



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**“SEPARACIÓN Y FAMILIA: IMPLICACIONES
DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA”**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

LIZETTE HAYDE RODRÍGUEZ CHICA

DIRECTORA: MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO
COMITÉ TUTORIAL: MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO
DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUIN
MTRO. IGNACIO RAMOS BELTRÁN

MÉXICO D.F., ENERO DEL 2012



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.

DEDICATORIAS

A mi familia de origen:

Mi mamá: eres la persona que en todo momento ha estado conmigo a lo largo de este viaje que es la vida, has sido el pilar que me ha dado el mayor apoyo en la construcción de mis sueños y para eso no hay palabras de agradecimiento. Me has demostrado tu amor de muchas formas, me has ayudado a conocer otros horizontes y a concientizarme de lo que sucede a mi alrededor, te admiro por lo que eres, por tu lucha y sensibilidad ante lo que ocurre en nuestro país y ante el sufrimiento de tantas personas que lloraban en silencio y que pudieron juntarse para gritar en coro, a pesar de la sordera de todos.

Mi papá: hemos pasado juntos muchas etapas y momentos que nos han acercado más, por eso quiero compartir contigo este logro y darte las gracias por tu apoyo, por estar conmigo, aún en la distancia que implica el trabajo, los espacios, las circunstancias, sabes que tienes un lugar muy especial en mi corazón.

May: más que mi hermana, eres mi amiga, confidente, mi brazo para llorar, reír, imaginar, analizar y esto es algo que hemos ido forjando día a día, espero que sigamos practicándolo, gracias por escucharme, interesarte, opinar, por todas las experiencias profundas que hemos compartido, así como las emociones que nos han unido, te quiero mucho

A mi familia nuclear:

Mau, mi compañero del alma y del corazón, con quien voy de la mano trazando un nuevo camino, en el cual he encontrado toda clase de paisajes, con diversos colores, olores, sabores, texturas, que han enriquecido mi ser, me han llevado a descubrir nuevas experiencias y me han hecho una mejor persona. Gracias por todo tu amor, apoyo, sensibilidad, cariño y sobre todo por compartir esta gran aventura de formar una familia, te amo.

Abi, por ser la lucecita que hace más brillante y deslumbrante mi vida, con la que he re-descubierto la belleza que hay en el universo y con quien he vuelto a asombrarme, mi vida cambió desde el momento que llegaste a este mundo, me has dejado una de las experiencias más maravillosas y complejas que jamás haya vivido: el ser madre.

A mi familia extensa:

Familia Valdéz-Chica: han sido mi familia más cercana con quien he convivido desde niña, me han acompañado y me han demostrado su afecto, no solo a mí, sino a mi familia y eso se los agradezco mucho y aunque con Rodolfo la distancia nos ha separado físicamente, ha unido nuestros lazos familiares, me ha hecho valorarlos más y me ha dejado la lección que el amor también es dejar ir.

Familia Ramírez-Chica: he pasado momentos muy agradables y divertidos con ustedes, con el tiempo he ido conociéndolos más y entendiendo diferentes formas de ser, que me han enriquecido y dejado aprendizajes de vida.

Mi tío Jesús: has sido un ejemplo de rectitud, dedicación, honradez y de buenos sentimientos hacia los demás.

Familia Murillo-Martínez: aún lejos, les tengo un aprecio especial, por todos los momentos que compartimos en alguna etapa, que hará que siempre estén presentes.

Familia Carmona-Arellano, que me han recibido como un miembro de su familia y me han demostrado su calidez, aprecio y cariño, gracias por todo.

A mis amigos:

En cada proyecto de mi vida, he conocido a personas con las que he tenido la fortuna de compartir ideas, pensamientos, sentimientos, sueños y que además han sido un apoyo en los buenos y malos momentos que he pasado, gracias por estar ahí: Clauz, Ari, Vane, Leo, Roger, Jos, Adri, Marlín, Xol, Erika y Karlita.

A mis compañeros de maestría con quienes compartí momentos muy importantes y trascendentales en mi vida, gracias a todos: Alicia, Ana, Auris, Aurora, Claudia, Marla, Xol, Mau y Tonatiuh.

A todas las personas que me acompañaron un tiempo, pero la luz de su vida se apagó, gracias por sus enseñanzas y por dejar en mi parte de su esencia, en especial a
mi abuelita Dora

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM, mi alma mater, que me recibió desde mi educación media, no puedo estar más agradecida y orgullosa de pertenecer a esta gran Institución.

Al programa de Maestría y Doctorado de la UNAM de la Facultad de Psicología, así como el Programa de Becas del Conacyt, que me brindaron la oportunidad de ingresar la Maestría de Terapia Familiar.

A mi tutora la Mtra. Sílvia Vite, Coordinadora de la Residencia en Terapia Familiar, gracias por su apoyo académico a lo largo de mi formación y su interés personal que me ayudaron a concluir satisfactoriamente este ciclo de mi vida.

A mi revisora la Mtra. Guadalupe Santaella, por sus observaciones y sus aportaciones al reporte, pero sobre todo al programa y residencia de Terapia Familiar como docente y supervisora.

Al comité: Dra. Noemí Díaz, Dr. Ignacio Beltrán y Mtro. Sotero Moreno, quienes formaron parte importante de mi formación profesional y compartieron sus conocimientos y experiencia, con dedicación y con amor por lo que hacen.

A los docentes y supervisores que formaron parte del programa de Terapia Familiar de mi generación, en especial al fundador de la Terapia Familiar en México, el Dr. Raymundo Macías, quien nos mostró su gran calidad humana, tanto en la terapia, como en la docencia.

INDICE

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

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

1.1.1. Características del campo psicosocial	1
1.1.2. Principales problemas que presentan las familias	8
1.1.3. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas	13

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

1.2.1. Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila"	16
1.2.2. Centro Comunitario "Julián Mc Gregor"	21
1.2.3. Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"	27

II. MARCO TEÓRICO

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

2.1.1 Teoría General de los Sistemas	33
2.1.2. Teoría Cibernética	36
2.1.3. El trabajo de Bateson	41
2.1.4. Grupo de Palo Alto MRI	44
2.2.4.1. Teoría de la Comunicación Humana	45
2.1.5. Constructivismo	47
2.1.6. Construccinismo Social	50

2.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

2.2.1. Modelo Estructural	53
2.2.2. Modelo Estratégico	61
2.2.3. Modelo de Terapia Breve orientada al problema	69
2.2.4. Modelo de Terapia Breve orientada a la solución	76
2.2.5. Modelo de Milán	86
2.2.6. Modelos derivados del Posmodernismo	97
2.2.6.1. Terapia Narrativa	99
2.2.6.2. Terapia colaborativa y conversacional	102
2.3.6.3. Equipos reflexivos	105

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	
3.1. Habilidades clínicas terapéuticas	
3.1.1. Casos clínicos atendidos durante la residencia	109
3.1.2. Integración de expedientes del trabajo clínico	113
3.1.2.1. Presentación del caso 1	113
3.1.2.2. Presentación del caso 2	134
3.1.3. Problemáticas presentadas en la Integración de expedientes clínicos	149
3.1.4. Análisis del sistema terapéutico total	163
3.2. Habilidades de investigación	
3.2.1. Reporte de la Investigación cuantitativa: "Elaboración del instrumento: Factores comunicacionales en la familia que favorecen la resiliencia"	165
3.2.2. Reporte de la Investigación cualitativa: "Factores de la comunicación familiar y grupos de apoyo que promueven la resiliencia entre sus miembros"	173
3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria	
3.3.1. Productos tecnológicos	188
3.3.2. Programa de Intervención comunitaria	194
3.3.3. Reporte de la asistencia a foros académicos	198
3.3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional	198
IV. CONSIDERACIONES FINALES	
4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	202
4.2. Incidencia en el campo psicosocial	204
4.3. Reflexión y análisis de la experiencia	205
4.4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo	206
RERENCIAS	207
ANEXOS	215

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1.1. Características del campo psicosocial

La familia ha sido objeto de estudio por diversas disciplinas como la antropología, biología, sociología, psicología, entre otras, que la han analizado desde diferentes concepciones y enfoques, entre los que se encuentra el Modelo Sistémico, que tiene como fundamento la Teoría General de los Sistemas, la cual surge en contraposición al modelo mecanicista o lineal y es desarrollada por Ludwing Von Bertalanffy, quien concibe a todo organismo viviente como un sistema abierto, con un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones reciprocas (Bronfman, 2001; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

A partir de esta Teoría, y de la teoría cibernética que tiene como base la retroalimentación, la familia ha sido entendida como una unidad sistémica, insertada y relacionada con otros sistemas humanos de mayor o menor complejidad.

Minuchin (1979) menciona que el ser humano es un miembro activo y reactivo de grupos sociales, por lo que su experiencia es determinada por su interacción con el medio. En el transcurso de su vida, se incorpora a una variedad de grupos sociales, pero el primero al que pertenece, es el *núcleo familiar*, el cual le proporciona los elementos esenciales para la supervivencia, la socialización y la acomodación, entre otras cosas. Este autor define a la familia como: “un sistema abierto en transformación, que constantemente recibe y envía descargas del y hacia el medio extrafamiliar y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta”.

Para Andolfi (1985), la familia se define como “un sistema relacional, constituido por unidades ligadas entre sí, con reglas de comportamiento y funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior”. De esta manera la familia se considera un subsistema dentro de otros sistemas más amplios que la van a determinar en forma importante.

De acuerdo con Espejel (1997) la familia es “un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelve”.

Para Macías (2004) la familia es “un grupo (dos o más) de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria y convivencia, generalmente bajo el mismo techo, que comparten la

escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye a dos o más generaciones.

El sistema familiar es concebido como una unidad organizada por reglas propias y abierto, pues está en interacción con otros sistemas, lo que permite una constante transformación. Cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida (Eguiluz, 2003).

Estas definiciones coinciden al mencionar que los miembros de la familia están en constante interacción tanto interna como externa.

Funciones de la familia

Uno de los motivos por los que ha sido estudiada la familia, tiene que ver con su papel y las funciones que ella desempeña. Para Minuchin (1979), las funciones más importantes de ésta, son:

- ❖ La protección psico-social de sus miembros.
- ❖ Imprimir a sus miembros un sentimiento de identidad y a su vez, un sentido de separación y de individuación.
- ❖ La acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

La familia como institución social, realiza una serie de funciones psicosociales con base al principio de complementariedad, conforme a los recursos y potencialidades de cada uno de sus miembros y en función a los roles que le son asignados (Macías, 1994).

La familia es un agente de crianza y socialización de los hijos, pero además, favorece el desarrollo de sus miembros por diversos aspectos (Palacio y Rodrigo, 1998)

- ❖ Proporciona un escenario en donde se constituyen personas adultas con una determinada autoestima y un sentido de si mismas, que les permite experimentar un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes.
- ❖ Ayuda a asumir retos, responsabilidades y compromisos que orientan a los adultos hacia una dimensión productiva, plena de realizaciones y proyectos.

- ❖ Implica un encuentro intergeneracional, donde los adultos tienen la posibilidad de ampliar su horizonte vital formando un puente hacia el pasado (generación de abuelos) y hacia el futuro (generación de los hijos).
- ❖ Es una red de apoyo para las diversas transiciones vitales que ha de realizar de adulto, constituye un elemento de apoyo ante las dificultades surgidas fuera del ámbito familiar y un punto de encuentro para tratar de solucionar las tensiones internas.

Tipos de Familia

La constitución de las familias ha cambiado como consecuencia de los fenómenos sociales, económicos políticos, culturales y la idea de la familia nuclear tradicional, compuesta por madre, padre e hijos se ha extendido a nuevas formas y ha dado paso a un concepto de familia más heterogéneo (Palacio y Rodrigo, 1998).

La clasificación de tipos de familias, es variable, siendo los siguientes grupos los más comunes (Espejel, 1997; Robles, 2003)

Familia Nuclear: Implica la presencia de un hombre y una mujer, unidos en una tarea dual, que comprende ser esposos y padres (los dos roles pueden ocurrir por separado o conjuntamente) y que implica que todos vivan bajo el mismo techo.

Familia nuclear semiextensa: Es una familia nuclear con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.

Familia nuclear extensa: Es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal.

Familia reestructurada: Tras la separación o el divorcio, los progenitores vuelven a formar pareja con otros, para iniciar una nueva convivencia, con vínculo matrimonial o sin él. Puede clasificarse al igual que la nuclear en semiextensa y extensa.

Familia monoparental nuclear: Es una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos. Puede clasificarse al igual que la nuclear en semiextensa y extensa.

En México, el 21 de diciembre del 2009, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, aprobó la reforma al Código Civil del Distrito Federal, que reconoce la unión civil entre personas del mismo sexo y permite que los matrimonios de personas del mismo sexo puedan adoptar niños. Esto convierte a la ciudad de México, en la primera de Latinoamérica en permitir la adopción a homosexuales. De esta manera, se constituye una nueva familia: *la homoparental* (el universal 2009, wikipedia 2010).

Características socio- demográficas de las familias en México

De acuerdo con la CONAPO (2009) en las últimas tres décadas, la sociedad mexicana ha experimentado singulares transformaciones económicas, políticas, sociales, culturales y demográficas que han impactado la estructura y dinámica de las familias. Entre estos cambios destacan la reducción de su tamaño, el descenso y retraso de la nupcialidad, el incremento de las uniones consensuales y las rupturas conyugales, así como familias monoparentales, unipersonales y reconstituidas.

En 1970 la población del país ascendía a 50.8 millones, en 1990 a 84 millones y en 2005 alcanzó casi 104 millones. Por su parte, el número de familias se incrementó de 9.8 millones en 1970 a 16.2 millones en 1990 y 24.8 millones en 2005. Se espera que este número crezca a 30.2 millones en 2015 y a 38.1 millones hacia el 2030.

El cambio demográfico y las transformaciones en los patrones de nupcialidad, las nuevas pautas reproductivas y la creciente presencia de las mujeres en ámbitos extra-domésticos, particularmente en la escuela y el trabajo, son factores que también han contribuido a conformar los nuevos escenarios sociales (López, 2001, en CONAPO, 2009).

En el año 2000, el estado conyugal predominante fue de casados o unidos (56% de los hombres y 53.6% de las mujeres). Asimismo, destaca la población soltera, con proporciones de 39.8 y 34.6%, respectivamente (INMUJERES-B, 2009).

El tamaño promedio de las familias se mantuvo en 4.9 miembros hasta 1990. A partir de 2000, disminuyó a 4.3 y en 2005 a cuatro miembros por familia; se espera su reducción a casi tres miembros para el 2030. Si bien, en un inicio la fecundidad fue considerada como el principal determinante del cambio en el tamaño del hogar, actualmente, el aumento en las probabilidades de ruptura matrimonial por viudez, separación o divorcio; así como el proceso de envejecimiento de la población, ha ocasionado un incremento en el número

de personas que viven solas y de hogares en donde sólo reside la mujer con sus hijos.

Aunque con tendencia decreciente, la gran mayoría de las unidades domésticas mexicanas se siguen organizando en torno a la llamada "familia nuclear" que pasó de 69.1 a 68.8% entre 2000 y 2005. La familia nuclear (pareja con hijos) representa uno de cada dos hogares en el país. Por otra parte la creciente proporción de hogares formados por una pareja sin hijos es un cambio que, de forma gradual, representa un nuevo escenario que empieza a ser perceptible en la estructura familiar mexicana, ya que pasó de 9.2 a 10.3% en el país.

Además de los familia nucleares, persisten las familias de tipo ampliada o compuesta (una familia nuclear y una o más personas emparentadas con el jefe -como hijos casados u otras personas en la línea de parentesco vertical o colateral-) que representan a casi uno de cada cuatro hogares en el país, no obstante, su tendencia fue descendente de 23.2 a 22.5% en el período 2000 y 2005.

Algunos de los argumentos que explican las transformaciones que han vivido las familias en México están relacionados con los recurrentes episodios de crisis económica, los procesos de ajuste, reestructuración y apertura al mercado externo, sobre todo a partir de la década de los ochenta, adaptándose de manera flexible a las cambiantes condiciones socioeconómicas (Jelín, 1994, en CONAPO, 2009).

Cabe resaltar que los efectos de la crisis no son sólo de índole económica, pues trastocan los espacios de la vida cotidiana de los hogares y alteran las relaciones sociales en el nivel comunitario (Leñero, 1996, en CONAPO, 2009). En este entorno también se han modificado los arreglos y acuerdos familiares, así como el modo en que las familias se interrelacionan con el Estado y la vida institucional o económica, dejando al descubierto la estrecha interconexión entre el mundo familiar y otros ejes de organización social.

La mujer y la familia

Las mujeres mexicanas cada vez tienen una participación más activa en la vida económica, social, política y cultural de nuestro país. En el primer lustro de los años setenta las madres mexicanas destinaban, en promedio, poco más de 22 años de su vida a la crianza de los hijos, en lugar de 13 años que dedicaron en 2005 (SEGOB, 2009).

Otro aspecto que ilustra los cambios ocurridos en la organización familiar es la creciente importancia de la contribución económica de la mujer al sostenimiento del hogar, ya sea como única perceptora de ingresos, como la principal proveedora o como secundaria (INMUJERES-A, 2009).

En 1992 los hogares con contribución económica femenina al ingreso sumaban 7.9 millones y representaban 44.3% del total. En 2005 se duplicó a 16.7 millones, mismos que correspondían a 65.1% del total de hogares

Es un hecho que la figura del hombre como proveedor único de la familia está siendo desplazada en las familias mexicanas, para dar cabida a nuevas formas de organización en las que la importancia del rol económico de ambos sexos tiende a homologarse.

No solo las mujeres contribuyen económicamente al hogar, sino que cada vez más mujeres se consideran jefes de hogar, esto implica que los miembros de la familia reconocen, sobre la base de una estructura de relaciones jerárquicas, que la mujer tiene la mayor autoridad en la toma de decisiones; regularmente está presente en el hogar y es además el principal soporte económico.

En México, la proporción de hogares encabezados por una mujer se ha incrementado en 33%, al pasar de 17.3 a 23% (5.7 millones) entre 1990 y 2005. Por su parte, los hogares encabezados por un hombre se han reducido en 7% en este mismo período, al pasar de 82.7 a 77% (19 millones)

Entre los factores que explican el crecimiento del porcentaje de hogares encabezados por mujeres destacan: la viudez femenina, el incremento de disoluciones conyugales y de madres solteras, y la migración masculina. Además, el aumento en la escolaridad y en la participación económica femenina ha promovido un papel más protagónico de las mujeres dentro del hogar (INMUJERES-A, 2009).

La distribución de las tareas domésticas al interior del hogar reflejan y reproducen cotidianamente los roles de género, en los cuales, en general, la mujer era confinada al mundo privado del trabajo doméstico y el hombre al mundo público y de proveedor. Estos roles no necesariamente se modifican cuando las mujeres se incorporan a la vida pública, laboral o política, lo que da lugar a una ampliación e intensificación de la jornada que dedican al trabajo productivo, reproductivo, de cuidado y comunitario.

Matrimonios y divorcios

De acuerdo con el INEGI (2009) durante el año 2007, se registraron 595 mil 209 matrimonios en el país. La edad promedio al momento de contraer matrimonio en las mujeres era de 25.3 años y de los hombres de 28.1.

Los procesos de divorcio concluidos en el año 2007 ascendieron a 77 mil 255, en 2006 fueron 72 mil 396; es decir, el número de divorcios realizados aumentó en 4 859, esto muestra un incremento de 6.7 por ciento en sólo un año.. La edad promedio de los hombres al momento de divorciarse era de 37.8 años y de las mujeres de 35.2 años.

De las parejas casadas que se divorciaron en 2007, la mitad tuvo un matrimonio con una duración social de 10 años o más (50.2%), seguida de quienes estuvieron casados cinco años o menos (29.8%) y las que permanecieron unidas entre 6 y 9 años (19.8%).

En 2007, por cada 100 enlaces realizados hubo 13 divorcios; mientras que en el año 2000 la relación fue de 7.4 y en 1971 de 3.2.

1.1.2. Principales problemas que presentan las familias

En situaciones de crisis la familia constituye la principal fuente de apoyo. Tanto en contextos rurales como en urbanos, una de cada dos personas recurriría a la familia para solventar gastos menores. Las situaciones de crisis más frecuentes son la pérdida del empleo, una enfermedad grave, la muerte de un familiar y, en los hogares rurales, la pérdida de la cosecha. Las situaciones de riesgo pueden ser un accidente grave, muerte de un familiar, divorcio o separación, embarazo no planeado, pérdida o daño de vivienda y cierre de negocio, entre otros (CONAPO, 2009).

El número de divorcios y separaciones en México ha crecido en casi 50% en el período de referencia, por lo que será más usual el universo de familias que atraviesen por una ruptura o fallecimiento y la recomposición hacia la formación de nuevas (CONAPO, 2009).

Las familias monoparentales aumentarán de manera importante, así como el número de adultos mayores viviendo solos o residiendo con familias extensas y nucleares.

A continuación se citan algunas de las problemáticas sociales más frecuentes que se presentan en los hogares mexicanos que afectan la dinámica y convivencia familiar (CONAPO, 2009; INMUJERES-B, 2009).

- Violencia intrafamiliar, ya que en uno de cada cuatro hogares hay violencia.
- Maltrato a menores que, según datos de UNICEF, se incrementa en el país. De las niñas y niños que viven en situación de calle, 45% fueron maltratados en casa.
- Alcoholismo como problemática social. El patrón de consumo de alcohol en México se caracteriza por ser poco frecuente pero de grandes cantidades en la mayoría de esas ocasiones.
- Consumo de drogas. Según la Encuesta Nacional de Adicciones, alrededor de 4.5 millones de personas han consumido drogas alguna vez.
- Estrés familiar, aunado a problemas de la organización familiar, los conflictos y distanciamientos generacionales, las pugnas entre hermanos, red más pequeña de apoyo familiar.

- Incremento de las enfermedades emocionales.
- Impacto de la migración en el contexto familiar, ya que uno de cada cuatro mexicanos tiene un familiar migrante.
- SIDA: Para 2007, se notificaron 7 687 casos de SIDA. El porcentaje de mujeres con SIDA se incrementa gradualmente, desde 8.4% en 1985 hasta 22.1% en 2006 y 2007. La relación decrece hasta una estimación de 4 varones por cada mujer. La mayor concentración de los casos diagnosticados en 2007 se observa entre los 20 y 49 años. En el SIDA pediátrico, tienen preponderancia los casos de transmisión perinatal en hombres (78.7%) y en mujeres (91.3%), los cuales son consecuencia de que la madre es portadora al momento del embarazo; seguidos por transmisión sanguínea y sexual.

Violencia de género

La violencia contra las mujeres persiste en todos los países del mundo y constituye una violación de los derechos humanos. Su presencia obstaculiza el logro de avances reales hacia la igualdad, el desarrollo y la paz; por eso la creación de numerosos instrumentos jurídicos internacionales dirigidos a proteger los derechos de las mujeres, tanto en el marco del sistema de Naciones Unidas, como en el sistema Interamericano (INMUJERES-B, 2009).

Por violencia contra la mujer se entiende cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado (INMUJERES-B, 2009).

En 1996, la XLIX Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra, Suiza, declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo. En México, el tema de la violencia de género se incluyó en las estadísticas oficiales apenas a finales del siglo pasado, aunque hubo trabajos específicos que los antecedieron.

En 1999 el INEGI llevó a cabo un primer ejercicio para medir la violencia, la *Encuesta de Violencia Intrafamiliar en el Área Metropolitana de la ciudad de México*, con la que se logró captar la violencia dentro del hogar y la violencia ejercida directamente contra las mujeres. Esta encuesta mostró que 34% de la población vivía en hogares con presencia de actos violentos en la familia. En cuanto al tipo de actos violentos que presenciaron las mujeres, 32.7% fueron

emocionales, 5.3% actos de intimidación, 3.8% de violencia física y 0.4% de violencia sexual (INEGI, 2000).

La *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (ENDIREH) que se realizó en el año 2003 y 2006, obtuvo los siguientes resultados: en 2003, 46.5% de las mujeres casadas o unidas de 15 años y más sufrió algún tipo de violencia por parte de su pareja en los doce meses previos a la encuesta, y esta cifra disminuyó a 40% para 2006; segundo, que los tipos de violencia más recurrentes son la emocional y la económica; tercero, que las mujeres que viven en localidades urbanas muestran mayores prevalencias de cualquier tipo de violencia que las que viven en localidades rurales (INEGI, 2000).

Cuatro de cada cinco mujeres separadas o divorciadas reportaron haber vivido situaciones de violencia durante su unión y 30 por ciento continuaron padeciendo violencia por parte de ex-parejas después de haber terminado su relación, lo que indica la continuidad de la violencia aún sin pareja conviviente.

Un conjunto de nuevos escenarios sobre la configuración de las familias en el país identifica que es necesario fortalecer las políticas y programas para afrontar nuevas realidades. México requiere robustecer la formulación de una política integral hacia la familia que considere las profundas transformaciones que experimenta la vida doméstica, las relaciones familiares, los roles masculino, femenino e intergeneracionales, y la organización del espacio hogareño y del tiempo familiar. La familia registra una creciente diversificación de su estructura y adopta formas anteriormente menos comunes, impulsadas por la cambiante división del trabajo intrafamiliar, las pautas de nupcialidad y los crecientes índices de separación y divorcio.

Asimismo, los padres tienen que depender, más que antes, de la asistencia de terceros para poder cumplir con sus obligaciones laborales y familiares.

Otras problemáticas que presentan las familias, tienen que ver con los siguientes puntos (Pérez, 2004)

En niños: problemas de conducta

En mujeres adultas: problemas de pareja, depresión, falta de asertividad. Es frecuente que la mujer acuda a terapia cuando considera que sus problemas ponen en riesgo la estabilidad familiar o de pareja.

Principales quejas de las familias acerca de los hombres: abusos de jerarquías/ poder, falta de afectividad, falta de compromiso con la pareja, infidelidad, maltrato a los hijos.

Robles (2005) refiere otra clasificación:

a) Problemas relacionados con los cambios estructurales de los sistemas, Aquí se distinguen dos problemáticas concurrentes, as familias mono aparéntales y las que se encontraban en situaciones separación o divorcio.

b) Problemas en los cambios relacionales de los sistemas familiares, donde se destacaron problemas de género, violencia y conflictos intergeneracionales.

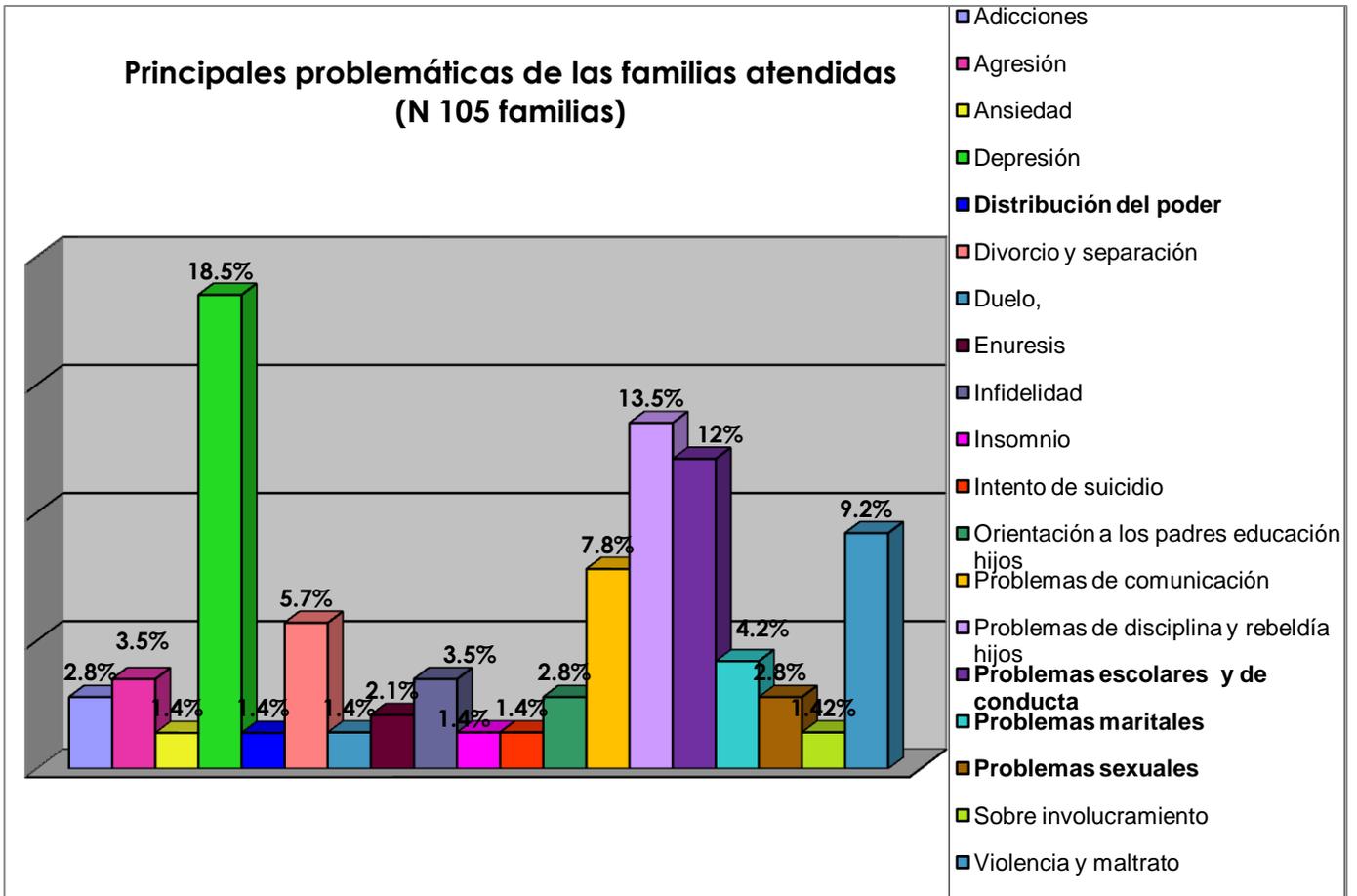
c) Problemas asociados a los cambios socioeconómicos, Enfermedades crónicas, suicidios y problemas escolares son los más encontrados en este apartado.

Problemáticas presentadas en Instituciones que atienden a las familias

El ILEF*, una de las Institución importante en el área de la Terapia Familiar reporta que los principales motivos de consulta en su clínica de atención son los problemas de conducta y aprendizaje en los niños; falta de límites con los hijos, adicciones, violencia, abuso sexual, divorcios, infidelidad, duelos, así como problemas específicos de la tercera edad, entre otros.

Dentro de la Maestría en Terapia Familiar en la UNAM, algunas de las familias atendidas en la Facultad de Psicología y en la ENEP Iztacala, presentaron las siguientes problemáticas de acuerdo a los reportes de experiencia profesional de algunos residentes (Aguilera 2006; Alcantara, 2005; Aparicio, 2005; Bengoa, 2004; Cuenca, 2006; Chavez, 2005; Flores, 2006; García, 2004; García, 2005; Gómez, 2006; González, 2004; Jiménez, 2004; Juárez , 2005; Mandujano, 2006; Martínez, 2004; Mendoza, 2005; Nyffeler, 2005; Ocampo, 2005; Pérez, 2004; Robles, 2005; Salas, 2005; Vargas, 2006 y Villanueva, 2005).

* <http://www.ilef.com.mx/clinica.html>



Gráfica 1. Principales problemáticas de las familias (N 105) atendidas en la Residencia de Terapia Familiar

1.1.3. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas

La terapia familiar, surge como un apoyo a profesiones como la psiquiatría, psicología, pedagogía y sexología, el movimiento se inicia en Alemania entre 1929 y 1932 con Hirschfeld y sus estudios de familia y en Estados Unidos, en 1930 con Popone y la apertura de un Instituto de Relaciones Familiares en los Angeles, otro de los pioneros de ese país, fue A. Stone y la Dra. Emily Mudd (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Por otra parte, en Londres, David y Vera Mace, tratan de dar solución a las problemáticas que se presentaron como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y la depresión económica, por lo que forman en 1938 el primer concilio de consejeros matrimoniales y entrenan a voluntarios para dar orientación y apoyo a familias en crisis o desintegradas.

Fue hasta 1950-1959 cuando los profesionales de esta área, sobre todo psiquiatras, doctores, psicoanalistas, comenzaron a intercambiar correspondencia y se comunicaban sus estudios o experiencias en la terapia familiar.

Sin embargo, para hablar de Terapia Familiar sistémica, nos tenemos que referir al surgimiento de la Teoría General de los sistemas de Von Bertalanffy, que trata sobre la exploración científica del todo y sus totalidades, en donde la suma de las partes es más que la suma o la unión de unidades. Los objetivos de la teoría general de los sistemas en la ciencia serán conducir a una integración contextual de instrucción científica y no se limita a entidades materiales, sino a cualquier todo que consista en componentes que interactúan (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Esta teoría, así como la Teoría de los sistemas cibernéticos, dio como resultado un paradigma sistémico contextual, que se vio influenciado por el momento histórico y social (posguerra y el desarrollo tecnológico) y que ya no permitía ver al individuo de una forma individual (Anderson, 1999).

En este momento se abandonaba el esquema tradicional de análisis de procesos psíquicos intra-individuales por el análisis de los procesos de interacción-relación comunicacional, esto es, pasaron del foco centrado en la psique individual a foco centrado en el sistema social y relacional.

El paradigma de la terapia familiar sistémica, postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están ligados a sistemas

recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia (Ochoa de Alda, 1995).

El salto de lo individual a lo sistémico, fue dado por Gregory Bateson, quien en 1956, junto con Haley, Jackson y Weakland, elaboran un informe psiquiátrico llamado Hacia una teoría de la esquizofrenia, en donde se incluye el concepto de "doble vinculo" como la causa de la esquizofrenia en niños, pues este es atrapado por la madre en un contexto de comunicación de paradojas. Don Jackson funda el **Mental Research Institute**, especializado en la terapia familiar de la comunicación. En el modelo que desarrollaron, apuntaban a interrumpir las pautas interaccionales que los terapeutas identificaban como intentos imperfectos de solución (Lipchik, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Para 1962, Jackson y Ackerman, fundan la publicación Family Process, publicación líder en el campo, que conjuntó intereses y ha permitido la difusión de nuevas ideas a nivel mundial (Vargas, 2004).

Por otra parte, en Nueva York, Salvador Minuchin y Edgar Aueswald, trabajaron bajo la supervisión de Ackerman en un programa llamado "La dinámica de las familias pobres", con delincuentes menores en Nueva York del Wiltwyck School of Boys,. Más adelante, Minuchin y Haley forman equipo y dan origen a la **terapia estructural**, que busca la conexión entre síntoma y sistema, es decir, de qué manera los miembros del sistema (ya sea familiar, institucional, psicosocial), participan en el mantenimiento del síntoma con el fin de asegurar la estabilidad familiar. *Lo más importante*, es la organización jerárquica y los problemas estructurales, los límites, más que el problema presentado.

Haley, se separa y da origen a la **Terapia Estratégica**, un método pragmático, en donde el terapeuta asume la responsabilidad de configurar una estrategia específica para cada cliente y cada problema, basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad, que permita su resolución. Se busca cambiar las secuencias de conducta inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar.

En el Viejo Continente, en **Milán** Italia, los encargados de hacer aportaciones al terreno de la terapia familiar, fueron Mara Selvini Palazzoli, paidopsiquiatra, que trabaja con jóvenes psicóticos, anoréxicos y sus madres. Junto con Luigi Boscolo, Guiliana Prata y Cecchin, forman el Instituto de familia en Milán. Dentro de sus aportaciones, toman en cuenta las relaciones familiares desde un enfoque trigeracional y desde la causalidad circular,

hacen una sistematización de su trabajo con familias y generan una importante auto-crítica que les permite una evolución importante en su trabajo.

En México, 1969 el Dr. Raymundo Macías junto con Roberto Dervez y Lauro Estrado, establecieron el primer posgrado para la formación de terapeutas familiares en la Universidad Iberoamericana. El Dr. Raymundo, sigue su modelo **Dinámico Sistémico estructural**, que conjunta aspectos psicodinámicos y sistémicos y es el fundador del primer Instituto de familia en México: IFAC.

Otro Modelo que surgió en la terapia, fue el de **Soluciones**, desarrollado por Steve de Shazer y William O'Hanlon, en el Brief Therapy Center, que recurría a la colaboración y destacaba los recursos, posibilidades, aptitudes, soluciones y excepciones de los clientes, más que la patología o los problemas y se basaba en el supuesto de que la familia tenía la solución. Este modelo reconoce que el experto no es el terapeuta, sino el cliente, esto pone al terapeuta en una posición diferente, desde la perspectiva de la cibernética de segundo orden, que más adelante se hablará de ella (Lipchik, 2004).

Ya para los años 70's , la profesión obtuvo su maduración y consolidación se crearon una gran cantidad de publicaciones, Institutos y Universidades en diversas partes del mundo, que forman a especialistas en esta área, quienes deben regirse por principios éticos como responsabilidad profesional, competencia, responsabilidad social y de investigación (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La Terapia Familiar, ha ido evolucionando y ha dado paso a nuevas perspectivas, como las **terapias posmodernas**, que surgen ante la necesidad de abandonar a la familia como un sistema abierto influido por múltiples sistemas sociales. Reconocen la importancia del lenguaje en la terapia e incluyen la crítica cultural y social como parte del proceso. Es así que terapeutas como Michael White, David Epston y Lynn Hoffman, entre otros, hablaron de la acción social como vía para el cambio de narrativas dominantes, presentes debido a las influencias opresivas de la cultura y la sociedad en general (Limón, 2005).

De esta manera, las terapias sistémicas y posmodernas, han dado respuesta a algunas de las necesidades, que la sociedad demanda en diferentes momentos históricos. Todas las escuelas y modelos, han dejado un legado y han sido un antecedente importante para sus sucesoras, ya sea que les haya permitido evolucionar o bien dar un giro completo como en el caso de las terapias posmodernas.

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

1.2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”

A) Antecedentes y objetivos

El Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD), pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM, fue inaugurado el 8 de mayo de 1982, por la directora en turno, la Dra. Graciela Rodríguez. El objetivo principal de este centro fue ser sede para el entrenamiento práctico de estudiantes de maestría y doctorado. De manera que pudiera:

- a)** ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada a nivel de estudios superiores y de postgrado.
- b)** proporcionar al estudiante una enseñanza práctica con supervisión directa.
- c)** ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación.
- d)** ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social (Sánchez, 2007).

Para el 2008 la visión del Centro es ser en México la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mejor capacidad resolutoria al ofrecer al estudiante de psicología una mayor diversidad de programas y proyectos de investigación, organizados y sistematizados a favor de la formación integral humanista, ética y científica, con personal académico altamente calificado y con tecnología de vanguardia para trascender a nivel Nacional (Sánchez, 2007).

B) Población

El centro atiende tanto a la comunidad universitaria como al público en general, con cuotas muy accesibles ya que la población externa que asiste es de nivel socioeconómico bajo y de nivel medio en los usuarios pertenecientes a la población de la UNAM (Ferrat, 2006).

C) Descripción del escenario

El CSP está equipado con cuatro cámaras de Gesell, 12 consultorios para atención terapéutica individual, sala de juntas o de terapeutas, archivo de expedientes, oficina de la coordinadora, sala de espera, recepción, cocina (cuarto de mantenimiento y baño).

El Centro de Servicios Psicológicos es sede de diversas residencias del Programa de Maestría (en área infantil, de adolescentes y familiar) y Doctorado. Asimismo, el CSP tiene 8 diferentes programas de formación en la práctica y 5 talleres, los cuales son: de habilidades sociales, de desarrollo de emociones, de manejo de crisis, de desarrollo infantil y de habilidades parentales. También recibe a estudiantes de prácticas curriculares del Sistema de Universidad Abierta y escolarizado, Servicio Social y voluntarios (Ferrat, 2006).

La estructura organizacional del Centro, se presenta a continuación

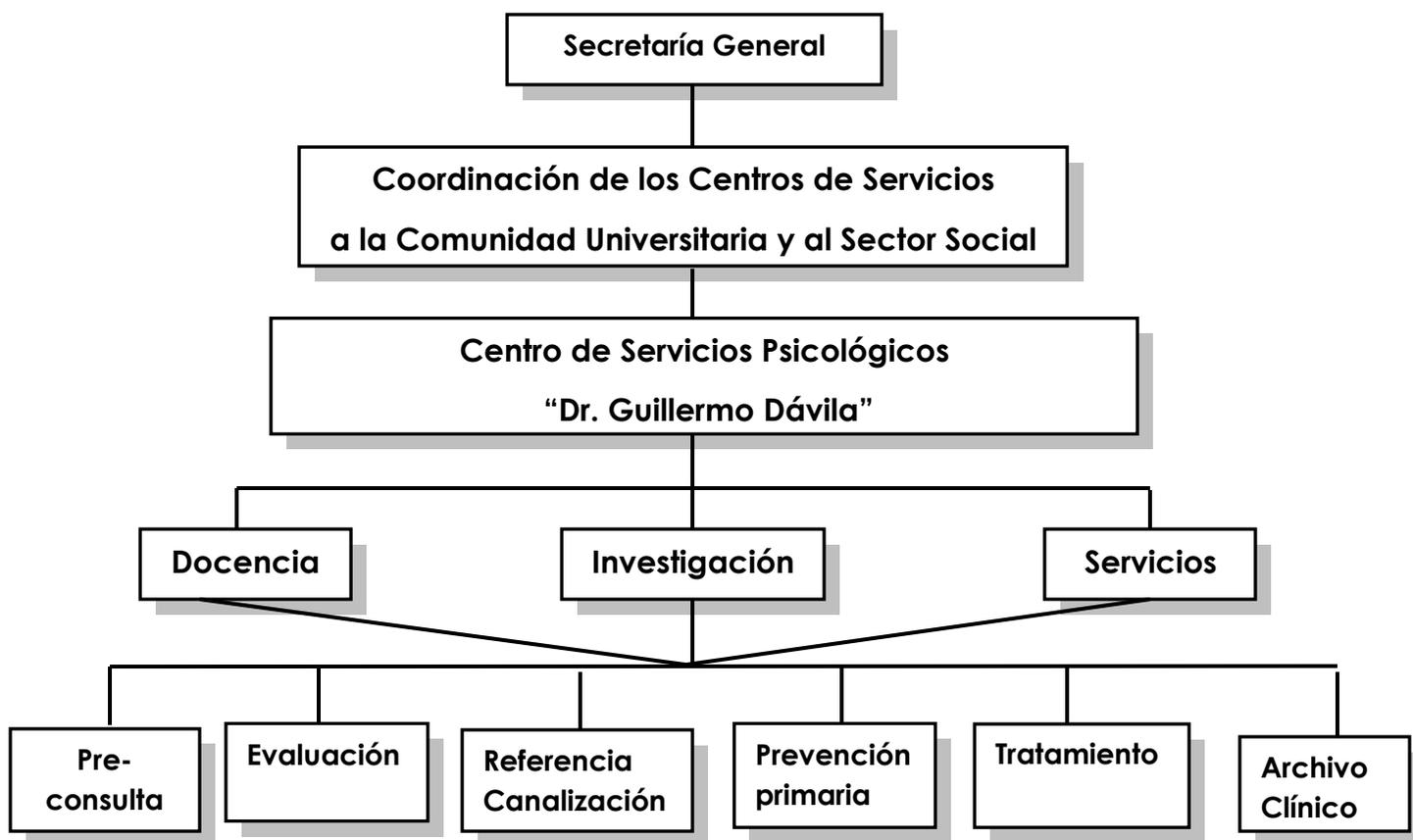


Figura 1: Estructura Organizacional del C.S.P.
(tomado de Sánchez, 2007)

D) Análisis sistémico del escenario

Dentro del Centro de Servicios Psicológicos se genera un proceso de trabajo que involucra diversas personas y grupos de trabajo. Actualmente es coordinado por la Lic. Rebeca Sánchez Monroy y cuenta con personal tanto administrativo como voluntario, así mismo, colaboran docentes y estudiantes bajo determinado programa de supervisión, formación en la práctica (estudiantes de licenciatura) y algunos proyectos de investigación (figura 2).

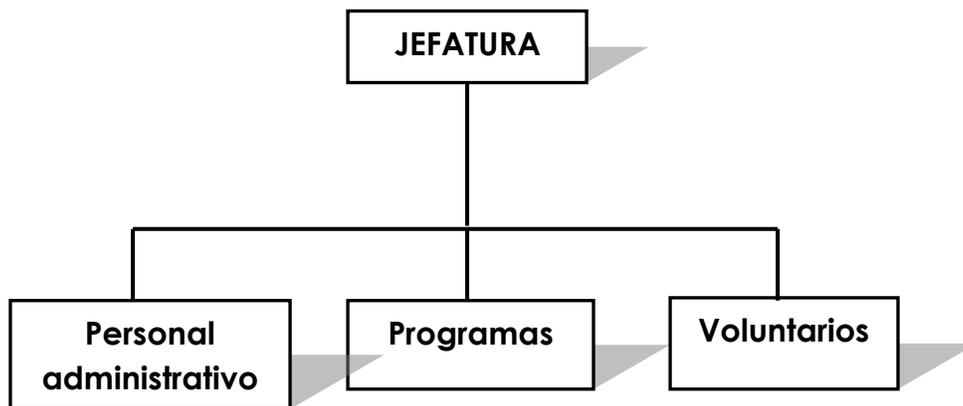


Figura 2: Organigrama del C.S.P.

La jefatura se encarga del funcionamiento general del centro, tomando en cuenta las diversas canalizaciones, ya sean internas o externas y atención personalizada cuando se requiere.

El personal administrativo es quien se encarga de atender a los solicitantes del servicio cuando acuden por primera vez, a pre-consulta y a las citas correspondientes.

Los practicantes y docentes, apoyan en el proceso de pre-consulta y junto con la responsable, canalizan los casos a determinada residencia. También se encargan de llevar un expediente clínico para cada caso.

