: Masson.
- Haley, J. (1983). *Terapia No Convencional*. Buenos Aires: Amorrortu
- Haley, J. (1988). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Haley J. (1998). Aspectos de la Teoría de Sistemas y Psicoterapia. En Elkaim M. *La Terapia Familiar en transformación*. España: Paidós
- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1989). *Una posición constructivista para la terapia Familiar*. *Psicoterapia y familia*, Vol.2 No. 2

- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995). *Psicología del Desarrollo hoy*.
España: McGraw-Hill.
- INEGI (2004, octubre). Recuperado el 24 de octubre de 2004, de <http://www.inegi.gob.mx>
- Inmaculada, O. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Argentina: Paidós, 1983.
- Lax, D. (1995). *Offering reflections. Some theoretical and practical considerations*. En S. Friedman (Ed.), *The reflecting team in action. Collaborative practice in family therapy*. EE.UU.:The Guilford Press
- Limón A., G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia*, México: Pax México.
- Lloyd C. y Duffy N.(1995). *Families in Transition*. En Bruce J., Lloyd C. y Leonard A. *Families in focus. New perspectives on mothers, fathers and children*. New York: The Population Council.
- Lyotard, J. (1992). *La condición posmoderna*. México: Iberoamérica
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu
- Mahoney, M. y Neimeyer, R. (1995). *Psicoterapias constructivistas*, Barcelona: Desclee de Brouwer.
- Martínez, M.K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve par adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. . Tesis de doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- May, V. (2004). *Narrative identity and the re-conceptualization of lone motherhood*. *Narrative inquiry*, Vol. 14, No. 1, pp. 169-189.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1981). *Técnicas de terapia familiar*, México:

- Paidós. Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Argentina: Gedisa. pp. 78-107.
- Molina, J.A. (1996). Epistemología para terapeutas familiares. *Psicología y salud*, enero-junio.
- O'Hanlon, W. y Cade, B. (1993). *Guía breve de terapia breve*. México: Paidós
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. México: Paidós
- Organización de las Naciones Unidas (2002) *Declaración del Milenio*. Recuperado el 23 de octubre de 2004 de http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_indicator_xrxx.aspx?ind_code=1
- UNESCO, (2003). Documentos, Comunicados de prensa. Recuperado el 25 de octubre de 2004, de <http://www.unesco.org/general/spa/>
- Papp, P. (1991). *El proceso del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Rice, F. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Rocha, L. (2007) "Empoderamiento de mujeres y hombres después del divorcio". Tesina requisito para obtener el grado de Doctora En la Perspectiva Feminista del Pensamiento Científico Contemporáneo. España: Universidad Pablo de Olavide.
- Rodríguez, G., Gil, F. y García, J. (1999). *Metodología en la investigación cualitativa*. España: Aljibe.
- Rodríguez, S.S. (1999). *Los cambios en el rol femenino y sus aspectos en la relación conyugal*. Tesis de maestría no publicada, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. México: Manuel Moderno
- Selvini, M. (compilador) (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini-Palazzoli*. México: Paidós.
- Selvini M., Cirillo, A. y Sorrentino (1999) *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*. Barcelona: Paidós
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L. y Prata, G. (1988) *Paradoja y Contraparadoja*. México: Paidós.

- Shotter, J. (1993). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tomm, Karl (1984). One perspective on the Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of marital and Family Therapy*, Vol. 10, No. 2. pp. 113-125.
- Unikel, S. C. (2003). *Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis para obtener doctorado en Psicología de la salud. No publicada. Facultad de psicología: UNAM.
- Walters, M. (1991). En Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. La red invisible. *Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. España: Paidós.
- Watzlawick, P; Helmick J.; y Jackson, D. (1986). *Teoría de la Comunicación Humana*: Barcelona: Herder
- Watzlawick, P.; Weakland, J.H. ; y Fisch R. (1999). *Cambio*. Barcelona: Herder
- White, M. (1997). *Enfoque narrativo en experiencia de los terapeutas*. España: Gedisa
- White, M. (2004). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. España: Gedisa
- White, M. (2004) *Narrative practice and exotics lives: Resurrecting diversity in everyday life*. Australia: Dulwich Centre Publications.
- White M., Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. México: Paidos.
- Wiener, N. (1948). *Cibernética*. Cambridge: MIT Press
- Wolman, B. (1960). *Teorías y sistemas contemporáneos en Psicología*. México: Planeta.