El proceso de atención a pacientes inicia en la recepción cuando llegan a pedir informes, se les indica los días y los horarios en que se pueden presentar a solicitar una pre-consulta. Para esta, el paciente tiene que llenar una solicitud y pasar a una Entrevista Focal Abreviada de 30 minutos. El entrevistador llena una ficha de pre-consulta, con los datos generales y las impresiones diagnósticas. El paciente paga una cuota de recuperación. Posteriormente el terapeuta registra en un formato la impresión diagnóstica y se envían los

formatos a la recepción diaria de solicitudes, donde posteriormente se capturan en una base de datos. Finalmente, se hace la canalización correspondiente, la cual puede ser interna (a algún terapeuta del centro) o externa (a otra institución, INP, DIF, INMUJER) (figura 3)

Para realizar una canalización interna se requiere tomar en cuenta el perfil requerido por cada programa o proyecto, la edad del paciente, el sexo, los motivos de la consulta, la impresión diagnóstica y la evaluación.

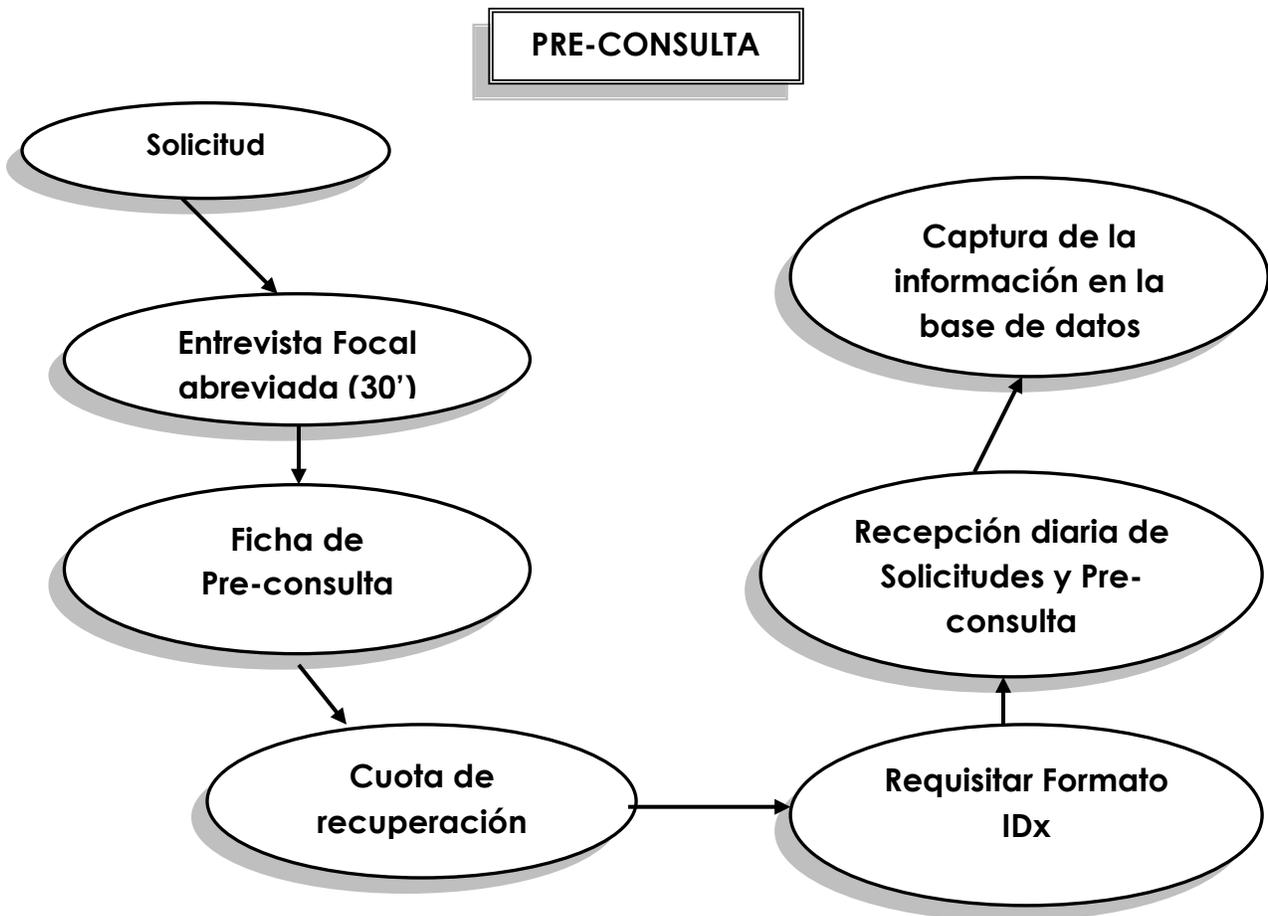


Figura 3: Proceso de pre-consulta en el C.S.P.

(tomado de Sánchez, 2007)

E) Actividades realizadas como Terapeuta Familiar

- 1) Pre-consultas:** Además de ser un apoyo al Servicio ante la demanda que exista, permite identificar de una manera más ágil los candidatos a consulta para la Residencia de Terapia Familiar.
- 2) Tratamiento:** Una vez canalizados los pacientes, se proporcionó atención clínica para tratamiento familiar, de pareja e individual. La formación como terapeuta familiar dentro de esta residencia consta de una supervisión en vivo para cada modelo de terapia familiar. La modalidad de trabajo, se organizó de tal forma que una pareja de co-terapeutas o un terapeuta a cargo atendía a la familia, pareja o individuo, de manera directa, estando acompañado por un equipo terapéutico y un supervisor detrás del espejo. El tratamiento se lleva a cabo inicialmente en sesiones quincenales.
- 3) Elaboración de expedientes clínicos:** Se realizó un expediente clínico por cada paciente atendido, llevado a cabo por el terapeuta (s) responsable (s) y firmado por el supervisor.
- 4) Prevención a la comunidad:** De manera secundaria algunos de los residentes participaron en las actividades de prevención para la comunidad, mediante la implementación de los talleres elaborados en la materia de Intervención Comunitaria.

1.2.2. Centro Comunitario “Julián Mc Gregor”

A) Antecedentes y objetivos

El Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, se encuentra ubicado en la Calle Tecacalo Mz. 21 Lt. 24, que pertenece a la Colonia Adolfo Ruíz Cortines, una de las 140 colonias de la Delegación Coyoacán. Este centro, surge como una extensión del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, con la finalidad de brindar atención psicológica comunitaria y como respuesta a la demanda que había en el primer Centro. En el Centro comunitario, existe una importante participación de las Residencias de Maestría de la Facultad, así como de otros programas de Licenciatura.

Dentro de sus objetivos, el centro tiene dos ejes principales de trabajo: prevención y tratamiento de problemáticas de salud pública. La prevención se aborda a través de Cursos, Talleres y Cine-debate. Estos servicios son promovidos por el personal académico del centro. En cuanto al tratamiento, se ofrecen distintas modalidades: terapia individual, de grupo y familiar, desde diversas perspectivas: psicodinámica, sistémica, cognitivo-conductual, humanista, psico-educativa, entre otras.

Las personas solicitan atención llamando directamente al centro y el costo de cada sesión es de \$50 pesos.

B) Población

Las personas que asisten al Centro pertenecen a la comunidad, algunas de las colonias que atienden son: El Pueblo Los Reyes, La Candelaria, Santa Úrsula Coapa, San Pablo Tepetlapa, San Francisco Culhuacán, Barrio Santa Catarina, Barrio de la Concepción, Barrio de San Lucas, Barrio de San Mateo y Barrio de San Diego. El nivel socio-económico es medio-bajo y bajo.

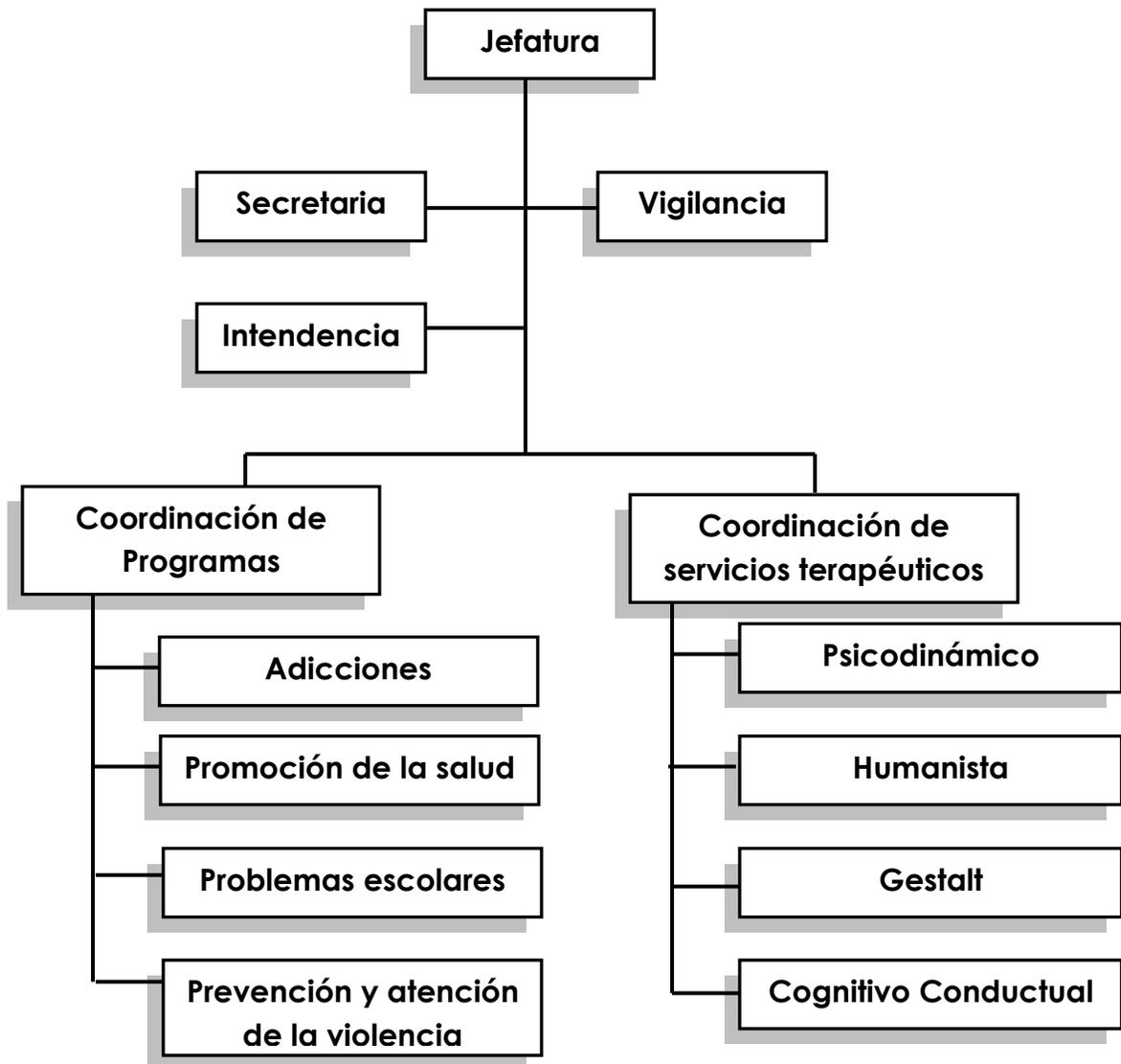
C) Descripción del escenario

El centro cuenta con una sala de recepción, una oficina de la responsable del centro, una sala de juntas, un centro de cómputo, una biblioteca y un comedor. Los talleres y algunos otros eventos que requieren de un espacio amplio, como los talleres o el cine-debate, frecuentemente se llevan a cabo en la sala de usos múltiples, la cual tiene una televisión panorámica y existe la opción de dividirse en dos salas de trabajo. Para la atención psicológica cuenta con dos cámaras de Gesell (una de ellas con equipo de audio) y siete cubículos, uno de ellos con circuito cerrado, junto a la sala de juntas, lo que permite las supervisiones en vivo.

El espacio físico del centro se adapta a las necesidades de trabajo y de demanda, ya que los espacios son utilizados indistintamente, ya sea para las consultas, los talleres y/o conferencias.

Actualmente el centro es administrado y coordinado por la Mtra. Noemí Díaz Marroquin. El personal de base está conformado por una secretaria, personal de vigilancia y personal de intendencia.

Existe una Coordinación de Programas y una Coordinación de Servicios Terapéuticos, los cuales son supervisados por la jefa del centro y el personal académico responsable de cada programa (Figura 4).



**Figura 4. Organigrama del Centro Comunitario
"Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"**

Programas del Centro Comunitario

Los programas con los que cuenta el centro son los siguientes:

1) Programa de adicciones

- Para los usuarios y sus familias
- Adolescentes en alto riesgo

2) Programa de hábitos de salud

- Programa de modificación de hábitos alimentarios
- Psicología del Deporte

3) Programa de violencia familiar

- Prevención del maltrato en la pareja
- Grupo de reflexión de mujeres
- Atención a parejas que sufren violencia

4) Programa sobre problema escolares y Familiares

- Programa Alcanzando el Éxito en Secundaria (PAES)
- Escuela para padres
- Programa de lecto-escritura para la población infantil y adulta
- Programa de Enseñanza Inicial de la Lectura y la Escritura (EILE)

5) Programa de servicio terapéutico

- Individual, familiar y grupal
- Niños, adolescentes y adultos

D) Análisis sistémico del escenario

Las personas que asisten a cualquiera de estos programas solicitan directamente el servicio; ya sea que llamen por teléfono o asistan directamente al centro comunitario. En algunas ocasiones, el personal académico y/o los residentes llaman a las personas que solicitaron el servicio y que se anotaron en la lista de espera, para invitarlos directamente, o bien sólo se distribuyen volantes y carteles por las colonias aledañas al centro, asimismo se publican en

la gaceta de la Facultad de Psicología los eventos que se van realizar. El proceso de atención de los solicitantes se muestra en la figura 5.

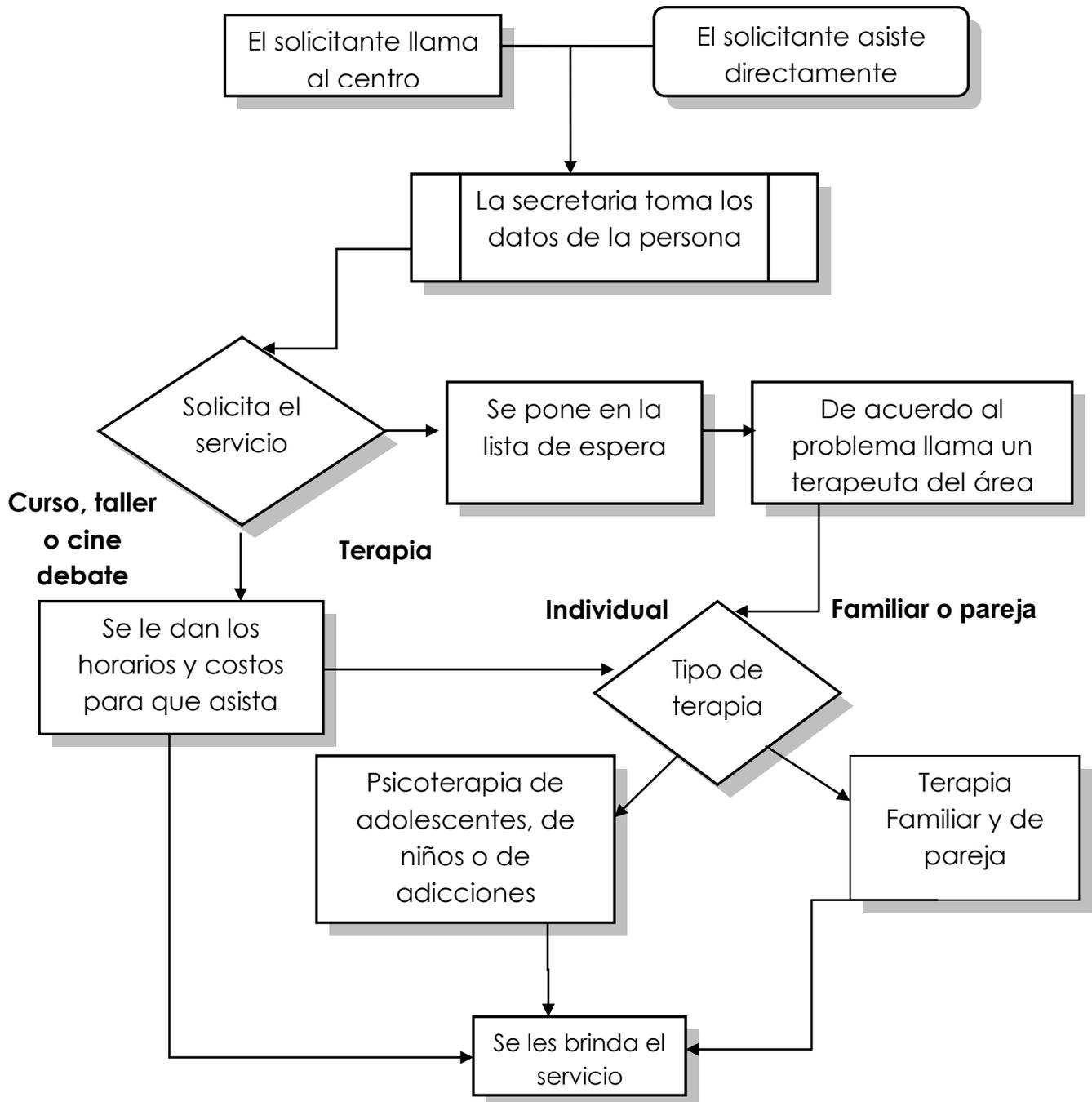


Figura 5. Proceso de atención del centro Comunitario

E) Actividades realizadas como Terapeuta Familiar

1) Tratamiento: Los terapeutas contactaban directamente a las personas o familias que solicitaron previamente servicio y los citaban para iniciar el tratamiento. El trabajo terapéutico se basó en un modelo integral, ya que se utilizaron técnicas de intervención de los diferentes modelos sistémicos que se adecuaron a las características de los pacientes y a la problemática.

2) Elaboración de expedientes clínicos: El terapeuta (s) responsable (s) elaboró un expediente clínico por cada caso y se anexó un reporte de cada sesión, el cual era firmado tanto por el terapeuta como por el supervisor.

3) Prevención a la comunidad: De manera secundaria algunos de los residentes participaron en las actividades de prevención para la comunidad, mediante la implementación de los talleres elaborados en la materia de Intervención Comunitaria.

4) Presentación de casos: Algunos residentes participaron en la presentación de casos clínicos llevadas a cabo de manera periódica en el Centro.

1.2.3. Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”

A) Antecedentes y objetivos

Al cierre del Hospital Psiquiátrico “La Castañeda”, fue construido el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, el 24 de Octubre de 1966. Se ubica en la Zona de Hospitales, en Av. San Buenaventura N° 86, en la Colonia Belisario Domínguez, delegación Tlalpan.

Este hospital, forma parte de un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud, denominado Servicios de Atención Psiquiátrica, cuyas funciones consisten en la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental; así como la coordinación operativa y administrativa de tres hospitales psiquiátricos especializados (Fray Bernardino Álvarez, Dr. Juan N. Navarro y Dr. Samuel Ramírez Moreno) y tres centros comunitarios de salud mental del Distrito Federal (Iztapalapa, Zacatenco y Cuauhtémoc) (Secretaría de Salud, 2008).

El hospital tiene como objetivo la atención de las problemáticas demandas de salud mental de niños y adolescentes y se divide en:

- **Atención primaria:** Constituye la investigación, promoción de la salud e identificación temprana.
- **Atención secundaria:** Se conforma por el diagnóstico oportuno y tratamiento.
- **Atención terciaria:** La rehabilitación de forma continua e integral.

B) Población

El Hospital Psiquiátrico Infantil, se especializa en atender problemas de salud mental en *niños y adolescentes*. La población que asiste a esta Institución, por lo regular son personas de escasos recursos, que no cuentan con otros Servicios de Salud y provienen principalmente del Distrito Federal y área metropolitana.

C) Descripción del escenario

1. Personal e infraestructura

El Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con un equipo multidisciplinario que incluye: enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, paidopsiquiatras, médicos generales y especialistas, odontólogos, terapeutas físicos y dietistas.

Dentro de su infraestructura, cuenta con: 120 camas, 3 consultorios de urgencias, 19 consultorios, 3 equipos de radiología, 3 unidades dentales, 4 aulas, 2 áreas de rehabilitación y 1 cámara de gessell.

2. Estructura orgánica

- Dirección General Adjunta de Servicios de Atención Psiquiátrica.
- Dirección de Hospital Psiquiátrico
 - Subdirección de Consulta Externa y Admisión.
 - Subdirección de Rehabilitación Psicosocial y Participación Ciudadana.
 - Subdirección de Hospitalización.
 - Subdirección Administrativa.
 - Subdirección de Centro Comunitario de Salud Mental.
- Dirección de Administración
 - Subdirección de Contabilidad.
 - Subdirección de Programación y Presupuesto.
 - Departamento de Adquisiciones.
 - Departamento de Recursos Materiales y Servicios Generales.

3. Problemáticas presentadas al ingreso

El ingreso al hospital, se lleva a cabo mediante una evaluación realizada por un paidopsiquiatra. Este determina el nivel de urgencia y la modalidad de la atención, de la siguiente manera:

➤ **Consulta no urgente:**

- Problemas de aprendizaje escolar.
- Problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y de otros.
- Problemas emocionales o del comportamiento de larga evolución (años).

➤ **Atención urgente:**

- Conducta agresiva incontrolable.
- Intento de suicidio reciente (días).
- Crisis de angustia.
- Intoxicación actual por drogas o medicamentos.
- Fallas graves de conducta que no pudieran ser controladas con la intervención de la familia.

D) Análisis sistémico del escenario

El hospital está conformado por cinco áreas principales (Secretaría de Salud, 2008):

1. Enseñanza: Apoya la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental y realiza actividades de investigación.

2. Atención Integral: Comprende atención psiquiátrica, psicológica, social y de apoyo a la salud mental.

3. Psiquiatría comunitaria: Ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital.

4. Hospitalización continua y parcial: Los servicios de urgencias y hospitalización continua atienden las 24 horas, todos los días del año. Cuenta con los siguientes servicios:

➤ *Unidad de adolescentes.* Se divide en mujeres y hombres de 12 a 17 años. Atiende trastornos psiquiátricos graves como cuadros

psicóticos, intentos suicidas y trastornos severos de conducta en hospitalización continua.

➤ *Paidea*. Es un servicio de consulta externa y hospitalización parcial a adolescentes de 12 a 18 años, con problemas de adicciones.

➤ *Unidad de cuidados prolongados*. Brinda servicios de hospitalización a niños y adolescentes que han sido abandonados y padecen daño orgánico severo y retraso mental profundo.

5. Consulta Externa: Está constituida por diversas clínicas:

➤ *Clínica del desarrollo*. Atiende a niños de 0-6 años con alteraciones físicas, intelectuales o sensoriales del desarrollo, o bien con algún daño orgánico o retraso mental.

➤ *Clínica del autismo*. Se proporciona rehabilitación física y psicomotora, terapia ambiental, en niños y adolescentes que padecen autismo.

➤ *Clínica de las emociones*. Atiende a niños de 6 a 12 años, que son canalizados por alteraciones en el estado de ánimo, como problemas de ansiedad, fobias, depresión, ideación suicida.

➤ *Clínica de conducta*. Se enfoca a atender niños de 6 a 12 años con Alteraciones de la Conducta como Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.

➤ *Clínica de la adolescencia*. Atiende a adolescentes de 12 a 17 años, que tienen problemas de estado de ánimo, conductuales o por la etapa de desarrollo.

➤ *Painavas*. Se atienden niñas y adolescentes que hayan sido víctimas de abuso sexual.

Los equipos multidisciplinarios que trabajan en las áreas antes mencionadas, realizan las siguientes actividades:

- **Psicología.** En esta área, se realizan psicodiagnósticos, psicoterapia, orientación individual y grupal, así como apoyo a padres de familia con grupos psicoeducativos a nivel escolar y pre-escolar.

Dentro de la psicoterapia, se brinda: Análisis Conductual, Cognitivo-Conductual, Terapia Individual, Terapia de Pareja y Terapia Familiar. Para este último servicio, el proceso de ingreso, se presenta de la siguiente manera (figura 6)

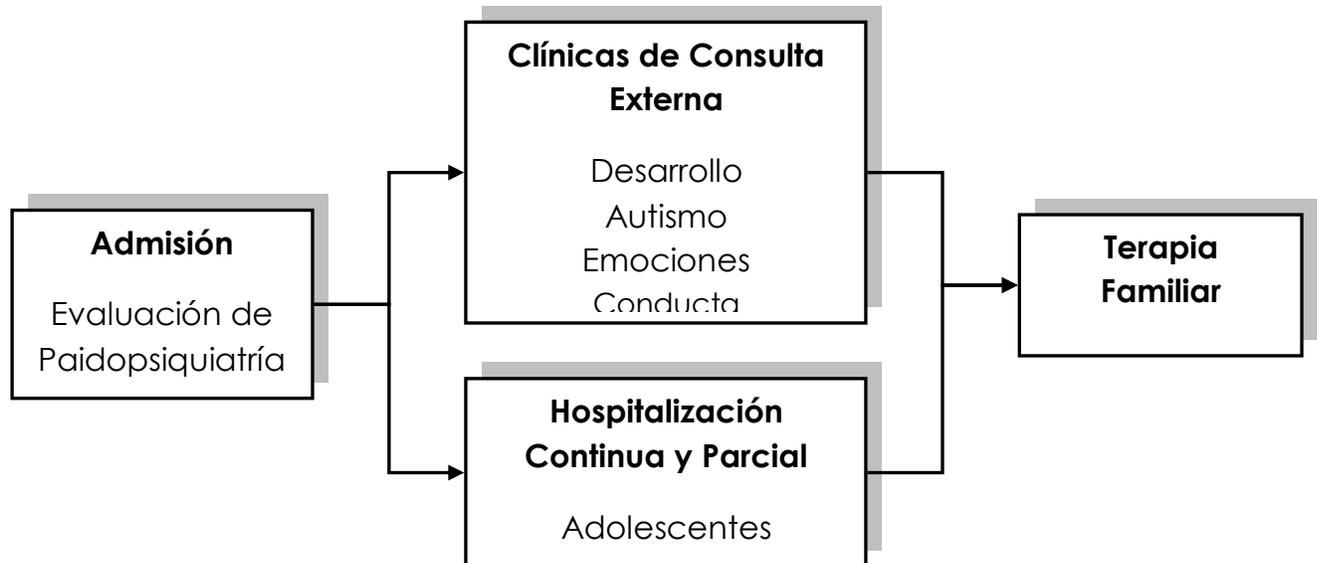


Figura 6 Proceso para ingresar al servicio de Terapia Familiar

- **Enfermería.** Busca satisfacer las necesidades que se originan en la atención a pacientes que acuden a los servicios.
- **Trabajo Social.** Está dedicada a la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial. Realizan el estudio socioeconómico a los usuarios para determinar el costo de los servicios del hospital.
- **Rehabilitación Psicosocial.** Proporciona a los usuarios la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana, así como obtener y conservar un ambiente vida satisfactoria, a través de actividades como: psicomotricidad, educación especial, análisis conductual aplicado, socialización, orientación familiar, terapia familiar, acompañamiento terapéutico, terapia ambiental, terapia del lenguaje y psicopedagogía.

E) Actividades realizadas como Terapeuta Familiar

a) Tratamiento: Las prácticas de la Residencia de Terapia Familiar se llevan a cabo en el consultorio de dicha área, en los jardines aledaños y consultorios proporcionados por otras áreas. Los pacientes, son canalizados a esta área por psiquiatras pertenecientes a las clínicas descritas anteriormente, que detectan alguna dificultad en la familia y regularmente se tratan simultáneamente. El tratamiento se lleva inicialmente en sesiones semanales.

b) Elaboración de expedientes: Se realiza un expediente clínico por cada paciente atendido y un reporte por sesión, anexado al expediente general de la Institución y al del área.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

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

2.1.1. Teoría General de los Sistemas

La Teoría General de los Sistemas tiene como origen el trabajo realizado por Ludwing Von Bertalanffy, biólogo alemán que en 1925 hizo públicas sus investigaciones sobre sistemas abiertos, las cuales no fueron aceptadas, hasta alrededor de 1945, al término de la Segunda Guerra Mundial; momento en el que se realizaban y publicaban estudios que se relacionaban con los sistemas (Johansen, 1982).

Von Bertalanffy (1968) realizó una crítica al punto de vista mecanicista, que veía al organismo vivo en partes y procesos parciales, pues surgía el problema sobre cómo se organizaban esas partes; a partir de este punto toma dirección la teoría de los sistemas abiertos y los estados uniformes, que posteriormente se generalizaría como la Teoría General de los Sistemas, la cual correspondía a una tendencia del pensamiento moderno.

Los motivos que condujeron a la postulación de una teoría de los sistemas fueron:

- La necesidad del surgimiento de nuevos campos más allá del sistema mecanicista basado en la física clásica; que la biología, las ciencias del comportamiento y sociales trataban de imitar, lo que las llevo a un reduccionismo, al tratar de embonar en conceptos y entidades a nivel físico.
- El campo de la biología, el comportamiento y la sociología quedaban fuera de la ciencia clásica, pues en la conducta humana es imposible prescindir de metas e intencionalidad, aunque se adopte una posición estrictamente conductual y conceptos como organización, directividad, teleología, no tenían cabida en el sistema clásico de la ciencia y que en sus lugar eran vistos como ilusorios o metafísicos.
- La ciencia clásica se ocupaba de problemas de dos variables de una causa y un efecto o de unas pocas variables, sin considerar la complejidad organizada (interacciones entre muchas variables).

- La ciencia estaba dominada por un empirismo unilateral, en donde solo se consideraba científico el acopio de datos y experimentos y la teoría se equiparaba a especulación o filosofía.

Por todos estos puntos, surge la necesidad de introducir nuevos modelos conceptuales, los cuales son interdisciplinarios y trascienden a diferentes campos, e implican nuevas categorías de pensamiento científico en comparación con las de la física tradicional (Von Bertalanffy, 1968).

La Teoría General de los sistemas, parte de una definición general de "sistema" como complejo de componentes interactuantes. El concepto de sistema no está limitado a entidades materiales, y se puede aplicar a cualquier *todo* que consista en *componentes que interactúen*, es lo bastante abstracto y general para permitir su aproximación a entidades de cualquier denominación, en donde entran las interrogantes de la Psicología (Von Bertalanffy, 1968).

Desde esta perspectiva, el comportamiento biológico y humano no es un sistema pasivo, sino básicamente *activo*, se incluye más allá de los principios de utilidad, homeostasia y estímulo-respuesta.

La teoría general de los sistemas, trata sobre la exploración científica del todo y sus totalidades, en donde la suma de las partes es más que la suma o la unión de unidades. Los objetivos de la teoría general de los sistemas en la ciencia serán conducir a una integración contextual de instrucción científica de las ciencias naturales y sociales (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Los principales conceptos de la Teoría General de los sistemas se presentan a continuación (Ochoa de Alda, 1995; Wittzaele y García, 1994).

➤ **Totalidad:** El análisis de cada elemento de un sistema, no permite captar las características del conjunto pues este posee propiedades que no son reductibles a las de los elementos tomados separadamente. De manera que el sistema no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, incluye además las interacciones existentes entre ellos.

➤ **Causalidad circular:** Cuando diferentes elementos están en interacción en cualquier punto del sistema, el comportamiento de un elemento es una "causa" para el elemento que los sigue en el lazo o circuito de interacción. La línea recta causa (pasado) y efecto (futuro) se convierte en un ciclo de influencia mutua



Las relaciones familiares son recíprocas, pautadas y repetitivas. Hay secuencias de interacción que se repiten (cuando se articulan en torno a un síntoma, se llama secuencia sintomática).

➤ *Equifinalidad*: Un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas.

➤ *Equicausalidad*: La misma condición inicial, puede dar lugar a estados finales distintos.

➤ *Limitación*: Cuando se adopta determinada secuencia de interacción, disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere con el tiempo.

➤ *Regla de relación*: En todo sistema, existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes.

➤ *Negentropía*: La cantidad de información en un sistema es una medida de su grado de organización. La información es vista como una restricción o acción del sistema, que permite el control y la previsión, de manera que se pueda controlar la tendencia a la desorganización.

➤ *Entropía*: Es una medida del grado de desorganización del sistema, se trata de la tendencia al caos en el sentido de ausencia de cualquier orden y de la información que falta.

➤ *Orientación jerárquica*: En toda organización, hay una jerarquía, ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar que se va a hacer.

➤ *Teleología*: El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa.

La teoría de los sistemas aplicada a la terapia familiar nos permite una nueva concepción de los problemas el comportamiento y sus relaciones. Desde esta teoría, no existe una familia normal, los pacientes son personas con problemas, los cuales pueden surgir al interrelacionarse con su contexto, familiar, social, laboral, económico, entre otros.

Los **principios básicos** de la teoría de los sistemas en la terapia familiar, son (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

1. El sistema familiar es una unidad organizada por reglas propias y el comportamiento de un individuo no se puede comprender de manera aislada sino en interacción con el sistema.

2. La estructura esta formada por subsistemas (parental, fraterno, familia extensa) en los que existen jerarquías y limites.

3. Los patrones que rigen al sistema son circulares y no lineales, siendo un sistema de retroalimentación donde A es consecuencia e influye en B, C, D

4. Los sistemas mantienen su estabilidad por medio de la homeostasis, aunque los sistemas y familias rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción o entropía, sino también por el principio de crecimiento o morfogénesis.

5. La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos, como es la familia, que se rige por principios dinámicos y de interacción con el ambiente.

2.1.2. Teoría Cibernética

La cibernética se basa en el principio de retroalimentación o de líneas causales circulares y de homeostasis. La aplicación del principio de retroalimentación a procesos fisiológicos se remonta a los trabajos de R. Wagner, aunque el origen de la cibernética, se relaciona con los trabajos de Norbert Wiener, quien participa en investigaciones que permitieron la creación de los ordenadores modernos (Johansen,1982).

En el año de 1942, es invitado al encuentro interdisciplinario organizado por la Fundación Macy, teniendo como tema central la "inhibición cerebral". Participan además investigadores como John von Neuman, Walter Pitts, Gregory Bateson, Margaret Mead, Arturo Rosenblueth, Julian Bigelow, Milton Erickson, entre otros y como resultado del encuentro, refieren el concepto de feed-back como clave de la explicación de todo comportamiento intencional. El estudio comportamental se propone examinar las reacciones, los outputs (productos de salida de los datos) en relación con los inputs (las entradas de los datos) sin especular sobre las características internas de la entidad (a la que se considera como caja negra) (Wittzaele y García, 1994).

La segunda guerra mundial pone fin momentáneamente a estos encuentros interdisciplinarios, que resurgirían en 1946 con una reunión llamada "Mecanismos teleológicos y sistemas causales circulares". Estos y otras

reuniones más, se encargan de crear un nuevo marco de referencia conceptual para la investigación científica en las ciencias de la vida: la cibernética (Johansen,1982).

En 1948 Wiener acuñó el término "cibernética" para designar el nuevo tipo de pensamiento que todos ellos estaban abordando, refiriendo que este deriva de una palabra griega que significa "piloto" o "timonel". Publica el libro "Cibernética", en donde la define como "la ciencia de la comunicación y el control en el animal y en la maquina", apuntaba a las leyes de los sistemas complejos que permanecen invariables cuando se transforma su materia y contenido. Explica los mecanismos de comunicación y control en las máquinas y los seres vivos y de estos últimos, ayuda a comprender comportamientos que se caracterizan por la persecución de metas o de algún objetivo así como las capacidades de auto-organización y auto-control (Von Bertalanffy,1968; Johansen,1982; Kenney, 1987).

Un concepto clave dentro de la cibernética es la *retroalimentación*, que refiere que parte la salida de un sistema, vuelve a introducirse en este como información acerca de dicha salida y existen dos tipos de retroalimentación:

- *Retroalimentación Positiva*: La información actúa como una medida para aumentar la desviación de la salida y resulta positiva en relación con la tendencia ya existente hacia la desorganización, por lo que lleva al cambio, a la pérdida de la estabilidad o de equilibrio.
- *Retroalimentación negativa* la información se utiliza para disminuir la desviación de la salida con respecto a una norma establecida, lo que permite la homeostasis del sistema (Waltzlawick Beavin y Jackson , 1991).

La idea básica de la cibernética es la retroalimentación, "Wiener (1954/1967), la define como un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño pasado. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de los técnicos del control. Pero si esa información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje (Kenney, 1987).

La idea primordial que dio origen a la cibernética se sustenta en la presencia de una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales. En el año 1943 aparecieron dos artículos de autores estadounidenses que, según Papert su publicación puede considerarse el nacimiento de la cibernética

explícita. Uno de estos artículos, cuyos autores eran Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow, procuró identificar los principios generales de los mecanismos capaces de corporizar el concepto de "finalidad" o "intencionalidad". En este artículo, referían: "puede considerarse que toda conducta teleológica requiere retroalimentación" El otro artículo, de Warren McCulloch y Walter Pitts, titulado "Cálculo lógico infinitesimal de las ideas inmanentes en la actividad nerviosa" puso de manifiesto "la clase de funciones que todo cerebro debe computar a fin de percibir y describir lo que es perceptible y descriptible. Estos artículos intentaban discernir las pautas de organización que subyacen en la conducta intencional o teleológica y en la percepción respectivamente.

Al mismo tiempo, Gregory Bateson estaba desarrollando una concepción de los procesos interaccionales en sus indagaciones antropológicas y Jean Piaget procuraba identificar los mecanismos del conocimiento estudiando su evolución en niños pequeños. Todos estos estudios compartían "el reconocimiento de que las leyes que rigen la corporización de la mente, deben buscarse entre las leyes que gobiernan la información y no la energía o la materia"

Ningún subsistema puede alcanzar su propio equilibrio aislado de los otros. En los sistemas naturales, se logra cierta conservación de la adaptación, es decir que las adaptaciones anteriores no quedan destruidas cuando se encuentran otras nuevas. Esto puede provocar un cambio en las secuencias de configuraciones internas, en donde ciertas configuraciones se vuelven repetitivas y con más probabilidad de suceder, lo que lleva a un *proceso de redundancia*. (Waltzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

La cibernética sugiere que todo cambio puede entenderse como el empeño en mantener cierta constancia. Una unidad orgánica, se mantiene a través del tiempo, y bien puede corregirse y auto-regularse (Vargas, 2004).

La cibernética forma parte de una ciencia general de la pauta y la organización. La visión más totalizadora de la cibernética enfoca la organización circular o recursiva de los sucesos, en vez de enfocar una secuencia lineal progresiva. El aporte histórico de la terapia familiar, consistió en brindar una manera diferente de prescribir distinciones, estableciendo el límite de un síntoma en torno a la familia y no del individuo, y se trata de encontrar las pautas y las secuencias de este. De esta manera, surge una epistemología recurrente, que pone acento en la ecología, la relación y los sistemas totales (Kenney, 1987).

Dentro de la cibernética, se hace una diferenciación en relación al tipo de retroalimentación del sistema, así como a la posición del terapeuta dentro de este, por lo que se hace una división entre cibernética de primer y segundo orden.

Cibernética de primer orden

El sistema observado se considera fuera del observador, es decir el terapeuta se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema, como un vigilante del fenómeno a observar o modificar.

En esta cibernética, se estudia la retroalimentación negativa o morfoestasis en donde el sistema mantiene constancia ante los cambios del medio ambiente, es conservadora, promueve el statu quo, desempeña un papel importante en el logro y el mantenimiento de la estabilidad de las relaciones y su aplicación fue muy clara en el estudio de familias con pacientes esquizofrénicos, que trataban de mantener una estabilidad indeseable (Hoffman, 1987; Watzlawick, et. al, 1991).

Segunda Etapa Primer Orden

Los sistemas cambian su organización y modifican su estructura por retroalimentación positiva (morfogénesis), la cual, lleva al cambio, a la pérdida de la estabilidad o de equilibrio y la información actúa como una medida para aumentar la desviación de la salida. Esta retroalimentación, es radical, y el terapeuta utiliza técnicas provocativas destinadas a estremecer a la familia a fin de sacarlos de su estado de crisis y ofrecerles otra realidad. (Hoffman, 1987, Watzlawick, et. al ,1991; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Los principales conceptos de esta cibernética, son los siguientes (Hoffman,1987)

- ❖ *Meseta homeostática*: Límites dentro de los cuales el sistema es auto-correctivo
- ❖ *Momento*: Al evaluar un sistema auto-correctivo, un factor importante es el equilibrio o desequilibrio de este en un momento dado.
- ❖ *Freno*: Pauta, estructura, regularidad, se aparta de lo aleatorio
- ❖ *Variedad*: Permite trazar nuevas formas para enfrentar problemas

❖ *Negentropía*: Extremo freno y variedad que provoca la destrucción del sistema.

❖ *Niveles*: Jerarquías en los sistemas o capas en secuencias de creciente inclusión, como individuos, grupos, organizaciones, situaciones sociales, en donde toda actividad en una de estas capas, operará al menos en otra.

❖ *Carreras*: Cadenas de retroalimentación positiva que al parecer están a punto de volverse escapadas pero nunca lo hacen.

Cibernética de Segundo Orden

Von Foerster (1996) refiere que la cibernética de primer orden es la cibernética de los sistemas observados, mientras que la de segundo orden, es la de los sistemas observantes. En esta cibernética, el observador entra en el sistema estipulando su propio propósito. Explica la cibernética de la cibernética, con teoremas de Maturana, que complementa el autor:

“Todo lo dicho es dicho por un observador (capaz de hacer descripciones)”

“Todo lo dicho es dicho a un observador (se conectan dos observadores a través del lenguaje y constituyen el núcleo elemental de una sociedad)

En esta cibernética, se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de esta, se inserta de manera sutil y se involucra con la familia en sus diálogos, historias, fuerzas, recursos y significados. El terapeuta no es un agente que opera cambios, es un receptor de la realidad de la familia a través del significado de ésta e introduce diferencias significativas en donde pueden surgir nuevas perspectivas compartidas (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Los terapeutas y los clientes son miembros de un universo participativo en donde cada uno de ellos contribuye a la construcción y mantenimiento de una realidad terapéutica. No conforman su realidad de una manera lineal progresiva, hay pautas de recursión, los terapeutas y clientes trazan distinciones acerca del otro y del sistema ecológico del cual forman parte (Kenney, 1987).

Cada vez que establecemos una distinción, nos quedamos forzosamente con un universo alterado, ampliado, el sujeto que describe, está dentro de la

descripción, el sujeto que observa, está en lo observado y el terapeuta está en la terapia (Kenney, 1987).

2.1.3. El trabajo de Bateson

El trabajo de Bateson ha sido una piedra fundamental dentro de la terapia familiar y su epistemología ha sido retomada por diversos autores y escuelas, por lo que se presenta a continuación una breve descripción de sus aportaciones

Bateson es un biólogo que se adentra a estudios antropológicos en diversas tribus y como tesis de doctorado presenta la ceremonia ritual de los latmul (Nueva Guinea), *el naven*, investigación que posteriormente extiende en un libro, Observó que en estas sociedades, no tienen jerarquías ni estatus, son un grupo simétrico, y para no destruirse, tenían ciertas costumbres como el naven (en donde solucionaban conflictos y fortalecían nexos) lo que les permitía sobrevivir e intercalarse entre la simetría y la complementariedad. Los conceptos más importantes que surgen en su estudio, son los siguientes (Hoffman, 1987; Wittzaele y García, 1994).

Cismogénesis: "Proceso de diferenciación en las normas del comportamiento individual resultante de la interacción acumulativa entre individuos". Estos procesos desarrollan una reacción mutua A B y son ciclos auto-reforzantes, en donde el movimiento en una de las partes, cambia el campo de la segunda, obligando a esta a hacer un movimiento compensatorio y así sucesivamente.

Los ciclos, pueden ser:

Simétricos: En donde A y B son similares (rivalidad/competencia). El comportamiento de un individuo o un grupo de individuos es el reflejo en un espejo del otro. Se encuentra en las relaciones agresión-agresión, competencia-competencia.

Complementarios: El comportamiento de un individuo o un grupo de individuos es el complemento de otro, como en la autoridad-sumisión, dependencia-socorro.

Sin embargo, estos ciclo se pueden alternar para mantener el sistema, un ejemplo es: cuando una persona dominante aumenta su poder hacia una sumisa (complementariedad), pero esta llegará a un punto extremo y ya no estimulará la reacción de dominio, lo que le dará entonces un poco de poder y

se volverá más auto-afirmativa (simetría), lo que finalmente, volverá a desencadenar la reacción de dominio. De esta manera un ligero comportamiento simétrico en una relación complementaria, podía actuar para contener la tendencia a la diferenciación progresiva y a reducir la tensión, volviendo a auto-estabilizar el sistema.

De acuerdo a Bateson, lo que puede poner un alto a tales procesos, son las barreras fisiológicas (la necesidad de producir una tensión, seguida de una reducción de la tensión), frenos sociales externos, y acuerdos entre ambas partes.

Estos planteamientos, establecen las bases del *enfoque interaccional* de la psicoterapia, pues se incluye la descripción no de un individuo, sino el lazo que une a dos o varios.

Bateson establece que su proyecto abarca tres niveles de abstracción: 1) el nivel concreto de datos etnográficos 2) el ordenamiento de los datos en función de puntos de vista diferentes: emocional, cognoscitivo, conductual, entre otros (haciendo referencia a la pauta que conecta*) y el 3) la elaboración de diversas teorías explicativas, que desemboca en algunas cuestiones epistemológicas (Kenney, 1987; Wittzaele y García, 1994).

Al recurrir a estos niveles, Bateson reflexiona sobre el error que comete el hombre de ciencia al confundir las categorías explicativas con la realidad de la vida social, es decir "cosificar" los conceptos, por lo que hace una distinción entre mapa y territorio. Para esta explicación, recurre a la tipificación lógica derivada de Whitehead y Rusell (1910), la cual generaba una paradoja autorreferencial, pues el observador era quien estipulaba la jerarquía de los niveles lógicos, por lo que en su lugar, podía concebirse como un manera de trazar distinciones y utilizarla para poner en relieve la auto-referencia y la paradoja en lugar de ocultarlas. Estos análisis serían utilizados posteriormente en la Teoría de la Comunicación (Kenney, 1987; Wittzaele y García, 1994).

Dentro de esta teoría de la comunicación, otro concepto importante es la diferencia que crea la diferencia, pues existen una infinidad de diferencias potenciales en nuestro entorno, pero solamente se convertirán en "informaciones" para nosotros las que tengan un "efecto" sobre nuestro

*la pauta que conecta, es una especie de "danza de partes interactuantes", en donde una cosa se puede relacionar con la otra y encontrar una conexión. Esta conexión, se puede dar en tres niveles, como ejemplificación aplicada a los organismos, en el primer nivel, podemos comparar una parte del organismo con otras partes del mismo, en el segundo un organismo con otro organismo y en la última, hacer una doble comparación de organismos (Bateson, 1987).

organismo, teniendo en cuenta los límites de nuestros órganos sensoriales. La diferencia no se sitúa en ninguna parte, es una relación entre las cosas y esa relación es una abstracción. Esto se relaciona con el hecho que

Toda comunicación representa una elección, entre un conjunto de posibilidades, esto se relaciona con el hecho que el mundo no aparece como un flujo continuo en el que nada se distingue del resto, nosotros dividimos nuestro universo en conjuntos distintos, tanto desde el punto de vista espacial (objetos, personas) como temporal (secuencias causales) de manera que cada quien percibe y conoce en la medida de las distinciones que traza, de modo que la raíz en discordias en las relaciones personales, se encuentra en las discrepancias acerca del modo de puntuar las secuencias de sucesos.

Una implicación de la comunicación, es el aprendizaje, el cual es definido como un aumento en la redundancia entre el que aprende y su entorno, siendo la comunicación el medio para establecer esa redundancia. Bateson describe cuatro niveles de aprendizaje (Wittzaele y García, 1994).

Nivel 0: Es el más simple, en el que los efectos de un estímulo, son estereotipados y el individuo no puede utilizar el resultado de estas experiencias para mejorar sus actuaciones futuras, simplemente recibe la información de un acontecimiento externo en diferentes momentos.

Nivel 1: El individuo se encuentra al principio en una situación que permite una gran diversidad de conductas y por una serie de ensayos consecutivos, corregirá sus errores y acabará por dar un tipo de respuesta con una probabilidad mayor (cambio en la especificación de respuesta).

Nivel 2: Consiste en un cambio en el proceso mismo del aprendizaje, lo que Bateson llama "aprender a aprender" o "deudo-aprendizaje". En este nivel, puede esperarse una transferencia de aprendizaje A al contexto B si este último se parece al primero, de manera que se comparan las informaciones sobre las muestras de contextos y se abstrae la información sobre la clase y características comunes de contextos.

Nivel 3: Implica una modificación drástica de nuestra relación con el entorno, así como un cambio profundo del concepto de "sí mismo". Implica una trascendencia a las coacciones que constituyen nuestras premisas sobre el mundo, nuestros valores, hábitos, entre otros. El sujeto percibe en función de contextos de contextos.

2.1.4. Grupo de Palo Alto MRI

Las investigaciones sobre la comunicación, unen a Bateson con el grupo de MRI, conformado por Jay Haley, John Weakland, William Fry y Don Jackson. Este proyecto duró aproximadamente 10 años, de 1953 a 1962.

El surgimiento de este proyecto, es uno de los más importantes, pues de aquí despegó la Terapia Familiar sistémica y se enfocó al estudio de la comunicación por niveles (significado, lógico y aprendizaje) en familias con esquizofrénicos.

Se observan pautas de transacción en donde existía una incapacidad de discriminar entre niveles de comunicación de tipo lógico, entre lo literal y lo metafórico. Se dieron cuenta que cuando el paciente mejoraba, otro miembro empeoraba, por lo que la familia necesitaba el síntoma para mantener la homeostasis familiar, mostrando una rigidez en las pautas de comunicación (Hoffman, 1987).

En 1959, elaboran un informe psiquiátrico llamado *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, en donde se incluye el concepto de “**Doble Vínculo**” como la causa de la esquizofrenia en niños (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El Doble Vínculo, implica que la comunicación se da en muchos niveles y en donde una demanda manifiesta en un nivel, es anulada o contradicha en otro nivel, como en la expresión: “se espontáneo”.

Para responder a una paradoja de este tipo, se tiene la opción de señalar cuán imposible es; burlarse de ella o abandonar el campo, pero si no se puede ninguna de ellas, entonces aparecen serios problemas, como el caso de la esquizofrenia.

La paradoja, está compuesta por varios elementos:

- Una orden negativa primaria.
- Una orden negativa secundaria que entra en conflicto con la primaria.
- Una orden que prohíbe todo comentario (genera confusión) y no permite abandonar el campo.
- Una situación de supervivencia que exige discriminar correctamente los mensajes, pero al hacerlo, se castiga.
- Una repetición de esta pauta de comunicación, que produce pánico o ira.

De esta manera, los “desórdenes del pensamiento” se redefinen como maniobras de una lucha desesperada ante comunicaciones vagas, amorfas o

descalificadoras, las cuales eran en los casos estudiados maniobras de la madre, pues básicamente este estudio era de la relación diádica (Hoffman, 1987).

Sin embargo más adelante, Bateson junto con Weakland, hacen otra aportación, al pasar del doble vínculo, a la interacción en tres partes, dando más importancia a los sistemas circulares en las relaciones interpersonales y a las coaliciones. Observaron que no se podían reunir dos personas sin que una tercera interviniera y además, Bateson, habló sobre la *danza infinita de las coaliciones cambiantes*, ya que observó que las alianzas y coaliciones, no eran estables y constantemente se disolvían y se formaban otras (Hoffman, 1987).

2.1.4.1. Teoría de la Comunicación Humana

Como resultado del Proyecto Bateson, surge la Teoría de la comunicación humana y de acuerdo a sus autores (Watzlawick Beavin y Jackson, 1991) no se puede explicar un fenómeno fuera de su contexto, se debe estudiar las relaciones entre las partes de un sistema, y las manifestaciones en las que se observan esas relaciones, como es el caso de la comunicación.

El estudio de la comunicación humana se ha subdividido en tres áreas que si bien se han separado para su estudio son interdependientes:

- **Sintáctica:** Abarca los problemas relativos a transmitir información, interesada en la codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia, etc.
- **Semántica:** Se encarga del estudio del significado, el cual carecería de sentido a menos que el emisor y receptor se pusieran de acuerdo sobre su significado.
- **Pragmática:** Se enfoca a como la comunicación afecta la conducta, tomando no solamente el lenguaje verbal, sino el no verbal o corporal. Watzlawick Beavin y Jackson (1991) refieren que de esta clasificación, para ellos la pragmática sería su objeto de estudio y agregan el contexto en que tiene lugar y de acuerdo a su planteamiento, la pragmática se ocupa menos de la relación emisor-signo o receptos-signo y más de la relación emisor-receptor, no vista de manera lineal, sino como se afectan uno a otro.

La concepción de relación aplicada a la comunicación, surge a partir de la cibernética y de conceptos matemáticos, que se ocupan de las relaciones entre entidades y funciones y no de su naturaleza, a diferencia de muchas teorías que se habían manejado Psicología, en donde, los más importante eran las funciones psíquicas como las sensaciones, percepciones, memoria, entre otras y se estudiaban aisladamente, sin considerar las funciones y pautas que implican todas estas relaciones, que constituyen la esencia de la experiencia.

Las implicaciones que tiene en la terapia, es que las causas posibles o hipotéticas de la conducta asumen importancia secundaria y el efecto de la conducta surge como el criterio de significación esencial en la interacción de los individuos. Un síntoma es un fragmento de conducta que tiene efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente, pero los términos "cordura y alineación" o "normalidad-anormalidad", pierden significado como atributos de individuos.

Aunque consideran que si bien la conducta está determinada por la experiencia previa, la búsqueda de causas en el pasado no es fidedigna, pues todo lo que una persona dice a otra sobre su pasado, está ligado a la relación actual de estas.

Watzlawick Beavin y Jackson (1991) hablan de la meta-comunicación cuando se utiliza la comunicación no para comunicarnos, sino para comentar algo acerca de ella y exploran algunas propiedades de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas, los denominan axiomas de la comunicación y se presentan a continuación

1) *Es imposible no comunicarse:* Toda conducta, es comunicación y en una situación de interacción, tiene un valor de mensaje. No hay nada contrario de conducta, es imposible no comportarse, pues incluso dejar de hacerlo comunica algo. Cualquier comunicación, implica un compromiso y define la relación emisor-receptor.

2) *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y de relación tal que el segundo clasifica al primero y es por ende una meta-comunicación:* La comunicación tiene un aspecto referencial o de contenido que implica la transmisión o información de datos (independientemente de si es verdadera o no) y un aspecto de relación entre los comunicantes e indica como debe entenderse dicha comunicación, a partir del contexto y tiene que ver con la meta comunicación o la información acerca de esa información.

3) *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación:* Una serie de comunicaciones pueden entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios; quienes participan en la interacción introducen "la puntuación de la secuencia de hechos", esta puntuación organiza los hechos de la conducta y resulta vital para las interacciones en marcha.

4) *Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente:* El lenguaje digital asume particular importancia en lo que se refiere a compartir información acerca de los objetos, es de mucha mayor complejidad, versatilidad y abstracción que el material analógico y cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones. La comunicación analógica incluye lo no verbal como la postura, los gestos, la expresión facial, la secuencia, el ritmo, etc.

5) *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios:* En la relación simétrica los participantes tienden a igualar su conducta recíproca y en la segunda, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, ocupando un participante la posición superior o primaria y el otro la posición inferior o secundaria. Además de estas relaciones, se ha descrito una tercera llamada meta-complementaria, en la que *a* permite u obliga a *b* a estar en control de la relación mediante idéntico razonamiento.

2.1.5. Constructivismo

El constructivismo es una perspectiva epistemológica que tiene sus raíces en la tradición filosófica y psicológica que presta atención al papel activo de la mente humana al momento de organizar y crear significados. Se basa en la afirmación de que los seres humanos no reciben el conocimiento pasivamente a través de los sentidos, sino que crean activamente las realidades a las que responden; estas se construyen como resultado de una combinación entre la información del medio, la estructura biológica del individuo y su propia historia (Lyddon, 1998).

El constructivismo es una escuela de pensamiento que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad dentro de una perspectiva evolutiva (Simon, Stierlin y Wymme, 1984, en Limón, 2005), plantea que un organismo nunca es capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, pues solamente puede construir un modelo o mapa que se desarrolla en las interacciones del

organismo con su ambiente y que obedece a principios evolutivos de selección.

Las primeras aportaciones al pensamiento constructivista en psicología incluyen la epistemología genética de Piaget (1926), el análisis constructivista de la memoria humana de Barlett (1932), el tratado sobre la naturaleza constructiva del sistema nervioso humano de Hayef (1952), la psicología de los constructos personales de Kelly (1955) y la metateoría motriz de la mente de Weimer (1977). De esta manera, el pensamiento constructivista ha desempeñado un papel cada vez más significativo en la ciencia psicológica contemporánea, como en la psicología cognitiva, evolutiva, social, educativa, feminista, en estudios de género, terapia familiar, entre otras (Lyddon, 1998).

Retomando elementos de la biología y de la teoría evolutiva de Jean Piaget, el constructivismo postula que las estructuras orgánicas y cognoscitivas evolucionan de manera similar, esto es, a través de procesos de selección que operan por medio de ensayo y error, en donde las experiencias adquiridas se transforman en hipótesis para orientar la acción futura de los organismos. Desde esta perspectiva, los sistemas vivientes son sistemas cognitivos y la vida es un proceso de conocimiento (Limón, 2005).

Dentro de las formas de constructivismo psicológico, se encuentran los constructivistas radicales como Von Glasersfeld, Von Foerster, Maturana y Varela. Llegan a sus conclusiones a través de los experimentos realizados por Von Foerster y su confirmación por Maturana; estudiaron el sistema nervioso y encontraron que si una neurona de la retina envía una señal visual a la corteza, esta señal tendrá exactamente la misma estructura que las provenientes de las orejas, la nariz, la lengua o de cualquier parte del organismo que produzca señales; todas varían en frecuencia y amplitud, pero no hay una indicación cualitativa del significado que se considera inherente a la señal (Von Glasersfeld, 2000).

Otro ejemplo, es el campo de la visión de los colores, los receptores que se supone perciben el rojo, envían señales que no son en modo alguno diferentes de las enviadas por los receptores que perciben el verde, por consiguiente, la capacidad de distinguir el rojo y el verde, debe tener lugar en la corteza y no sobre diferencias cualitativas, ya que tales no existen, de manera que no se puede sostener que recibimos informaciones de lo que se considera tradicionalmente como mundo exterior (Von Glasersfeld, 2000).

Por tanto, la realidad es exclusivamente una función de la estructura del sistema cognitivo, rechazan la teoría representacional del conocimiento, que menciona que las personas construyen copias o representaciones de una

realidad externa y en su lugar, defienden que la realidad surge a partir de las estructuras perceptuales y cognitivas relativamente duraderas del conocedor (Lyddon, 1998).

La persona funciona por medio de mapas cognoscitivos elaborados internamente, como la "única realidad cognoscible". La realidad externa es incognoscible, sobre todo por la estructura de nuestro sistema nervioso y por tanto, que solamente podemos llegar a tener un "encaje aproximativo" con la realidad (Limón, 2005).

Otras características importante del constructivismo radical es el establecimiento de distinciones en la construcción de la realidad y la noción de que todos los sistemas vivos son entidades autónomas (o autorreferenciales) y fundamentalmente cerradas a nivel de información, pues esta no tiene significado aparte del que le da el sistema. Esto implica que nosotros organizamos el conocimiento, este no viene del exterior, sino de lo que los sentidos nos indican. Construimos imágenes, sin saber si son verdaderas, pues toda forma de verificación, debe utilizar los mismos sentidos, distinciones, relaciones conceptuales y por lo tanto no puede producir más que otra imagen. (Lyddon, 1998.; Von Glasersfeld, 1998).

La realidad en la que vivimos y en la que la ciencia se desarrolla, es el resultado de la construcción de un organismo que se auto-regula y que no tiene ninguna relación concreta con una realidad ontológica <<ahí afuera>> (Maturana y Varela, 1980, en Wainstein, 2000).

A partir de la década de 1980 los conceptos filosóficos reunidos bajo el nombre de "constructivismo" ejercieron una influencia en la psicoterapia, se dieron cuenta que lo que los que los terapeutas estaban examinando en los pacientes, no era algo que existía ahí afuera, sino algo estrechamente ligado a sus convicciones o premisas subjetivas sobre las personas, sobre los problemas e incluso sobre los desenlaces de las interacciones con ésta o aquella familia. De manera que los terapeutas comenzaron a reflexionar sobre la realidad de sus propias descripciones y a examinar su correspondencia con las realidades presentadas por los clientes (Wainstein, 2000).

De esta manera escuchar lo que un terapeuta familiar asevera percibir en la terapia, nos dice más acerca del terapeuta (observador) que acerca de la familia (lo observado), es decir lo percibido y conocido por nosotros, es producto de nuestra participación en lo observado (Kenney y Ross, 2007).

Los objetivos de la terapia, se empezaron a construir cada vez más gradual y se confió más en la capacidad de fusionar los recursos terapéuticos con los del cliente. El terapeuta, empezó a adoptar una posición más neutral,

una actitud menos didáctica y más abierta al desarrollo de posibilidades (Wainstein, 2000).

Así, el trabajo terapéutico, ya no consiste en dirigir la terapia hacia lo que es <<justo o verdadero >> , sino en crear condiciones de aprendizaje en las que algo diferente, verosímil y adecuado a las idiosincrasias del cliente, pueda reemplazar a sus síntomas y sufrimiento (Wainstein, 2000).

2.1.6. Construccinismo Social

El ser humano se ha encontrado en una constante búsqueda de conocimiento de sí mismo y de su realidad. En la postura modernista, el conocimiento es considerado un reflejo de la realidad objetiva y racional, siendo externo al mundo del hombre, por lo que en este punto subyace la dualidad que divide al sujeto-objeto.

Como parte de la evolución del pensamiento del hombre, se encuentra el Constructivismo y el Construccinismo Social. Estas dos posturas, no consideran que el sujeto refleje una realidad objetiva, pero la diferencia entre las dos, es que en la primera la realidad es construida de manera auto-referencial, promueven una imagen del sistema nervioso como una máquina cerrada, mientras que la segunda es construida a partir de las interacciones sociales, de manera que las ideas, conceptos y recuerdos, surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje (Hoffman,1992).

El construccionismo social, es una perspectiva que intenta trascender las teorías endógenas y exógenas del conocimiento, sugiriendo que este no reside exclusivamente en la mente de los individuos o en el medio, sino en los procesos sociales de interacción e intercambio simbólico. La esencia del pensamiento construccionista social es la noción de que las construcciones personales del entendimiento están limitadas por el medio social, es decir el contexto del lenguaje compartido y los sistemas de significado que se desarrollan, persisten y evolucionan a lo largo del tiempo y solo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior (Hoffman,1992; Lyddon, 1998).

El construccionismo social, tiene como influencias al crítico literario Jaques Derrida (1978) y sus ideas de deconstrucción, refiere que el lenguaje es un sistema de signos que no tienen un valor positivo o negativo y es nuestra construcción de significados lo que les otorga valores diferentes. Otra influencia importante, es el historiador social francés Michael Foucault (1975) con su análisis sobre poder en el discurso social; otros teóricos como Kenneth Gergen (1991) y Rom Harré (1984) quienes cuestionan a la psicología y sociología

moderna y en otras áreas como la antropología y etnografía a James Clifford y George Marcus (1986) quienes participan en los pueblos que estudian y encuentran en la antropología tradicional una mentalidad colonial (Hoffman, 1992).

Los discursos posmodernos son deconstructivos, porque pretenden distanciarnos y hacernos escépticos de las creencias concernientes a la verdad, el conocimiento, el poder, el yo y el lenguaje, los cuales se dan por sentadas (Lax, 1992)

La crítica hacia el modernismo (Hoffman, 1992)

❖ Cuestionan la idea de una verdad única y dudan que la investigación social objetiva sea posible, pues no se puede saber qué es la "realidad social". En este punto entra la estadística, coeficientes de probabilidad, test psicológicos, diagnósticos, entre otros.

❖ El yo se considera una entidad narrativa, no una entidad cosificada.

❖ El yo no se considera una realidad interna irreductible, representada por las emociones o la cognición, sino una construcción social.

❖ En cuanto a las emociones, estas son consideradas como una parte más de la compleja red de la comunicación entre las personas y no se les concede un estatus especial como estados internos.

❖ Se cuestiona la idea de las etapas de desarrollo, pues la idea de una "trayectoria normal" es deficiente, pues hay una gran variabilidad en esta trayectoria y existe una infinidad de formas de desarrollo y la terapia moderna se ha enfocado a la "desviación" de ese "desarrollo óptimo". Se critica el "desarrollo familiar normativo" como signo distintivo del funcionamiento y crecimiento saludables de la familia.

❖ Se cuestiona la posición de poder que se utiliza en el campo de la salud mental, como la práctica de la confesión, el poder de sojuzgamiento, poniendo al cliente en un lugar de sumisión.

❖ En terapia familiar, se critica a los métodos que se basan en el secreto, la jerarquía y el control, en donde los profesionales eran los observadores y las familias los sujetos observados.

El construccionismo constituye un desafío crítico al dualismo sujeto-objeto sobre el que se basa la concepción tradicional de terapeuta-científico, y se

cuestiona la posición de superioridad trascendente de estas concepciones tradicionales. Esta dualidad había estado más marcada en la primera cibernética, en donde se concebía al terapeuta como experto y quien mantenía una relación de mayor poder jerárquico en relación a los pacientes (Hoffman, 1992).

El posmodernismo designa una ruptura en una orientación filosófica que se aparta radicalmente de la tradición moderna. El pensamiento posmoderno acentúa la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje. El conocimiento y el conocedor, son interdependientes, partiendo de la premisa de una interrelación entre contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión (Hoffman, 1992).

El pensamiento posmoderno, se apoyan en dos perspectivas interpretativas: la hermenéutica filosófica contemporánea y el construccionismo social. La hermenéutica, se convirtió en un método para interpretar y comprender la conducta humana y surgió como una disciplina filosófica genuina y una teoría general de las ciencias sociales y humanas (Anderson, 1999).

La hermenéutica del siglo XX, está asociada con el pensamiento de Hans-George Gadamer, Jürgen Habermas, Martin Heidegger y Paul Ricoeur. En términos generales, la hermenéutica se ocupa de la comprensión del significado de un texto o discurso, incluidas la emoción y la conducta humana y comprensión del proceso sobre el cual influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete. De manera que la comprensión siempre es interpretativa, no hay un punto de vista único o privilegiado, o correcto (Anderson, 1999).

Cada descripción e interpretación, es una versión de la verdad y esta se construye a través de la interacción de los participantes, por lo que la comprensión, se sitúa en el lenguaje, la historia y la cultura (Anderson, 1999).

2.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica

2.2.1. Modelo Estructural

Antecedentes

El enfoque estructural, fue desarrollado en la segunda mitad del siglo veinte, siendo su principal precursor **Salvador Minuchin**, médico psiquiatra nacido en Argentina, que emigró a Estados Unidos en la década de los sesentas, en donde desarrollo su trabajo, junto con sus colaboradores Braulio Montalvo, Edgar Auserswald, Bernard Guerney, Berenice Roseman y Florence Schme, entre otros (Desatnik, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Su trabajo estuvo enfocado en familias de bajos recursos, zonas marginadas, emigrantes, teniendo un programa de delincuentes menores en la Wiltwyck School of Boys de Nueva York sobre "La dinámica de las familias pobres". También realizó investigación en Philadelphia Child Guidance Clinic, con familias psicósomáticas, además de iniciar modelos de formación de terapeutas familiares con supervisión en vivo, a través de la cámara de Gesell (Minuchin, 1979; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Premisas básicas

La visión estructural, permite la exploración de las interacciones de las personas en relación con los distintos contextos de los que forma parte y se concentra en el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y la familia. Existe un interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema (ya sea familiar, institucional, psicosocial), participan en el mantenimiento del síntoma con el fin de asegurar la estabilidad familiar (Desatnik, 2004).

La búsqueda de la conexión entre síntoma y sistema, nos lleva a observar la *estructura familiar*, la cual es definida como "El conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, operando a través de pautas transaccionales" (Desatnik, 2004; Minuchin 1979).

Estas pautas establecen de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, regulando la conducta de los miembros de la familia. Estas pautas se mantienen por dos sistemas de coacción:

1. Reglas universales que gobiernan la organización familiar (jerarquía de poder de padres e hijos)
2. Reglas Idiosincrásicas: Expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia (negociaciones explícitas e implícitas)

Esto permite que el sistema se mantenga a sí mismo, conservando pautas preferidas y pautas alternativas, que no sobrepasen cierto nivel, aunque la estructura tiene que ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. En caso de que la familia no cuente con los elementos para el cambio y la adaptación, puede desarrollar mecanismos homeostáticos en donde los patrones de interacción se vuelven disfuncionales y surgen los síntomas (Desatnik 2004, Minuchin, 1979; Ochoa de Alda, 1995).

Principales Conceptos

Para entender mejor la estructura familiar es importante tener presentes los siguientes conceptos:

- ☑ **Subsistemas:** El sistema familiar se diferencia y desempeña funciones a través de subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia, que poseen diferentes niveles de poder y habilidades diferenciadas. Los subsistemas son determinados por generaciones y pueden ser: conyugal, parental y fraterno (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Minuchin 1979).
- ☑ **Límites:** Son reglas que definen quiénes participan y de qué manera en cada subsistema. Protegen la diferenciación del sistema, ayudando a que no haya interferencia con otros subsistemas y a su vez que exista contacto entre los miembros del subsistema y los otros. Los límites entre los miembros, pueden ser claros, difusos o rígidos. Las familias en función a sus límites pueden ser desde desligadas (límites rígidos) a aglutinadas (límites difusos) (Minuchin, 1979).
- ☑ **Jerarquías:** Son las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, que marca subordinación o supra-ordinación de un miembro respecto de otro (Desatnik, 2004).

- ☑ **Territorio:** Corresponde al espacio que ocupa cada miembro de la familia en tiempo y lugar. Se pueden presentar dos polarizaciones patológicas, una cuando alguien de la familia ocupa demasiado espacio y otra cuando un miembro se encuentra en la periferia (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- ☑ **Geografía:** Es la ubicación de la familia en el hogar, como duermen, comen, entre otros. Esta geografía también se refleja en la manera de sentarse en las sesiones de terapia (Macías, en Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- ☑ **Alianzas:** Designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema y es la percepción o experiencia de dos o más personas unidas en una empresa, interés, actitud o conjunto de valores (Desatnik, 2004).
- ☑ **Coaliciones:** Cuando una alianza se sitúa en oposición (conflicto, exclusión) a otra parte del sistema, generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero (Desatnik, 2004).
- ☑ **Triangulación:** Se refiere a una relación diádica, agobiada de conflictos, que incluye a un tercero para encubrir o desactivar el conflicto (Desatnik, 2004).

Objetivos y metas terapéuticas

Esta terapia se enfoca al presente y su objetivo es reestructurar el sistema. La intervención se dirige a provocar una crisis o un desequilibrio que le permita a la familia un funcionamiento distinto con el fin de superar del problema, adaptándose a las nuevas exigencias evolutivas o contextuales (Ochoa de Alda, 1995; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Las metas terapéuticas, se establecen con la familia, no solo se dirigen a desaparecer los síntomas, sino a cambiar la estructura y cosmovisión familiar. De acuerdo a Umbarger (1983) el terapeuta, tiene como metas iniciales:

1. Elaborar un diagnóstico estructural, que incluye observaciones sobre alianzas y divisiones entre los miembros de la familia, las coaliciones, problemas de jerarquía, de límites y secuencias críticas de interacción.
2. La redefinición del problema-queja, de manera que la familia se interese por el cambio terapéutico.
3. Una evaluación de la disposición al cambio de la familia.

4. Determinar las metas del tratamiento.

5. La selección de unidades de tratamiento y una planificación preliminar de las etapas de tratamiento.

Plan de trabajo

Para la terapia estructural, es importante de manera inicial realizar un diagnóstico, para lo cual es necesario entrar en coparticipación con la familia, a través de operaciones de asociación como la unión y el acomodamiento, que permiten relacionarse con los miembros de la familia, experimentar sus pautas transaccionales y crear un sistema terapéutico (Minuchin, 1979).

La coparticipación, lleva a conocer a la familia de manera más íntima, a descubrir los secretos del sistema, a experimentar y percibir la forma en que la familia admite o resiste la aproximación del terapeuta (Minuchin, 1979; Umbarger, 1983).

Con la finalidad de aumentar su capacidad de maniobra, el terapeuta puede adoptar una posición cercana, intermedia o distante, pero siempre asumiendo una posición de liderazgo (Minuchin, 1979).

El terapeuta, puede entonces hacer una evaluación de las transacciones de la familia considerando los siguientes puntos (Minuchin, 1986).

- 1) Estructura Familiar (pautas preferibles).
- 2) Flexibilidad sistema (capacidad de elaboración y reestructuración).
- 3) Resonancia del sistema familiar (sensibilidad acciones individuales de sus miembros).
- 4) Contexto de vida de la familia (fuentes de apoyo, estrés).
- 5) Estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento.
- 6) Utilización de síntomas en el mantenimiento de las pautas de la familia.

De acuerdo con Minuchin (1979) la estructura familiar se representa por medio de mapas, que son esquemas organizativos, que si bien no representan la riqueza de las transacciones de la familia, le permiten al terapeuta organizar el material que obtiene; formular hipótesis de aquellas áreas que funcionan correctamente y de las que no y determinar los objetivos terapéuticos.

Intervenciones

A) Técnicas de Reencuadramiento: Las familias poseen un cuadro dinámico que han formado en su historia y que encuadra su identidad como organismo social. Cuando acuden a terapia, traen consigo esa definición que han hecho de ellos, de sus problemas, de sus lados fuertes y de sus posibilidades. El terapeuta por su parte, define la realidad terapéutica y debe seleccionar datos que faciliten la resolución del problema; muchas veces la terapia parte del choque entre dos encuadres de realidad, el de la familia, que busca la continuidad y el del equipo terapéutico enfocado al cambio. Para lograr el encuadramiento, el terapeuta utiliza las técnicas mostradas en el cuadro (Minuchin y Fishman ,1994).

Cuadro 1 Técnicas de Reencuadramiento

Técnica	Especificaciones
<p>Escenificación El terapeuta pide a la familia que dance o interactúe en su presencia</p>	<p>1) En el primer movimiento el terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y detecta los campos disfuncionales. 2) En el segundo movimiento, el terapeuta es el que propone la coreografía a seguir, organizando las secuencias escénicas. 3) En el tercer movimiento, el terapeuta propone coreografías alternativas o modalidades diferentes de interacción, infundiendo esperanzas a la familia.</p>
<p>Focalización Consiste en seleccionar la información y darle un significado</p>	<p>1) Se identifican los límites, se pone de relieve los lados fuertes, los problemas. 2) Se organizan los hechos y selecciona un enfoque en el que trabajará, que a su vez le permitirá desechar campos que siendo interesantes, no le son en ese momento útiles para su meta terapéutica.</p>
<p>Intensidad Es la técnica por medio de la cual el terapeuta hace escuchar el mensaje a la familia, más allá de las fuerzas defensivas de esta</p>	<p>1) Repetición del Mensaje: El terapeuta repite su mensaje (tanto en el contenido como en la estructura) de manera reiterativa en el curso de la terapia. 2) Repetición de Interacciones isomórficas: Se repiten mensajes cuyo contenido es diferente, pero que están dirigidos a interacciones isomórficas de la estructura familiar. 3) Modificación del tiempo: El terapeuta cambiará el tiempo de las interacciones, involucrando nuevas posibilidades de interacción. 4) Cambio de la distancia: El terapeuta se acercará o alejará a los miembros de la familiar para enfatizar o relajar intensidad. 5) Resistencia a la presión de la familia: En ocasiones "no hacer" y resistirse a ser absorbido por la familia, puede producir intensidad en el proceso.</p>

B) Técnicas de Reestructuración: Implican un cambio en la estructura familiar predominante, los límites, la manera en que hace las cosas la familia, sus interacciones, forma de resolver problemas. Las principales técnicas de reestructuración son:

Fijación de Fronteras

Objetivo: Regular la permeabilidad que separa a los holones entre si

a. Distancia Psicológica: Se observa la distribución en la que los miembros toman asiento. Otro indicador, es la forma de comunicación en donde se identifica quien confirma o rechaza, es un indicador tentativo de: proximidad, alianzas, coaliciones. El terapeuta puede utilizar: 1) *Maniobras concretas*: Realizar movimientos en el espacio, ignorar a un miembro o prestar atención selectiva en un holón. 2) *Constructos cognitivos o metáforas*, en donde indica que es deseable la separación y 3) Reglas y juegos, que permitan ayudar a que cada miembro se exprese sin la ayuda de otros.

b. Duración de la interacción: Se extiende o acorta un proceso para demarcar subsistemas o separarlos. Se pueden Utilizar tareas en casa y permiten ampliar lo iniciado en la sesión, como delimitar espacio y tiempos, dejar a un holón o a un miembro tareas específicas.

Desequilibramiento

Objetivo: Cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema.

a. Alianza con miembros de la familia: Al unirse a un miembro o subsistema, lo confirma, pone de relieve su lado fuerte. Se puede utilizar para brindar apoyo a un miembro periférico o de posición inferior.

b. Alianza alternante: La meta es atribuir a cada subsistema pericias diferentes y complementarias, no de competencia por la jerarquía.

c. Ignorar a los miembros de la familia: Demanda la capacidad del terapeuta de hablar y obrar como si ciertos miembros de la familia fueran invisibles. Se utiliza cuando se desea desenfocar a un miembro que tiene una posición central poderosa

d. Coalición contra los miembros de la familia: El terapeuta participa como miembro de una coalición en contra de uno o más miembros de la familia. Es importante que el miembro que entra en coalición con el terapeuta pueda estar seguro fuera del contexto terapéutico.

Complementariedad

Objetivo: Ayudar a que los miembros vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual.

- a. Cuestionamiento del problema: Se cuestiona que existe un paciente individualizado con independencia del contexto. Se cambia la percepción de que todo lo que ocurre es individual.
- b. Cuestionamiento del control lineal: Se extiende el problema a más de una persona, todos mantienen el problema, apuntalando el concepto de reciprocidad.
- c. Cuestionamiento del modo de recortar sucesos: Se reta la epistemología familiar, introduciendo el concepto de expansión temporal.

C) Técnicas de cuestionamiento de la realidad

C1) Construcciones: La familia regularmente escoge un esquema explicativo preferencial, el cual puede ser cuestionado y modificado, a través de nuevas modalidades de interacción. El terapeuta debe empezar por aflojar la rigidez de este esquema preferencial, seleccionando la realidad, en base a una meta terapéutica. El objetivo de estas técnicas, es convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma; una visión de la realidad más flexible y pluralista, que admita diversidad en un universo simbólico más complejo; las principales técnicas de construcciones, se presentan en el cuadro 2 (Minuchin y Fishman 1994).

Cuadro 2 Técnicas de Construcciones

Técnica	Características
Símbolos Universales	<ul style="list-style-type: none">- El terapeuta se apoya en una Institución o en un acuerdo que rebasa al ámbito de la familia.- Utiliza algún orden moral como Dios, la sociedad, o tradiciones que prescriben determinada manera de obrar.
Verdades familiares	<ul style="list-style-type: none">- Utiliza la concepción del mundo de la familia para extender su modalidad de funcionamiento a una dirección diferente- Utiliza metáforas, transformándolas en un rótulo que señala la realidad familiar e indica la dirección del cambio
Consejo Especializado	<ul style="list-style-type: none">- El terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su conocimiento y experiencia.- Puede servir para incluir la perspectiva de un miembro de la familia o pasar a una diferente perspectiva familiar.

C2) Lados Fuertes

Cada familia posee elementos que si se los comprende y utiliza, se pueden convertir en instrumentos para actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros (Minuchin y Fishman ,1994).

Es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa en que en la familia existe una parte potencial de cambio que no alcanza a ver, pues está demasiado concentrada en el síntoma y en las dificultades que presentan y su cosmovisión se reduce a la preocupación por una patología. Pero si se cuestiona esta visión de las cosas y se enfocan las capacidades curativas contenidas en la familia, se puede dar una transformación de la realidad (Minuchin y Fishman ,1994; Ochoa de Alda, 1995).

Consideraciones finales

Una de las principales aportaciones del Modelo Estructural a la Terapia Familiar, además de la contribución teórica, fue su efectividad en poblaciones vulnerables, así como su utilidad a nivel institucional, comunitario y por ende social.

Este modelo puede ser útil en familias mexicanas de tipo ampliada o compuesta, pues es común que en un mismo terreno o casa convivan varias familias y muchas veces hay un sobre-involucramiento, no existen límites claros y esto puede favorecer que las problemáticas se amplíen.

Así mismo, se puede utilizar con familias multi-problemáticas, en donde existe caos, por lo que el papel que asuma el terapeuta es muy importante, ya que al co-participar se vuelve parte del sistema, pero con la ventaja de entrar y salir, de acuerdo a la maniobra que utilizará.

Una de las desventajas, sería que pareciera un modelo un tanto autoritario y si el terapeuta no ha establecido una buena relación y posición de liderazgo con los pacientes, estos pueden llegar a sentirse agredidos o molestos, pues las intervenciones son muy directas.

2.2.2. Modelo Estratégico

Antecedentes y Principales representantes

El modelo estratégico, tiene como principales representantes a **Jay Haley y Cloé Madanes**, quienes colaboraron en el Instituto de Terapia Familiar de Washington. Este modelo surge a partir de las influencias de la Teoría de la comunicación de Gregory Bateson y John Weakland; de la escuela estructural de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, pero principalmente del trabajo de *Milton Erickson* (Galicia, 2004; Ochoa de Alda, 1995).

Haley trabajó un tiempo con Bateson y Weakland, sobre problemas de comunicación, a la par que estos desarrollaban la Teoría del doble vínculo y comunicación paradójica. De estos estudios, Haley toma su camino y publica su libro *Estrategias en Psicoterapia*, en donde propone un enfoque más social e incluye como unidad de análisis terapéutico la díada y posteriormente la tríada (Galicia, 2004).

Con Minuchin, fue colaborador en la Philadelphia Child Guidance Clinic, de donde obtiene los fundamentos para su trabajo sobre trastornos de adolescentes, como delincuencia, drogadicción y su relación con las jerarquías familiares (Galicia, 2004; Ochoa de Alda, 1995).

Finalmente, la principal influencia de este modelo, se encuentra en Milton Erickson, de quien Haley recibió entrenamiento y supervisión. Este último, lo refiere como el maestro del enfoque estratégico en terapia, a través de su técnica hipnótica. El modelo de hipnosis de Erickson, se caracteriza porque el terapeuta establece una relación de influencia en el comportamiento del cliente, mediante las palabras, entonaciones y movimientos corporales, adaptándose a las características de cada cliente, utilizando su lenguaje, sus intereses, motivaciones y creencias (Galicia 2004; González C., 2004; Haley, 1983).

Para Erickson la *hipnosis* es un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas que facilita y promueve el contacto con los recursos naturales que cada individuo posee, para prevenir, enfrentar y resolver situaciones problemáticas de la vida cotidiana, lo que finalmente permite una nueva construcción de la realidad y un aprendizaje y crecimiento personal del paciente. Para la Terapia Ericksoniana, es fundamental la utilización de la resistencia del paciente, aceptándola y alentándola para producir cambios (González, 2004; Haley, 1983).

Premisas de la Terapia Estratégica

❖ La terapia estratégica, es un método pragmático, no está orientada al crecimiento personal, ni se preocupa por el pasado, lo importante es la comunicación en el presente (Madanes, 1982).

❖ No es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia, cuyo denominador, es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. De esta manera, la terapia es directiva y le es imposible al terapeuta evitarlo, ya que hasta en las cuestiones que elige comentar y en su tono de voz, hay directividad (Haley, 1983; Madanes, 1982).

❖ Debido a que la terapia se centra en el contexto social de los dilemas humanos, el terapeuta debe programar una intervención de acuerdo a la situación social que esté viviendo el cliente, por lo que configura una estrategia específica para cada uno, basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad, que permita la resolución del problema (Madanes, 1982; Ochoa de Alda, 1995,).

❖ En este modelo es muy importante identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones y examinar las respuestas que recibe ante la intervención, con el fin de modificar su enfoque en caso de que sea necesario y hacer una evaluación para conocer si la terapia ha sido eficaz (Haley, 1983).

❖ Este enfoque, hace hincapié en lo analógico, un síntoma es metafóricamente la expresión de un problema y también la “solución” que le intentan dar a este (Madanes, 1982).

Principales conceptos

- ☑ **Problema:** Es un tipo de conducta, que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas (Haley, 1988).
- ☑ **Síntomas:** Son la expresión de un problema y la solución insatisfactoria de este. Se consideran actos comunicativos analógicos, que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales y aunque los integrantes de una familia se dañen entre sí, su motivación básica es ayudarse (Madanes, 1982; Ochoa de Alda, 1995).
- ☑ **Secuencias:** Son hechos reiterados que ocurren en un sistema auto-regulante, en donde existe la participación de sus integrantes en el mantenimiento de la continuidad del ciclo (Haley, 1988).

- ☑ **Jerarquía:** La familia como una organización social, debe ser vista en términos jerárquicos, en donde se elaboran reglas sobre quiénes tienen más poder y estatus y quienes tienen niveles secundarios, de acuerdo a la generación a la que pertenecen y las funciones que cumplen dentro del sistema (Galicia, 2004).
- ☑ **Poder:** Cuando dos personas se reúnen, se forma una estructura de comunicación y en consecuencia, se plantea un problema de poder. Una lucha de poder entre los miembros de la familia, se da con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía y la organización del sistema. Los síntomas, pueden estar indicando también una incongruencia en las jerarquías (Haley y Richeport-Haley, 2006).
- ☑ **Coalición:** Es un proceso de acción conjunta contra un tercero; si esta es ocasional, no tiene importancia, pero si se reitera una y otra vez, se trastorna la organización y los integrantes experimentan una angustia subjetiva (Haley, 1988).
- ☑ **Conflictos bigeneracionales:** Implica un conflicto en el que están involucrados miembros de la familia pertenecientes a dos generaciones, un ejemplo podría ser el que se produce cuando un progenitor se coaliga con un hijo en contra del otro progenitor (Haley, 1988).
- ☑ **Conflictos trigeneracionales:** El conflicto se da en miembros de la familia pertenecientes a tres diferentes generaciones, como podría ser el caso de una abuela, una madre soltera y un niño problema (Haley, 1988).

Objetivos y metas terapéuticas

Uno de los principales objetivos dentro de la terapia, es definir claramente aquello que la familia quiere lograr con el tratamiento y establecer la meta terapéutica, una vez identificado la secuencia que esta manteniendo el problema impedir la repetición de esta, introduciendo más alternativas (Madanes, 1982; Ochoa de Alda, 1995).

Otro objetivo, sería modificar la jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar (Ochoa de Alda, 1995).

También es importante ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida familiar, a fin de pasar a la etapa

siguiente, pues a veces un síntoma, indica un problema relacionado con una etapa del ciclo vital, que no se ha superado (Haley y Richeport-Haley, 2006; Madanes 1982).

Debido a que en este enfoque se toma en cuenta el contexto social, es muy útil, evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a otros profesionales que tienen contacto con el paciente y la familia (Madhanes, 1982).

Plan de trabajo

De acuerdo al enfoque estratégico (Haley, 1988), es importante saber cómo formular un problema y como resolverlo, así como establecer un contrato terapéutico en torno a un problema resoluble. Para lograrlo, es de gran importancia la primera entrevista, la cual consta de diversas etapas, que se presentan en el Cuadro 3.

Cuadro 3 Etapas en la primera entrevista del modelo estratégico

ETAPA	OBJETIVOS	PUNTOS RELEVANTES
Social	<i>General:</i> Que los clientes se sientan cómodos y con la confianza para iniciar el proceso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> -Es importante observar el tono y la disposición de la familia. - A partir de esta etapa se empieza a conocer la organización y relaciones en la familia (entre esposos, entre padres/adultos e hijos, entre hermanos). -El terapeuta identificara como se conducen los miembros de la familia hacia él (si buscan una alianza o coalición con él).
	<i>Específicos:</i> <ul style="list-style-type: none"> -Presentación formal del terapeuta y la familia. -Que el terapeuta promueva la participación de todos los miembros de la familia. 	
Planteo del problema	<i>General:</i> Identificar de manera concreta, cual es el motivo por el que los clientes asisten a terapia o cuál es el problema específico que los aqueja.	<ul style="list-style-type: none"> -Se debe tomar en cuenta el nivel cultural y poder entrar al mundo de la familia, para provocar cambios actuando dentro de él -Al preguntar el problema de la familia, el terapeuta deberá tomar en cuenta las jerarquías y evitar sus prejuicios personales. -El terapeuta no debe: brindar su consejo aunque se lo pidan; hacer interpretaciones; tratar de que el paciente vea el problema desde una perspectiva diferente. -El terapeuta debe enfocarse a hechos y comentarios, más que a sentimientos.
	<i>Específicos:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Indagar además del problema, los cambios que desean lograr los clientes en terapia y sus expectativas de esta. - Conocer la opinión de cada miembro sobre el problema. 	

Interacción	<p><i>General:</i> Activar intercambios comunicativos y de interacción entre los miembros de la familia.</p>	<p>-El terapeuta deja de ser el centro de la conversación o interlocutor entre los miembros, para pasar a ser observador de las interacciones de todos los miembros. -Procurará traer la acción-problema a la terapia.</p>
	<p><i>Específicos:</i> Conocer claramente la estructura familiar y las reglas transaccionales de esta, de una manera directa y no contada.</p>	
Definición de los cambios deseados	<p><i>General:</i> Establecer el contrato con las metas terapéuticas.</p>	<p>- El problema debe presentarse de tal manera que puede hacerse algo al respecto. - Entre más claro sea el contrato, más organizada será la terapia y se podrá verificar el éxito de esta, -Sin embargo cuando el paciente está demasiado enfrascado en el problema, una opción puede ser quitarle claridad, para manejarse con más alternativas. -En caso necesario se pueden fijar nuevas metas, conforme se plantean nuevos problemas.</p>
	<p><i>Específicos:</i> - Formulación clara de los cambios que desean alcanzar.</p>	

Intervenciones

De acuerdo a Haley (1988), las intervenciones, se pueden dar a través de directivas o tareas impartidas a los clientes, las cuales son esenciales en la terapia estratégica y tienen como objetivos:

- ✓ Provocar *cambios*, que la gente se comporte y tenga experiencias subjetivas diferentes.
- ✓ Intensificar la relación entre cliente-terapeuta, entrando este último a participar en la acción, manteniéndose ligado y adquiriendo importancia.
- ✓ Obtener información sobre la familia y cómo responderá a los cambios deseados.

Las directivas, se pueden dar de manera directa o indirecta (utilizando lenguaje analógico). El que el terapeuta haga o deje de hacer algo, implica inevitablemente una directiva y este asumirá en unos casos más abiertamente su responsabilidad o bien dejará que la familia la asuma, pero en cualquiera de los dos casos, es importante haber establecido una relación de confianza con el cliente y motivarlo para que las acate (Haley,1988; Haley y Richeport-Haley, 2006).

De esta manera, el uso de una directiva u otra, depende de la respuesta que da la familia y la problemática y las principales diferencias entre estas, se muestran en el cuadro 4 .

Cuadro 4 Diferencias entre las Intervenciones Directas y las Paradójicas

Intervenciones directas	Intervenciones Paradójicas
<ul style="list-style-type: none"> • Se basan en el acatamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se basan en el desafío.
<ul style="list-style-type: none"> • Son precisas y se espera que surtan el efecto deseado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son metafóricas y se espera que surtan el efecto contrario.
<ul style="list-style-type: none"> • Útil en familias que se espera llevara a cabo lo que se le sugiere. 	<ul style="list-style-type: none"> • Útil en familias que se resisten a ser ayudadas
<ul style="list-style-type: none"> • Ejemplos: Consejos, entrenamiento, redistribución de tareas, fijación de normas, regulación de la privacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejemplos: Mencionar reiteradamente las consecuencias de resolver el problema presentado, prohibir que las personas cambien, quejarse sobre un síntoma cuando este no se produce.

Tipos de Directivas

Una vez establecida la diferencia entre las intervenciones, en el Cuadro 5 se presentan los tipos de directivas que propone Haley (1988).

Cuadro 5 Tipos de Directivas

Tipo de directiva	Características	Proceso para impartirla
<p>Tareas Directas</p> <p>Implica decirle a los clientes qué deben hacer, con el propósito de que lo cumplan</p>	<p>Las principales técnicas utilizadas, son:</p> <p>-<i>Ordenarle a alguien que deje de hacer algo</i>: El terapeuta les dice a uno o varios de los integrantes de la familia que dejen de hacer lo que están haciendo. Para que surta efecto, es importante repetir e intensificar la tarea.</p> <p>-<i>Pedir que hagan algo diferente</i>: Es decir que prueben nuevos hábitos y este cambio de conducta, puede hacerse mediante consejos o dando directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro de la familia. En estas directivas, el objetivo es cambiar las formas en que los miembros se tratan entre sí, introduciendo la acción.</p>	<p>a. Motivación de la familia.</p> <p>b. Precisión en la tarea (instrucciones claras).</p> <p>c. Participación total de los miembros de la familia (puede haber excepciones a propósito).</p> <p>d. Revisión de la tarea (en caso de que esta sea compleja).</p> <p>e. Informe sobre la tarea (verificar si se cumplió).</p>
<p>Tareas metafóricas</p> <p>Se utilizan cuando la gente está más dispuesta a cumplir una directiva si no tiene conciencia de haberla recibido.</p>	<p>- Estas tareas, implican establecer una relación de <i>analogía</i> entre una cosa y otra.</p> <p>- Para que tenga un mayor efecto, es importante que la metáfora tenga procesos parecidos a la actividad problemática y que el paciente tenga la confianza de hablar abiertamente de esta.</p> <p>- El terapeuta puede utilizar el lenguaje para expresar la metáfora o a través de las acciones.</p>	<p>a. El terapeuta elige como meta cambiar alguna actividad familiar.</p> <p>b. Escoge una actividad parecida a la que quiere modificar y en la que busca influir en sus opiniones.</p> <p>c. Les asigna una tarea dentro de esa actividad, pero que permita alcanzar los resultados deseados tanto en ella como en la que se quiere cambiar.</p>
<p>Tareas paradójicas</p> <p>El propósito de estas, es que no se cumplan y el cambio se dé por vía de la rebelión</p>	<p>- Contienen un <i>doble mensaje</i> a la familia, en donde se les comunica simultáneamente que sería bueno cambiar y por el otro que no sería tan bueno.</p> <p>- Se puede utilizar un enfoque que englobe a toda la familia o bien a miembros específicos.</p>	<p>a. Definir la relación con el paciente, tendiente a provocar cambio.</p> <p>b. Definir claramente el problema.</p> <p>c. Fijar los objetivos con claridad.</p> <p>d. Ofrecer un plan.</p>

	<p>- Dentro de la técnicas utilizadas, está:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La restricción del mejoramiento, cuestionando al cliente si realmente está preparado para superar el problema y cuáles serían las consecuencias de la mejoría. 2) Animar al cliente a que presente el síntoma. 3) Plantear posibles recaídas. 4) Hablar sobre los peligros de los cambios rápidos. 	<ol style="list-style-type: none"> e. Descalificar diplomáticamente a quien es la "autoridad en la materia". f. Impartir la directiva paradójica. g. Observar la reacción y se seguir alentando la conducta habitual. h. Evitar que se acredite la mejoría como un logro del terapeuta.
--	---	---

Consideraciones Finales

La terapia estratégica, tiene como ventaja el ser flexible y abierta, al ocupar aquellos recursos que estén al alcance del terapeuta y los clientes y que permiten resolver la problemática presentada. Otra ventaja, es que las estrategias que diseña el terapeuta, están en función de las características particulares de cada cliente o familia y al tomar en cuenta el contexto social, puede generar una intervención más completa.

Esta terapia, implica un compromiso directo del terapeuta, al asumir abiertamente su parte de responsabilidad en relación a los cambios que se espera ocurran como resultado de la estrategia empedada, por lo que este debe ser muy cuidadoso, tener clara la problemática y su resolución y tener presente siempre su postura ética en relación al manejo de poder que ejerce.

La terapia estratégica retoma algunas técnicas de la terapia estructural y MRI, así como de la terapia Ericksoniana y cuenta con una estructura bien definida en entrevista, sin embargo al ser tan pragmática u flexible, puede abarcar muchas otras terapias o resultar un tanto ecléctica.

2.2.3. Modelo de Terapia Breve orientada al problema

Antecedentes y Principales representantes

Esta terapia surge con la formación del Mental Research Institute, fundado en 1958 por el psiquiatra de Palo Alto Don Jackson, junto con Jules Riskin y Virginia Satir. Para 1967, se creó el Centro de Terapia Breve como parte del MRI, bajo la dirección del psiquiatra Richard Fish y en colaboración con Weakland, Watzlawick y Segal (Ochoa de Alda,1995).

En sus inicios una de las influencias y aportaciones más importantes del Mental Research Institute, fue Gregory Bateson, quien fue invitado como profesor e investigador y junto con el equipo que lideró, realizó aportes significativos a la terapia familiar. Otro de las grandes influencias de esta terapia, fueron los modelos de hipnosis de Milton Erickson, sobre todo por el uso de las paradojas, que se convirtieron en una piedra angular de la terapia familiar MRI de Palo Alto (Espinosa, 2004).

Premisas de la Terapia Breve centrada en problemas

Las premisas fundamentales de esta terapia se presentan a continuación (Szprachman de Hubscher, 2003; Ochoa de Alda,1995)

- Al ser una terapia breve, el promedio del total de sesiones es de diez, independientemente de la severidad del problema. No es necesario explorar más profundo, ni enfocarse en su etología o historia.
- Existen dificultades en la vida cotidiana y en las transiciones en el ciclo de vida que se convierten en problemas a partir de las soluciones fallidas intentadas y en la repetición de estas; por lo que estos intentos de solución, son responsables de que los problemas persistan.
- Los problemas son mantenidos por las conductas presentes del paciente y de las personas con las que interactúa; los problemas se pueden volver crónicos como resultado de un largo período de aplicación de esas soluciones.
- La tarea de la terapia breve, consiste en ayudar a los clientes a hacer algo diferente, aunque la solución parezca ilógica. Además, se pretende construir una nueva visión de la realidad, una redefinición del problema y llegar a una solución, cambiando los modos de interacción.
- El cambio se efectúa más fácilmente si la meta del cambio es razonablemente pequeña y está claramente establecida. A partir de pequeños cambios, se pueden generar otros más grandes.

Principales Conceptos

- ☑ **Familia:** Un sistema evolutivo que pasa por crisis o dificultades cuyo mal manejo dará origen a problemas o síntomas particulares (Espinosa, 2004).
- ☑ **Dificultades:** Estado de cosas indeseables que puede resolverse mediante algún acto de sentido común y para lo cual no se necesita una capacidad especial para resolver problemas.
- ☑ **Problemas:** Crisis o situaciones que parecen insolubles, que son creadas y mantenidas al enfocar mal las dificultades.
- ☑ **Cambio de tipo 1:** Se refiere a un cambio dentro de la misma clase de solución intentada, que no altera en absoluto la conducta sintomática, sino que contribuye a mantenerla (Ochoa de Alda,1995).
- ☑ **Cambio de tipo 2:** Es un cambio discontinuo, que implica una clase completamente diferente de la solución intentada e implica nuevas reglas de organización del sistema (Ochoa de Alda,1995).
- ☑ **Reestructuración:** Técnica que Implica cambiar el fondo o la visión conceptual y/o emocional de una situación a otro marco que se adapte diferente y permita modificar su significado. La reestructuración está ligada al proceso ontológico de creación de una nueva realidad de segundo orden, mientras que la de primer orden permanece sin cambios.
- ☑ **Realidad de primer orden:** Se refiere a la percepción de las propiedades físicas de los objetos. Las disfunciones o dificultades se presentan a manera de ilusiones o alucinaciones.
- ☑ **Realidad de segundo orden:** Implica el significado o valor que se atribuye a los objetos. Engloba la mayoría de los problemas humanos y trabajar en ella implica cambios de ciertos marcos de referencia que la persona está atribuyendo a aspectos de su realidad y que están generándole sufrimiento o dolor.
- ☑ **Paradojas:** Es una forma de lograr la reestructuración e implica que el problema se define como algo bueno, que tiene ventajas o beneficios y se le indica al paciente que no es preciso cambiarlo y en su lugar se prescribe la continuidad y aparición de este. Aceptándola o rechazándola, es paciente adquiere el control de su conducta.

Objetivos y metas terapéuticas

Dentro de los objetivos, se encuentra solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presentan las familias, construyendo una realidad en donde estos sean solucionables.

Para Fisch, Weakland y Segal (1988) el objetivo primordial del terapeuta en la entrevista inicial, es obtener la información adecuada que permita una definición de metas concretas, tomando en cuenta los siguientes puntos:

Szprachman de Hubscher (2003) refiere que una de las partes fundamentales de esta terapia, es la definición de metas concretas, a través de los siguientes parámetros:

- a) Conocer específicamente que es lo que los pacientes desean cambiar, explicitado en términos positivos.
- b) Identificar como sabría la persona que obtiene un cambio, a través de elementos observables, conductuales y sensoriales que validen su experiencia.
- c) Cuando desearía ser capaz de efectuar esta conducta y cuando no.
- d) Qué pasaría con las personas cercanas si esta logra un cambio
- e) Cuáles son los recursos y bloqueos que obstaculizan el cambio.
- f) El cambio lo debe iniciar y mantener la persona, responsabilizándose de este.

Plan de trabajo

La planificación del caso es de suma importancia para el establecimiento de objetivos y la estrategia del tratamiento, con el fin de resolver los problemas de los clientes con mayor rapidez y éxito. Dentro de la planificación, los objetivos del cliente, deben ser jerarquizados en función a la problemática más importante, pues el cliente puede llegar con varias.

Fisch, Weakland y Segal (1988) reportan los puntos que se deben tomar en cuenta en para realizar la planificación:

- 1) Establecer el problema del cliente: ¿Que ha llevado al paciente a consulta?, sin conceder importancia a la historia de este, pues al terapeuta le interesa conocer la situación actual del problema. Si el problema lleva mucho tiempo, se averigua porque justo en este momento busca ayuda y no antes o después.

2) Establecer la solución intentada por el cliente: Conocer ¿Cómo ha afrontado el cliente el problema? ¿Qué es lo que han hecho para solucionar o afrontar el problema todas aquellas personas íntimamente relacionadas con él?

3) La mayoría de los esfuerzos realizados para solucionar el problema, se agrupan en una categoría y cuando se ha identificado el impulso básico de los esfuerzos del paciente, el terapeuta puede pasar a la fase siguiente.

4) Decidir qué se debe evitar: Debe quedar bien claro ¿de qué hay que apartarse? (campo minado). Si sabe lo que hay que evitar, el terapeuta por lo menos, no colaborará en el mantenimiento del problema del cliente.

5) Formular un enfoque estratégico: Las estrategias efectivas, son aquellas que se oponen al impulso básico del paciente, apartándose 180° de dicha dirección y no son neutrales, pues esto solo permitiría la continuidad del impulso básico del cliente.

6) Formular tácticas concretas: El cliente no solo debe dejar de hacer algo (solución fallida), sino hacer otra cosa o acción a cambio. Esta acción, se puede incorporar a la vida cotidiana del paciente, de manera que parezca un cambio secundario o pequeño y de más fácil aceptación.

La información que se obtenga en todos los puntos, debe ser clara, explícita y manifiesta en términos de conducta; en caso de que al paciente le cueste trabajo expresarse de esta manera, el terapeuta deberá ayudarlo a hacerlo a través de sus preguntas, solicitando ejemplos específicos, con representaciones, o con alguna estrategia paradójica o de algún otro tipo dependiendo el caso y no interpretarlo como síntoma de resistencia o de conducta patológica (Fisch, Weakland y Segal, 1988)

Las Intervenciones

En esta terapia, se han planificado algunas intervenciones, que se pueden aplicar de acuerdo con las problemáticas presentadas. Se han clasificado en: *principales*, basadas en las soluciones intentadas de los pacientes, en *generales*, que son de tipo estratégico y pueden emplearse cuando las *específicas* no han logrado el resultado esperado o cuando conviene complementarlas. Dentro de las específicas, entran la redefinición, las tareas directas, paradójicas y las metáforas. Cabe mencionar que para que las intervenciones surtan un mejor efecto el terapeuta tiene que conocer la actitud y lenguaje del cliente (Fisch, Weakland y Segal, 1988; Ochoa de Alda, 1995).

A continuación se presentan en el Cuadro 6 y 7 las intervenciones más representativas de la Terapia Breve Centrada en el Problema (Fisch, Weakland y Segal, 1988)

Cuadro 6 Principales Intervenciones de la Terapia Breve

Intervención	Problemáticas que aborda	Intento de solución del paciente	Intervención terapéutica
<i>El intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo:</i> El paciente padece una dolencia relativa a él mismo, sobre todo cuestiones somáticas y conductuales.	<ul style="list-style-type: none"> * Problemas de rendimiento sexual, digestivo * Tics * Tartamudeo * Espasmos * Insomnio * Obsesiones y compulsiones 	Toma voluntariamente medidas para corregir estas fluctuaciones y evitar su reaparición, imponiéndose un rendimiento que debería suceder de manera espontánea.	<ul style="list-style-type: none"> * Que el paciente provoque deliberadamente el síntoma para que pueda observarlo sin la angustia de luchar contra él y además obtiene información detallada de lo que le ocurre. * Se le puede pedir que fracase deliberadamente.
<i>El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo:</i> Implica dolencias auto-referenciales donde juega un papel importante el sistema cognitivo.	<ul style="list-style-type: none"> * Estados de ansiedad * Fobias * Bloqueos * Timidez 	Su impulso es dominar con antelación una tarea para no fracasar, lo que le lleva a no enfrentarse nunca a ella.	<ul style="list-style-type: none"> * Enfrentar al paciente al fracaso temido más que a la tarea en sí, la cual se le presenta como secundaria * Solicitar una ausencia de dominio o un dominio incompleto
<i>El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición:</i> Implica un conflicto a nivel interpersonal relacionado a la colaboración mutua.	<ul style="list-style-type: none"> * Riñas conyugales * Problemas entre padres e hijos * Disputas entre compañeros 	<p>Las soluciones caen dentro de la simetría, en donde los dos luchan por el poder.</p> <p>Uno sermonea al otro sobre el deber someterse a sus exigencias y que se les trate con respeto y como superiores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Que la persona que solicita ayuda, se coloque en una postura complementaria, declarándose de alguna manera incompetente para resolverlo. * En los problemas maritales, cambiar las reclamaciones por peticiones. * En el caso de dificultades de padres e hijos, se les pide a los primeros que sean impredecibles.

Intervención	Problemáticas que aborda	Intento de solución del paciente	Intervención terapéutica
<p><i>El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación:</i> Refleja el intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación (paradoja)</p>	<p>* Dificultad para pedirle a otra persona algo que le disguste o que exija demasiado esfuerzo o sacrificio. Ejemplo: Quiero que tú lo quieras</p>	<p>A la petición indirecta, se contesta con un rechazo indirecto y cada persona trata de convencer a la otra de que expresarse de modo indirecto resulta inútil.</p>	<p>*Lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario. * Invertir los significados de la conducta percibida como benévolo o destructiva y viceversa (re-significado).</p>
<p><i>La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa:</i> Hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado.</p>	<p>* Infidelidad * Alcoholismo * Delincuencia</p>	<p>Cuando una parte acusa, la otra intenta defenderse, lo que provoca más sospechas en la primera y así continúan en una secuencia acusador-defensor.</p>	<p>* Interrumpir la secuencia mediante la interferencia o confusión de señales, que implica fingir de manera deliberada el síntoma de manera que la otra persona tenga que identificar si esta ocurrió genuinamente o no.</p>

Cuadro 7 Intervenciones Generales

Tipo de Intervención	Cuando utilizarse	Técnica
1) No apresurarse	Es útil en tres casos: 1) Cuando la solución intentada por el paciente es esforzarse mucho. 2) Con pacientes pasivos que demandan soluciones urgentes y efectivas al terapeuta. 3) Cuando hay cambios o mejorías.	* Se le indica al paciente que no se apresure en la solución del problema, que no haga nada concreto y solamente se le dan instrucciones generales y vagas "Sería muy importante que esta semana no hiciera nada que provoque avances". * Se le menciona que los cambios lentos son más sólidos que los súbitos.
2) Los peligros de una mejoría	Cuando el paciente no ha realizado las tareas que se le han solicitado.	* Se le pregunta al paciente si se encuentra en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. * El terapeuta puede exponer posibles inconvenientes para la persona o alguien cercano a él si se da la mejoría.
3) Un cambio de dirección	Cuando las intervenciones no han producido el cambio deseado, el terapeuta varía de postura, directriz o estrategia.	Le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación (puede decirle que consulto con su supervisor, adoptando una posición inferior).
4) Como empeorar el problema	Cuando el cliente se ha resistido a anteriores sugerencias.	Se abandona la actitud de esto podría ser útil y se le comenta que tanto él como el equipo no lo han podido ayudar, pero si saben como podría empeorar.

Consideraciones Finales

La principal aportación de esta terapia, fue haber sido el punto de partida para el desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica y sentar las bases teóricas más importantes. Una ventaja es la brevedad y sistematización del tratamiento, así como su aplicación a problemas específicos, lo que permite un resultado efectivo bajo ciertas circunstancias y contextos.

2.2.4. Modelo de Terapia Breve orientada a la solución

Antecedentes y Principales representantes

Los principales representantes de este modelo, son Steve de Shazer y William O'Hanlon, quienes coincidieron en el interés por explorar y destacar las soluciones, aptitudes, capacidades y excepciones. Son tres los antecedentes principales de este modelo: 1) *Milton Erickson*, 2) *La clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute* y 3) *El Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC)* de Milwaukee, Wisconsin, en donde surge este nuevo enfoque a principios de la década de los 80. El grupo estaba encabezado por de Shazer y tenía como principales colaboradores a Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Monar e Insoo Kim Berg y posteriormente a Wally Gingerich, John Walter y Michele Weiner-Davis (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993; Espinosa, 2004).

Mientras que en el MRI apuntaban a interrumpir las pautas interaccionales que los terapeutas identificaban como intentos imperfectos de solución, el enfoque del Brief Therapy Center, recurría más a la colaboración y se basaba en el supuesto de que la familia tenía la solución (Lipchik, 2004).

De esta manera surge el modelo, y hasta la fecha continúan surgiendo nuevos desarrollos, como el realizado por Eve Lipchick, quien además de las técnicas propias del modelo, toma en cuenta las emociones y la relación terapéutica (Lipchik, 2004).

Premisas y postulados del Modelo de Soluciones

O'Hanlon y Weiner-Davis (1993) refieren los principales postulados de este modelo:

- Retoman de Milton Erickson que *los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas*, todas las personas disponen de habilidades y recursos que pueden usarse y es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas.
- De esta manera, el modelo se centra en *explorar y destacar los recursos, posibilidades, aptitudes, soluciones y excepciones*, más que en la patología o los problemas de las personas; es decir, introducen en el proceso terapéutico el principio de incertidumbre en la definición del problema, para lo cual se apoyan en preguntas que generen información acerca de los lados fuertes y capacidades. Incluso en la zona definida como problema, en ciertos momentos de menos presión,

este se puede abordar con más eficacia, aunque este manejo se olvide o descarte por la sensación de ser incapaz de resolver el problema (Cade y O'Hanlon, 1995; Espinosa, 2004).

- Consideran que *el universo es cambiante*, así como las situaciones de las personas y cuando informan que nada ha cambiado, es su forma de ver la situación lo que ha quedado igual. Además, el cambio es constante e inevitable y el cometido del terapeuta es *identificar y ampliar el cambio*, a través de las preguntas que realiza y los temas en que decide centrarse y los que elige ignorar.
- Habitualmente, *no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla*, pues no es útil reunir una amplia información histórica acerca del problema presentado y tampoco es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla, pues para empezar, no se cree que cumplan una función.
- Solo es necesario un *cambio pequeño*, un cambio en una parte del sistema, puede producir cambio en otra parte del sistema, como un efecto de onda expansiva. Poco después de que se ha movido una pequeña pieza, todo el móvil está girando, rotando y dando vueltas y se considera que una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios.
- *No existe una forma "correcta o válida" de vivir la vida* y lo que para una persona es una conducta "inaceptable", para otra resulta deseable, por lo tanto, son los clientes y no los terapeutas, los que identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento. Dentro de esta aceptación en las diferentes formas de pensar, es importante en terapia (pareja o familiar), admitir que la percepción de cada persona representa una parte integral, igualmente válida de la situación y que va más allá de puntos de vista correctos o incorrectos, y por tanto consideran que existen puntos de vista más o menos útiles.
- *Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse* y no en lo que es imposible e intratable, por lo que el terapeuta, no se fija en las características o aspectos del cliente o de su situación que no sean susceptibles de cambio.
- *El cambio o la resolución de problemas, pueden ser rápidos*, pues desde la primera sesión, los clientes obtendrán una visión nueva, más productiva y optimista de su situación. La duración del tratamiento varía, pero generalmente es inferior a diez sesiones.

- Retoman de Erickson la importancia de *tomar en cuenta el lenguaje del cliente*, utilizando las palabras o frases predominantes del cliente, así como las *modalidades sensoriales* que utilizan, con la finalidad de propiciar un *acercamiento empático y cooperativo* y que el cliente se sienta comprendido. Pero además, utilizan el lenguaje como herramienta para solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad o cuestionar certezas inútiles (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993; Ochoa de Alda, 1995).
- Finalmente, este modelo recae sobre la Cibernética de Segundo Orden, el cliente, es visto como el experto en su vida y no el terapeuta y se toma en cuenta las ideas de Michael White, siendo una extensión ideológica del modelo constructivista, donde se fundamenta que las personas y las familias, forman su propia realidad y no la del terapeuta, de manera que si todas las realidades son construcciones personales, ¿por qué no ayudar a las personas a construir una nueva realidad?, donde se vea que sus problemas no son tan malos y tienen una solución (Espinosa, 2004; Sánchez y Gutierrez, 2000).
- Lipchik (2004), en la evolución que hace del Modelo de Soluciones, complementa algunos puntos, como el hecho de que los terapeutas no pueden cambiar a los clientes, sólo ellos pueden cambiarse a sí mismos; cada cliente es único; las emociones son parte de todo el problema y toda la solución y el que la terapia avanza a paso lento, entre otros.

Principales Conceptos

- ☑ **Excepciones:** Para este enfoque, es esencial la certidumbre de que en la vida de una persona, hay siempre excepciones a las conductas, ideas, sentimientos e interacciones que están o pueden estar asociados con el problema. De esta manera, se invita al cliente a reconocer lo que ya ha estado haciendo y puede definirse como exitoso o por lo menos como encaminado a un abordaje más eficaz del problema (Cade y O'Hanlon, 1995).
- ☑ **Elogios:** Implica localizar y destacar tendencias positivas, así como soluciones que está llevando a cabo el cliente y se le felicita por ello (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).
- ☑ **Soluciones:** Cambios en la conducta y percepción que permiten superar las dificultades (Watzlawick y Nardone, 2000).

Objetivos y metas terapéuticas

El objetivo terapéutico consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo, es decir ampliar las soluciones eficaces y resaltar aquello que es satisfactorio en la vida de los individuos y las familias. Por su parte, se definen de forma muy concreta las metas que las personas desean conseguir con el tratamiento y como van a notar que se han alcanzado (Ochoa de Alda, 1995).

Plan de trabajo

Después de lograr una descripción del problema, el terapeuta busca soluciones eficaces (excepciones) para orientar la conversación hacia aquello que funciona y que permite superar la conducta problemática. No se busca establecer una línea base del problema, ya que el interés no es evaluar el síntoma, sino iniciar cuanto antes la solución (Ochoa de Alda, 1995).

Se puede utilizar un árbol de decisiones, que ayuda a los terapeutas a identificar los patrones de cooperación de los clientes con las tareas, a partir de lo cual, se determina una respuesta paralela de parte del terapeuta. Por ejemplo si se da una tarea directa y el cliente responde siguiendo las instrucciones, estará indicada otra tarea directa en sesiones posteriores. Si responde a una tarea directa modificándola, se ofrecerán tareas fácilmente modificables o ambiguas; si hacen lo contrario de lo que sugiere el terapeuta, existe la posibilidad de responder en un sentido terapéutico oponiéndose a lo que se sugiere (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Es muy importante la primera entrevista, en donde se deben considerar los siguientes puntos (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993; Ochoa de Alda, 1995)

1. Establecimiento de la unión, que implica del terapeuta mostrar un interés genuino por los clientes y ayudarles a que se sientan cómodos.
2. Breve descripción del problema.
3. Encontrar estrategias eficaces de solución de problemas, es decir lo que funciona satisfactoriamente en la vida del cliente y donde no aparece el síntoma. Se buscan las excepciones del problema, las cuales ofrecen información de lo que se necesita el cliente para resolver el problema. Se pueden aplicar una serie de preguntas presuposicionales para recabar esta información , algunos ejemplos son:

¿Qué es diferente en las ocasiones en que ... (excepción)?
¿Cómo conseguiste que sucediera?

¿ De qué manera el que(ocurre la excepción) hace que las cosas vayan de otra manera?
¿Quién más advirtió que ...? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o dijo?.

- Cuando se le dificulta al cliente encontrar excepciones, se trata de encontrar lo mejor dentro de lo malo, es decir cuando es menos frecuente, intenso o dura menos.

4. Normalizar y despatologizar, ya que cuando los terapeutas normalizan las dificultades de los clientes, estos parecen aliviados.
5. Definición de objetivos, es importante que el terapeuta se asegure que son alcanzables y concretos, para saber cuándo se han alcanzado.
6. Se identifica detalladamente la diferencia entre lo que ocurre cuando el problema no está presente (*regla de excepción*) y cuando sí lo está (*regla del problema*). Si no se encuentran soluciones que resuelvan con éxito la situación problemática, se buscan *excepciones potenciales* pidiendo al sujeto que imagine un futuro sin el problema y describa como es (se puede utilizar la *Pregunta del Milagro*)
7. En caso de que el cliente no describa soluciones eficaces, ni conteste a las preguntas orientadas a un futuro sin el problema, se adopta el enfoque del MRI y una actitud pesimista, si la optimista no da resultado y posteriormente se retomará la orientación centrada en soluciones.
8. Cuando se han localizado soluciones apropiadas y se ha conseguido que el sujeto adopte una expectativa de lugar de control interno, se trabaja sobre la *consolidación de los cambios*, el terapeuta pregunta al cliente ¿Cuánto tiempo debe mantenerse sin el problema para considerar que lo ha superado?.
9. La intervención en esta primera entrevista se inicia con una connotación positiva o elogio que detalla las estrategias que el cliente tiene para controlar la desaparición o evitación del problema y para hacer cosas satisfactorias en otros aspectos de su vida.

Sesiones Posteriores

A partir de la segunda sesión, se inicia comprobando los resultados de la tarea se utiliza una pregunta presuposicional: ¿qué ha sucedido?, ¿qué te gustaría que continuara sucediendo? ¿qué cosas positivas has estado haciendo esta semana? ¿observaste alguna cosa buena que sucediera esta semana?, entre otras (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Otro modo de concentrarse en el futuro, consiste en hacer un planteamiento del tipo «cuando vuelva la semana próxima y me diga que ha mejorado significativamente, ¿de qué me hablará? ¿qué diferencias habrá» Al explorar las diferencias que se producirían, es importante que el terapeuta tenga cuidado de emplear un lenguaje que presuponga la inevitabilidad del cambio, por ejemplo utilizar cuando en lugar de si, o que será diferente en vez de que sería (Cade y O'Hanlon, 1995).

Finalización del tratamiento

La terapia finaliza cuando se han cumplido las metas establecidas al principio del tratamiento o cuando el cliente decide dejar de acudir a las entrevistas, en ambas situaciones, se le indica que resuma las estrategias utilizadas con éxito para superar el problema y como puede seguir aplicándolas en el futuro (Ochoa de Alda, 1995).

Intervenciones

Como se menciona anteriormente, de acuerdo a la respuesta de la familia a la primera tarea que se les deja, se utilizarán tareas directas, paradójicas, metáforas, ordalías y rituales. Las técnicas que son permanentes a lo largo de la terapia son las redefiniciones y las connotaciones positivas o elogios (Ochoa de Alda, 1995)

- **Las Redefiniciones**, que se pueden utilizar cuando existen dificultades para identificar soluciones eficaces; se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándole un nuevo significado, adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma.
- **Connotaciones positivas o elogios**: Permiten reforzar todos los pequeños cambios en el paciente, además de que evocan los recursos, soluciones y capacidades que pueden aplicarse a la situación percibida como problemática, recordando que en el mismo problema está la solución y cambiando la percepción del problema (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Dentro del modelo, existen también algunas **Intervenciones Generales**:

Las que requieren una evaluación del síntoma y se orientan a soluciones eficaces no relacionadas directamente con la conducta sintomática y son:

1) Intervenciones sobre la secuencia sintomática: Implica que se haya realizado algún tipo de evaluación del síntoma y de las conductas que lo acompañan, con la finalidad de cambiar la “forma reactivar” en la situación percibida como problemática. Con esta técnica, el terapeuta puede:

- ✓ Modificar la frecuencia, momento de aparición, personas involucradas y lugar donde se produce el síntoma.
- ✓ Añadir un elemento nuevo.
- ✓ Cambiar el orden de la secuencia sintomática.
- ✓ Descomponer la secuencia sintomática en elementos más pequeños.
- ✓ Unir la aparición del problema a alguna actividad gravosa.

2) Intervenciones sobre el patrón del contexto: Requiere un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio; el terapeuta pide descripciones de conductas e interacciones relacionadas con el síntoma y altera las que parecen acompañarlo habitualmente; implica también un cambio en los marcos de referencia.

Por tanto, no requieren una evaluación detallada del síntoma y se prescriben con independencia del contenido concreto del problema que presentan los clientes, con la idea de iniciar el desarrollo de soluciones a través de diferentes tareas:

3) Tareas de Fórmula o Llaves maestras: Reciben este nombre, ya que utilizan la analogía de la llave maestra, con la que pueden abrirse muchas puertas, sin necesidad de encontrar un instrumento específico que se adecue a la forma exacta de cada cerradura. Las principales tareas de fórmula son:

a) Tarea de de la primera sesión: Fue diseñada para centrar la atención del cliente en el futuro y para crear expectativas de cambio, le ayuda a fijarse en las cosas buenas y positivas de su situación. Se le pide al cliente al finalizar la primera sesión: «Entre esta entrevista y la próxima, quiero que observe y anote todo aquello que ocurre en su vida (familia, matrimonio o relación) que usted quiere seguir manteniendo». Esta intervención permite obtener la aceptación de la familia, aumentar la claridad de las metas e iniciar la mejoría del problema presentado.

b) Tarea de la sorpresa para parejas o familia: Introduce un poco de azar en las pautas que caracterizan a las relaciones, las cosas se vuelven más impredecibles, además de que tiene cierto carácter lúdico; si los clientes demuestran en la sesión tener sentido del humor, es más probable su éxito. La idea es que las sorpresas intentadas, se conviertan en soluciones nuevas y eficaces.

c) Tarea genérica: Reemplaza el lenguaje del cliente, para diseñar una intervención que cree la expectativa de cambio, por ejemplo si un cliente quiere “mayor paz espiritual”, se sugiere que se fije en lo que hace en la siguiente semana, que le dará mayor paz espiritual, lo que permite definir con mayor claridad sus objetivos.

Además de las anteriores, Molnar y de Shazer (Cade y O’Hanlon, 1995), hacen referencia a una lista de intervenciones de fórmula, en donde se le pide al cliente que:

- Reitere más de las conductas satisfactorias y diferentes de la conducta-problema.
- Preste atención a lo que hace cuando supera la tentación o el impulso a ... (caer en el síntoma o alguna conducta asociada). Implica que el cliente preste atención a su conducta antes de a algún estado interior.
- Haga una evaluación predictiva, por ejemplo si en el tiempo entre sesiones habrá más casos de conducta que constituyan excepciones a la conducta problema.
- Se le pide que «entre este momento y la próxima cita haga algo distinto y comente lo que sucedió».
- Realice una tarea estructurada, como llevar un cuaderno de bitácora de ciertos incidentes relacionados con las veces en que la conducta-problema cesa o no está presente.
- Cuando la situación es “muy complicada” se le pide al cliente que «entre este momento y la siguiente cita, trate de identificar las razones por la que la situación no es peor »
- Escriba, lea y quemé, en donde el terapeuta establece un horario en el que el paciente va a pensar en aquella situación que tanto le quita el tiempo. En días pares, escribirá todos los recuerdos que le vinieron en ese lapso y al siguiente día, deberá leer las notas del día anterior y luego quitarlas (De Shazer, 1991).

- Lleve a cabo una pelea estructurada, que se utiliza en dificultades de pareja. Se arroja una moneda al aire, para ver quien empieza; el que haya ganado, empieza a hablar mal de la otra persona sin que esta última pueda decir algo. Posteriormente se cambian de posición y se dejan diez minutos de silencio, antes de volver a empezar otra ronda (De Shazer, 1991).

Finalmente, en la Cuadro 8, se presentan otras técnicas importantes en el Modelo de Soluciones (Cade y O'Hanlon, 1995; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993)

Cuadro 8. Técnicas del Modelo de Soluciones

Intervención	Características
Pregunta del milagro	<p>- Esta pregunta se deriva de las técnicas de Milton Erickson y se le plantea al cliente: "Imagine que una noche mientras duerme, se produce un milagro y el problema que lo ha traído a terapia, se resuelve, ¿cómo se daría cuenta?, ¿qué sería diferente?, además de preguntar si hay algo de eso que ya esté ocurriendo y qué tiene que hacer para que ocurra con más frecuencia. Es importante que el terapeuta obtenga una descripción clara y específica al respecto, no se busca un cuadro borroso de algún sueño futuro o utopía.</p> <p>- La pregunta, permite crear una situación de terapia en la que el paciente puede responder en el nivel psicológico a las metas terapéuticas como realidades ya logradas.</p>
Pregunta de la excepción	<p>- Lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas pese a esperar que los tendrían.</p> <p>- Al ampliar la descripción de estas ocasiones, pueden redescubrir soluciones que habían olvidado o en las que no habían reparado y los terapeutas encontrar claves sobre las que construir soluciones futuras.</p> <p>- Las excepciones que se encuentran, pueden ser espontáneas, cuando los clientes las perciben fuera de su control, o deliberadas, cuando las personas son conscientes de que hacen algo voluntariamente para impedir que surja el síntoma.</p>

<p>Técnica de la bola de cristal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permite proyectar al cliente hacia un <i>futuro</i> en el que tenga <i>éxito</i> y su problemática haya desaparecido; de esta manera se pretende impulsar una <i>conducta diferente</i> y llegar a una solución que el mismo cliente construya. - Se pueden producir diferentes visiones de la bola de cristal: <ul style="list-style-type: none"> 1ª- Pasado: Se le induce a trance al paciente para que experimente un recuerdo antiguo que sea agradable y haya ocurrido hace tiempo, haciendo énfasis en prestar atención lo que él/ella hace y lo que están haciendo otras personas y se le pide que regresé el recuerdo a donde estuvo todos esos años y se le saca del trance. 2ª- Pasado Implica recordar un acontecimiento reciente pero "sorprendentemente" olvidado, algún hecho que quiera recordar con más claridad y que vaya en función de algún éxito en su vida y en la excepción a las reglas que rodean a la queja. 3ª Futuro El paso del tiempo, se describe detalladamente y después cada vez más vago, sin proporcionarle indicios de fechas específicas. A continuación se le pide que recuerde y posteriormente retorne para hablar sobre la resolución fructuosa del problema. 4ª Futuro Se le pide que indique más detalladamente la forma en que fue solucionado el problema, sus reacciones al proceso y los de las otras personas. Finalmente se le orienta al presente con algún tema que no tenga relación con el anterior y se espera a que ponga en práctica esta última solución.
<p>Ubicación en una escala</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es un método eficaz para concentrarse en el logro y la solución y puede utilizarse en toda una gama de aspectos de la vida del cliente y de diversos modos, por ejemplo, se le dice: «En una escala que va de cero a diez y en la que cero representa lo peor y el diez corresponde a las cosas tal como serán cuando estos problemas estén resueltos, ¿dónde estaría el día de hoy» . - Se utiliza también cuando el cliente no informa de cambios concretos, se le pide que valore en la escala la gravedad del problema antes de venir a terapia, la calificación en esta semana y en qué lugar tendría que situarse para sentirse satisfecho. - La escala, también es útil en el trabajo con parejas, en particular cuando hay alguna duda acerca de la motivación de uno o ambos miembros.

Consideraciones Finales

Este modelo aunque tiene su base en el MRI, fue evolucionando y estableció técnicas específicas de intervención. Me parece que es un modelo útil que permite que el cliente pueda reconocer sus recursos y trabajar con ellos, lo cual favorece que asuma la responsabilidad de sus cambios y no los refleje en el terapeuta. Es también importante el desarrollo que se dio en el modelo, como en el caso de Eve Lipchik (2004) que tiene una visión más compleja y destaca la importancia de la relación terapeuta-paciente y la integración de la parte emocional, que en los enfoques breves no se toma mucho en cuenta, pero que es imprescindible.

2.2.5. Modelo de Milán

Antecedentes y Principales representantes

El centro para el estudio de la Familia, inició sus actividades en Milán, Italia, en mayo de 1967, liderado por Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, quien invitó a formar parte del equipo a Luigi Boscolo, Giofranco Cecchin y Giuliana Prata. El grupo parte de una orientación psicoanalítica, pero es influido por el trabajo de Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson en su trabajo con familias con integrantes anoréxicas y psicóticos (Ochoa de Alda, 1995; Rodríguez, 2004; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

En 1971, desarrollan la Intervención Contraparadójica, diseñada para anular el doble vínculo y en 1975, modifican su concepción de los sistemas predominantemente homeostáticos, a predominantemente cambiantes y diferentes, entre el nivel de significado (creencias) y el nivel de acción, es decir patrones conductuales (Ochoa de Alda, 1995).

Hacia finales de 1978, el equipo se separa, Boscolo y Cecchin decidieron dedicarse a la enseñanza de la terapia familiar y fundaron una escuela, en la que enfatizan la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia, cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología (Ochoa de Alda, 1995).

Por su parte, Palazzoli y Prata, permanecieron un tiempo juntas, para continuar estudiando a las familias mediante la psicoterapia, trasladándose a otra sede, que denominaron Nuevo Centro para el Estudio de la Familia, en donde se centran en la «prescripción invariable» y posteriormente desarrollan la

teoría general de los Juegos Psicóticos y es en 1988, que se publica el libro de *Los Juegos psicóticos en la familia* (Ochoa de Alda, 1995; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

En 1982, se forma un nuevo equipo, formado por Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, quienes desarrollaron la Revelación del Juego Familiar y la evolución del trabajo con Anoréxicas y Bulímicas (Selvini-Palazzoli et. al, 1999).

Por su parte Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, fue otro grupo que surgió del Nuevo Centro para el Estudio de la Familia, y se juntan para desarrollar un proyecto de investigación sobre *La familia del toxicodependiente*, que concluye con la publicación de un libro con el mismo nombre, en 1996 (Cirillo, Berrini, Cambasio y Mazza, 1999).

Premisas y postulados del Modelo de Milán

- La familia se considera como un sistema auto-correctivo autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. Las familias que presentan conductas tradicionalmente diagnosticadas como “patológicas” en uno o más de sus miembros, se rigen por un tipo de relaciones y normas peculiares de este tipo de patología (Selvini Palazzoli, et. al., 1988).
- Aunque la terapia se enfoca al presente, existe una necesidad de conocer el ciclo histórico de un proceso. En el juego familiar, es decisivo conocer la historia de alianzas o rupturas de los cónyuges con sus familiares y con sus hijos (Selvini-Palazzoli, Cirilo, Selvini, Sorrentino, 1990).
- El juego familiar, implica una metáfora, en donde se observan las vinculaciones entre conducta individual y relaciones familiares, las cuales mantienen un proceso de movidas y contra-movidas, determinado por la estrategia de los actores (nivel individual), vinculadas por las movidas del compañero (nivel microsistémico) y por las reglas socioculturales (nivel macrosistémico) e influidos por hechos imprevisibles (Selvini-Palazzoli, et. al., 1990).

Principales Conceptos

Existen algunos conceptos que son importantes tanto a nivel metodológico, como teórico y se presentan a continuación:

- ☑ **Paradoja:** Tácticas o maniobras que aparentemente se oponen a los objetivos de la terapia, pero que en realidad se adoptan para alcanzarlos (Rorbaugh 1977, en Selvini Palazzoli, et. al., 1988).
- ☑ **Hipotetizar:** Formulación por parte del terapeuta de una suposición, basándose en la información que posee respecto a la familia que está entrevistando. Permite además establecer un punto de partida para su investigación. La verificación de la hipótesis, permite confirmarla, modificarla o refutarla, y en dado caso, generar una segunda hipótesis. En la terapia, permite que el terapeuta detecte los patrones de relación (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).
- ☑ **Circularidad:** Capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de retroalimentación de la familia, en respuesta a la información que él solicita de sus relaciones, por lo tanto de su diferencia y cambio. Es una forma de meta-comunicarse sobre las relaciones de otros dos en su presencia (Selvini-Palazzoli et. al., 1980)
- ☑ **Neutralidad:** Efecto pragmático específico del terapeuta, en donde su comportamiento en toda la sesión, tiene un efecto en la familia e implica que no tome partido por nadie (explícita o implícitamente) y que acepte las ideas, valores, metas y creencias de todos los componentes de la familia, de esa manera, evita formar parte del juego familiar y protege su capacidad para introducir algo nuevo en la familia que altere la epistemología de sus miembros (Ochoa de Alda, 1995, Selvini-Palazzoli et. al., 1980;).
- ☑ **Estancamiento:** Se refiere a una relación rígidamente inseparable, en donde hay una insatisfacción en la relación de pareja y una persistencia en los cónyuges de infantiles necesidades inconscientes, parcialmente insatisfechas, que minan en ambos el impulso a la autonomía y a la exploración de nuevos vínculos (Selvini-Palazzoli et. al., 1999).
- ☑ **Embrollo:** Un proceso interactivo complejo que se estructura y se desarrolla en torno de una táctica conductual específica, puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo) que en realidad no los es, pues funciona como una estrategia que apunta contra alguien, en general el otro cónyuge (Selvini-Palazzoli et. al., 1990).
- ☑ **Instigación:** Se considera un proceso interactivo, que consiste en una provocación disimulada a la que se responde con rabia disimulada, de

manera que el instigador nunca hace explotar abiertamente a la otra persona, quien con su conducta, elicitó nuevamente la provocación. La instigación no se considera diádica, sino triádica, pues uno instiga a otro contra un tercero (Ochoa de Alda, 1995, Selvini-Palazzoli et. al., 1990).

Objetivos y metas terapéuticos

El terapeuta invita a la familia, por medio de prescripciones, a jugar un juego distinto y a su vez el terapeuta evita ser absorbido por el juego familiar y contribuir así a reforzar las modalidades disfuncionales y repetitivas que lo caracterizan. El cambio es determinado por una alteración de la visión que la familia tiene del mundo y de la rigidez de su sistema de creencias (Ochoa de Alda, 1995; Selvini-Palazzoli et. al., 1990).

La modificación del sistema de creencias familiares, posibilita alterar el mapa de relaciones, cambiar la secuencia familiar de conductas y conseguir una meta-regla del cambio, que permita cambiar las reglas que regulan el funcionamiento del sistema (Ochoa de Alda, 1995).

Plan de trabajo

El Modelo de Milán, implicó investigaciones que dieron lugar a diferentes intervenciones con métodos particulares. En este apartado, nos remitiremos al plan publicado en paradoja y contraparadoja, el cual tendría modificaciones posteriores dependiendo la intervención, pero manteniendo la importancia del equipo de trabajo que implicaba a terapeutas y observadores.

Para este modelo, era muy importante el primer contacto con la familia, el cual era telefónico y en donde se recababa información en una ficha que incluía datos generales, el problema, la persona que llama y algunas observaciones como la comunicación, el tono de voz, lamentos, peticiones, manipulaciones, entre otras. Cada sesión se desarrolla regularmente en cinco partes (Selvini Palazzoli, et. al., 1988)

- 1) Presesión: Los terapeutas se reúnen en equipo para leer la ficha si se trata de la 1ª sesión o el acta de la sesión precedente, si son posteriores a la 1ª.
- 2) Sesión: Dura aproximadamente una hora y los terapeutas conducen el coloquio con la familia y solicitan cierta información, el modo en que se brinda, el estilo interaccional de la familia, aunque esto no lo revelan a la familia sino hasta la intervención final. Por su parte los observadores detrás del espejo pueden llamar a la puerta a algún terapeuta para dar alguna sugerencia en caso necesario
- 3) La discusión de la sesión entre los terapeutas y observadores, así como el acuerdo del cierre de la sesión

- 4) La conclusión de la sesión, en donde los terapeutas regresan, hacen un comentario o una prescripción, que resulten paradójicos
- 5) El acta de la sesión, en donde el equipo se reúne para discutir las reacciones observadas al cierre de la sesión, se formulan previsiones y se sintetizan los elementos esenciales de la sesión.

Intervenciones

Para llevar a cabo una intervención dentro de este modelo, es importante la elaboración de hipótesis, que se irán comprobando a través de una serie de preguntas:

- a) Preguntas circulares: Se caracterizan por una curiosidad general acerca de los posibles nexos de eventos que incluyen el problema, más que por una necesidad específica de conocer los orígenes del mismo. Estas preguntas, elicitán información sobre las relaciones (antes y después de la problemática) e introducen ideas en el sistema sobre la estabilidad, resistencia o cambio en sus patrones a través del tiempo. Además, ponen de manifiesto conexiones entre personas, acciones, percepciones, sentimientos y contextos, bajo los supuestos de causalidad circular y neutralidad.
- b) Preguntas triádicas: Sitúan a un tercero como testigo de la relación entre otros dos, obligándoles a escuchar cómo se les percibe.
- c) Preguntas sobre alianzas: Establecen quién está más cerca de quién, permitiendo conocer las relaciones familiares.
- d) Preguntas explicativas: Identifican por qué se da o sucedió algo, buscando información sobre el sistema de creencias y en ocasiones elicitán secretos.
- e) Preguntas para clasificar: Trazan el mapa de relaciones y establecen un orden en relación con una cualidad.
- f) Preguntas hipotéticas: Tantean cuál puede ser la reacción del grupo familiar ante algo bueno o malo, esbozan un nuevo mapa de relaciones y permiten que la familia considere posibilidades alternativas de significado y de acción.

Los Métodos Terapéuticos

A continuación se presentan en orden cronológico, la evolución de los métodos que surgieron en la Escuela de Milán:

El Método Paradójico

Este método se desarrolló en los años setenta (1971-1978) y se caracterizaba principalmente por la *connotación positiva*, con elogios fuertemente provocadores a la llamada «paciente designada» (Selvini-Palazzoli et. al, 1999).

En 1975, se publica el libro *Paradoja y Contraparadoja*, en donde se hace mención de las principales técnicas utilizadas:

- **La connotación positiva** del comportamiento de cada miembro de la familia: Fue la técnica más representativa de este método y permitía poner a todos los miembros en el mismo plano, evitando trazar arbitrariamente demarcaciones moralistas y subjetivas entre buenos y malos, sanos y enfermos. La connotación, aprobaba de manera explícita la predominante tendencia homeostática de la familia, y tenía la intención de *estimular paradójicamente* su capacidad de cambio.
- La **reformulación paradójica** del juego familiar en curso y su prescripción: Era un tipo particular de connotación positiva que prescribía a cada miembro de la familia, que *persistiera* en su comportamiento por el bien ajeno, suscitaba un interrogante paradójico sobre por qué una cohesión familiar tan estrecha, definida por los terapeutas como « buena », solo podía obtenerse a expensas de una paciente designada.
- Los **rituales familiares**: Consistían en prescribir a toda la familia una serie de acciones, combinadas con expresiones verbales que tácitamente sustituían las habituales reglas de la relación por otras nuevas, sin recurrir ni a explicaciones, ni a críticas. El ritual debe ser precisado por escrito, anotando horario, ritmo de repetición, la participación de cada miembro, entre otros.
- La regla del **intervalo mensual** entre las sesiones: Las intervenciones terapéuticas requerían tiempo para que sus efectos sobre la organización de la familia se hicieran visibles.

Dentro de las ventajas de la aplicación de este método, Selvini-Palazzoli et. al, (1999) encontraron que el terapeuta no se enfocaba en el síntoma, sino en la historia y relaciones familiares y se le daba una connotación de mártir

voluntaria a la paciente, que se ofrecía en sacrificio por el bien de la familia. También permitía que el terapeuta estableciera una fuerte alianza con la paciente.

En cuanto a las limitaciones del método, se encontró que los resultados a largo plazo, fueron poco sólidos, se caía en el carácter genérico y la estereotipia de la intervención paradójica, al decirles a todas las familias que el paciente se sacrificaba por el bien de la familia y la paradoja solo tenía efectos con justificaciones sumamente específicas y únicas. Esta prescripción, también podía dar lugar a alimentar el "victimismo" del paciente señalado, dispuesto a sacar ventaja de ese rótulo (Selvini-Palazzoli, Cirilo, Selvini, Sorrentino, 1990).

Otra de las reflexiones a las que llegó el equipo posteriormente, es que no existía un espacio terapéutico individual para las pacientes, el tratamiento era muy breve y había una escasa empatía de los terapeutas con los padres, en especial con las madres, además de que al utilizar una explicación sistémica, se tendía a un reduccionismo.

Con el desarrollo de este método, se tomó conciencia de la importancia que tiene el terapeuta en su rol de *tutela* de los miembros más débiles del grupo familiar, por lo que la neutralidad corría el riesgo de convertirse en una alianza implícita con los fuertes y vencedores. Además se hizo una revalorización del concepto del insight, como una reconstrucción del significado de la propia historia de sufrimiento, algo completamente ajeno al enfoque sistémico, que se empieza a retomar en este modelo.

Método de la Serie Invariable de Prescripciones

A partir de 1979 y hasta finales de los ochenta, se experimentó largamente el Método de la Serie Invariable de Prescripciones, en donde los miembros de la familia extensa, la paciente y hermanos y hermanas, eran involucrados exclusivamente en las dos primeras sesiones, mientras que después el trabajo se fundaba sólo en la alianza con los padres, que eran responsabilizados como co-terapeutas de su hija (Selvini-Palazzoli et. al, 1999).

Una vez convocados los padres solos, la terapeuta les prescribió sin ninguna explicación, que volvieran a casa y declararan abiertamente a sus hijas y familia extensa, que la doctora les había impuesto que guardaran escrupulosamente el secreto sobre todo aquello que tenía lugar en las sesiones; si llevaban a cabo esta prescripción, recibían nuevas, como era una serie de desapariciones de casa de duración creciente, desde pocas horas por la tarde, al fin de semana e incluso más; de tales desapariciones, no debían dar preaviso alguno ni contar nada a su regreso; pero para evitar interpretaciones

dramáticas, debían dejar anunciado en un papel el horario o fecha de su regreso. Ya en las sesiones, se les pedía que describieran detalladamente las reacciones que tenían los diferentes miembros de la familia, tanto nuclear como extensa.

Esta prescripción, se utilizó como una especie de método experimental, entregándola invariablemente a todas las familias que presentaran hijas anoréxicas. Mantenían algunos elementos en común del trabajo de los años setenta: la implicación inicial de toda la familia nuclear, el proyecto de una terapia breve, que no superase las diez sesiones, el intervalo de un mes entre las sesiones y por último, una terapia psicológica que no se proponía intervenir directamente sobre el síntoma, sino que conectaba a este con las cualidades disfuncionales de las relaciones en la familia (Selvini-Palazzoli et. al, 1999).

Se observaron resultados significativos sobre la sintomatología y su poder terapéutico, residía en:

- Suspender el predominio del control obsesivo recíproco que enmascara la falta de confianza, empatía e intimidad.
- Conocer las posiciones específicas que cada miembro tenía en la familia.
- Establecer un movimiento estructural de separación de las generaciones que favorece la solidaridad de la fratría.
- Detectar disfunciones importantes como el embrollo de los afectos, la instigación y el estancamiento de la pareja.
- Unir fuertemente a los padres, en una real solidaridad para ayudar a que su hija se cure.

Por otra parte, se fue abandonando este método por varias razones:

- Solo era eficaz en las familias caracterizadas por una escalada de hipercontrol entre padres y paciente, pero nula o contraproducente en las familias dominadas por una actitud expulsiva u hostil en relación a la paciente.
- No era útil en casos en los que la paciente ya estaba casada, no vivía con sus padres o la familia estaba constituida por un solo padre.
- Se observó que un cierto número de parejas, no seguían la prescripción y entonces ya no se podía proseguir el trabajo terapéutico.
- Por el deseo del equipo de experimentar con un modelo diacrónico, que permitiera conectar el sufrimiento de la paciente anoréxica con su indebida implicación en los problemas no resueltos de los padres.

Revelación del juego familiar

También en los años ochenta, se efectuó un trabajo de análisis de las relaciones familiares y de « revelación del juego familiar », semejante al de las primeras sesiones con las familias, que recibían la prescripción invariable, con la diferencia de que esta prescripción no era realmente suministrada, sino más bien se hacía la revelación del juego familiar (Selvini-Palazzoli et. al, 1999).

El Juego Familiar engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto. El juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años, antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia y puede incluso heredarse de generaciones anteriores. Se convierte en patológico, cuando adscribe a los miembros roles y funciones que ya no corresponden al momento evolutivo que atraviesan y se presenta cuando hay una discrepancia entre las conductas y las creencias que permanecen inalteradas (Ochoa de Alda, 1995).

Para evaluar el juego familiar, se incluye

- El mapa de relaciones familiares (alianzas y exclusiones)
- La regla que parece presidir esas relaciones (que está y que no está permitido).
- La forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar.

Las ventajas de la aplicación de este método, es que permite la reconstrucción del juego familiar y la utilización de una serie de indicaciones no paradójicas, que van explícitamente en la dirección del cambio.

En cuanto a las limitaciones, se encuentran el que las chicas llegaban a sentir que se les culpabilizaba estérilmente a sus padres y también a ellas.

Hacia una nueva aproximación

Una vez que Selvini-Palazzoli et. al, (1999) hicieron una revisión de los métodos que habían utilizado, llegaron a la integración de un nuevo método, que permite la integración de las dimensiones individual y trigeracional, es decir un *pensamiento multidimensional complejo*.

Dentro de este pensamiento, se retoma la personalidad de cada sujeto, apreciada en su individualidad en el aquí y el ahora de su relación tanto con el terapeuta, como con sus interlocutores familiares, además de su expresión cotidiana. Este presente, es fruto ya sea de las relaciones en curso o de la historia de las relaciones pasadas que han determinado la cristalización del actual equilibrio emotivo de la persona.

En la investigación de los significados que hay que dar al síntoma y a las defensas de la paciente, es de gran riqueza conectar sus elecciones subjetivas con la historia familiar, todo ello en el entrelazamiento de las concomitancias temporales.

De esta manera, se puede correlacionar más bien una cierta constelación de síntomas, con una cierta personalidad de la paciente por un lado y con un cierto tipo de familia por el otro.

En este momento del trabajo terapéutico, la colaboración con la familia y la transparencia de las intervenciones, se han convertido en los principios básicos de las relaciones terapéuticas. Se trabaja también con la historia familiar de cada uno de los padres, entender el *sentido* de la actuación de las pacientes y sus allegados y no solamente el cómo de las transacciones familiares, representa el alma de esta nueva orientación

El objetivo del tratamiento para la paciente, es que esta pueda hacer evolucionar de una condición de impotencia y de confusión, en que manifiesta solo a través del síntoma, el sufrimiento que le proviene de la posición existencial insostenible en que se encuentra, hacia una apertura al entendimiento de que les ha sucedido a ella y a los demás; identificando sus necesidades y convirtiéndose en protagonista consciente de las vicisitudes que han caracterizado su historia personal, además de combatir el profundo sentimiento de desvalorización que presenta. Esto se articula de acuerdo al tipo de personalidad subyacente a la defensa anoréxica.

También es importante subrayar el sufrimiento personal que representa el síntoma y posteriormente descentralizar la atención de la paciente y sus familiares respecto a este.

Por su parte, el objetivo del tratamiento para los familiares, es trabajar con la madre, quien comúnmente presenta depresión y una insatisfacción afectiva y conyugal, por lo que se apuesta a un cambio radical en esta; mientras que en el padre se apuesta a hacerle tomar consciencia de cómo enmascara sus necesidades infantiles y como su incapacidad de comprender a su mujer, agrava la tendencia de ésta a dejarse aplastar en un papel subalterno. Sin embargo cuando no se tiene la disposición de alguno de los miembros, se trabaja con los que si la tengan o incluso con la paciente sola.

Consideraciones Finales

Este modelo ha tenido una evolución muy interesante y aunque se fue dividiendo, cada grupo tuvo aportaciones importantes que enriquecieron el campo de la terapia familiar. Me parece que es de los modelos más sistemáticos, que ha permitido combinar la parte clínica con la investigación. Es de resaltar la auto-crítica que los creadores del modelo se han hecho, lo que les ha permitido mejorar y superar sus técnicas anteriores.

Otro punto de importancia es el análisis que empezaron a hacer del equipo terapéutico desde la segunda cibernética.

2.2.6. Modelos derivados del Posmodernismo

Los trabajos sobre posmodernismo en la terapia, suelen centrarse en ideas vinculadas al texto y la narración, poniendo énfasis en la importancia de las perspectivas dialogales y múltiples, el autodecubrimiento, las configuraciones laterales versus las jerárquicas y especial atención en el proceso y no en los objetivos (Lax 1996).

Dentro de la terapia familiar, la transición del modernismo hacia nuevas posturas posmodernas, inicio con el Grupo de de Milán y su vuelta al pensamiento de Bateson, así como el papel del terapeuta y equipo desde la cibernética de segundo orden y se ha ido consolidando con teóricos y terapeutas como Tom Andersen, Harold Goolishian, Harlene Anderson, Lyn Hoffman, Michael White, entre otros.

Esta transición, significó la incorporación de diversos cambios significativos:

- Las estructuras y verdades universales, ceden el paso a una pluralidad de ideas sobre el mundo.
- La visión de las familias como sistemas homeostáticos es reemplazada por la idea de que los sistemas sociales son generativos y los y los estados de desequilibrio son productivos y normales.
- Se conceptualiza a las familias como sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significado y organizadores de problemas (no como sistemas en los que los síntomas desempeñen funciones).
- Se estima que los problemas existen en un lenguaje y son mediatizados por él.
- La familia es una entidad flexible, compuesta por personas que comparten significados.

Una de las características más importantes de esta perspectiva, es el papel de la narración en la práctica clínica. El desarrollo de una narración o un relato es algo que hacemos conjuntamente con otras personas. Es un proceso recursivo, en donde definimos quiénes somos, en interacción con los significados que otros perciben acerca de nosotros. Las posibilidades y restricciones políticas, económicas, sociales y culturales, fijan los límites de nuestras narraciones y nuestra posibilidad de elección se da dentro de determinados contextos (Lax, 1996).

El oyente no solo es el receptor de una historia, sino que al estar presente, constituye un estímulo para el acto de narrar esa historia y este constituye el acto de constituir el propio yo (Andersen, 1992).

Aunque algunos autores utilizan el término de historia o narrativa de manera indistinta, Salebby (2004, en Biever, Bobele, Gardner y Franklin, 2005) utiliza el término "historia" para las descripciones y explicaciones dadas a eventos, interacciones o experiencias, que son relatadas en el contexto de sistemas menores tales como familias, grupos de trabajo, vecindario u otros grupos sociales. Mientras que "narrativa" lo usa para describir historias basadas en las normas o expectativas de grupos culturales mayores, que funcionan como parámetros para determinar qué tipo de historias son posibles.

Los terapeutas trabajan principalmente con historias de individuos, parejas y familias, pero colocan esas historias en un contexto más amplio, en narrativas de contextos específicos.

En las terapias posmodernas, el foco es el cambio de significados y comprensiones. Los terapeutas están más interesados en los significados que son creados por las historias que rodean a las conductas sentimientos o pensamientos y se manifiestan en contra de las intervenciones deliberadas (Biever et. al., 2005).

Un terapeuta familiar que toma una postura posmoderna, tiende a centrarse en las historias generadas por los clientes, sin embargo el grado de directividad del terapeuta varía. Es un continuo que va desde terapeutas que se centran en proveer marcos para cambiar historias; desarrollar nuevas historias, hasta facilitar cambios generados por los clientes (Biever et. al., 2005)

La terapia, se constituye como un proceso de co-construcción interpersonal, en donde es fundamental intercambio social del paciente y el terapeuta dentro de este contexto terapéutico. Ya no se habla tanto de una intervención terapéutica, sino más bien de una *conversación terapéutica*, la cual implica una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del diálogo acerca de los problemas y en donde surgen nuevas narraciones y significados, que permiten la disolución del problema. Son ahora las habilidades conversacionales las que deben estar más presentes en el terapeuta, que si bien son requeridas también en otras concepciones, en esta adquieren un papel principal (Anderson y Golishian ,1992).

2.2.6.1.Terapia Narrativa

Antecedentes y Principales representantes

Michael White, originario de Australia y David Epston, de Nueva Zelanda son los principales representantes del modelo narrativo, quienes al igual que la mayoría de los principales exponentes de la Terapia Familiar, han recibido la influencia de Gregory Bateson, ellos tomaron su planteamiento del método interpretativo, que estudia los procesos por los que las personas descifran el mundo, ya que no existe una realidad objetiva; otro concepto que tomaron, fue el de la diferencia que hace la diferencia, pues es la percepción de la diferencia lo que desencadena nuevas respuestas en los sistemas vivos (White y Epston, 1993).

Otro de los antecedentes de la Terapia Narrativa, son los estudios de Foucault sobre las prácticas del poder y su relación con el relato. Este autor utilizó una analogía de cómo el Estado oprime a la gente manteniéndolos divididos y haciendo que se sientan responsables de sus propios problemas y aplicado a terapia, sería el ver como las personas están oprimidas por sus problemas, el efecto que tienen y los momentos en los que no son dominados por ellos.

Premisas y postulados de la Terapia Narrativa

- ❖ El punto de vista narrativo, sostiene que el proceso de desarrollo de una historia acerca de la propia vida, es lo que se convierte en base de toda identidad y cuestiona por lo tanto el concepto del yo como unificado o estable (Betrand y Toffanetti, 2004).
- ❖ Las personas organizan su experiencia y le dan sentido a esta por medio de los relatos, los cuales modelan la vida y las relaciones.
- ❖ Las narraciones las hacemos conjuntamente con otras personas, lo cual implica definir quienes somos en interacción con los significados que otros perciben acerca de nosotros, por lo tanto, se habla de un proceso recursivo.
- ❖ Las historias están compuestas de panoramas duales: uno de acción y uno de conciencia. El panorama de acción está constituido por hechos eslabonados en secuencias particulares a través de la dimensión temporal (pasado, presente y futuro) y de conformidad con tramas específicas. El panorama de conciencia está constituido por las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración, comprende una "reflexión" de los sucesos y tramas que se desenvuelven en el panorama de acción (implica deseos, cualidades, estados intencionales, creencias, entre otros).

- ❖ Los elementos del panorama de conciencia, se unen para formar “compromisos” que determinan trayectorias particulares de vida (estilos de vida).
- ❖ La estructuración de una narración, requiere la utilización de un proceso de selección, en el que dejamos de lado aquellos hechos que no encajen con los relatos dominantes que tiene la persona.
- ❖ Los problemas son percibidos y contruidos a partir del significado que cada miembro de la familia atribuye a los hechos.
- ❖ La terapia ayuda a la gente a localizar, generar y traer historias alternativas que ofrecen un sentido diferente de sí mismos y de su relación con los problemas. De esta manera, se le posibilita a la persona conocer la diferencia entre un relato dominante y uno alternativo (White y Epston, 1993).

Plan de trabajo

Resumiendo los puntos a tomar en cuenta en la terapia, tenemos:

- 1) Obtener información de sobre la vida del paciente en el momento en el que decide buscar ayuda.
- 2) La conversación externalizadora permitirá explorar las experiencias del paciente con respecto al problema.
- 3) Trazar el mapa de los efectos del problema en la vida del paciente.
- 4) Generar narrativas alternativas al relato dominante en el que el problema está presente.
- 5) En el trabajo de re-narración se realizan preguntas del panorama de acción y el panorama de la conciencia). Esto, con la finalidad de cambiar la visión que tiene el paciente con respecto a sus habilidades y posibilidades de actuar y de generar una visión diferente del problema.
- 6) Se buscan personas significativas que puedan apoyar el cambio del paciente, mandándoles cartas o escritos para que puedan comprometerse con el cambio. En relación a este último punto, la inclusión de documentos escritos (cartas, reconocimientos, certificados, diplomas) fortalecen la historia alternativa y proporcionan una nueva historia sobre si mismo y sobre el problema, convirtiendo una vivencia en una narración que abre la puerta a otras narraciones. (White y Epston, 1993)

Principales intervenciones

El primer paso para construir una historia, es separar a las personas de la vieja historia o historia saturada del problema, así como utilizar la conversación externalizadora. La *externalización del problema*, ayuda a las personas a identificar los conocimientos unitarios y los discursos que lo están sometiendo y a librarse de ellos. Este abordaje terapéutico, insta a las personas a cosificar ya a veces a personificar los problemas que los oprimen, de esta manera, el problema se convierte en una entidad separada y ayuda a las personas a dejar de lado su lucha contra sí mismos (White y Epston, 1993).

Otra de las intervenciones que se realiza, es la *Deconstrucción* tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por hechas. Se puede hacer una deconstrucción del relato del yo y de los conceptos culturales dominantes. La Deconstrucción se basa en un constructivismo crítico, que propone que la vida de las personas está modelada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y de lenguaje de yo y su relación (White, 1994).

Finalmente el tipo de preguntas que plantea White (1994) en el proceso de la terapia son:

- ❖ Preguntas de Influencia Relativa: Incitan a los miembros de una familia a derivar dos descripciones de su relación con el problema:
 - 1) La descripción de la influencia que el problema tiene en la vida y en las relaciones de los miembros de la familia.
 - 2) La descripción de la influencia que los miembros de la familia y sus relaciones tienen en la persistencia del problema mismo.
- ❖ Preguntas 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 familiar, aquellos "milagros atemporales" que de otra manera pasarían inadvertidos.
- ❖ Preguntas relativas a la explicación única: Instan a los miembros de la familia a dar sentido al logro aislado, localizándolo dentro de una pauta o clase de sucesos que están relacionados en tiempo y espacio.
- ❖ Preguntas relativas a la re-descripción única: Llevan a los miembros a dar significación a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la re-descripción de sí mismos, de los demás y de sus relaciones.

❖ Preguntas sobre posibilidades únicas: Permiten especular sobre el futuro personal y de las relaciones, lo cual lleva a los miembros de la familia a investigar otras versiones posibles del yo y sus relaciones, a descubrir que nuevas metas podrían acompañar las explicaciones únicas y las re-descripciones.

2.2.6.2. Terapia colaborativa y conversacional

Antecedentes y Principales representantes

Los fundadores de esta terapia son Harlene Anderson y Harold Goolishian, quienes iniciaron el desarrollo del enfoque colaborativo, en los años 70, con la fundación del Galveston Family Institute. En un inicio, su trabajo estuvo influenciado por las teorías y prácticas terapéuticas derivadas del Mental Research Institute, así como de teorías constructivistas y cognitivas, sin embargo, observaron limitaciones en el paradigma cibernético, al considerar que los seres humanos no solo responden a metáforas mecánicas de retroalimentación, sino que son generadores de significados.

A partir de la teoría socio-construccionista y de la hermenéutica, el enfoque colaborativo afirma que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo. Los significados los crean y experimentan los individuos que conversan.

El trabajo y la teoría del grupo Galveston se fue enriqueciendo a través de reuniones y conversaciones que levaban a cabo en el Instituto y alrededor del mundo con autores como Kenneth, Gergen, Lynn Hoffman y Tom Andersen entre otros.

La terapia la consideran como un evento lingüístico a través de una conversación terapéutica que invita a una exploración de nuevos significados, encaminados a la di-solución de los problemas (Anderson y Goolishian, 1992).

El enfoque colaborativo, es una postura filosófica que se basa en la ignorancia respecto del otro, en una actitud de no saber, donde el terapeuta se muestra humilde, pues el que mejor sabe de sí mismo, es el cliente.

El papel del terapeuta, es el de esforzarse por desarrollar un espacio conversacional libre y por facilitar el inicio de un proceso dialogal dentro del que pueda producirse “lo nuevo”. A medida que se lleva a cabo el diálogo, se crea la nueva narración de las historias “aún no contadas”.

Premisas y postulados de la Terapia Conversacional

- ❖ El sistema terapéutico es un sistema lingüístico: Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores del lenguaje y generadores de significado.
- ❖ Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal: El significado y la comprensión se construyen socialmente.
- ❖ El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de disolución del problema: En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto problema y este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado específicos del sistema, de sus organizaciones y de su disolución alrededor del problema.
- ❖ La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos "conversación terapéutica": La conversación terapéutica es una búsqueda y una exploración mutua, a través del diálogo.
- ❖ El terapeuta es un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica: El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación, un arquitecto del proceso dialogal.
- ❖ El terapeuta ejercita una pericia en la formulación de preguntas desde una posición de "ignorancia" en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas: Esto lo hace a través de preguntas conversacionales.
- ❖ Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado: Los problemas con los que nos enfrentamos en la terapia, son acciones que expresan nuestras narraciones humanas de tal modo que disminuyen nuestro sentido de mediación y de liberación personal.
- ❖ Vivimos en y a través de entidades narrativas que desarrollamos en la conversación: El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y por lo tanto la apertura de una nueva mediación.

Plan de trabajo

En la conversación terapéutica existe una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del diálogo acerca de los "problemas". Este proceso es de participación conjunta, cada persona habla "con" el otro, no le habla "al" otro; tanto las prácticas lingüísticas habituales e históricas del cliente como las del terapeuta, están presentes en el diálogo (Anderson, 2005; Anderson y Goolishian, 1992).

El producto del diálogo, es un significado, comprensión o lenguaje nuevos tanto para el cliente, como para el terapeuta y el único lugar para iniciar una conversación con otro o con nosotros mismos, es dentro de nuestro lenguaje habitual, de esta manera, parte de la tarea del terapeuta, es conocer y aprender el lenguaje familiar del otro (escuchar, oír y responder a sus palabras y expresiones) (Anderson, 2005).

Dentro de esta conversación, es importante que el terapeuta mantenga una posición de ignorancia, que le ayuda a no transmitir opiniones o tener expectativas preconcebidas acerca del cliente, el problema o lo que deba cambiarse (Anderson y Goolishian, 1992).

En el diálogo, existe una conversación interna y una pública. La conversación interna del terapeuta contribuye a sus acciones comunicativas (palabras habladas y gestos) y tiene influencia sobre el potencial ya sea de invitar o de no invitar al diálogo. Una conversación participativa requiere estar dentro de un diálogo interno con uno mismo como con un otro o múltiples otros (cliente).

El ser “público” del terapeuta implica:

- ✓ No mantener escondida u oculta su conversación interna.
- ✓ Compartir la conversación interior y hacerlo en una manera que sea presentada de manera respetuosa y provisional en tono y contenido.
- ✓ El ser público puede servir como una garantía contra las interpretaciones íntimas del terapeuta sobre el cliente.

Finalmente dentro del diálogo es trascendente la postura de “no saber” o de “ignorancia”, la cual es una idea y actitud acerca del conocimiento y la intención y el modo en el que lo usamos. Dentro de la terapia implica que (Anderson, 2005).

- El terapeuta no tiene acceso a toda la información y no puede comprender por completo a otra persona y siempre necesita aprender más (el terapeuta es humilde sobre lo que él sabe).
- El terapeuta mantiene una genuina curiosidad en la conversación, pues cada cliente es el experto en su propia experiencia vivida y le enseña al terapeuta sobre ella.
- El terapeuta escucha de manera respetuosa y de una manera responsiva y activa, con un compromiso auténtico a ser abierto con las historias de otras personas.

- Las contribuciones del terapeuta ya sea como preguntas, especulaciones, sugerencias, se presentan de manera que conducen a una postura provisional y de respeto ante la postura y franqueza del otro.

2.3.6.3. Equipos reflexivos

Antecedentes y Principales representantes

Tiene como principal representante a Tom Andersen, psiquiatra Noruego, que inició su práctica con modelos estratégicos y estructurales, hasta conocer el trabajo de Milán y estar en contacto con Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo; así como con Lynn Hoffman y Peggy Penn del Instituto Ackerman de Nueva York (Andersen, 1994).

El trabajo que realizaban en un inicio, se basaba en el modelo de equipo de trabajo llevado por el Modelo de Milán, sin embargo, para el año de 1985 pusieron en práctica la idea de que el equipo que se encontraba detrás del espejo, invitó a las personas que participaban en la conversación terapéutica (familia y entrevistador) que escucharan lo que iban hablar sobre lo que pensaron, acerca de la conversación que acababa de tener lugar. Además pasaron del equipo detrás del espejo, al equipo dentro de la misma habitación en donde se desarrollaba la conversación (Andersen, 1992,1994).

Premisas y postulados del equipo reflexivo

Se fundamenta en ideas constructivistas y de construccionismo social, nos vinculamos con la vida según nuestras percepciones, descripciones y comprensiones del mundo y hay tantas versiones de una situación como personas que la entienden, el modo de trabajo del equipo de reflexión trata de incluir la mayor cantidad posible de versiones (Andersen, 1992).

La terapia es una conversación, que busca nuevas descripciones, comprensiones, significados matices de las palabras y definiciones de uno mismo. El proceso de hablar y escuchar constituye una búsqueda de lo nuevo, de manera que es fundamental que el terapeuta aprenda a escuchar al cliente y a respetar su ritmo y velocidad.

El proceso de reflexión (algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta) se constituye por conversaciones abiertas que ofrece a

las personas presentes la posibilidad de avanzar y retroceder entre hablar y oír. Este proceso, provoca desplazamientos entre conversación interior y exterior. Cuando una persona habla con otras lo hace también consigo misma (Andersen, 1992, 1994).

El entrevistador espera una pausa en la conversación del sistema para hacer una pregunta, que sea importante en el diálogo interno del cliente y genere una apertura al diálogo externo. Las preguntas son mejores instrumentos de trabajo que las interpretaciones y opiniones.

Para el terapeuta existe un lenguaje público para la conversación con las familias presentes y otro privado, que los profesionales usan cuando están a solas. El modo de trabajo del equipo reflexivo, favorece un desplazamiento del lenguaje profesional hacia el lenguaje cotidiano.

A partir de la idea de Bateson: la unidad fundamental de información es una diferencia que hace la diferencia, refiere como introducir diferencias, pero que no sean demasiado inusuales, esto se aplica a lo que se habla con las familias, cómo se habla y el contexto de la conversación. Esto se puede ir modulando con signos que le indiquen al terapeuta si la conversación le está resultando incómoda al cliente (Andersen, 1992)

De acuerdo a Andersen (1994) en *el Equipo de Reflexión*, los clientes observan la conversación del equipo y luego la comentan, lo cual ofrece a las personas la posibilidad de hacerse nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas.

Plan de trabajo

El equipo reflexivo puede estar compuesto por una persona (entrevistador) o hasta cuatro o cinco (entrevistador y 3 o 4 miembros del equipo). La parte del equipo que escucha la conversación del sistema de entrevista y que luego conversa y expresa sus reflexiones, es lo que se llama *equipo reflexivo*. Cuando esta solo el entrevistador, puede hablar en diversos momentos sus ideas especulativas, Cuando es más de 1 miembro, este puede pasar a la sala de entrevista, quedarse detrás del espejo o incluso cambiar las salas, de esta forma, hay muchas formas de organizar el equipo, que depende de las circunstancias prácticas, deseos y preferencias de los participantes. Además, la participación del equipo generalmente dura de 5 a 10 minutos (Andersen, 1994).

Las consideraciones más importantes del equipo reflexivo se presentan a continuación (Andersen, 1994).

El equipo reflexivo escucha en silencio la conversación, los miembros no se hablan sino que cada uno de ellos se habla a sí mismo haciéndose preguntas como ¿De qué manera la situación o el/los temas 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 explicación presentada?. El que no hablen los miembros, les puede ayudar a que se les ocurran más ideas y que estas sean diferentes. El momento en el que inician sus reflexiones, depende de si el entrevistador les solicita que las compartan o si el equipo ya tiene ideas que quiere compartir.

Una indicación que dan antes de escuchar al equipo es: “cuando el equipo converse, ustedes pueden escucharlos si quieren, o pensar en otra cosa, o descansar o hacer lo que prefieran hacer. Nos parece importante dejar en claro que escuchar es un ofrecimiento que se les hace y que no están obligados a prestar atención”. Es fundamental dar al oyente la posibilidad de apartarse de la situación, si esta lo incomoda.

Una vez que inician estas, los miembros del equipo se miran y hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre los temas o tema presentado, mientras que los miembros del sistema de entrevistas escuchan (no se dirigen a ellos), esto les permite tener un diálogo interno a medida que escuchan las versiones que les presenta el equipo. Después que termina el equipo sus reflexiones, los miembros del sistema de entrevista hablan entre sí, el entrevistador le ofrece a la familia la oportunidad de hablar sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones o bien pueden mantener en reserva sus pensamientos.

Se recomienda a los miembros del equipo:

- Solo dar reflexiones de manera especulativa o tentativa
- Iniciar las reflexiones haciendo referencia a lo que tuvo lugar en la conversación: cuando escuché, cuando vi ... posteriormente se introduce la reflexión. Cuando pensé en eso, me vino a la mente esta pregunta.
- Utilizar frases que no aseveren algo, sino que expresen duda: como podría ser ..., no estoy seguro... o combinación de palabras tanto ... como, además de lo que ellos vieron, vi esto
- Se pueden utilizar metáforas, de acuerdo a las características de las personas.

- Basar los comentarios en lo que se escuchó durante la entrevista.

No se recomienda:

- Dar consejos y opiniones (no juzgar ni interpretar)
- Hacer reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto al de la conversación del sistema de entrevista y
- Hacer connotaciones negativas y se omite aquello de lo que la persona no quiso hablar durante la entrevista. Por ejemplo expresar: no entiendo por qué no intentan esto o aquello, puede sonar a crítica, a diferencia de decir me pregunto qué pasaría si ellos intentaran esto o aquello.

Cuando el equipo reflexivo termina, el sistema de entrevistas habla mientras que el equipo reflexivo escucha y el entrevistador les pregunta si hay algo de lo que hablaron que les gustaría comentar.

Consideraciones Finales

Las terapias posmodernas cuestionan el papel del terapeuta, como la persona experta que tiene el poder y que decide lo que "está bien" y lo que no, situación que no solo se refiere al proceso terapéutico, si no en general a los sistemas de salud que imperan en la actualidad. Esto ha permitido una reflexión sobre la ética del psicólogo y de la terapia en sí. Llevar a la práctica estos modelos implica un cambio de paradigma y postura, así como el reto de dejar el papel de experto.

Me parece que la terapia narrativa y los equipos reflexivos tienen una clara propuesta teórica y práctica, a diferencia de la terapia conversacional, que más bien es una base epistemológica y filosófica y que puede ser útil en cualquier proceso.

CAPÍTULO III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

3.1.1. Casos clínicos atendidos durante la residencia

Dentro de la Residencia en Terapia Familiar, tenemos participación como terapeutas, co-terapeutas y miembros del equipo terapéutico, a continuación se presenta una breve descripción de los casos en los que participe como terapeuta y co-terapeuta.

En el Centro de Servicios Psicológicos, se atendieron a las siguientes familias o individuos*:

1) Familia Ramos, que asistió al Centro con el siguiente motivo de consulta: problemas familiares, agresión y depresión en la madre. A la terapia asisten Alejandra de 37 años y sus cuatro hijos: Laura de 12, Manuel de 11, José de 9 y Antonio de 7 a un total de 8 sesiones, que se llevaron a cabo con la modalidad de co-terapia, bajo el modelo Estratégico, con la supervisión de la Dra. Ma. Elena Rivera y el equipo detrás del espejo. Los objetivos de trabajo que se establecieron en conjunto con la familia y debido a la complejidad de las problemáticas que vivían, se manejaron los siguientes: fortalecer el rol parental de Alejandra; re-estructurar la dinámica familiar, de manera que hubiera una mayor participación de todos los miembros en las actividades familiares; trabajar los sentimientos que sienten ante la enfermedad de espina bífida de Manuel, incluida la vergüenza y estigmatización que han vivido y generar un mayor número de redes sociales, pues era una familia que provenía de un poblado de Guanajuato y llegaron a la Ciudad de México para que Manuel recibiera atención médica, lo que también llevó a una separación, pues su padre se quedó a trabajar en su poblado.

2) Adriana de 29 años, solicita terapia, pues deseaba controlar su carácter, pues creía que era la causa de su separación con su esposo, y ella quería salvar su matrimonio; posteriormente, se enfocó en la toma de decisiones sobre lo que fuera mejor para ella y sus hijos de 3 y 2 años. Se trabajó en co-terapia, con el Modelo de Terapia Breve, con la supervisión de la Mtra. Guadalupe Santaella con equipo detrás del espejo, en un total de 7 sesiones, en las cuales obtiene una mayor claridad de su situación marital que se encuentra bajo una separación inminente, logra desprenderse de la

* todos los nombres fueron cambiados por motivos de confidencialidad

responsabilidad total que asumía por la separación y menciona que requiere su tiempo para aceptar el divorcio, fuero del espacio terapéutico, por lo que se acuerda en concluir el contrato terapéutico.

3) Rosa de 65 años, asiste al Centro a solicitar consulta, debido a dificultades en su relación de pareja, deseaba “sanar” la situación que vivía y quería mejorar la comunicación con sus hijos. Se trabajó con el Modelo de Terapia Breve, con la supervisión de la Dra. María Blanca Moctezuma y con equipo detrás del espejo, en un total de 16 sesiones y una sesión de seguimiento tres meses después. El trabajo terapéutico estuvo enfocado a la aceptación de la ruptura de la relación, la definición de su postura dentro de esta, la resignificación de este suceso en su vida y la búsqueda de recursos personales, así como el planteamiento de un nuevo plan de vida.

4) La Familia Sanabria solicitó el servicio porque Liliana de 32 años le habían dicho que tenía depresión y otro motivo de consulta eran problemas con sus hijos Adriana de 14 años, Manuel de 11 y Sergio de 10 años. Adriana además, había sido remitida a buscar atención psicológica en la escuela por dificultades de conducta y aprovechamiento y en la última sesión, refirió que le había detectado consumo de drogas y que sería ingresada al Centro de Integración Juvenil. Se utilizó el Modelo de Milán, con la supervisión de la Mtra. Carolina Díaz-Walls y equipo detrás del espejo y se trabajaron 7 sesiones, en las que se conoció la dinámica que prevalecía en la familia, se exploró la familia de origen de Adriana y se trabajó con los sentimientos de Adriana al enterarse que la pareja de su papá no era su padre biológico como ella pensaba; se detuvo el proceso, pues dejaron de asistir y ya no se les pudo contactar, pues su teléfono se encontraba fuera de servicio.

En el Centro Comunitario Julián Mc. Gregor

5) Cristina de 39 años, acudió a buscar ayuda al Centro, porque tenía muchas dificultades de control de conducta de su hija Amanda de 13 años. Asisten también sus otras hermanas Blanca de 14 y Mariana de 12 años. Se trabajó en co-terapia, con el Modelo Estructural, con supervisión en vivo a través de circuito cerrado, con la Mtra. Noemí Díaz Marroquín y el equipo terapéutico. Se llevaron a cabo 8 sesiones, se buscó fortalecer el rol parental de Cristina, separar las problemáticas de los subsistemas filial y conyugal; cambiar las jerarquías y que Amanda dejara de ponerse en riesgo constante. Cuando se distribuyó el síntoma al resto de la familia, se observó una gran resistencia de Cristina, quien abandonó el tratamiento.

6) La familia Méndez, conformada por Mary de 34 años, Héctor de 36, Alejandra de 18 y Ema de 17, asisten a terapia por una "infidelidad" de Héctor, lo que ha generado discusiones familiares y Ema ha tenido conductas de riesgo como hurto y consumo de alcohol. Se trabajó en co-terapia con integración de modelos. Se llevaron a cabo 9 sesiones, con supervisión en vivo a través de circuito cerrado, con la Mtra. Noemí Díaz Marroquín y el equipo terapéutico en las que se estableció un límite entre sub-sistemas y la terapia se enfocó a la relación de pareja, pues existían algunos puntos de insatisfacción en el área afectiva y sexual. Se suspendió el proceso, debido a la enfermedad terminal detectada a la mamá de Mary.

Hospital Psiquiátrico Infantil

7) La familia Resendiz, conformada por Ester de 35 años, Rita de 10 y Fabiola de 7 asiste por problemas de enuresis presentada en Fabiola desde que tenía 2 años. Ester manifiesta que ella se siente muy deprimida e irritable, lo que le dificulta el manejo de Fabiola. Se trabaja en co-terapia con supervisión narrada* con la Dra. Silvia Becerril en un total de 36 sesiones. Se utiliza el Modelo Narrativo y se utiliza el Modelo estructural para el establecimiento de límites y jerarquías en el sistema, en la relación de Ester y Fabiola y de Ester con su mamá y se establece una dinámica diferente entre Rita y Fabiola, de manera que puedan convivir de una mejor manera, al final de la terapia, se trabaja en la preparación de la familia para un posible cambio de residencia.

8) La familia López conformada por Eduardo de 39 años, Gabriel de 13 años, Sonia de 11 y Sergio de 5, asisten a terapia por las dificultades que se presentan en la pareja, las cuales han llevado a la separación de esta, así como la falta de organización que existe en la familia, se trabajó básicamente en la re-organización familiar, tras la separación de Eduardo y Selene, su esposa. Con Eduardo se trabajó en la definición de su postura en su situación de pareja y con el fortalecimiento de su rol parental. Acudieron hasta la sesión y se les dio de baja del servicio por inasistencia y ya no se les pudo contactar.

9) La familia Méndez, conformada por Antonio de 29 años, Rebeca de 24 y su hijo Manuel de 5 años, asisten al Hospital Psiquiátrico, porque piensan que este tiene TDHA, sin embargo al realizarle las evaluaciones, se descarta este diagnóstico y se canaliza a la pareja a terapia, ya que existen dificultades en su relación. Se realizaron 5 sesiones terapéuticas, en las que se comenzó a trabajar sobre la definición de la relación de pareja y sobre la decisión que les

* esta modalidad se siguió en el resto de los casos

permitiría establecer una buena integración o una buena separación, sin embargo se suspendió el proceso, debido a que Antonio cambia de trabajo y le es imposible asistir y Rebeca no desea continuar sola la terapia.

10) La pareja conformada por Israel de 49 años y Norma de 42, re-ingresan al servicio de terapia de pareja, debido a dificultades para ponerse de acuerdo en cómo solucionar las dificultades con sus hijos, en especial con Héctor de 12 años, quien también asiste al Hospital por que tiene un retraso leve. Se inicia trabajando con la fijación de límites y reglas claras en el subsistema parental, pero se les da de baja debido a su inconsistencia e impuntualidad, pues tenían condicionado su re-ingreso al servicio, por abandono previo de tratamiento.

11) La familia Olivares, conformada por Lilita de 42 años, Mariana de 23, Azucena de 15, Marco Antonio de 12 y Gisela de 3 asisten al servicio porque Marco Antonio tiene problemas de enuresis y Lilita comenta que su familia ha vivido mucha inestabilidad, existen dificultades con su ex esposo e involucran en sus problemáticas a sus hijos. Se llevan a cabo 31 sesiones, con la supervisión narrada con la Dra. Silvia Becerril, utilizando una integración de modelos, se trabaja en el fortalecimiento del rol de Lilita, el establecimiento de límites y jerarquías y se trabaja para llevar a cabo una buena separación entre Lilita y el papá de Marco Antonio.

12) La familia Salazar conformada por David de 47 años y su hijo Edmundo de 14, asisten a terapia por problemas de conducta de Edmundo, se trabaja en un total de 11 sesiones desde el Modelo estructural, de manera que se re-configuraron los roles, tras el regreso de David, después de años de separación por migración y se lograron establecer límites, jerarquías y normas en casa.

13) La familia Pérez, conformada por Juan de 49 años, Rosa de 40, Pedro de 20, Jazmín de 19, Carmen de 13 y Daniel de 8, asisten al Hospital, ya que este último fue canalizado de su escuela por dificultades en el aprendizaje. Sin embargo, en la evaluación se diagnosticó que tenía un trastorno ansioso depresivo y baja autoestima. Se llevan a cabo 10 sesiones, en las que se busca un cambio en la dinámica de las relaciones, pues se observa diversas formas de agresión en los miembros de la familia; así como una ampliación de redes de apoyo y mejoramiento de la calidad de vida. El tratamiento se concluye en la sesión 10, en donde Rosa por tener otros compromisos, fue atendida por la supervisora y posterior a esto, ya no se presentaron, ni se les logró contactar, probablemente se les continuó complicando el horario.

3.1.2. Integración de expedientes del trabajo clínico

3.1.2.1. Presentación del Caso 1

Nombre de la paciente: Rosa

Terapeuta: Lizette Hayde Rodríguez Chica

Supervisora: María Blanca Moctezuma Yano

Modelo de supervisión: Terapia Breve

Número de sesiones: 17

Equipo Terapéutico:

Alvarado Vázquez Aurora

Asunción Sánchez Claudia Guadalupe

Barrios Muñoz Alicia

Carmona Arellano Mauricio Francisco

Montero Pardo Xolyanetzin

Toiber Rodríguez Marla Naiví

Trejo Arteaga Ana Lilia

Villanueva Orozco Tonatiuh

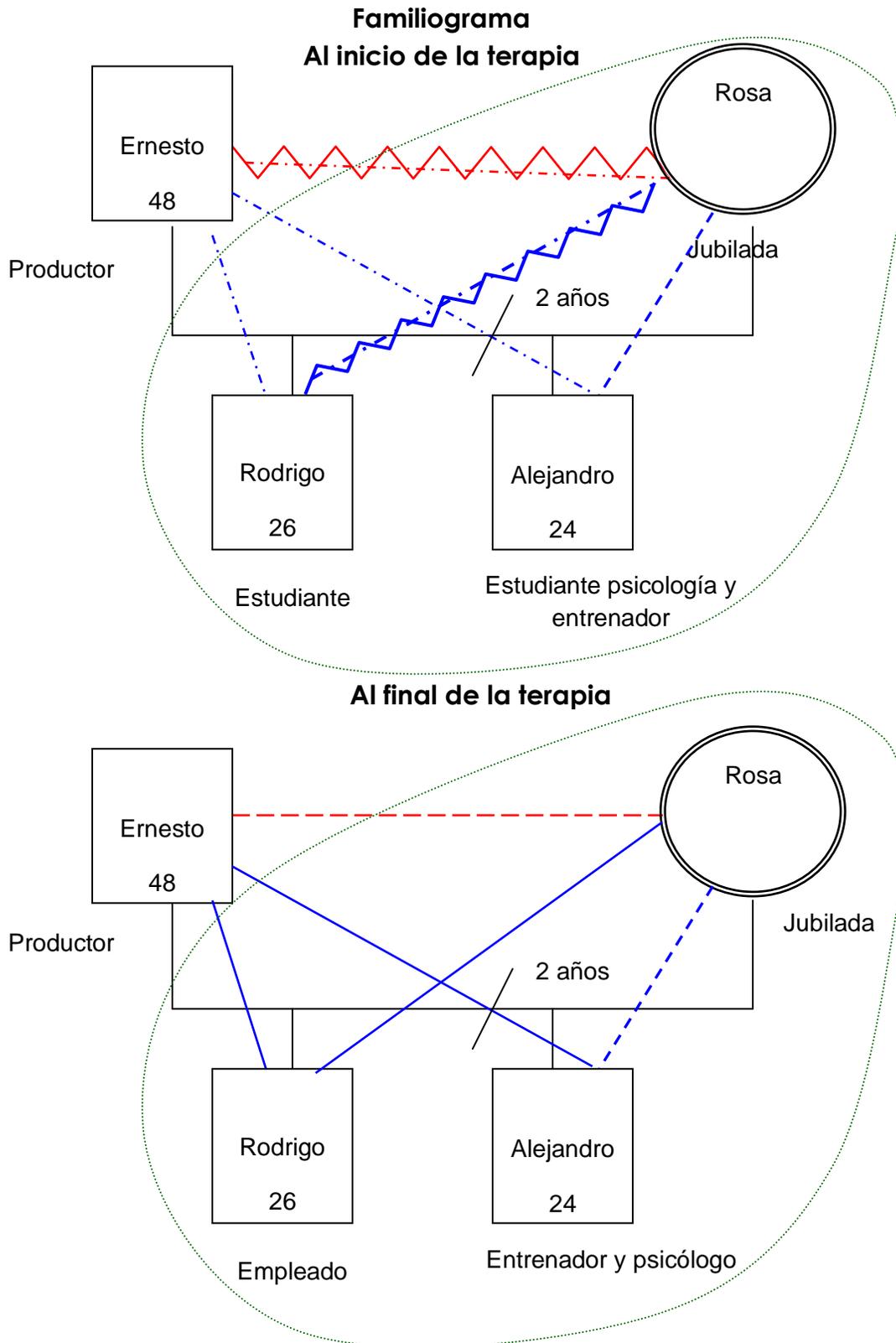
Villegas Cortés Aurora

Resumen

El caso presentado, se atendió de manera individual en el Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología, dentro de la supervisión de Terapia Breve, con la modalidad de equipo detrás del espejo; tuvo una duración de 16 sesiones y una de seguimiento tres meses después (la sesión 9 y 10 se llevo a cabo sin supervisión y equipo y la 15 la dirigió la supervisora por ausencia de la terapeuta). La paciente asiste a terapia, por dificultades en su relación de pareja, ya que a pesar de estar separados desde hace 2 años, tienen encuentros ocasionales y no está definida la relación, por lo que ella quiere "sanar" esta situación. También refiere que desea mejorar la comunicación con sus hijos, en especial con el mayor, pero de acuerdo a la jerarquización que hace, se decide empezar por la relación de pareja.

El trabajo terapéutico estuvo enfocado a la aceptación de la ruptura de la relación, la definición de su postura dentro de esta, la resignificación de este suceso en su vida y la búsqueda de recursos personales, así como el planteamiento de un nuevo plan de vida.

Al final del proceso, la paciente logro “sanar” la pérdida que le generó la ruptura, pudo definir la relación, tomar decisiones y plantearse nuevas metas en su vida.



Motivo de consulta

De acuerdo a la solicitud inicial, la paciente acude a terapia, debido a que presentaba dificultades en su relación de pareja en dos áreas: económica y de comunicación. Refiere también problemas de comunicación con sus hijos, en especial con el mayor.

Antecedentes del problema

Rosa, es una mujer de 65 años, jubilada, que vive con sus dos hijos de 26 y 24 años y se encuentra en un proceso de separación con su pareja desde hace dos años. De acuerdo a su historia familiar, Rosa comenta que las dificultades con su esposo, se presentaron a partir de los 4 o 5 años de haber formado su familia, ya que Ernesto empezó a ejercer violencia intrafamiliar, les pegaba a sus hijos cuando algo le molestaba, era grosero y a ella la insultaba y agredía cuando trataba de defenderlos, también reporta que existía violencia sexual.

En algún momento, tuvo la oportunidad de divorciarse, con el apoyo que le brindaba una hermana, pero no quiso hacerlo "por sus hijos", pues en ese entonces, estaban pequeños y más adelante ya no le atrajo la idea; sin embargo, hace dos años su vida se modificó, pues Rosa decidió comprar un departamento al cual se cambiaron, lo cual no le pareció a Ernesto, quien le comentaba que ese lugar no era de él (se molesto porque las escrituras quedaron a nombre de Rosa), por lo que poco a poco se fue alejando de la casa; en ocasiones no llegaba, le dejó de dar gasto, hasta que terminó mudándose a casa de sus papás, solo se aparecía en ciertas fechas especiales, como algún cumpleaños o cuando iba a recoger alguna ropa u objeto (aún tenía llave del lugar). Cuando Rosa intentaba hablar con Ernesto para saber que era lo que estaba pasando, él simplemente no quería hablar. Esta situación, tenía muy confundida a Rosa, pues un día podía llegar de buen humor y tratarla bien y en otras ocasiones apenas y le dirigía la palabra, por lo que no le quedaba claro que tipo de relación seguían manteniendo, pues cuando iba, llegaban a tener relaciones sexuales, lo cual a Rosa no le agradaba mucho y ya no quería que esto ocurriera, sin embargo, ella esperaba que en algún momento Ernesto le expresara verbalmente como se iba a definir la relación.

Todo esto, le ha generado un gran dolor, por lo que desea "sanar" esta situación que ha vivido.

En cuanto a la problemática con sus hijos, existen dificultades en la comunicación con estos, en especial con el mayor, a quien compara con su esposo en su forma de ser y con quien le es muy difícil platicar.

Dentro de sus intentos de solución ante su situación familiar, buscó ayuda en un Centro de apoyo a la mujer, pero no se sintió con la confianza de hablar muchas cosas, por lo que dejó de ir; también menciona que ha leído libros y tomado cursos, pero no le ha funcionado. En cuanto a la problemática específica con Ernesto, ha buscado la manera de hablar con él y poder “definir” la relación y comenta que “no hay diálogo” ya que Ernesto no le responde nada.

Respecto a sus hijos, mencionó que hay muy poca comunicación, ya que no le expresan lo que hacen o como están, especialmente el mayor, por lo que ella trata de acercarse a sus hijos y preguntarles sobre su vida, aunque no hay la respuesta que ella desea. Otra situación que le molesta es que a veces no realizan las actividades que les corresponden en casa, su solución ante esto es hacerlo ella.

Metas y objetivos terapéuticos

De pareja

- Sanar la herida ocasionada por la relación con su esposo
- Definir la relación con Ernesto y poder cerrarla

Hijos

- Tener una mejor comunicación con sus hijos

Indicadores de las metas

De pareja

- Cuando ya no le afecte la situación que vive con Ernesto, se sienta más tranquila y no tenga coraje, ira y enojo hacia la actitud de Ernesto.
- Pueda aceptar que la relación ya se terminó y continuar con su vida

Hijos

- Poder establecer conversaciones con sus hijos

Análisis Teórico-Metodológico de la problemática

Al inicio de la terapia, Rosa tenía dos demandas específicas, su situación de pareja y su relación con sus hijos, de manera que al jerarquizarlas, la paciente decidió que lo que más le interesaba trabajar era la cuestión de pareja, pues sentía mucho dolor y enojo por esa situación, por lo que la terapia se enfocó básicamente a esto, aunque se llegaron a ver algunas cuestiones parentales. Dentro del proceso de la Terapia se utilizó básicamente el **Modelo de Terapia Breve centrado en el problema y en la solución**.

De las pérdidas relacionales, la más difícil, es la pérdida ambigua, la cual es desconcertante, pues no se sabe como tomar la relación, ya que se desconoce si la pérdida es temporal o indefinida (Boss, 2001). Esta situación fue evidente en Rosa, ya que una vez que Ernesto se fue de la casa, continuaba teniendo contacto con ella, hablándole en fechas especiales, mostrándose algunas veces amable y otras veces muy descortés. Esta situación generaba mucha confusión y ambivalencia en Rosa, quien por una parte tenía acumulados muchos sentimientos de enojo, tristeza, impotencia y por otra tenía la “esperanza” que la situación se solucionaría y Ernesto regresara.

Esto no le permitía tomar una postura clara y acciones concretas; ejemplo de ello, fue que en las primeras sesiones, la paciente mostraba un pensamiento mágico, al creer que mentalmente podía transmitirle a Héctor una petición, por ejemplo “no quiero que vengas” y si lo pensaba con toda su fuerza, lograba transmitirle esto a Héctor y no se presentaba en la casa, por lo que en esta primera parte de la terapia, se buscó que la paciente se responsabilizara de su propio cambio, pues dentro de su **intento de solución**, Rosa había buscaba de manera reiterada hablar con Ernesto y que él le expresara verbalmente que ya no le interesaba la relación, mientras que él, simplemente no le daba ninguna respuesta, por lo que le dejaba la iniciativa para solucionar su situación, sin tomar acciones que la llevaran a definir la relación; por lo que la **confrontación** (Cormier, 1994) permitió describir las discrepancias de sentimientos, pensamientos y acciones del cliente, las cuales en un inicio eran constantes.

Durante todo el proceso, se utilizaron **metáforas**, ya que eran un recurso de la paciente y ella misma las buscaba, llevando además algunas frases y pensamientos que se utilizaron en la terapia, por lo que este recurso fue muy importante dentro del proceso terapéutico.

Una vez que Rosa empezó a tener más claridad de sus sentimientos y de los hechos que habían ocurrido, pudo aceptar su situación y comenzó a cerrar la relación, esto lo hizo a través de rituales como empacar sus cosas que mantenía intactas en su habitación, leer y romper sus cartas, hablar con sus

hijos sobre como se sentía y porque empacaba las cosas de su papá, cambiar la chapa de la casa de manera que Ernesto ya no pudiera entrar cuando quisiera y al final de la terapia, levantar un acta de abandono.

En esta parte, se utilizó la intervención general de **no apresurarse** en la solución del problema (Fish, Weakland y Seagal, 1988) y se aplicó en dos momentos: cuando la paciente comentó que pensaba guardar las cosas de Ernesto dentro de unos meses y cuando empezó a hacer cambios y ya no estaba segura de seguir realizándolos.

Además, se remarcaron las **excepciones** (Cade y O'Hanlon, 1995) de manera que se invitó al cliente a reconocer lo que ya ha estado haciendo y que podía definirse como exitoso o por lo menos encaminado a un abordaje más eficaz del problema, como en los momentos en los que Rosa ya no sentía un "vacío" o bien cuando desistía de su idea de buscar o marcarle a Ernesto aún sabiendo la respuesta de rechazo que iba a obtener.

Una vez que Rosa aceptó la ruptura de su relación, se utilizó la técnica de **la reestructuración**, la cual implica cambiar el fondo o la visión conceptual y/o emocional de una situación a otro marco que se adapte diferente y permita modificar su significado (Wattlawick y Nardone, 2000). Este punto era muy importante, ya que cuando existe una pérdida, se ve implicada la definición que la persona tiene de si misma, ya que deja de definirse como pareja y ahora lo hace como una persona independiente, soltera de nuevo, quizá después de años de matrimonio (Neimeyer, 2002). En este caso, era importante que la paciente hiciera una redefinición de ella misma y lo empezó a hacer a través de diversas actividades que encontró para ocuparse y distraerse como el integrarse a un coro, asistir a clases de pintura, de idiomas, trabajar eventualmente, de esta manera fue ampliando su rol de esposa o de madre; todo eso se le **reencuadró** como una oportunidad que tenía de ir descubriendo nuevos caminos y objetivos en su vida. También fue importante que se pudiera modificar el significado que le daba a ser una mujer divorciada, por lo que también se reencuadró que en estos tiempos es mejor ser una mujer divorciada, que una mujer maltratada.

Así mismo, como parte de evocar y reconocer los recursos, capacidades y soluciones de Rosa, se utilizaron connotaciones **positivas** y el **elogio** ante su nuevo plan de vida que incluía realizar actividades que le gustaban y le hacían sentir bien y que en algún momento de su vida no pudo realizar por diversas circunstancias, como su ingreso a un coro, a clases de pintura, a diferentes idiomas. De esta manera, empezó a llenar su vacío y a "sanar" la herida que tenía.

Al final de la terapia, se utilizó la **pregunta de la escala** para conocer la percepción que la paciente tenía de los logros alcanzados realizando una evaluación desde que llegó (5) hasta que finalizó el proceso (9.9.) y al cumplirse los objetivos se le dio de alta.

Proceso Terapéutico

A continuación se presenta un resumen del proceso terapéutico de lo ocurrido durante cada sesión.

Núm. Sesión	Objetivo	Resumen de la sesión	Intervenciones	Tareas
1 10/09/07	<ul style="list-style-type: none"> Establecer el encuadre terapéutico Definir el problema, los intentos de solución y los objetivos de la terapia 	<ul style="list-style-type: none"> En esta sesión, se hablo sobre la historia familiar, la problemática que llevo a la paciente a terapia, incluida la separación de pareja y la postura de la paciente ante esta situación 	<ul style="list-style-type: none"> Se estableció el encuadre terapéutico Se validaron los sentimientos de la paciente sobre su historia familiar Se establecieron los objetivos terapéuticos y se hizo una diferenciación entre la problemática de pareja y familiar (con los hijos) 	<ul style="list-style-type: none"> Se le prescribió una tarea paradójica, pues aseguraba que tenía un poder de "comunicarse con la mente", por ejemplo decía "si pienso con todas mis fuerzas que no venga Ernesto, no viene" y ante su queja del dinero, se le pidió que utilizara su "capacidad" para que Ernesto le llevara dinero en la semana.
<p><i>"me duele esta situación, me duele ... Me gustaría sanar.. Sanar, sanar porque estoy herida"</i> <i>"no he llorado lo suficiente, es que este dolor, este de haberme encontrado con un hombre así. Yo lo acepté, yo, yo permití que las cosas llegaran así, entonces yo quiero sanar esto, no ..."</i></p>				
2 24/09/07	<ul style="list-style-type: none"> Establecer los indicadores que le permitan identificar a la paciente que ha "sanado" las heridas que le ha provocado su relación de pareja. Confrontar el pensamiento mágico de la paciente, para enfocar en ella la toma de decisiones y acciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Se exploró que sucedió con la tarea que se le dejó, la cual no dio resultado Se habló sobre los sentimientos de enojo, dolor y coraje que siente hacia Ernesto, tanto por cuestiones emocionales como materiales. Se comentaron algunas dificultades en la comunicación que tiene con sus hijos, así como de tareas en casa que no realizan sus hijos 	<ul style="list-style-type: none"> Se utilizó una intervención paradójica ante su habilidad de hacer que sucedan cosas con solo pensarlas Se validaron los sentimientos de enojo, dolor y coraje Se estableció la solución intentada por el cliente en cuanto a las dificultades con sus hijos Se utilizaron preguntas a futuro para que la paciente visualizará como se daría cuenta que su problemática ha desaparecido, como se sentiría, cómo se darían cuenta los demás y que tendría que hacer para que esto ocurriera 	<ul style="list-style-type: none"> Se le dejó de tarea que utilice la Estrategia que se opone al impulso básico del paciente, apartándose 180° de dicha dirección ante el hecho de que le molestan algunas tareas de casa que sus hijos no hacen, pero ella termina haciéndoles Se le pidió que siguiera practicando su capacidad de comunicarse con la mente de una manera más intensa en relación a que Ernesto sea amable con ella
<p><i>yo tengo qué cambiar, no lo puedo cambiar a él, tengo que cambiar mi coraje ...estoy enojada con su actitud, con su manera de ser ... me enoja que no hagan las cosas como yo considero que son más correctas no?"</i> <i>"he leído y he tomado cursos pero no hasta ahorita no he logrado sanar".</i></p>				

<p>3 08/10/07</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar confrontando a la paciente sobre su pensamiento mágico • Revisar que sucedió con la Estrategia que se opone al impulso básico del paciente en relación a las tareas de casa que no realizan sus hijos • Indagar cual es su postura en la relación con su esposo y que es lo que desea hacer 	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisó la tarea, la cual cumplió en cierta parte, pues dejó que sus hijos se responsabilizaran más de sus actividades en la casa, aunque en algunas circunstancias si terminaba haciendo las cosas, sin embargo se dio cuenta que eso no era algo que la afectará mucho a diferencia de la relación con Ernesto. • Se exploró su pensamiento mágico, el cual no le ha dado resultado en las situaciones que se le han pedido • Se habló sobre la "falta de definición" en la relación que lleva con su esposo • Se comentó que implicaría un "cierre de la relación" • Se exploró el "vacío" que reportó la paciente y la manera que lo canaliza comprando cosas innecesarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuestionó su idea de "definir y cerrar" la relación, ya que la paciente la deja en función de lo que haga o no Héctor, sin hacer ella nada al respecto, más que esperar • Se validó el sentimiento de vacío que siente, el cual se reencuadró como parte de la situación que actualmente vive, pero conforme las cosas cambien, ella se irá llenando ese vacío 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pidió que pensará que cosas podría hacer para ir "cerrando" su relación de pareja • Se le dejó que reflexionara de que otra forma podría canalizar el vacío que siente de manera que no se perjudique al hacer compras que luego afectan su economía,
<p><i>"mi situación con mi esposo no está clara, no está clara no está terminada... pero no quiero verla como tal como sea, no quiero aceptar que ya se terminó ... me gustaría que él ya dijera, bueno esto ya se terminó"</i> <i>"yo creo que no quiere estar conmigo ... no me hacía a la idea o sea como que me dolía o sea me sentía herida me sentía, me sentía...pues despreciada de lo que yo quiero...yo...o sea me cuesta aceptarlo pero en un momento dado ya... ya no quería tener nada que ver con él, pero o sea nunca se lo dije ..."</i></p>				

<p>4 22/10/07</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar que ha pensado Rosa en relación a definir la relación, pues la sesión pasada comentó que no deseaba hacer nada y que estaba más bien en función de lo que Ernesto haga o no haga. • Identificar que otras maneras tiene de canalizar su vacío y de expresar su enojo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se hablo de las situaciones en las que siente que llena su vacío, como el hecho de irse a trabajar eventualmente y que a su vez le ayuda a ir cubriendo sus deudas. • Se comentaron diversas situaciones (laborales y familiares) en las que ha logrado expresar lo que piensa, de manera que no se queda con coraje por una situación que no le parece. 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de excepciones en las maneras de canalizar su vacío , así como las formas de expresar lo que piensa, de manera que no se quede con enojo. • Connotación positiva por las actividades laborales que está realizando de manera eventual y que la hacen sentir bien. • Reencuadre, al momento que se autodiagnostica como “ansiosa y depresiva” • Confrontación sobre el cierre de la relación, ya que no está conforme con la situación, pero tampoco hace algo para que la situación cambie. • Redefinición ya que constantemente la paciente conjunta la relación de pareja con la parental (de su esposo con sus hijos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le sugirió que hablara con sus hijos para que estos puedan establecer una relación con su padre (si así lo desean) de manera independiente, sin que la paciente este involucrada. • Se le dejó que pensara como podría ir cerrando o definiendo la relación desde ella y no desde lo que haga o no Ernesto
<p><i>“yo estoy enojada, cuando uno se enoja no puede tomar decisiones ni hacer nada”</i> <i>“ya no quiero que me desgaste esta situación, esto me disminuye la salud, pero no se cómo manejarlo”</i></p>				
<p>5 05/11/07</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar cuales son los beneficios que tiene Ernesto al no definir clara y legalmente la relación. • Trabajar en su idea de definir la relación con Ernesto de acuerdo a las opciones que tiene: esperar a que él tome una decisión y defina 	<ul style="list-style-type: none"> • En esta sesión, se le preguntó a Rosa cuales serían los beneficios de Ernesto de no terminar completamente la relación • Se plantearon las opciones que tiene la paciente de esperar a que Ernesto se decida a hablar con ella o de ella hacer algo para que se defina la relación, más allá de una cuestión legal, que en estos momentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Confrontación ya que por un lado desea que Ernesto defina la relación, pero cuando se le plantea una situación hipotética en la que él llega y le pide el divorcio, ella no se lo daría. • Cuestionamiento del síntoma, al hablar de los beneficios tanto de ella como de su esposo por mantener la situación tal cual esta • Se reencuadró su sentimiento de humillación que sintió en el pasado por maltrato, pero que se hace presente por la situación que vive actualmente con su pareja 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pidió que pensara de que manera ella podría cerrar la relación, más allá de una cuestión legal

	<p>directa y explícitamente la relación o ver que acciones puede tomar ella para hacerlo.</p>	<p>no le interesa el divorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se retomaron cuestiones legales de su situación de pareja sobre los bienes materiales que posee 		
<p>5 05/11/07</p>	<p><i>“él si en un día que lo dudo, iniciara un proceso de divorcio que lo inicie y al final no lo firmaría y nadie puede obligarme a firmarme ...tener un papel no es nada, es lo mismo que no tenerlo, para que firmo un papel, para decir que no cumplió con su compromiso, o sea para mi no tiene en este momento de mi vida sentido un divorcio”.</i> <i>“Hay algo que saque de una revista ... en el desamor aceptar la evidencia, nadie es imprescindible, soy la única protagonista de mi vida, merezco ser amada..... conocer una nueva vida, y poner fin a una situación que me he sentido humillada, me duele”.</i></p>			
<p>6 26/11/07</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar cómo puede ir cerrando su relación con Ernesto • Hacer un recapitulado de lo que hasta el momento se ha trabajado en la terapia. • Plantearle cuál es la postura que desea tomar ante el hecho de que ella ha hecho esfuerzos por sanar las heridas que tiene y la presencia de Ernesto genera que se vuelvan a abrir esas heridas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se habló sobre la “esperanza” que Rosa aún mantiene de que Ernesto va a regresar y las cosas van a cambiar. • Se habló sobre la aceptación de la situación que esta viviendo. • Se hizo un recapitulado de las sesiones terapéuticas y los cambios que se han observado, remarcando la claridad que ha ido adquiriendo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizó una connotación positiva ante el esfuerzo que ha hecho la paciente por sentirse mejor, a través de lecturas, cursos, la terapia y el ingresar a un grupo de coro. • Se utilizó la metáfora en relación a sus heridas y la manera en que estas se abren en función a lo que hace o no hace Ernesto. • Se le planteó un futuro hipotético de manera que pueda identificar que acciones tomar y de esta manera generar un cambio en su pauta de interacción con Ernesto 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pidió que hiciera un plan para su cumpleaños, que organice qué es lo que va a hacer, con quien se la va a pasar, pero sin estar esperando que Ernesto se va a aparecer ese día y por otra parte visualizando que pasaría con sus heridas si él se llegara a presentar.
<p><i>“yo siento que en el fondo si hay cierta esperanza ... hay esa dualidad en mí, de querer y no querer, no que si venga y no venga. Hay una dualidad todavía, todavía yo creo que no hay un corte, se ese tipo, un corte, un corte todavía no hay...”</i> <i>“... un parrafito de Pablo Neruda y que me gusto ... y dice Si poco a poco dejas de quererme, dejaré de quererte poco a poco, Si de pronto me olvidas no me busques , no me busques que ya te habré olvidado”</i></p>				

<p>7 03/12/07</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar que planeó para el día de su santo y cómo piensa pasar las fechas decembrinas. • Indagar que pensó sobre el dejar que Ernesto con su presencia vuelva a abrir la herida que tiene. 	<ul style="list-style-type: none"> • En esta sesión se exploraron los sentimientos de Rosa ante el hecho de que Ernesto se presente o no ante las fechas importantes que se acercan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizó la intensidad junto con la confrontación ante el hecho que la paciente se mostraría indiferente en el supuesto que Ernesto se presentara, pues eso implicaba entrar en su juego • Se habló también sobre la esperanza que aún mantiene de que Ernesto la visite el día de su cumpleaños, al no hacer planes y permanecer en casa. • Se utilizó la metáfora en relación a las heridas que desea sanar y que son abiertas cada vez que Ernesto se aparece y ella no toma una postura ante esto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pidió que continué visualizando los posibles escenarios en las fechas próximas, que planeara que iba a hacer, que ocurrirían con sus heridas, sobre todo si entraba en el juego de Ernesto • También se le pidió que pensara en este año que se aproxima, como una oportunidad de hacer nuevas cosas, independientes de Ernesto.
<p><i>" siento que me afecta menos que antes porque ya lo he , pues ya lo he profundizado y digo que a que estamos jugando no, a que jugamos tanto tiempo, y pues las cosas duran hasta que uno quiere no, pero y también las cosas se aguantan hasta que uno quiere, yo, vamos a decir aguante muchas cosas, por qué?, pues por, por pretexto de los hijos ... por la apariencia"</i> <i>"Me intereso yo por mi, y me interesan mis hijos, mis dos hijos me interesan, quiero lo mejor para ellos"</i> <i>"yo pienso que la herida estaba grande, ya ha cerrado pero en una parte que no ha cerrado, o sea que todavía sangra no, y es la que pues voy a trabajar para que cierre"</i></p>				
<p>8 10/12/07</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar de qué manera se preparará ante las fechas importantes que vienen como es su cumpleaños, la navidad y que pasaría en caso de que se presentara, con la herida que ya tiene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se comentó el hecho de que Ernesto se presentó en la semana, de la postura que tomo ante ello y los sentimientos que le generó. 	<ul style="list-style-type: none"> • Connotación positiva y elogio al integrarse al coro, ya que la hace sentir bien y contenta por las próximas presentaciones que tendrá. • Se utilizó la confrontación e intensidad ante su postura ambivalente al haberse presentado Ernesto a su casa • Se utilizó la metáfora de sus heridas ante el hecho que se apareció Ernesto y como vuelve a abrir sus heridas y generar que sangren. • Se usó el coro griego, al plantearle a la paciente que el equipo terapéutico tiene opiniones encontradas, una parte del equipo, reconoce cambios importantes en ella, piensa que se ha 	<ul style="list-style-type: none"> • Que pensara en las consecuencias que tiene el seguir esperando a Ernesto y si está dispuesta a vivir más años en esta espera y en dado caso como podría asumir estas consecuencias.

			<p>esforzado a lo largo del proceso terapéutico, mientras que otra parte, piensa que sigue con la esperanza y se preguntan cuánto tiempo más va a esperar a que Ernesto llegue y defina verbalmente su situación, considerando la edad que tiene y si lo que le resta los dedicará a esperar.</p>	
<p>8 10/12/07</p>	<p><i>"Hay como me siento, como me siento?, ni se como me siento, pero he estado participando en el coro ... Me encanta, me olvido de todo, de todo, de todo"</i> <i>"es su casa, su, bueno, pues si es su casa y que puede entrar y salir y sacar lo que quiera cuando quiera"</i> <i>"yo creo que en el fondo si, porque no lo puedo negar, o sea muy, muy en el fondo sí, muy lejana esa esperanza, sí" pero ahorita dijo él ya no me lastima, yo soy la que me estoy lastimando.</i></p>			
<p>9 14/01/08</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar cómo se sintió en este período vacacional, • Explorar que reflexionó sobre lo que se habló la última sesión sobre seguir esperando a que Ernesto defina verbalmente su relación 	<ul style="list-style-type: none"> • Se habló sobre lo que sucedió en el período vacacional, como se sintió la paciente y que actividades realizó. Se continuó hablando sobre la esperanza que mantiene con algunos ejemplos que ocurrieron y se exploró qué planes tiene para este año y que puede ir haciendo para cerrar esta situación que le duele 	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizó una metáfora en relación con las cosas de Ernesto que permanecen intactas en su lugar comparándolas con lo que ocurre cuando alguien muere y no queremos mover sus cosas con la idea de que la persona va a regresar o no se ha ido. • Se validaron sus sentimientos, pues en estas fechas se dio cuenta que aún mantiene la esperanza, lo cual la hizo sentir triste y desilusionada, pues sabe que "las cosas no van a cambiar" • Se reencuadró su sentimiento de tristeza al no haber ido sus hijos a verla a sus recitales, pero si haber compartido esta experiencia con amistades y sentirse bien ante la respuesta del público. • Se reencuadró el inicio del año como una oportunidad para iniciar un nuevo período, con planes que le permitan sentirse mejor. • Se utilizó la intensidad y confrontación cuando se le planteó que pasaría si ella empezara a guardar las cosas de 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pidió que pensara que pasaría si empezará a quitar de su habitación las cosas de Ernesto y como se relaciona el no mover sus cosas con la esperanza que aún mantiene.

			Ernesto que están en su closet, pues hasta el momento solo es un "deseo" de ella.	
9 14/01/08	<p><i>"la primera vez que no estuvo en 12 ni el 24, en estas fiestas de alguna forma estábamos juntos., si me dolió " pues ustedes y yo somos una familia, cenamos, porque ese día pasaron la grabación del programa del 17, del coro, y lo pasaron, estuvo muy bonito, me encantó" "Espero sentirme mejor, tener una mejor actitud ... para no deteriorar mi salud" "mentalmente digo ven por tus cosas ... Todavía no me atrevo. A lo mejor dentro de un mes".</i></p>			
10 28/01/08	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar que pensó acerca de empezar a guardar las cosas de Ernesto que aún se encuentran en el closet • Indagar que pensó en relación a continuar con la esperanza de que Ernesto regrese con ella. 	<ul style="list-style-type: none"> • En base a las reflexiones hechas por Rosa, se planteo que lo que necesita trabajar en adelante dentro de la terapia es la aceptación de la separación con Ernesto 	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizó el cuestionamiento cuando anteponía que no guardaba las cosas de Ernesto por miedo a que reacción tendrían sus hijos • Se utilizó el elogio por las actividades que ha llevado a cabo Rosa y por su reciente participación en un evento cultural importante. • Se reencuadró la relación con Ernesto como algo que no solo ha tenido momentos malos, sino que también hubo momentos agradables y ver las dos partes, también es parte del cierre que puede ir haciendo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se manejó la técnica de no apresurarse en relación a guardar las cosas de Ernesto y esperarse hasta agosto como inicialmente había pensado, por lo que en esta sesión no se le dejó algo específico.
10 28/01/08	<p><i>" ayer canté en Bellas Artes porque entregan las, las medallas Mozart a varios músicos ...es algo muy bonito, y luego fue una amiga de hace mucho tiempo, fue con su sobrina, y me dio mucho gusto ... lo más bello que me ha pasado, es estar en el coro ... tengo dos coros, un chico y el grandote, con el que fuimos a bellas artes, y bueno hay muchas cosas buenas en mi vida que me han pasado, pero últimamente es lo más bello que me ha pasado" " ...no me atrevo a hacer ciertos cambios o ciertas cosas o coger una bolsa y meter ahí sus cosas, todavía no, o sea ahhh... por mi todavía no, o sea los hijos sabrán como lo toman no ... y hasta puse fecha no? dije en Agosto ...voy a coger una bolsa y quitar todas su cosas, no se porque dije hasta Agosto no?, si como, como esperando que él algún día llegue no? ... pues ya lo pensé voy a empezar por el cajón, para ocuparlo no? es lo que voy a empezar a hacer... entonces voy a aprovechar ese... espacio"</i></p>			

<p>11 11/02/08</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar que ha reflexionado Rosa sobre la idea de cerrar la relación y lo que tiene que empezar a hacer para lograrlo 	<ul style="list-style-type: none"> • En esta sesión, se habló de cómo se decidió a guardar, tirar y regalar algunas cosas de Ernesto de su cuarto, así como de romper algunas de sus cartas, se comentó como lo hizo y como se sintió • Se habló sobre una película que le resulto significativa a la paciente que habla sobre una lista de actividades que hacen dos personas con un diagnostico de enfermedad terminal 	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizó una metáfora en relación a que quitó cosas de Ernesto y que el cajón que desocupó lo empezó a ocupar para ella, para sus planes y proyectos que tiene en adelante, de manera que Ernesto ya no ocupa toda su vida, en esa espera • Se connotaron positivamente los cambios que realizó la paciente • Se trabajó en el reconocimiento de la paciente de sus propios cambios, de manera de buscar una amplificación del cambio • Se normalizó el cambio que llevo a cabo, ante su preocupación por el "qué dirán sus hijos" al sacar las cosas de su papá 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pidió que pensara en una lista de cosas que pudiera realizar y que la hagan sentir bien, como en el ejemplo de la película • Que reflexionara cual sería el siguiente paso para cerrar la relación con Ernesto
<p>"ese mismo día saque las cosas del cajón dónde tenía mi esposo muchas cosas ... me fui con el deseo, desde aquí, de hacer algo, entonces dije tengo que empezar hoy mismo y llegue a sacar algunas cosas ... no me la creía ... que bueno que lo puedo hacer, ósea no me había atrevido a hacerlo, francamente, yo no me atrevía a hacerlo. Me encantó y ese cajón ya lo ocupó, que estoy muy contenta al respecto".</p>				
<p>12 25/02/08</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar si Rosa pensó cual sería el siguiente paso para ir cerrando la relación con Ernesto, así como la lista que se le dejó sobre actividades que la hagan sentir bien 	<ul style="list-style-type: none"> • Se comentó como se ha sentido Rosa en relación a los cambios que ha ido realizando; y se habló de las actividades que está llevando a cabo. • Se habló sobre la idea de Rosa de hablarle a Ernesto para felicitarlo en su cumpleaños y sobre una próxima fecha importante (aniversario de bodas) y lo que esta le significa dentro del cierre de la relación 	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizó el reencuadre ante lo que la paciente refirió como "desconectarse" y no hacer nada de lo que se le dejó de tarea, como darse tiempo para ella, asimilar los cambios que está realizando y las actividades que disfruta, lo que se complementó con la técnica de no apresurarse a seguir realizando cambios. • Se retomó la metáfora del cajón, ante el hecho de que la paciente está realizando más cosas para sí misma que la hacen sentir bien, como una forma de ir llenando para sí misma ese 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pidió que reflexionara sobre su idea de hablarle a Ernesto y que fuera visualizando y preparándose para la siguiente fecha importante que se aproxima.

			<p>cajón que vació de Ernesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se confrontó el que la paciente tuviera la intención de marcarle a Ernesto para felicitarlo por su cumpleaños; se utilizaron preguntas a futuro y reflexivas de manera que pudiera visualizar las consecuencias que implicarían marcarle. 	
<p>12 25/02/08</p>	<p>“Como que detuve todo el proceso y no me di tiempo para pensar en hacer más cosas, como que estuve muy ocupada” “disfruto más lo que hago, me falta tiempo que ahora se me enciman cosas ... vi que había clases de italiano y ya me anoté al italiano, entonces para mí es así como, como renovar muchas cosas que hice hace muchos años con mucho gusto” “ a veces siento que el tiempo ya no, o sea que ya no tengo mucho tiempo y que soy medio lenta para hacer las cosas, para tomar decisiones, aplazo mucho las cosas, a veces muchísimo, pero ahora sí que me llegó la prisa”</p>			
<p>13 10/03/08</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar si la paciente le habló a Ernesto el día de su cumpleaños • Indagar como se siente la paciente en relación a la fecha en la que cumpliría años de casada con Ernesto 	<ul style="list-style-type: none"> • Se comentó sobre los sentimientos de la paciente en relación a la fecha de aniversario que se acerca. • Se habló sobre las actividades que continúa realizando y las que ha incorporado a su vida la paciente, entre las que se encuentran el coro, clases de idiomas y de pintura 	<ul style="list-style-type: none"> • Se marcó la excepción ante el hecho que la paciente no le habló a Ernesto en su cumpleaños como lo había planteado en la sesión anterior • Se manejó el reencuadre sobre la fecha de aniversario que se acerca, vista como una oportunidad de continuar haciendo el cierre de la relación • Se uso la connotación positiva, el elogio y la metáfora, por las actividades que realiza la paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pidió hacer un recapitulado de lo que ha venido haciendo en la terapia, de los cambios que ha realizado, así como pensar lo que le faltaría para trabajar en la terapia
<p>“Fue su cumpleaños y estuve ocupada pero un día antes estuve platicando con una de mis hermanas la mas chica, y me hizo reflexionar en algunas cosas. “Si él no ha tenido atenciones contigo, tú no tienes porque tenerle alguna atención. Él no quiere ya nada contigo ya te lo ha demostrado entonces ¡tú sabes! ... me sentí tranquila la verdad, que bueno que ni lo intente ...” “en este mes de marzo un día nos casamos por el civil, pero se me borró no sé si fue el 8, 30, y ni lo quiero ver y ni lo quiero recordar” “he estado muy ocupada, el jueves cantamos ... estoy estudiando porque el miércoles en la noche nos vamos a Jalapa con el coro y el jueves ensayamos con la orquesta y el viernes en la noche cantamos”</p>				

<p>14 31/04/08</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar que sucedió en relación a la fecha de aniversario de bodas. • Revisar la tarea que se le dejó de hacer un recuento de lo que ha sucedido en el proceso terapéutico, lo cambios que ha visto y lo que le faltaría trabajar, con la finalidad de ir preparando el cierre de la terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se habló de lo que sucedió en relación a la fecha de aniversario de bodas, en donde la paciente se decidió a guardar las cosas de Ernesto, habló con sus hijos sobre la situación con su papá y se planteó el hacer el cambio de chapa de la casa para que Ernesto ya no tenga acceso a esta • Se revisó el recuento que realizó la paciente del proceso terapéutico, perfilando así, la terminación del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Se retomó la metáfora del cajón haciendo mención que ahora que se decidió a guardar las cosas de Ernesto tendrá no solo un cajón, si no mucho más espacio para sí misma. • Se utilizó el elogio en relación a los cambios que ha realizado en los últimos 15 días y a lo largo de la terapia. • Se validaron los sentimientos de la paciente en cuanto al proceso que ha vivido y los cambios que ha realizado. • Se reencuadró el cierre de la relación que está trabajando, como un cierre de un ciclo, pero la oportunidad de uno nuevo, con proyectos y actividades que a su vez están llenando ese vacío del que habló en sesiones anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> • No se le dejó tarea, ya que no se pudo revisar con el suficiente tiempo, la reflexión que escribió sobre su proceso terapéutico y se retomará la siguiente sesión
<p>“ ... tome algunas decisiones.. con lo que estábamos viendo y hable con mis dos hijos ... he decidido poner en bolsas la ropa de tu papá ... voy a mandar cambiar la chapa ... al cambiar la chapa le haría pensar a el que ya termino todo ... me sentí bien, dije pues que bueno, si puedo hacerlo, y ya no les tengo miedo a la reacción de mis hijos”</p> <p>“ ...primero no aceptaba la situación, después la fui aceptando, con el tiempo, con las semanas, con la terapia ...”</p>				
<p>15 28/04/08</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar que faltaría de trabajar en la terapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Se habló sobre que Rosa percibe que le faltaría de trabajar en la terapia que es la comunicación con sus hijos • Se comentó sobre el cambio de chapa de su puerta y el mensaje que está enviando con esto, así como lo que implica dentro del cierre de la relación 	<ul style="list-style-type: none"> • Normalización de la idea de estar “separada o divorciada” como algo malo o visto como un estigma social, ante el hecho que ninguna amistad sabe de la separación de Ernesto y se redefinió la frase de estar separada que le cuesta trabajo por decir que Ernesto ya no es parte de su vida • Se elogió a la paciente por haber cambiado la chapa de su casa, dando con ella el mensaje que no puede entrar cuando quiera 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le planteó el cierre de la terapia en la próxima sesión

<p>15 28/04/08</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Se exploraron los sentimientos que le implican a la paciente el saberse separada de Ernesto ante los demás 	<ul style="list-style-type: none"> • Se reestructuró su idea de trabajar la "falta de comunicación" con sus hijos, ante el hecho de que sus hijos si le es están comunicando algo, aunque no de la manera que a ella le gustaría, además de que están buscando su independencia y esto resulta una necesidad para ella, pero no para sus hijos y esto no se puede trabajar de manera unilateral. • Se connotó positivamente el que a pesar de que no existe con sus hijos la comunicación que ella desea, ha logrado poner algunos límites, como el hecho de que su hijo mayor ya le da un gasto para la casa o bien pedirle a su hijo menor que no se exprese con groserías en su casa 	
<p>"algo así importante de la ultima vez como que no me atrevía a cambiar la chapa y ya la cambie ... Y además que haberla cambiado me da más tranquilidad porque a veces estaba en la cocina o el lavadero y de repente entraba Ernesto. Y ahora tengo más seguridad de que si quiere entrar tiene que tocar"</p>				
<p>16 26/05/08</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un resumen de lo que ha sucedido en el proceso terapéutico, los logros que ha tenido la paciente, y se le aplicará una escala de evaluación, de manera que se pueda hacer un cierre de la terapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Se habló del deseo de Rosa de levantar un acta de abandono de hogar y de otras cuestiones legales • Se habló de cómo se sintió la paciente al haber guardado todas las cosas de Ernesto y lo que esto significa en su proceso de cierre • Se comentaron las actividades que continúa realizando y que la hacen sentir bien 	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizó una escala de evaluación en relación a como se sentía cuando llegó a terapia y como se sentía en este momento. • De validaron y normalizaron los sentimientos de la paciente ante el proceso que ha vivido a lo largo de estos meses del cierre de la relación • Se hizo un recapitulado de lo que ha sido el proceso terapéutico y de los cambios que la paciente ha ido realizando a lo largo de este, haciendo mención de cómo se fue sintiendo y como se encuentra en este momento, así como de lo que ella seguirá trabajando fuera del proceso terapéutico 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Se reencuadró el que la paciente en un momento de su vida no pudo decidir y hacer lo que le gustaba, pero que en este momento ella es la que decide lo que quiere hacer y el rumbo que toma su vida • Se hizo un reencuadre en relación al prejuicio que carga la paciente en relación en relación a lo que significa ser una mujer divorciada. 	
<p>16 26/05/08</p>	<p>"...me armé de valor y busque bolsas grandes y saqué todas las cosas que estaban en el buró y de la puertita ... el cajón y el closet ... eran muchas cosas, verdaderamente muchas cosas, tenía el cajón y la puertita llena. Y fui llenando las bolsas, y si sufrí, sino pase una crisis, porque esto es el final, me costó trabajo, se me salieron las lagrimas..."</p> <p>" a lo mejor esto tenía que terminar desde hace tiempo, si sufrí hubo violencia, faltas de respecto, pero las cosas tienen que terminar ... estoy viviendo los dos sentimientos, el de tristeza y el de satisfacción vamos a decir, satisfacción de esto ya se terminó"</p> <p>"Y pensé porque no estuve antes en el coro, porque no era el momento, el momento es ahora y también el coro me ayuda a conocerme. Me estoy dando la oportunidad de pintar ... y el lunes pasado que me tocó pintura pinté mas, ahora me atreví a pintar mas, en óleo, porque no me atrevía a pintar en el óleo".</p> <p>"Estoy en el último nivel de conversación en francés e ingles. Y me gusta descubrir que si se"</p> <p>"Cuando llegue aquí me sentía así como en cinco, me sentía muy oprimida, con un dolor muy fuerte aquí adentro, con un sentir, un resentimiento, un dolor adentro, interior de lo que estaba pasando y fue con el tiempo como fue mejorando eso.</p>			

Logros en relación a las metas

Rosa logró definir la relación con Ernesto desde ella, al aclarar y trabajar con sus sentimientos, así como tomar decisiones y llevar a cabo acciones que le permitieron ir cerrando la relación, como guardar sus cosas, tirar cartas, cambiar la chapa de la casa, hablar con sus hijos de la situación y levantar un acta de abandono. A la par comenzó un nuevo proyecto de vida en el que pudo ingresar a diversas actividades como un coro, clases de pintura, idiomas y otras, pudo ir sanando la herida que sentía le había generado su relación con Ernesto, no solo al momento de asistir a la terapia, sino a lo largo de los años.

Además de esto, logró acercarse un poco más a sus hijos, sobre todo con el mayor, a pesar de que esta demanda se consideró para otro proceso terapéutico siempre que sus hijos quisieran.

Seguimiento del caso

Se citó a Rosa tres meses después de que finalizó su proceso terapéutico, continuaba en su proceso de cierre de relación, en esa sesión se hizo un recuento de lo que había ocurrido, utilizando metafóricamente un cuadro que la paciente había dibujado en esos meses de dos patos que nadaban en direcciones contrarias, simbolizando a Rosa y Ernesto y el camino que ahora cada quien toma en su vida. Se connotaron positivamente todos sus cambios y se prescribió la recaída como una situación normal dentro de su proceso de duelo.

Experiencia personal

Este proceso fue muy enriquecedor pues implicó el acompañamiento a Rosa dentro de su proceso de dolor y a la vez de redescubrimiento y de formación de un nuevo proyecto de vida, al mismo tiempo que yo estaba formando mi proyecto y dando vida a un nuevo ser, lo cual siento que de alguna manera nos hizo sentir más identificadas y cercanas

Rosa me enseñó el gran valor que tenemos como mujeres, que podemos salir adelante, en cualquier momento de nuestras vidas, a pesar de las circunstancias y que tenemos la capacidad de resurgir una y otra vez y también podemos detenemos un momento a sentir, a llorar y a pedir ayuda cuando las situaciones nos sobrepasan, pues no solo estamos para los otros, también para nosotras mismas.

Me dejó también como aprendizaje, la idea de que nunca es tarde para hacer lo que nos gusta y alcanzar nuestros sueños, no importa si pasaron años,

si algo nos impidió hacerlo, solo es cuestión de darnos tiempo y en definitiva las cosas pasan en el momento indicado, ni antes, ni después

Como terapeuta, me queda la experiencia de que la empatía y la relación que establezcamos con los pacientes, es aún más importante que las técnicas que utilicemos, claro, tampoco dejándolas de lado, se pueden combinar y dar los mejores resultados. En este caso, me di cuenta que hasta que establecí esa relación, fue cuando hubo un cambio en el rumbo de la terapia.

Una situación que se me dificultó en este proceso fue poder embonar el modelo de supervisión al caso, pues mi impresión es que el modelo tiende a trabajar en cuestiones muy racionales y concretas, no siendo tan primordial la parte afectiva, lo cual era necesario tratar ante la situación de duelo que atravesaba Rosa, por lo que es importante hacer uso de diversas herramientas o modelos, de acuerdo con la problemática de los pacientes y al tipo de paciente que tengamos enfrente.

3.1.2.2. Presentación del Caso 2

I. Datos Generales de la familia

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN
Liliana	36	Madre	Divorciada	Empleada de gobierno (actualmente tiene un permiso por 6 meses y trabaja en un kinder cuidando niños)
Mariana	23	Hija	Soltera	Empleada
Azucena	15	Hija	Soltera	Estudiante y cuidadora de niños en un kinder
Marco Antonio	12	Hijo		Estudiante de secundaria
Gisela	3	Hija		

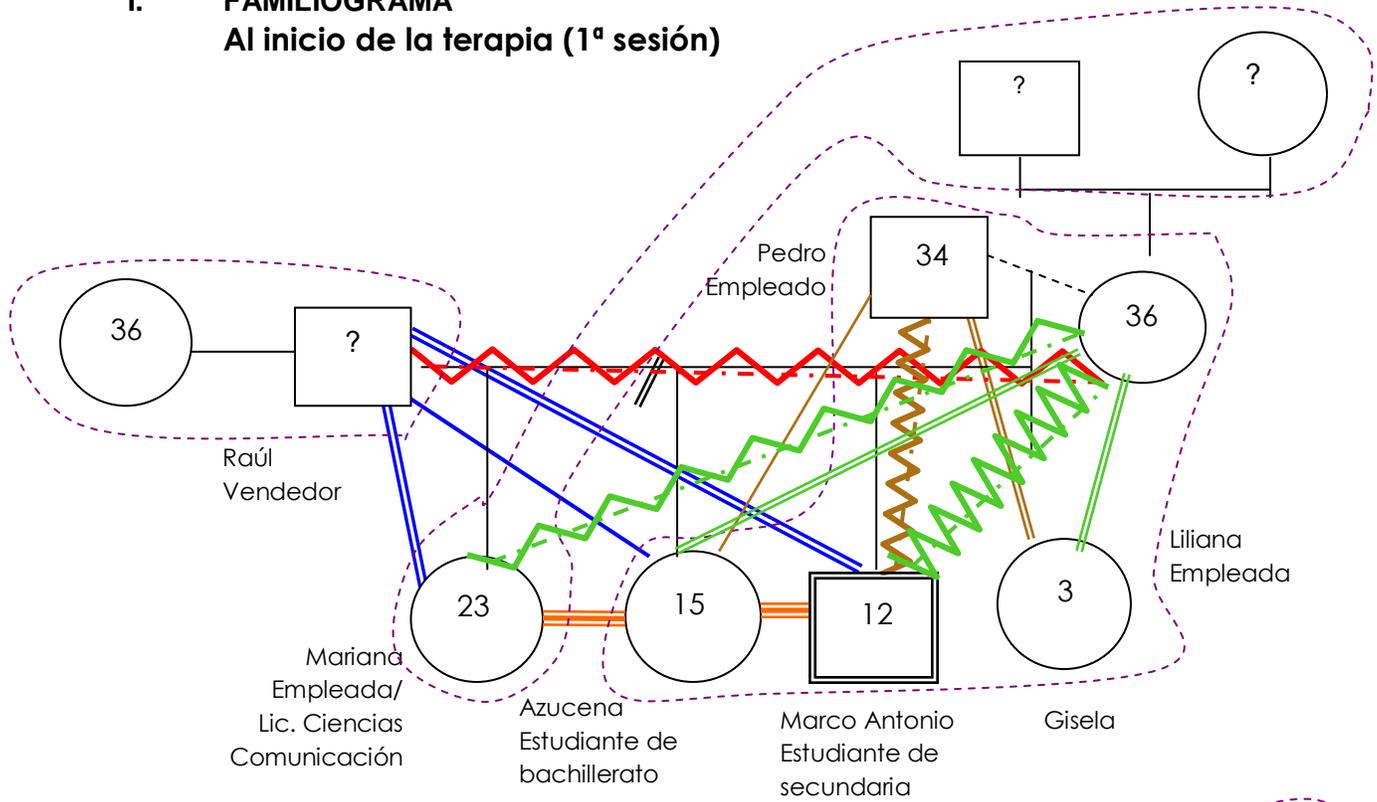
Terapeutas: Lizette Hayde Rodríguez Chica

Alicia Barrios Muñoz

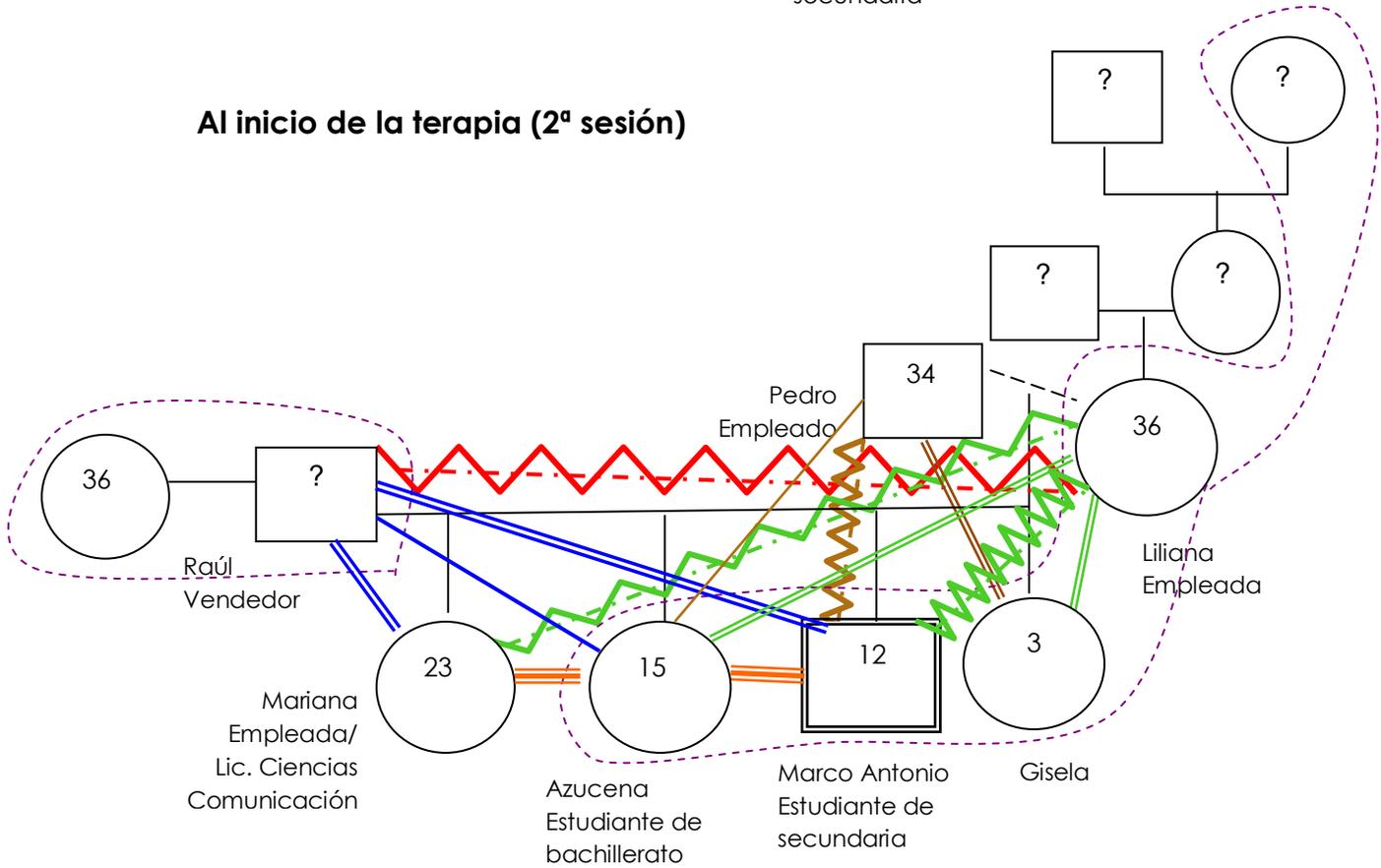
Supervisora: Dra. Silvia Becerril

Sede: Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro

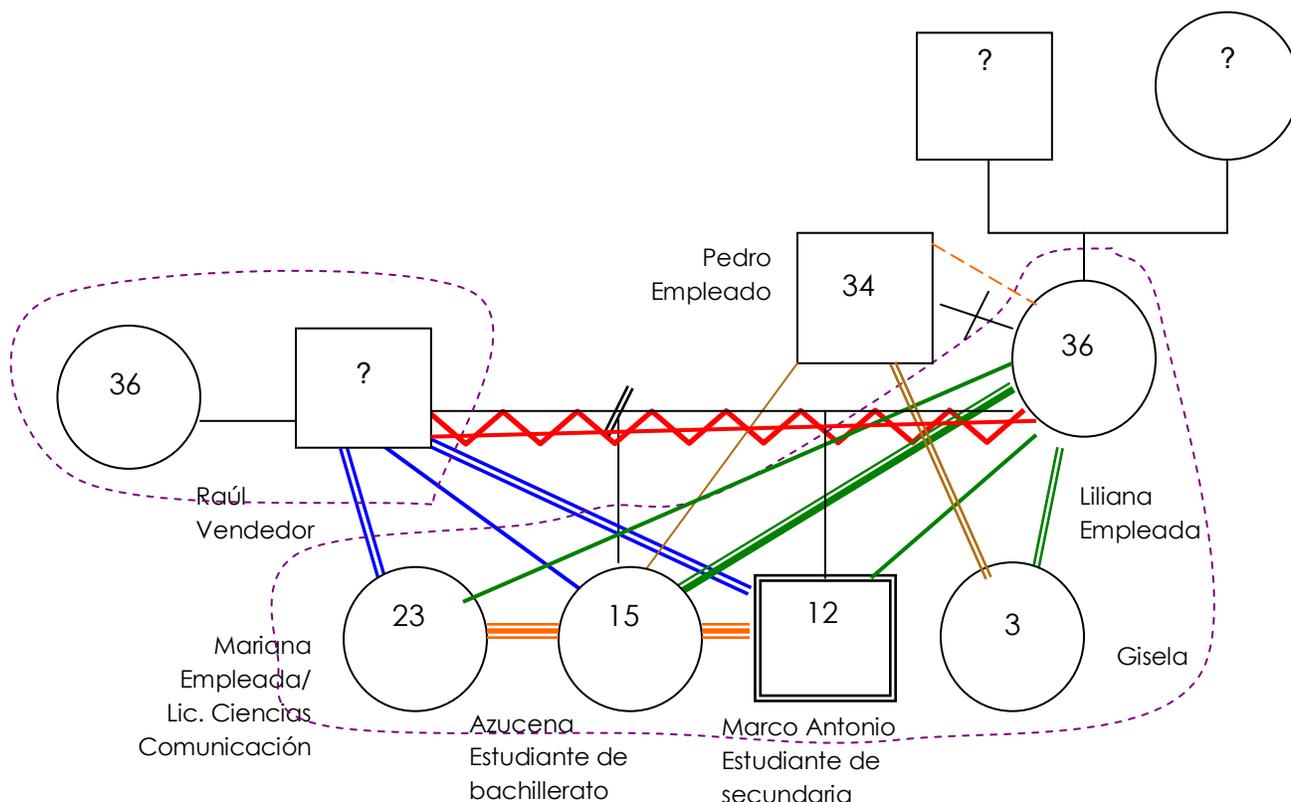
I. FAMILIOGRAMA
Al inicio de la terapia (1ª sesión)



Al inicio de la terapia (2ª sesión)



Al final de la terapia



I. MOTIVO DE CONSULTA

Existen diversas problemáticas por las que asisten a la terapia, Marco Antonio asiste debido a que tiene problemas de enuresis y Lilita comenta que su familia ha vivido mucha inestabilidad, existen dificultades con su ex esposo e involucran en sus problemáticas a sus hijos.

II. RESUMEN DEL CASO

Dentro de la historia familiar, Lilita se casa con Raúl con quien procrea tres hijos, posteriormente, debido a la mala relación que mantenían y problemas de alcoholismo de Raúl, deciden divorciarse. Lilita vive con sus hijos, excepto con Mariana, quien vive con sus abuelos debido a que con ella ha tenido muchos conflictos. Después del divorcio, tanto Raúl como Lilita, se establecen con nuevas parejas y Lilita tiene una hija con Pedro, con quien vive un tiempo, pero Marco Antonio no se lleva bien con él y por esta y otras dificultades de pareja, se separan. Por un tiempo ella y sus hijos se van a vivir con la abuelita de Lilita, ya que queda cerca del kínder donde trabaja Lilita

y Azucena, así como de la escuela de Marco, sin embargo por cuestiones de espacio, deciden irse a una casa que tiene Liliana, a la que no se iban anteriormente porque les quedaba muy lejos, razón por la cual al final deciden rentar un departamento cerca del kínder y Gisela se va a vivir con ellos.

La relación que mantiene Liliana con Raúl es mala, ya que constantemente se hacen reproches y se agreden ya sea directamente o a través de sus hijos, situación que ha afectado principalmente a Marco Antonio, ejemplo de ello, fue que habían llegado al acuerdo que cuando Marco entrara a la secundaria, se iría a vivir con su papá (esto debido a que Liliana no podía controlarlo), sin embargo, cuando esto iba a ocurrir, Raúl puso como condición que una vez que viviera con él, ya no podía ver a su mamá, por lo que después de una gran discusión, se canceló todo, lo cual molesto mucho a Marco, pues él esperaba con mucho entusiasmo irse con su papá, aunque tampoco estaba de acuerdo con la condición que imponía. Anteriormente, Azucena se fue a vivir con su papá un tiempo, pero no se sintió a gusto y se regresó con su mamá. A su papá lo ven regularmente cada 15 días y a todos les agrada ir con él

Liliana refiere que en su historia familiar ha habido mucha inestabilidad y lo que desea es salir adelante con sus hijos y que estos estén bien.

Diagnóstico Estructural de la Familia

A continuación se realiza un diagnóstico estructural de la familia (Minuchin, 1981)

- **Estadio de desarrollo y tipo de familia**

En un inicio, hablamos de una familia reconstituida que se encuentra en la época de crianza de niños pequeños y adolescentes. Posteriormente, esta familia reconstituida se separa. De acuerdo a Minuchin (1981), esta familia entra en la descripción de familia cambiante, en donde se mudan constantemente de domicilio o bien cambia la composición de la familia, de manera que no es muy clara su estructura organizativa. También se puede describir como familia descontrolada, pues uno o varios miembros, presentan *síntomas en el área de control* y puede haber problemas en la organización jerárquica, las funciones ejecutivas en el subsistema parental y la proximidad entre los miembros de la familia.

- **Subsistemas**

Subsistema Conyugal. Existen dificultades en este subsistema, la relación entre Liliana y Raúl, no se ha podido cerrar, a pesar de que ya están divorciados, por lo que continúan “atacándose” a través de los hijos, siendo hasta el momento el más afectado Marco Antonio. Por otra parte la relación entre Liliana y Pedro, no resultó, pues de acuerdo a ella, Raúl, continuó interfiriendo en sus relaciones posteriores y su hijo Marco nunca se pudo llevar bien con él, lo cual la hacía sentir mal.

Subsistema Parental. No existen acuerdos en este subsistema, ya que si uno se hace cargo de los hijos, el otro queda completamente fuera, pues no pueden compartir este rol. Liliana se hace cargo de la educación de sus hijos y Raúl ve a sus hijos los fines de semana, con quienes sale a pasear y a divertirse. Pedro también ve a su hija los fines de semana.

Subsistema Fraternal. Existen alianzas entre los hermanos, sobre todo los mayores, pues Gisela aún está muy pequeña y en realidad es su media hermana. Los tres hermanos parecen unirse con su papá y coaligarse en contra de su mamá y comparten cierto resentimiento hacia ella.

- **Límites**

No existen límites claros en el subsistema parental, Liliana no establece su rol de autoridad con sus hijos en especial Marco, no la toman en cuenta y hacen lo que quieren, por otra parte este subsistema también interfiere en el conyugal, ya que de acuerdo a Liliana una de las razones de su separación fue la mala relación de Marco con su pareja.

- **Poder y jerarquía**

Al parecer el poder es ejercido por Raúl, aún no viviendo en casa, pues en esta familia el poder económico es muy importante y él lo tiene, además de que ejerce el poder a través de sus hijos, quienes son muy influidos por lo que él diga.

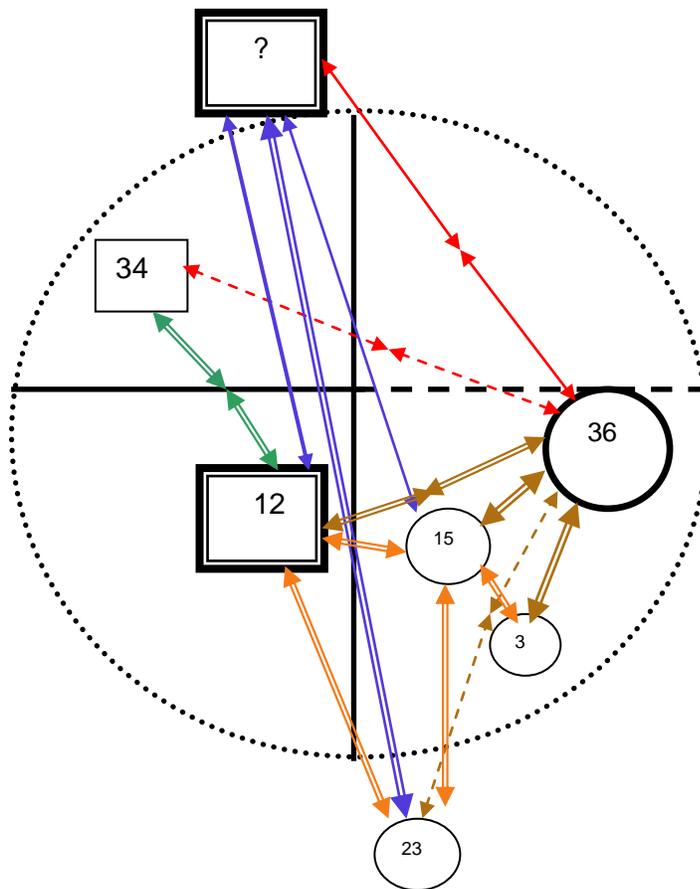
- **Centralidad**

En estos momentos, la centralidad en la familia, la tiene Marco, quien es señalado como el que presenta mayor problemas y quien finalmente es el que se encuentra en el centro de la batalla campal que aún hay entre sus padres.

- **Flexibilidad**

En esta familia, existe flexibilidad, en el sentido de que ha cambiado constantemente la forma en que se han acomodado para vivir, pues en algunos momentos están con el papá, la mamá e incluso los abuelos. Sin embargo para los acuerdos, existe poca flexibilidad y mucha rigidez.

- **Esquema Dinámico-Sistémico-Estructural**



- **Cohesión**

Existe poca cohesión familiar.

- **Contexto socioeconómico**

Actualmente están pasando por un momento difícil en la cuestión económica, pues Liliana pidió un permiso sin goce de sueldo y le pidió a una tía que tiene un kínder le diera trabajo y tanto ella como Azucena trabajan ahí, sus ingresos son pocos y se ayudan de la pensión alimenticia de Marco y posteriormente de Azucena, sin embargo en general tienen dificultades económicas.

- **Redes de apoyo**

Liliana cuenta con el apoyo de su familia, como es el caso de su tía que le dio trabajo en su kínder, aunque esta relación se enfoca a cuestiones laborales, en otro momento, contó un tiempo con el apoyo de su abuelita al mudarse un tiempo con ella, para estar cerca del kínder. Por otra parte ha buscado ayuda en algunos grupos en los que hacen retiros y esto también le ha ayudado. De ahí en fuera, no existen muchas redes de apoyo.

- **Fuentes de estrés**

- Situación económica
- Mala separación entre Liliana y Raúl
- Mala relación entre Liliana y Marco
- Enuresis de Marco

- **Hipótesis sistémica**

Al haber una mala separación entre Liliana y Raúl, continúan los rencores, resentimientos, en donde sus hijos, son triangulados y utilizados para instigar al otro. Los hijos a su vez, obtienen beneficios de estar en esta posición pues Raúl por tenerlos "de su lado" les brinda las diversiones y cosas materiales que su madre no puede darles, mientras que Liliana al no poder competir con esto, les deja hacer lo que quieren, no les impone límites y finalmente ellos terminan haciendo lo que desean con ambos padres. Por su parte, la enuresis es un reflejo de estas tensiones y de lo presionado que se puede sentir Marco de ser además el único varón.

Análisis teórico-metodológico

En este proceso terapéutico, se utilizó una Integración de Modelos, que permitió alcanzar los objetivos dentro de la terapia. Se utilizó el **Modelo Estructural** y el **Modelo de Terapia Breve centrado en el problema y la solución**.

Dentro del primer Modelo, se realizó un **diagnóstico estructural**, de manera que se pudo conocer la manera en que estaban establecidos los subsistemas, los límites, las jerarquías, las alianzas y coaliciones, la cohesión y flexibilidad del sistema, de manera que se empezaran a establecer límites claros en los subsistemas, pues el sistema parental parecía muy frágil y poco firme y era pasado por alto por el sub-sistema de los hijos, por lo que fue importante la **fijación de fronteras**. Otra técnica utilizada fue el **desequilibramiento**, al establecer alianzas alternantes con los miembros de la familia a lo largo del proceso. La **complementariedad** permitió aclarar el contexto en el que ocurría el problema, pues inicialmente este recaía principalmente en Marco y a veces en Liliana y debido a la poca flexibilidad que había, no lograban ampliar su visión de los hechos y solo se culpaban uno a otro; esto se complementó con las técnicas de **cuestionamiento de realidad de familia**, que se utilizaron en diversos momentos, como en la idea que tenían en diversos momentos Liliana y Marco de que "ya no podían" y que la solución a sus problemas se encontraba en Raúl o bien en la dinámica que mantenían Raúl y Liliana después de años de divorcio, así como sus efectos o bien las ideas que tenía Marco de su mamá al escuchar comentarios de sus hermanas y papá y que provocaban que re-surgiera el enojo hacia su mamá.

A lo largo del proceso, se utilizó la **focalización e intensidad**, al mandar ciertos mensajes o información de manera reiterativa en el curso de la terapia.

Cabe mencionar que también se utilizó el **Modelo Dinámico-Sistémico-Estructural** en la parte de la mala separación que había entre Liliana y Marco y aunque no se pudo trabajar mucho con los dos debido a que este asistió a pocas sesiones, en estas se maneja la importancia de dejar atrás los rencores que existían en ellos y poder establecer una buena relación parental, pues la mala relación que mantenían dejaba en medio a Marco y lo hacía sentir mal, situación que **escenificó** cuando asistieron los tres a terapia. Esto se continuó trabajando con Liliana, pues era quien manifestaba mayor enojo hacia Marco.

Dentro del modelo de **Terapia Breve**, se establecieron cuales habían sido las **soluciones intentadas** por Liliana en cuanto al manejo de límites y de su autoridad con Marco, así como en la situación de la enuresis, se les pidió que hicieran algo diferente a lo que ya venían intentando. En una parte de la

terapia, se **prescribió el síntoma** ante la actitud que tomaron de que las cosas no podían mejorar por más que se esforzaran y hacia el final del proceso se prescribió la **recaída**. En la parte de soluciones, se buscaron excepciones a situaciones que les dieran resultado, tratando de extenderlas a otros contextos, se usó el **elogio** ante los esfuerzos que empezaron a realizar y que les permitieron sentirse mejor.

Proceso Terapéutico

Este proceso, se dio básicamente en dos períodos, distribuidos así por cuestiones administrativas del Hospital (vacaciones). El primer período, comprendió las sesiones 1 a la 12, que correspondían al período del 20 de Septiembre de 2007 al 06 de Diciembre del 07. Las sesiones llevaban a cabo de manera semanal y con supervisión narrada, salvo la sesión 8 en la que está presente la supervisora.

El segundo período, fue de la sesión 13 a la 31, correspondiente al período del 16 de Enero del 2008 al 20 de Agosto del 2008.

A continuación se presenta un resumen general por período, incluyendo las principales intervenciones que se utilizaron

Reporte de sesiones

Primer período

Objetivos Generales

Al inicio de la terapia, se buscó definir el motivo de consulta y los objetivos que podían obtener. Se busco a lo largo del proceso establecer alianzas alternantes con los miembros de la familia. Uno de los objetivos iniciales, fue re-establecer la autoridad de Liliana dentro de su casa, especialmente con Marco Antonio, de manera que quedaran establecidos límites y responsabilidades de cada quien. Otro de los objetivos implicó la apertura al diálogo sobre las emociones y sentimientos de Marco Antonio hacia sus padres sobre diversas situaciones que habían ocurrido a la par, se fue trabajando la enuresis de Marco Antonio

Resumen

Acuden a terapia Liliana, Azucena, Marco Antonio y Mariana, sin embargo por cuestiones de horario y trabajo la mayor parte de las sesiones se desarrollan con Liliana y Marco Antonio. Cabe mencionar que en la mayoría de las sesiones acuden de manera impuntual, por lo que se trabaja con ellos el tiempo que les resta de sesión. Del total de las sesiones de este primer período tienen una inasistencia correspondiente a la sesión 7.

Se comienza por explorar datos generales, motivo de consulta e historia familiar y se procede a trabajar en los objetivos terapéuticos. Debido a que en la segunda sesión se cambian de casa con la abuelita de Liliana y la familia queda constituida de otra manera, debido a que la pareja de Liliana ya no vive con ellos, se trabaja en la adaptación que pueden establecer, la cual les resulta difícil a todos pues el espacio es muy reducido, no existe sub-división de sistemas y los problemas de conducta de Marco Antonio se hacen manifiestos. Cabe mencionar que ante la incertidumbre de Marco de irse con su papá o quedarse con su mamá tarda unas semanas en llevarse sus cosas a la nueva casa y desempacar.

Debido que la situación de vivienda es una fuente constante de estrés, se exploran las posibilidades que tienen, analizando las ventajas y desventajas de cada una.

Se habla de la situación que tiene tan molesto a Marco Antonio en donde habían acordado que él se iría a vivir con su papá, pero al condicionar este que ya no volvería a ver a su mamá se generó una gran discusión y Raúl decidió ya no llevárselo, por lo que Marco Antonio culpa a su mamá de no estar viviendo con su papá, Liliana por su parte da su versión de los hechos y aclaran la situación que no se había hablado, haciendo énfasis a los sentimientos que esto les ha generado. Al ser un tema recurrente en Marco Antonio el querer irse a vivir con su papá, se le pide que hable con este para que pueda saber cuándo se irá con él, sin embargo su respuesta es cuando sea más grande y pueda decidir.

Marco comenta las alianzas que forma con sus hermanas y su papá y también las coaliciones que llegan a establecer en contra de su mamá y como los comentarios que realizan de su mamá han influido en la mala percepción que tiene de ella.

En relación a los límites que establece Liliana se busca que estos sean firmes y sobre todo constantes, así como que exista claridad en las reglas en

casa y las consecuencias que tendría el no llevarlas a cabo, pues en un inicio existe incongruencia.

Se exploran los miedos de Marco Antonio, como su temor a la oscuridad y a dormir solo, se busca establecer límites entre sub-sistemas, en el sentido que Marco pueda ir desarrollando más independencia y privacidad tomando en cuenta las condiciones de vivienda en las que se encontraban, pues inicialmente todos dormían en la misma habitación.

Principales Intervenciones

- ☑ Se establece el encuadre terapéutico.
- ☑ Se establecen los intentos de solución de Lilitiana, en donde habla con Marco Antonio y sus hijos para que le hagan caso; les escribe cartas en donde expone todo lo que le molesta de ellos, le pega a Marco Antonio y se comenta la efectividad que han tenido.
- ☑ Se le pide a Lilitiana que haga algo diferente a lo que venía haciendo
- ☑ Se hace un cuestionamiento del problema, de manera que Marco Antonio no sea etiquetado como el paciente identificado.
- ☑ Se trabaja el manejo de límites y autoridad con Lilitiana y se hace énfasis en la constancia que debe tener.
- ☑ Se buscan excepciones en los momentos en los que Lilitiana establece su autoridad ante Marco Antonio, como en el manejo del dinero.
- ☑ También se establecen excepciones en el manejo de límites no solo dentro de casa, sino también fuera, pues es algo que Lilitiana reflexiona y comienza a actuar de manera distinta, como el hablar con su tía con la que trabaja y plantearle claramente sus actividades y paga, pues sentía que abusaba de su confianza.
- ☑ Se confronta la incongruencia que existe al querer que las cosas sean diferentes pero no realizar tareas que se les piden en las primeras sesiones, en especial una lista por escrito de lo que espera que haga Marco Antonio y las consecuencias que traería el no hacerlo o en el caso de Marco Antonio a quien se le pide que hable con su papá para aclarar su situación y este lo olvida varias sesiones.
- ☑ Se reencuadra la importancia de las tareas que se les dejan, para que se cumplan los objetivos de la terapia y para que puedan sentirse mejor, así como el poder aprovechar la sesión completa al llegar puntuales.
- ☑ Se cuestiona el que Marco Antonio culpe a su mamá de no estar viviendo con su papá, cuando este lo evade y no quiere hablar claramente con él sobre cuando vivirán juntos.
- ☑ Se interpreta el que Marco no desempaque sus cosas como una manera de no establecerse en ningún lado y de poca pertenencia.

- ☑ Se confronta que Marco Antonio no esté tomando las medidas que le permitan superar la enuresis y se establece un compromiso en terapia para llevarlas a cabo.
- ☑ Se cuestiona que Liliana asuma las responsabilidades que le corresponden a Marco Antonio en relación a la enuresis, como el lavar las sábanas y su ropa.
- ☑ Se buscan excepciones en la conducta de Marco Antonio como el estarse portando mejor en la escuela, lo cual se connota positivamente.
- ☑ Se validan los sentimientos de tristeza y desesperación de Liliana sobre sentir que no ha educado bien a Marco Antonio.
- ☑ Se connotan positivamente los esfuerzos que ha hecho Liliana por mejorar la situación, como el hecho de acudir a la terapia.
- ☑ Hacia el final de este primer período, se elogia que Liliana haya buscado una opción diferente como el llevarse a Marco en las mañanas al kinder que trabaja y asignarle algunas actividades que lo mantienen activo, a la vez que contribuye con la economía familiar.
- ☑ Se validan los sentimientos de Marco Antonio y de Liliana sobre la situación que de acuerdo a Marco, no le permitió irse a vivir con su papá.
- ☑ Se confronta a Marco sobre el dejarse influenciar por una sola versión de los hechos, cuando pueden existir varias y se confronta si la decisión que tomó su papá de no llevárselo a vivir con él es "culpa" de su mamá o es una responsabilidad compartida de sus padres.
- ☑ Se cuestiona a Marco si él se debe preocupar por lo que ocurrió entre sus papás como pareja, pues menciona que esto también es parte de su enojo.
- ☑ Se le pregunta a Marco si él cree que su enuresis y su desobediencia tienen alguna relación con el enojo que siente hacia su mamá.

Segundo Período

Objetivos Generales

En este segundo período, se da seguimiento a la enuresis de Marco Antonio. Se les propone que inviten a Raúl a algunas sesiones de terapia, con la finalidad de poder trabajar junto con Liliana los rencores que aún permanecen entre ellos y en los cuales involucran a sus hijos, en especial a Marco y la manera como esto le ha afectado. Se continuará trabajando con el establecimiento de límites y autoridad por parte de Liliana hacia Marco y con este se continuarán explorando sus sentimientos hacia sus padres de manera que los pueda ir expresando y no actuando.

Resumen

En este período posterior a las vacaciones, se logra hacer un cambio de horario, de manera que asisten de manera puntual. Dentro de sus inasistencias, se encuentra la sesión 13, 15, 22, 23, 29, 30. Liliana comenta que se fueron a vivir al departamento que tienen, en general se sienten mejor pues todos estaban incómodos en casa de su abuelita y no había espacio suficiente, aunque existe la desventaja de que a todos les queda lejos del trabajo y la escuela, por lo que Liliana consigue que le renten un departamento que pueden costear y Gisela se va a vivir con ellos, esto la hace sentir muy bien y aunque existen algunas dificultades en la organización de las labores domésticas, las cuales se abordan en la terapia como parte del manejo de límites y normas por parte de Liliana hacia sus hijos.

Al explorar que ha ocurrido con la enuresis, se observa que esta continúa y Marco no lleva a cabo el compromiso que había establecido en las sesiones anteriores, mantiene una actitud de “no poder” por más que lo intenta, incluso ante el primer cambio de casa, usa pañal en la noche ya que refieren duerme en la parte de arriba de una litera y no quieren que vaya a ensuciar abajo. Posterior a esto, se establece en terapia llevar un registro de la enuresis y se especifican algunas medidas como ir al baño antes de acostarse, levantarse una vez en la madrugada para hacer del baño, dejar una luz prendida pues Marco refiere su miedo a la oscuridad al levantarse, no ingerir demasiados líquidos en la noche, entre otros, de manera que en las siguientes semanas, la enuresis empieza a disminuir hasta que ya no se presenta.

Es convocado a la terapia Raúl, quien solo se presenta a dos sesiones y no continúa debido a cuestiones laborales. En estas sesiones, se le informa de los avances que ha tenido Marco, de manera que puedan ser reconocidos, pues a Marco le cuesta trabajo expresarlo directamente con él, pues le da miedo se vaya a enojar. También se habla de los rencores que sienten Raúl y Liliana y la manera como esto afecta a sus hijos, en especial a Marco y se habla de la importancia de formar un buen equipo de padres, se observa que a la par que empiezan a mejorar las relaciones entre ellos, la enuresis va disminuyendo. En una de las sesiones a las que asiste Raúl se le pregunta sobre la inquietud que tenía Marco de irse a vivir con él, a lo que le responde que por cuestiones de trabajo, en estos momentos no le es posible llevárselo a vivir con él, pero buscará la forma de convivir más con su hijo.

Marco muestra cambios tanto en la enuresis como en su actitud, se muestra más entusiasta en la escuela, sin embargo una vez que se observan cambios significativos, viene un período de retroceso, para finalmente consolidarse. Cabe mencionar, que en un inicio, Liliana trata de minimizar los

cambios, maximizando cualquier situación que no le haya parecido de Marco, por lo que en la terapia se enfatizan los cambios y se reconoce el esfuerzo que ambos han llevado a cabo y se busca que ellos mismos los reconozcan. De esta manera al desaparecer la enuresis y al tener Liliana un mejor manejo de límites y autoridad, se les propone su alta del servicio, a lo que se muestran de acuerdo.

Principales Intervenciones

- Se le cuestiona a Marco el que piense que “no puede hacer nada” para controlar la enuresis, posteriormente, una vez que se esfuerza, se le reconoce y se connota positivamente a Marco por el esfuerzo que ha hecho para combatir la enuresis y se remarca el hecho de que “si puede”.
- Se busca el reconocimiento de Liliana y Raúl hacia Marco por sus cambios.
- Se connota positivamente el que Marco menciona que se siente con más ánimo y ganas de hacer las cosas.
- Se reencuadra a Marco que cualquier situación que se presente entre sus papás (ej. a Liliana le aceptaron la pensión de Azucena) es independiente de la relación de Marco con su papá, pues a Marco se le muestra temeroso de cómo reaccione su papá.
- Se validan los sentimientos de tristeza y enojo por parte de Liliana al expresar Marco que quiere más a su papá, a pesar de los esfuerzos que Liliana considera que hace para que Marco este bien.
- Se hace un cambio de lugares durante una sesión terapéutica, pues Marco se encontraba en medio de sus papás cuando empezaron a discutir. Se le preguntó a Marco como se sentía y en que otros momentos le ocurría algo parecido.
- Se cuestiona a Liliana y Raúl la “guerra” que aún mantienen, por los rencores que tiene cada uno hacia el otro y los efectos que tiene el poner a Marco en medio para atacarse.
- Se le cuestiona a Liliana el que haga comentarios ofensivos sobre Raúl delante de Marco.
- Se le connota positivamente a Raúl el que asistiera a la sesión y se comprometiera con Liliana a estar más pendiente de Marco.
- Se connota positivamente el que Liliana y Raúl estén buscando establecer una relación cordial y como esto permite que Marco se sienta mejor.
- Se reencuadra el que Marco tuviera dos episodios de enuresis después de que ya no había tenido, como algo normal dentro de este proceso en el que está aprendiendo a controlarla.

- ☑ Se confronta a Liliana y Marco al enfocarse únicamente sobre cuestiones negativas del otro.
- ☑ Se cuestiona que Marco al escuchar comentarios negativos hacia su mamá por parte de sus hermanas y su papá, cambie su actitud y deje de lado los logros en los que ha trabajado.
- ☑ Se les prescribe el síntoma cuando presentan un período de renuencia una vez que ya se habían manifestado cambios significativos, se les pide que sigan igual y que no hagan un esfuerzo por cambiar.
- ☑ Al final de la terapia, se prescribe la recaída y se connotan los “altibajos” de la relación entre Liliana y Marco como algo que se va a seguir dando, y se hace énfasis en que ellos tienen el control de la situación y no Raúl o las hermanas de Marco.
- ☑ Se realizan preguntas a Marco sobre lo que pensaría de él si fuera otro niño y se les pide que le pongan un nombre al proceso terapéutico, a lo que Marco responde “el cambio” y a futuro, le pondría “el cambio II, la historia” ya que considera que todavía tiene cosas que cambiar y considera que puede lograrlos. Liliana por su parte comentó que el proceso la llevó a crecer, poner límites y ser más firme en sus decisiones.

Experiencia Personal

En general resultó un caso complicado, ya que inicialmente no existía mucha disposición por parte de la familia para llevar a cabo las tareas que se les pedían, además de que en un inicio existía una complicación con el horario, que posteriormente se pudo arreglar en el segundo período de la terapia, lo cual favoreció el desarrollo de las sesiones, pues se contaba con el tiempo suficiente. Me sentí muy bien cuando en el segundo período, se les vio a los pacientes con una mejor actitud y cuando se empezaron a ver los cambios, algo que me hizo mucho significado fue el que Marco haya comentado que ya se sentía como un “niño normal”, pues creo que una de los estigmas al asistir a un Hospital Psiquiátrico, es precisamente no ser un niño normal, por lo que no solo enfrentan una problemática específica, si no también cierta discriminación social o incluso familiar, de manera que el que Marco se haya quitado esa etiqueta de “niño anormal” me hizo sentir muy bien y que todo el esfuerzo tanto de ellos como de las terapeutas había valido la pena.

También me puse a reflexionar en la importancia que tiene el cerrar círculos, en este caso la relación entre Liliana y Raúl, pues de no hacerlo, los principales afectados terminan siendo los hijos, aún sin ser esta la intención de los padres y esto me queda como una enseñanza, que resultó más significativa, una vez que formé mi propia familia, justo hacia el cierre de este proceso.

Otra cuestión que me dejó analizando, fue como las cuestiones de género, están relacionadas con la crianza y con los roles que se establecen una vez que hay una separación en la familia, pues en este caso, Liliana vivía con sus hijos, llevando la mayor parte de responsabilidades de educación, mientras que Raúl se encontraba más en la parte de esparcimiento de los hijos, lo cual parece llevar hacia un desequilibrio que si no se maneja bien, puede también fomentar una mala relación de padres, que de igual manera, afecta a los hijos.

3.1.3. Problemáticas presentadas en la Integración de expedientes clínicos

Separación y/o divorcio

Una de las problemáticas atendidas dentro de la residencia, fue la separación-divorcio, que si bien no siempre eran el motivo central de consulta, en muchos casos, tenían una relación al no existir una buena separación, teniendo repercusiones a nivel familiar e individual. A continuación se presenta una descripción que Macías (1994) hace de este proceso y que tiene relación con los casos que se presentarán más adelante.

El divorcio es una interrupción o dislocación del ciclo vital de la familia, que produce en el sistema familiar la clase de desequilibrio profundo que se asocia con cambios, aumentos y pérdidas en el conjunto de los miembros de la familia. Implica una disolución reguladora del conflicto vincular destructivo y puede ocurrir en cualquiera de las fases del ciclo a partir de la unión de la pareja (Carter, 1991).

Es un proceso complejo y multicausal que puede ir desde fallas en la formación de la pareja, hasta falta de recursos emocionales y motivacionales. Se considera como la separación-ruptura de la unión física y emocional de la pareja conyugal, aunque se haya dado o no el divorcio legal (Macías 1994).

Factores sistémicos que influyen en la separación conyugal

Como se mencionó anteriormente, existen múltiples factores que se pueden relacionar al momento de tomar la decisión de la separación, a continuación se mencionan solo algunos de ellos (Borrero, 2005).

✓ *Factores físicos o biológicos:* Es importante considerar la etapa del ciclo vital en el que se encuentra la pareja en el momento de la separación, así como el tiempo de matrimonio, la edad a la que se casaron, el motivo por el que lo hicieron.

Si ocurre en etapas muy tempranas, no se dio una adecuada integración, ni se planteó un proyecto de vida. En etapas tardías como en el nido vacío, se habla de dificultades en el proceso del reencuentro, pues muchas veces ya no tienen nada en común y parecería ser que estaban unidos por los hijos, y al desaparecer estos, la pareja se queda sin proyecto compartido. El nido vacío no es la causa sino un desencadenante, que desenmascara un proceso de distanciamiento paulatino. (Borrero, 2005; Macías 1994).

Cabe aclarar que las crisis que se producen en el paso de un ciclo vital de la persona y de la familia a otro, son esperadas y no son la causa de la ruptura de la relación, pero lo que hacen es agudizar conflictos ya existentes en la pareja.

✓ *Factores relacionales:* En la relación de la pareja existen muchos factores que pueden causar conflictos serios y llevar a la ruptura. Por mencionar algunos se encuentra:

- Adulterio o infidelidad
- Desajustes sexuales
- Violencia, maltrato
- Alcohol, drogas y otras adicciones
- Dificultades en la comunicación
- La costumbre y la rutina
- Los celos y la desconfianza
- Presencia de terceros (como familia de origen)
- Necesidades y expectativas frustradas

✓ *Factores sociales culturales y espirituales:* Las diferentes razas, religiones y culturas, tienen sus propias normas de vida, hábitos, costumbres con los que educan a sus miembros. Cuando en la pareja existen diferencias de este tipo que no pueden ser negociadas por ser totalmente incompatibles o sumamente diferentes, estas acentúan las distancias, contraponen los marcos de referencia y se dificulta la comunicación. Si no existe aceptación y respeto al otro, o se exige renunciamentos sólo de una parte, puede llegar un momento de ruptura. El tratar de que una cultura o forma de ser, domine y sojuzgue a la otra, produce renunciamento, dolor, y puede terminar por acabar con una relación.

Esto también se puede ver reflejado en incompatibilidades al momento de educar a los hijos y si las faltas de los hijos son vistas como responsabilidad de uno de los progenitores y no del hijo, eso triangula la relación y crea coaliciones y alianzas dentro del sistema familiar.

✓ *Factores económicos y ocupacionales:* Cuando hay crisis económicas, puede haber mayor ansiedad, frustración, violencia y conflicto en la pareja.

El dinero es fuente de poder y conflicto en las parejas. En la actualidad, se ve que las mujeres que trabajan fuera de su hogar y tienen una cierta estabilidad económica, se sienten más seguras de sí mismas y están menos dispuestas a aceptar relaciones de pareja conflictivas.

Finalmente otro factor es el crecimiento personal asimétrico, es decir cuando la mujer que se dedicó todo el tiempo al hogar tiene más tiempo una vez que los hijos crecen, retoman actividades que no habían realizado como estudiar, trabajar o realizarse profesionalmente y entran en una etapa de gran energía y búsqueda o rescate del tiempo perdido. Por otro lado, el hombre está cerca de jubilarse, cansado de actividad y conocimiento y lo que está buscando es retirarse, descansar y volver a casa. Este desfase entre energía naciente y búsqueda de retiro y descanso, trae conflictos serios en la pareja. Muchas veces incluso los valores y sueños se vuelven divergentes y contradictorios. La pareja siente que perdió su punto de unión y que los mundos que viven pueden ser opuestos. Cada uno lucha por lo suyo y puede entrarse en un conflicto por disputa de poder o en una indiferencia en la que cada uno vive como una isla.

Etapas del divorcio/separación

Macías (1994) refiere las siguientes fases del divorcio

Fases de la etapa predivorcio

1) Fases de conflicto manifiesto en donde los problemas normales de la vida de la pareja, se maximizan en un círculo vicioso, de retroalimentación negativa, en una escalada de agresión-contragresión, con sentimientos de insatisfacción, malestar, desilusión, alejamiento emocional, pérdida de confianza, entre otros y puede haber la búsqueda de algún consejo o ayuda profesional, de no solucionarse, se pasa a la siguiente fase.

2) Fase de divorcio emocional, en donde hay un agotamiento, rechazo emocional o indiferencia, sentimientos de baja autoestima, inadecuación, impotencia, enojo y angustia. Se da una confrontación abierta y agresiones en la pareja y se puede caer en la triangulación en donde alguno de los hijos resulte el chivo expiatorio del conflicto.

La decisión de la separación, se puede dar con una carga emocional muy intensa, en crisis aguda o acumulada, volviéndose algo "necesario" e incuestionable, dando lugar a una mala separación o bien se puede dar por mutuo acuerdo, como resultado de un trabajo reflexivo profundo. Idealmente, se debe compartir esta decisión con el resto de la familia y reemplazar el planteamiento lineal de un culpable y una víctima, por el planteamiento de corresponsables en un sentido circular. En el segundo caso presentado, a pesar de que ya habían pasado varios años de la separación de la pareja y que incluso cada quien formó nuevas parejas, continuaban las confrontaciones ante la menor provocaciones, en las que estaban involucrados los hijos, en especial Marco Antonio (paciente identificado), el último hijo que había tenido la pareja. De manera que no se había dado una buena separación y los reclamos y reproches eran dados a través de los hijos.

En algunas ocasiones, la decisión de separarse, puede llegar repentinamente, por lo que uno de los cónyuges queda aturdido por la decisión del otro, el cual pudo tomarse el tiempo necesario para tomar la decisión, aunque lo ideal es que la decisión se sitúe en un lugar intermedio y que la sensación de distanciamiento y quejas haga que los dos miembros se den cuenta que algo tiene que cambiar. En el primer caso una de las problemáticas es que no se tomo una decisión conjunta de separación y ni siquiera se habló de ello, el esposo de Rosa (paciente) decidió irse de casa.

Neimeyer (2002) menciona que la persona que inicia una ruptura, regularmente se encuentra insatisfecha, reflexiona sobre el estado de la relación y busca apoyo social para su decisión, antes de comunicársela a su pareja. Este proceso de desprendimiento, suele ser gradual, evidenciándose más a nivel conductual, mientras tanto, la pareja intenta ignorar las señales de que algo no va bien, intentando convencerse a sí misma de que todo va bien, aunque en realidad no sea así.

Fases de la etapa transdivorcio

En esta etapa se habla de la fase de divorcio legal, económico y los problemas de custodia y de la relación parental, aun no habiendo un divorcio legal, cuando se da la separación, se pueden acordar estos puntos. Dependiendo si se dio una buena o mala separación, vendrán o no más complicaciones al proceso. En esta fase, predominan sentimientos de malestar intrapersonal, tristeza, dolor, autocompasión. Si hay una mala separación, se dan peleas, ofensas, gritos, manipulación, chantajes, en donde incluso los hijos pueden ponerse en medio de esta situación. En el segundo caso presentado, aunque existía un divorcio legal, seguían latentes las dificultades en los acuerdos económicos y de custodia, al grado que en el momento en que Marco Antonio le solicita a su papá irse a vivir con él, este lo condiciona a que lo acepta siempre y cuando no vuelva a ver a su mamá, lo que deja a Marco en una paradoja y en una situación de desprotección.

Fases de la etapa posdivorcio

Implica un tiempo de exploración de alternativas y reparación de sí mismos hacia una nueva vida, implica una fase de divorcio social y comunitario, en donde las relaciones con la familia extendida y las redes de apoyo social compartido se escinden. Si esta fase es bien manejada, se puede empezar a elaborar el duelo por la pérdida, iniciar nuevas relaciones sociales, intentar actividades diferentes, explorar otros intereses, lograr estabilidad en las nuevas rutinas cotidianas con los hijos, entre otros.

Esta transición, no sólo requiere un cambio significativo en la visión que tiene la persona de sí misma, sino que hace necesario que las personas que forman parte del mundo social de cada miembro, asuman este cambio. Esto implica que se reconozca y comente la pérdida con todos los miembros afectados o relacionados; en caso de que haya hijos, también se les ayuda a aceptar este hecho y se refuerza la pareja parental.

Para concluir la última etapa del proceso, se encuentra la fase de elaboración psicológica final, en el que se completa la elaboración de la pérdida con la aceptación de la realidad de sí mismo y del otro.

La cuestión central del proceso emocional del divorcio es recuperarse del matrimonio, es decir abandonar y dar por terminadas las esperanzas, los sueños y las expectativas que se habían depositado en el cónyuge y en el matrimonio y reinvertir esas esperanzas y expectativas en el propio yo. Se debe considerar que hombres y mujeres han depositado cosas diferentes en el matrimonio, por lo que tendrán experiencias emocionales distintas en el

momento de divorciarse, por ejemplo, tradicionalmente a las mujeres se les ha enseñado a depositar su identidad en el matrimonio, se les ha hecho responsables principales del éxito del matrimonio y se les ha enseñado a pensar en los demás y no en ellas mismas, de manera que un punto importante a trabajar en terapia, es ayudarlas a encontrar sus propias fuerzas, competencia y capacidad para salir adelante solas, así como utilizar la crisis del divorcio como una oportunidad para redefinirse (Carter, 1991).

La posibilidad creativa de esta crisis radica en que permite realizar el proceso de desarrollo personal que pudo haber sido omitido anteriormente, de manera que ahora se hacen cargo de sus vidas y desarrollan una identidad en el que el matrimonio sea una opción y no un requisito (Carter, 1991).

Si bien estas construcciones sobre el significado del matrimonio, han cambiado, ante las mayores posibilidades que tiene la mujer de desarrollarse en otros ámbitos más allá del hogar, en el primer caso presentado, Rosa, aunque fue una mujer que trabajó toda su vida y hasta la fecha lo hacía de manera esporádica, fue educada en una época y contexto en el que efectivamente, ella se responsabilizó de que su matrimonio continuara a pesar de no sentirse a gusto en él, en "pro" de que sus hijos tuvieran una figura paterna y crecieran dentro de la estructura del matrimonio. Estuvo además enfocada a su familia y no realizó actividades que le permitieran su desarrollo personal y que le gustaran, sin embargo al ir elaborando esta etapa de separación, se dio la oportunidad de empezar a realizar actividades que le gustaban, le hacían sentir bien y le permitieron ir construyendo una identidad en donde ella empezó a ser lo más importante.

El modo como los padres resuelven la crisis y superan el dolor por la pérdida del matrimonio es el primer factor a considerar en la repercusión del divorcio en los hijos. Cuando el duelo por el matrimonio perdido no ha concluido, los separados siguen "casados" en la disputa, utilizando a los hijos para sus fines personales y perjudicando su futuro. En cambio, al esclarecer los términos de la disputa y hallar los medios para acordar pactos, se puede (Salzberg, 1993)

- ✓ Transmitir normas de conducta congruentes.
- ✓ Responsabilizarse ambos de sus hijos.
- ✓ Favorecer la relación del ex cónyuge con los hijos en beneficio de los niños de ambos.
- ✓ Poder estar *ambos* próximos a sus hijos.
- ✓ Participar activamente en su vida educativa, cultural y espiritual.

- ✓ Intervenir en todos los momentos cruciales de la vida de sus hijos.

El duelo ante una pérdida

La pérdida relacional, puede tener un proceso parecido al duelo por muerte, pues hay un ciclo emocional de conmoción, ira, desorganización y reorganización gradual (Neimeyer, 2002).

El Proceso de duelo se produce a varios niveles: individual, familiar y social. Desde el punto de vista individual, la situación de pérdida de personas, cosas o representaciones mentales, pone en marcha reacciones afectivo-cognitivo-conductuales y el proceso de duelo. Este proceso, implica cambios psicológicos y psicosociales, fundamentalmente emocionales, por los que se elabora internamente la pérdida, es un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor (Tizón, 2004).

Los procesos de duelo, son fenómenos que (Tizón, 2004)

- ☑ Rompen o alteran patrones de vinculación establecidos previamente.
- ☑ Alteran el mundo interno: recuerdos, vivencias, experiencias.
- ☑ Se expresan y apoyan a nivel socio-cultural.
- ☑ Incluyen una serie de movimientos entrópicos y negentrópicos, pueden producir inicialmente un aumento del sufrimiento, ansiedad, dolor, enfermedad, desestructuración social, pero a largo plazo, dar lugar a una mayor organización, integración, creatividad.

Aunque los individuos reaccionan de diferentes maneras al duelo, se han hecho una gran variedad de clasificaciones de las etapas por las que pasan las personas que viven una pérdida, lo cual no significa que los mismos momentos, características y secuencia se de en cada proceso de duelo, además de tomar en cuenta el contexto socio-cultural.

Los puntos más importantes en la elaboración del duelo de manera individual implican (Neimeyer, 2002).

- **Reconocer la realidad de la pérdida:** La pérdida tiene un significado en la *definición* que la persona tiene de sí misma, ya que deja de definirse como miembro de una pareja y ahora lo hace como una persona independiente, soltera de nuevo, quizá después de años de matrimonio. Se pierde un rol que ayudaba a definir la identidad de la persona, pero se abre la oportunidad de re-estructurar una nueva identidad, a veces con mayor plenitud que antes, con autonomía e independencia y un aumento en la autoestima y confianza en sí mismo.

- **Abrirse al dolor:** En ocasiones, las personas intentan distanciarse o evitar dolor que la pérdida les produce, lo cual puede retrasar o perpetuar el duelo. Las personas necesitan identificar los matices de los sentimientos para elaborarlos y poner orden en ellos, de manera que si desarrollan la conciencia de sus emociones, se podrán superar los desafíos que plantea la elaboración del duelo, con un sentido claro de dirección.

- **Revisar el mundo de significados:** La experiencia de una pérdida importante, suele afectar las creencias y suposiciones que hasta el momento sustentaban la filosofía de vida de la persona, por lo que si la persona incorpora los eventos ocurridos a estas creencias, puede ampliar la perspectiva que hasta el momento dominaba en su vida.

- **Reconstruir la relación con lo que se ha perdido:** Los individuos afectados, pueden sentirse obligados a “olvidar” a la persona que han perdido, partiendo de la idea que deben seguir adelante sin mirar atrás. En la separación, se requiere mantener un vínculo, cuando se tienen hijos y deben encontrar maneras pacíficas y cooperativas de seguir cumpliendo con su papel de padres, esforzándose por evitar que esta colaboración sea sabotada por resentimientos.

- **Reinventarse a sí mismo:** Los seres humanos construyen sus identidades alrededor de las personas importantes con las que conviven: padres, parejas, hijos, amigos y otros, por ello, la pérdida de estas personas genera un vacío. De esta manera nos encontramos en una red de conectividad y ante una pérdida, se deterioran los hilos de las conexiones que definen quiénes somos y esto se repara de manera gradual, estableciendo otras formas de conexión.

La necesidad de reinventarse está relacionada con lo revisión del mundo de presuposiciones de la persona. A medida que se aprenden las lecciones de la pérdida, se afronta la vida con otras prioridades, con un

criterio más claro sobre lo que es importante y lo que merece dedicarle atención.

De esta manera, se abren posibilidades que antes parecían cerradas, se desarrollan habilidades e intereses que habían permanecido dormidos y se cultivan relaciones nuevas o se rencuentran aquellas olvidadas. La pérdida vista desde esta perspectiva, puede orientar una renovación, ampliar las identidades e integrar los aprendizajes.

Estas etapas del duelo, se trabajaron en el caso de Rosa, pues ella era la principal afectada en la separación, ya que sus hijos estaban grandes y no se involucraron en este hecho y tampoco se dieron cambios estructurales importantes en la familia, pues Rosa mantenía un papel de centralidad desde tiempo atrás y era la principal responsable de la manutención y actividades del hogar. De esta manera, el trabajo terapéutico se enfocó a la aceptación de su situación, a la reestructuración de su sistema de creencias como el significado que le atribuía al hecho de ser una persona divorciada, a reconocer los sentimientos que este hecho le generaba, a realizar una serie de rituales que le permitieran superar el acontecimiento y que le dieran la posibilidad de reinventarse a sí mismo, proceso que fue muy importante y del que Rosa se dio la oportunidad.

Duelo familiar

Bolwlby (1980, en Tizón, 2004) define el duelo en la familia como “el proceso que se pone en marcha a raíz de la pérdida de uno de los miembros de la familia”. La pérdida es un momento de crisis, en donde el sistema tiene que hacer frente, pues amenaza con desequilibrar el sistema, hacerle perder la eficacia de sus mecanismos de regulación, su normativa, su equilibrio finalista (equifinalidad), su economía de recursos o incluso romper el sistema (Tizón, 2004).

Los momentos típicos del duelo por la pérdida de un familiar son (Bolwlby1980, en Tizón, 2004)

- 1) Impacto, crisis, embotamiento afectivo
- 2) Añoranza, anhelo y búsqueda (con posibles momentos de protesta, ira y resentimiento.
- 3) Desorganización y desesperanza
- 4) Aceptación y reorganización

Kobrnblit (1984, en Tizón, 2004) retomó el modelo de Hill y Burr para el análisis de situaciones críticas en la familia llamado ABCX VR, en donde:

A=es el acontecimiento, el hecho en sí y las aflicciones, penas y sufrimientos vinculados con él

B= los recursos que la familia pone en juego para afrontar la crisis

C=la definición idiosincrásica que la familia da al hecho

X= la manera en que A, B y C concurren para provocar la crisis

V= la vulnerabilidad familiar, que implica la disminución, ausencia o parálisis de los recursos que una familia puede poner en marcha para manejar una situación tensionante.

R= el poder regenerativo o la resiliencia, que es la capacidad de la familia para recobrase de la desorganización resultante del factor tensionante.

Este modelo, permite comprender lo que ocurre en una familia tras la puesta en marcha de un duelo en alguno de sus miembros, pero que afecta a todo el sistema.

La respuesta del sistema ante una situación de duelo, va a estar determinada entre otras cosas por:

- 1) El tipo de pérdida
- 2) El momento de la ciclo vital en el que ocurre
- 3) El tipo de organización de la familia: cohesión, estructura, capacidad organizativa, adaptabilidad, expresividad emocional, la permeabilidad, entre otros.

La desaparición de un miembro de un sistema familiar trae consigo la necesidad de (Greaves, 1983; Gilbert, 1996, en Pererira, 2002):

1.- Reorganización de los sistemas comunicacionales: Los sistemas de comunicación se organizan en cada sistema familiar según patrones propios, jugando cada uno de los miembros papeles distintos en la transmisión de la información, dentro del Sistema y con el medio externo. La supresión de uno de los canales por los que transcurre la comunicación supone la necesidad de establecer otros alternativos que permitan una relación adecuada.

2.- Reorganización de las reglas de funcionamiento del sistema: Los patrones de conducta familiares responden, en su mayor parte, a patrones de conducta socio-culturales, pero incluyen siempre una parte particular, que configura el funcionamiento diferenciado de cada familia. Las reglas familiares

se establecen paulatinamente durante toda su existencia, exigiendo continuos cambios adaptativos a las modificaciones intra y extrafamiliares. La flexibilidad de la familia para modificar las reglas en respuesta a sus cambios, junto con la capacidad para mantener simultáneamente una estructura familiar definida, establecerá la funcionalidad y viabilidad del Sistema Familiar.

3.- Redistribución de Roles: Los roles que juega cada uno de los miembros de la familia junto con los patrones comunicacionales y las reglas de funcionamiento, estructuran la familia. Los roles implican quien se encarga de qué cosas, quién tiene la responsabilidad sobre esto o aquello, quién detenta la autoridad y en qué áreas. Estos son papeles que deben distribuirse entre los distintos miembros de la familia. En el caso de la separación, el padre custodio, tiende a asumir además de su rol, el del padre ausente, típicamente si la madre es la custodia, debe aprender roles ejecutivos y si es el padre, roles afectivos y de cuidados.

4.- Adaptación a una nueva realidad: Dependerá de la flexibilidad del sistema. En la familia puede haber una tendencia centrípeta en donde hay un aumento de cohesión interna, sobre-implicación o la tendencia centrífuga, que implica evitación a las situaciones de pérdida y se enfoca la elaboración en un solo miembro. Las familias rígidamente homeostáticas tendrán grandes dificultades para esta adaptación.

Relacionadas a los puntos anteriores, se presentan las *etapas del duelo familiar* según Pereira (2002)

1.- Aceptación familiar de la pérdida, permitiendo y favoreciendo la expresión de la aflicción de todos los miembros de la Familia: En esta primera etapa, los rituales van a jugar un papel importante. Las funciones más importantes del ritual son:

- Regular el funcionamiento social y familiar y permitir una evolución suave.
- Coordinar el pasado, presente y futuro social y familiar.
- Señalar y respaldar las transiciones del ciclo vital.
- Aportar significados a las conductas, cogniciones y afectos, evocar emociones intensas que unen en una misma experiencia diversos fenómenos.

El uso de rituales, motivan a los pacientes a generar cambios, promueven recursos de transformación y amortiguan el temor de abandonar lo conocido, para pasar de un estado de habituación a otro nuevo y más funcional (Roberts, en Rivas, González y Arredondo, 2008).

2.- Reagrupamiento y encastillamiento de la familia para permitir la reorganización familiar: redistribución de la comunicación interna y de los roles familiares: Se re-organiza la estructura familiar, se redefinen los canales de comunicación y los roles familiares. Esto supone además aceptar definitivamente la ausencia del miembro (s).

3.- Reorganización de la relación con el medio externo: Tras la reorganización interna, debe seguirse el mismo proceso con el medio externo, abriendo nuevos canales de comunicación, reasignando roles. Los grupos sociales y de pertenencia, serán un apoyo en este proceso, sobre todo la familia extensa y del grupo común de amigos, aunque en el caso de la separación, es posible que se de una re-estructuración y la formación de nuevas amistades.

4.- Reafirmación del sentimiento de pertenencia al nuevo sistema familiar que emerge del antiguo, y aceptación del comienzo de una nueva etapa familiar: El final de la etapa de duelo Familiar está marcada por la aceptación de sus miembros de una nueva estructura familiar, nacida de la antigua, pero organizada de una manera distinta. Se han creado nuevos canales de comunicación, y los miembros juegan otros papeles. Los juegos de alianzas quizá se hayan modificado.

La separación y los hijos

La separación se considera un acontecimiento vital estresante en la vida de los hijos. La ruptura familiar evoca en la mente del niño una aguda sensación de shock, de intenso miedo, envuelto todo de un sentimiento de gran confusión. La separación significa el colapso de la estructura familiar y el niño se siente solo y asustado (Castells, 2009).

Los efectos de la separación en los hijos, varían dependiendo de la edad, pueden experimentar diversos niveles de ansiedad, confusión, temor a ser abandonados, sentimientos de culpa, somatización, bajo rendimiento escolar, problemas de conducta entre otros, pero lo más importante es no involucrarlos en el conflicto básico de la pareja y sin ser sustitutos de una relación adulta (Macías 1994).

Existen dos funciones que son simultáneas dentro de un mismo hogar estable, pero al mismo tiempo diferentes: la vida de pareja de los padres y parentalidad en activo de los progenitores. Cuando se da una separación, la primera queda rota, pero la función parental, seguirá funcionando y esto es

importante que los hijos lo tengan claro, así como el hecho que ellos no son responsables de la separación de los padres, ni tampoco de volver a juntarlos, pues presentan “fantasías de reunificación”. Se debe puntualizar que se trata de una relación entre adultos y que sólo a éstos concierne (Castells, 2009).

Es importante hacer mención de estos puntos dentro del segundo caso revisado, pues aunque la separación y divorcio de la familia se había presentado años atrás, este continuaba enfrascado y Marco Antonio no tenía muy clara la división de estos sub-sistemas y a lo largo de mucho tiempo, mantuvo la esperanza de que sus padres volvieran a unirse y responsabilizaba a su mamá de que esto no ocurriera, pues ya mantenía otras relaciones, lo cual era parte de los sentimientos que fue generando hacia ella.

Así mismo, Marco Antonio se sentía responsable de las peleas o discusiones que hasta la fecha se mantenían entre sus padres, pero sobre todo de la molestia que sentía su papá.

La pareja que toma la decisión de separarse debe tener lo más claro posible o pre-ver con tiempo los cambios que probablemente van a acontecer en la dinámica familiar. Por un lado, los hijos sufrirán el impacto de perder a uno de sus progenitores, en lo que se refiere a presencia física y continuada en el hogar; por otro, habrá cambios en los roles de los progenitores, en especial del custodio, como se mencionó anteriormente (Castells, 2009).

En esta familia, existía una dificultad no solo tras el divorcio, sino en diferentes momentos ante los cambios que había en la familia de salidas y re-ingresos de miembros, por lo que constantemente había re-estructuraciones en la familia, lo que la hacía poco estable y con dificultades en las adaptaciones a los cambios.

Algunas de las implicaciones psicológicas de la separación en los hijos son:

- En cuanto a los sentimientos que les genera, existe una sensación de vulnerabilidad. En su mente se rompe con brusquedad la confianza en la continuidad y capacidad de protección de la familia. El mundo, de pronto, se vuelve menos fiable y menos predecible. Los niños están preocupados de que sus necesidades –no sólo presentes, sino también futuras- no serán atendidas (“¿Qué haremos por Navidad?”, “¿En dónde pasaré el verano?”).
- Otra profunda experiencia que acomete al niño es el sentimiento de tristeza y lástima. Tanto para su propia persona, como por el

progenitor ausente del hogar. De manera que también elaboran un "proceso de duelo", pues presentan un sentimiento de pérdida.

➤ Surgen además los tremendos conflictos de lealtad. Cerca de una cuarta parte de estos niños se encuentra bajo una fuerte presión de sus progenitores custodios para que se desinteresen del otro padre. A pesar de todo, siguen leales a ambos padres, a menudo a costa de un gasto emocional considerable, entendiéndose como tal el esfuerzo psicológico que han de hacer para mantenerse tenazmente fieles a su doble progenitura. En el caso de Marco Antonio, esta situación era constante y la mayor ejemplificación de ello fue en el momento en que su papá le dijo que se fuera a vivir con él, con la condición de no volver a ver a su mamá y aunque al final no se fue con él, fue un evento significativo en su vida.

➤ Más de la mitad de los niños echan de menos al progenitor que se ha ido de casa. Existe una inhibición de la agresividad hacia el progenitor ausente, ya que son muy pocos los niños que expresan odio hacia el padre que se fue de casa, y son escasos los que critican solapadamente al padre ausente. En contraste con la dificultad de expresar odio a este progenitor, hay estudios en niños, especialmente varones, que manifiestan considerable odio hacia su progenitor custodio, haciéndole a éste -al padre o la madre- responsable de la separación o reprochándole haber mandado al otro progenitor fuera de casa (Castells, 2009). En el caso de Marco, esto era evidente, al "justificar" en todo momento a su papá y culpabilizar a su mamá de todo lo que le hacía sentir mal, pero incluso se observaba cierta vergüenza o miedo hacia lo que su papá opinara de él. De esta manera volcaba sus sentimientos de enojo hacia su mamá.

➤ Esto también lleva a la formación de alianzas y coaliciones. De acuerdo a Wallerstein (2002, en Castells, 2009) en sus investigaciones realizadas, una cuarta parte de los niños establece coaliciones con un progenitor en contra del otro. Esto ocurría con Marco y el resto de sus hermanos, que establecían coaliciones en contra de su mamá.

3.1.4. Análisis del sistema terapéutico total

En la maestría, la supervisión clínica, involucra la formación de un sistema terapéutico que en la mayoría de los casos, está conformado por la familia, pareja o cliente, el terapeuta, el supervisor y un grupo de observadores detrás del espejo (compañeros de la formación), que conforman el equipo terapéutico.

Este sistema está interrelacionado y es un estilo particular de hacer terapia, que tiene implicaciones para todos, por ejemplo en la familia o el cliente, resulta algo diferente, pues en la terapia tradicional, se encuentra el cliente y el terapeuta en una relación uno a uno, mientras que en esta modalidad, si bien existe un terapeuta (s) responsable, existe un grupo de observadores que se encuentra del otro lado de la sala, así como un supervisor, que puede estar en contacto con el terapeuta a través del interphone o de algún otro medio de comunicación o bien al darse una pausa antes de finalizar la sesión. El supervisor, manifiesta sus observaciones o ideas al terapeuta, así como el resto del equipo y a su vez el terapeuta devuelve esta información y el cliente no solo se queda con lo que escucha, sino que también le regresa algo al terapeuta y al resto del equipo.

De manera que resulta un fenómeno complejo, pues se dan muchas interacciones, retroalimentaciones y dentro de los conceptos de sistemas, cabría el de totalidad, no se puede hablar por separado de la conducta de cada parte del sistema, sino de todo el conjunto.

Kenney (1987) refiere que cualquier individuo decisivo en un sistema (p.e. un terapeuta) forma parte siempre de ese sistema y está sujeto por lo tanto, a todas las limitaciones y necesidades propias de la particular relación entre la parte y el todo, dentro del cual, él existe. Esta idea, se podría ampliar al sistema terapéutico total del que formamos parte, de manera que cada uno de los sistemas, implicará una particular complementariedad parte/todo.

El sistema familiar total separado (antes de encontrarse en terapia), pasa a formar parte de un sistema más abarcador familia+terapeuta, los observadores situados detrás de la cámara de Gesell, podrían trazar una distinción entre el sistema híbrido situado dentro de la habitación en que se realiza la terapia y un sistema de orden superior, en el cual esos observadores son parte activa. Cuando los observadores brindan al terapeuta una información que afecta sus acciones posteriores y a partir de estas, los observadores brindan nueva información, se producen modificaciones y surge una retroalimentación de orden superior, de manera que tenemos un sistema familia+terapeuta+observadores (incluido en este caso el supervisor)

Otro punto que me parece importante mencionar y que retomo de los autores anteriores, es sobre la manera que cada persona recorta los sucesos de la realidad; como terapeutas, pudimos haber detectado algo que nos resultó significativo que dijo el cliente, que quizá fue diferente de lo que detectó el supervisor y cada miembro del equipo, esto lejos de generar una divergencia, en mi opinión resulta enriquecedor para el proceso, pues tenemos diferentes cortes de realidad, que pueden favorecer la apertura a nuevos caminos que ayuden al cliente a encontrar alternativas de las que no se había percatado y por su parte, al terapeuta en formación, le enseña a escuchar a los otros, a enfocar la situación no solo desde su visión, sino de muchas más y esto a su vez le puede ayudar a mejorar su empatía.

Esto enmarcado dentro de un contexto de ética, respeto y cordialidad, genera un ambiente en donde el paciente lejos de sentirse incómodo al ser observado, se siente apoyado por un equipo, que trabaja conjuntamente con el único objetivo de ayudar al cliente a superar la situación que lo llevo a terapia; esto mismo ocurre con el terapeuta, quien encuentra del otro lado del espejo al equipo que lo acompaña, incluso cuando por algún motivo no está con él.

3.2. Habilidades de Investigación

3.2.1. Reporte de la Investigación cuantitativa:

“Elaboración del instrumento: Factores comunicacionales en la familia que favorecen la resiliencia”

Resumen

Se realizó un instrumento basado en los procesos comunicativos del Modelo de Resiliencia Familiar de Walsh (1998), en donde se define la resiliencia como “la capacidad de una persona para recobrase de la adversidad, fortalecida y dueña de mayores recursos”. Del modelo se tomaron los factores de claridad, expresión emocional sincera y la resolución cooperativa de los problemas. El instrumento quedo constituido por 33 reactivos que se agruparon en 4 factores incluidos los anteriores y el de confianza. Se obtuvo una confiabilidad alfa de Cronbach de .964. El instrumento permite identificar si existen o no dificultades en la comunicación familiar.

Palabras clave: resiliencia, comunicación familiar

Marco teórico

La resiliencia es un proceso que puede ser promovido y desarrollado, que permite al individuo salir fortalecido y transformado de aquellas experiencias adversas y/o traumáticas, logrando así un despliegue de sus capacidades (emocionales, cognitivas, sociales) para alcanzar una vida significativa y productiva.

La resiliencia es una característica propia de todos los sistemas humanos que de una u otra forma sobreviven a circunstancias difíciles en el transcurso de su vida, es decir que los sistemas familiares pueden tener características y recursos que favorecen la resiliencia. En algunos sistemas será por ejemplo la comunicación, en otros pueden ser sus marcos de referencia, pero lo importante es su función como factor protector dependiendo de la situación y de lo que ésta le exija al sistema.

Para Díaz y Leguizamo (2005), el término adaptado a las ciencias sociales, caracteriza a aquellas personas que a pesar de nacer y vivir en situaciones de riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

La resiliencia se entiende como “la capacidad de una persona para recobrase de la adversidad, fortalecida y dueña de mayores recursos; es un

proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a la crisis y desafíos de la vida" (Walsh, 1998).

Los factores protectores que promueven la resiliencia se encuentran vinculados a los recursos personales, que se mencionan a continuación: (Kotliarenco y Dueñas, 994, citado en Pérez 2005):

- La independencia y la autonomía en donde la persona tiene la capacidad de tomar decisiones libres y responsables que no le impliquen riesgo.
- La capacidad de establecer límites entre el mismo, la familia y/o el ambiente, que le permita ejercer su independencia.
- La orientación hacia las tareas es otro factor importante, ya que la persona muestra una buena actitud o disposición para conseguir sus propias metas o alguna tarea que le sea impuesta para conseguir otros objetivos.

Dentro de los autores que hacen hincapié a los factores familiares que inciden en la resiliencia, tenemos a Barudy (2005), quien menciona que es importante que la familia cuente con:

a) Capacidad de vincularse como personas: lo cual implica que la familia es capaz de ofrecer un ambiente emocional afectuoso, construyendo un clima de confianza y seguridad para expresar el desacuerdo con las prácticas parentales violentas o abusivas, de este modo podrían construirse tejidos familiares nutritivos y seguros. En este sentido el apego seguro o la sana vinculación entre las personas las figuras de apego, favorecen su adaptación en los cambios que implican el crecimiento.

b) Capacidad para facilitar conversaciones: esto es facilitar espacios de diálogo, un lenguaje respetuoso, que evite el uso de términos que signifiquen estigmas o victimización.

c) Capacidad de trabajar en red para proporcionar apoyo a todos los implicados: sentirse apoyado, comprendido y ayudado por otras personas, adultos y pares.

d) Capacidad de elegir un espacio relacional adecuado para intervenir.

Es importante considerar que la vida familiar comprende muchas fases que implican acontecimientos y dificultades que llegan a perturbar la estructura de ésta, por lo que su capacidad para hacer frente a esos sucesos y

para conseguir luego su reintegración, nos daría una medida de su resiliencia, así como el crecimiento y enriquecimiento de estas relaciones familiares, después del evento o eventos (Manciaux, 2003).

En el modelo de resiliencia familiar del que parte esta investigación, se distinguen tres procesos fundamentales (Walsh, 1998):

1. El sistema de creencias, el cual implica dotar de sentido a la adversidad, es decir, que haya un sentido de coherencia al percibir las crisis como un desafío significativo, en una evaluación que va desde las creencias facilitadoras contra creencias limitativas dentro del sistema familiar. Por lo que es necesario contar con una perspectiva positiva y con una trascendencia y espiritualidad que incluya valores, rituales, fe, creatividad y la apertura hacia el aprendizaje y el crecimiento a partir de las adversidades.
2. Patrones organizacionales, el cual abarca la flexibilidad ante el cambio y la continuidad del mismo, la conexión mutua, así como el respeto por las necesidades y las diferencias individuales hasta contar con recursos sociales y económicos, en donde la familia pueda moverse hacia la familia extensa, las redes sociales y comunitarias.
3. Los procesos comunicativos que implican claridad, expresión emocional sincera y la resolución cooperativa de los problemas. A continuación serán detallados estos procesos, ya que para fines de esta investigación se tomarán en cuenta como favorecedores de la resiliencia.

La comunicación facilita el funcionamiento familiar en su conjunto y existen tres aspectos de la comunicación que son decisivos para la resiliencia familiar: la claridad, la expresión emocional sincera y la resolución cooperativa de problemas.

1. CLARIDAD: Se refiere a que la comunicación sea clara, específica y sincera, lo cual implica congruencia entre lo que se dice y cómo se dice, lo cual implica:

- Que los mensajes se transmiten al o los destinatarios previstos, en lugar de desviarlos a otros integrantes del grupo familiar
- Que los mensajes verbales y conductuales son consistentes y congruentes

- Que existe una claridad contextual, que permite distinguir la realidad de la fantasía, los hechos de las opiniones, la intención seria del propósito humorístico
- Claridad en la definición de las relaciones que implica saber qué piensa y espera cada miembro de los demás y cuál es el sentido de sus transacciones
- Los miembros de la familia dicen lo que quieren decir, de esta manera si la comunicación es vaga distorsionada o trunca, fomenta los equívocos, la confusión e impedir el dominio de las situaciones problemáticas.

En momentos de crisis, es útil aclarar lo mejor posible la situación estresante, para evitar que los distintos miembros de la familia tengan ideas diferentes sobre los hechos, basados en fragmentos de información y rumores. Esto es importante, ya que los miembros de la familia actúan mejor cuando pueden conferir un sentido a lo ocurrido, aclarar lo que pueden esperar en el futuro y determinar la mejor manera de manejarlo; por el contrario si los miembros pretenden protegerse unos a otros mediante el silencio, secreto o la distorsión, esos bloqueos de la comunicación crean barreras a la comprensión.

2. **EXPRESIÓN EMOCIONAL SINCERA:** La cual puede observarse en la conducta, oírse en el tono de voz, el contenido verbal y los patrones comunicacionales. Esta capacidad se desarrolla en la interacción familiar, cuando los miembros de la familia son capaces de mostrar y tolerar sus sentimientos que van desde la ternura, amor, esperanza, gratitud, consuelo, dicha, júbilo; hasta los sentimientos perturbados como la ira, tristeza y la decepción. Estos sentimientos ocasionalmente pueden ser limitados en su expresión y aunque no necesariamente trastorna el desenvolvimiento de la familia, la comunicación franca es importante cuando se afronta una situación dolorosa prolongada.

Cuando las familias atraviesan diversas fases de adaptación a una crisis o desafío prolongado, sus procesos comunicacionales se modifican de acuerdo con las prioridades emergentes; por lo que cada miembro tendrá sentimientos diferentes que serán expresados a su manera, pero es indispensable que prevalezca la tolerancia afectuosa y el apoyo mutuo, en donde los padres juegan un papel trascendental en el adiestramiento de las emociones de sus hijos.

La expresión franca de los sentimientos positivos es vital para contrarrestar las interacciones negativas y aunque las relaciones pueden considerar un grado de conflicto, es importante que sean compensadas por una

comunicación más positiva, por medio de: expresiones de amor, valoración, respeto e interacciones placenteras. Por otro lado el buen humor compartido puede ser una vital fuente de fortaleza familiar a través de las crisis o situaciones penosas, ya que puede diluir una reacción defensiva y aliviar una carga pesada.

3. RESOLUCIÓN COOPERATIVA DE LOS PROBLEMAS: Se refiere a la participación de los miembros de la familia en la solución de los problemas. En este sentido es importante reconocer el problema para plantear ideas que poniendo en práctica ayuden a la familia a superar una situación.

Es importante fomentar la aportación e intercambio de ideas por parte de cada uno de los miembros de la familia para la resolución de los problemas, reconociendo las opiniones de cada uno; Las negociaciones en la familia pueden llevar a una óptima resolución de los problemas. Por lo que es necesario que entre los miembros de la familia exista reciprocidad en las relaciones así como el reconocimiento de las necesidades del otro, con la capacidad de soportar el conflicto cuando las necesidades de alguna de las partes no sean satisfechas, sin embargo la disposición para resolver conflictos implica saber tolerar las situaciones y/o opiniones no placenteras como algo transitorio que finalmente permitirá alcanzar un bien común.

El reconocimiento de los éxitos entre los miembros de la familia aumenta la confianza en la óptima resolución de problemas posteriores, ya que cuando alguna situación tiende a convertirse en problema, al hablar de ello en familia y proponer acciones, previene llegar a una crisis. En este sentido es importante resaltar que no todas las situaciones pueden anticiparse y evitarse, ante esto es de ayuda para un mejor afrontamiento escoger aquellos aspectos en los que sea posible realizar algo y saber compartir los fracasos sin ser juzgados o atacados por ello les permite compartir sus experiencias y que la familia aprenda de ellas.

De esta manera el **objetivo general** de la investigación, es la elaboración de un instrumento que mida los factores comunicacionales que favorecen la resiliencia.

Método

Sujetos

La muestra estuvo conformada por 201 participantes del sexo masculino, distribuidos de la siguiente manera:

- 100 pertenecían al grupo control (no estuvo en prisión), quienes fueron captados en diferentes espacios de zonas populares de la Ciudad de México.
- 101 pertenecían al grupo experimental (estuvieron en prisión), los cuales pertenecían al programa de libertad anticipada de la Dirección de Ejecución de Sanciones Penales del Distrito Federal.

Procedimiento

El procedimiento que se llevo a cabo para la elaboración del instrumento, fue el siguiente

- 1) Creación de los reactivos (tipo likert) a partir de la Teoría de Walsh (1998), los cuales fueron sometidos a la prueba de claridad, para conocer si estos eran comprensibles para las personas que serían aplicados.
- 2) Validez de fase, a través del método inter jueces que permite validar teóricamente la prueba. Se utilizó la Técnica de Q-Sort, con la ayuda de expertos en el estudio de la resiliencia, se eliminaron los reactivos que no contaron con el 70% de acuerdo entre jueces.
- 3) Aplicación del instrumento al grupo experimental y al grupo control.
- 4) Calificación de la prueba y aplicación de la prueba T en el programa SPSS para conocer su calidad discriminatoria.
- 5) Obtención de factores de la prueba, para lo cual se utilizó un análisis factorial con rotación Varimax.
- 6) Análisis del contenido de los factores.
- 7) Obtención de la confiabilidad de la prueba.
- 8) Elaboración del Manual del Instrumento.

Resultados

Se elaboraron inicialmente 63 reactivos, que se sometieron a la prueba de claridad y a la Técnica de Q-Sort y como resultado, se obtuvo un Instrumento conformado con 36 reactivos para su aplicación. Posteriormente se realizó el análisis estadístico con la Prueba T, para conocer si los reactivos discriminaban; los resultados arrojaron que la prueba cuenta con buena discriminación intra-grupo y de los 36 reactivos existentes, se eliminó uno.

En lo que se refiere a la validez de criterio, a nivel inter-grupo, las puntuaciones obtenidas no mostraron diferencias entre el grupo control y el experimental.

Posteriormente se realizó el análisis factorial, el cual arrojó una estructura formada por 4 factores que explican el 54.5 de la varianza total de la prueba y en este punto se eliminaron 2 reactivos. Los factores obtenidos, fueron los siguientes:

- ✓ Factor 1. Resolución de problemas y apoyo
- ✓ Factor 2. Claridad en la Comunicación
- ✓ Factor 3. Empatía y expresión afectiva
- ✓ Factor 4. Confianza.

Con el Análisis de Contenido de los factores, la prueba quedó constituida de la siguiente forma (ver anexo 1)

FACTOR	TOTAL REACTIVOS	REACTIVOS
1- Resolución de problemas y apoyo. Se refiere a la participación de los miembros de la familia, ya sea instrumental o afectiva para la solución de los problemas.	13	1, 5, 7, 10, 11 12, 13, 22, 23, 25, 27, 28, 33
2- Claridad en la comunicación. Implica que la comunicación sea clara, específica y sincera; representa la congruencia entre lo que se dice y la manera en cómo se dice.	6	15, 17, 18, 20, 29, 31
3- Empatía y expresión afectiva. Toma en cuenta los sentimientos y la percepción que tienen los miembros de la familia y se observa en la conducta, el tono de voz y el contenido verbal.	+6	3, 6, 19, 26, 30, 32
4- Confianza. Es la libertad para expresar lo que se piensa y/o se siente sin ser juzgado por los demás.	8	2, 4, 8, 9, 14, 16, 21, 24

Tabla 1. Estructura factorial del instrumento final

Finalmente se obtuvo un nivel de confiabilidad alfa de Cronbach de **.964**, y el alfa de cada factor se presenta en la tabla 2

Tabla 2. Resultados del Alfa de Cronbach obtenido por factor

FACTOR	ALFA DE CRONBACH
1- Resolución de problemas y apoyo	.934
2- Comunicación	.867
3- Empatía y expresión afectiva	.846
4- Confianza	.853
Prueba Total	.964

Como parte final de la elaboración del instrumento, se realizó un Manual de Aplicación, Calificación e Interpretación del Instrumento, una vez que se realizaron los puntos de corte de acuerdo a la normalidad estadística (ver anexo 2).

Discusión

El resultado de esta investigación fue la creación de un nuevo instrumento que mide los factores comunicacionales en la familia que influyen en la resiliencia, el cual cuenta con validez de fase, factorial, así como confiabilidad (alfa de cronbach).

Los cuatro factores que arrojó el análisis estadístico fueron los siguientes: Resolución de problemas y apoyo, Comunicación, Empatía y expresión afectiva y Confianza, los cuales corresponden a las dimensiones propuestas en la Teoría de Resiliencia Familiar de Walsh (1998) que son: claridad, expresión emocional sincera y resolución cooperativa de los problemas.

En comparación con la teoría de Walsh (1998) esta investigación arrojó un factor adicional que es el de Confianza, que implica la libertad para expresar lo que se piensa y/o se siente sin ser juzgado por los demás.

El instrumento permite identificar si existen o no dificultades en la comunicación familiar y puede ser una herramienta útil en el diagnóstico dentro de la terapia familiar, aunque considerando la población a la que fue aplicada el instrumento que fueron sujetos del sexo masculino, residentes en la ciudad de México y pertenecientes a un nivel socio-económico bajo.

Para el instrumento no se obtuvo la validez de criterio planteada al inicio de la investigación, las posibles causas pueden ser la gran deseabilidad social del grupo experimental, ya que aún se encontraban en procesos jurídicos e incluso muchos mencionaron que el haber estado en prisión no fue algo significativo en sus vidas y reportaron no sentir diferencias en sus relaciones familiares dentro y fuera de la prisión. De esta manera es importante continuar trabajando en este instrumento para obtener la validez de criterio.

3.2.2. Reporte de la Investigación cualitativa:

“Factores de la comunicación familiar y grupos de apoyo que promueven la resiliencia entre sus miembros”

Resumen

La resiliencia es un constructo multidimensional, que abarca aspectos personales, familiares y sociales; esta investigación, se enfocó al estudio de los factores de comunicación en la familia, como son claridad, expresión emocional sincera, resolución cooperativa de los problemas y confianza (Walsh, 1998 ; Asunción, Villegas y Rodríguez, 2007) así como a conocer el papel que tienen los grupos de apoyo en el proceso de resiliencia del individuo. Se encontró en los entrevistados que los procesos comunicacionales que se espera favorezcan la resiliencia, no siempre han estado presentes ni han sido decisivos para superar las adversidades, mientras que los grupos de apoyo sí, ya que les han permitido hablar de las experiencias dolorosas en un ambiente de confianza, expresar claramente lo que quieren y aprender a negociar las diferencias.

Marco Teórico

El término resiliencia, tiene su origen del latín “resilio”, que significa volver atrás, resaltar, rebotar. Este término, comenzó a utilizarse en diversas disciplinas como la física, la ingeniería y la mecánica, para referirse a las características de ciertos materiales empleados en la construcción, los cuales recobran su forma original después de haber sido sometidos a una fuerza deformadora (García M., 2006).

Walsh (1998); Manciaux (2003); Díaz y Leguizamo (2005); Rutter (1993, en Barudy, 2005) y Cordova (2006) han buscado componentes y características que expliquen la resistencia que se genera ante la posibilidad de destrucción y la capacidad de desarrollarse psicológicamente sano y exitoso en situaciones

de riesgo; y han encontrado que la resiliencia se caracteriza por ser multidimensional, ya que abarca tanto el área personal, familiar y social.

En este sentido, los conceptos de riesgo y vulnerabilidad son los antecedentes de la resiliencia, ya que en la década de los setentas se realizaron investigaciones en niños de alto riesgo y la respuesta de estos ante estas situaciones.

A estos estudios, le siguieron los que se enfocaron a la invulnerabilidad que se observó en algunos niños que no desarrollaron los trastornos esperados, sino que habían podido resistir el daño en gran medida, por lo que el concepto de resiliencia comienza a utilizarse cuando los investigadores se dan cuenta que los modelos de prevención de riesgo no dan resultado, es por eso que las siguientes investigaciones relacionan la resiliencia con las ciencias sociales y la psicología.

Werner y Smith (1989, en Cordova, 2006) realizaron las primeras investigaciones sobre resiliencia, las cuales describen estudios internacionales tras-culturales, sobre niñas y niños que nacieron en familias de alto riesgo, con padres que eran enfermos mentales, alcohólicos o delincuentes y que residían en extrema pobreza. Los resultados mostraban que las características del ambiente familiar, escolar y comunitario, facilitaban que las personas manifestaran su capacidad de resiliencia. Hay factores de protección que ayudan a los niños a desarrollar la resiliencia, como los factores internos (inteligencia, el sentido del humor y locus de control interno), factores externos (cohesión familiar y la calidez paterna).

Características del proceso de resiliencia.

Las características de la resiliencia surgen de diferentes modelos y perspectivas. Desde el modelo de los *factores de protección individual y ambiental*, los estresores amenazan con causar una perturbación o un desequilibrio de la homeostasis, lo que lleva al individuo a 4 resoluciones diferentes:

- 1) Disponer de una capacidad mayor de resiliencia y de resistencia después de una crisis.
- 2) Reintegración homeostática o una vuelta al estado en que los sujetos estaban antes del trauma.
- 3) En algunos casos el modo de reintegración es inadaptado.

4) La reintegración de un sujeto puede ser disfuncional, Kumpfer (1999, en Manciaux, 2003).

Rutter (1987, en Cordova, 2006), encontró que la resiliencia aparece si se mejora la autonomía de las personas, se busca una cohesión, una unión familiar y se recibe el apoyo externo.

Para Díaz y Leguizamo (2005), los factores que promueven la resiliencia abarcan el desarrollo de intereses y vínculos afectivos externos, el apego parental y la relación con los amigos.

Procesos familiares que intervienen en la resiliencia.

Como se mencionó en párrafos anteriores, existen características internas y externas que favorecen la resiliencia en el ser humano, en lo que respecta a la familia, Barudy (2005), hace hincapié en que los factores familiares que inciden en la resiliencia, son el reconocimiento, el estímulo de las interacciones, un clima de afectividad, una actitud parental competente y una buena relación entre padres e hijos.

Walsh (1998) por otro lado, nos remite a tres procesos fundamentales para la resiliencia entre los miembros de la familia: 1) *El sistema de creencias*, 2) *Patrones organizacionales* y 3) *Los procesos comunicativos*.

Esta investigación, se basó en los procesos comunicativos del modelo de Walsh, debido a que la comunicación es un factor importante en la interacción de los miembros del sistema familiar.

La comunicación en la familia

El concepto de comunicación de Walsh (1998), refiere que la comunicación facilita el funcionamiento familiar, cuando los miembros de la familia pueden expresarse y responder a distintas necesidades y preocupaciones. De esta manera, existen tres aspectos de la comunicación que son importantes para la resiliencia familiar: la claridad, la expresión emocional sincera y la resolución cooperativa de los problemas.

A. *Claridad*: Está enfocada a dos puntos principales: los mensajes y la situación crítica, de esta manera si la comunicación es vaga distorsionada o trunca, fomenta los equívocos, la confusión e impide el dominio de las situaciones problemáticas.

B. *Expresión emocional sincera*: Es importante para lograr buenos resultados en los procesos de superación y adaptación. Esta capacidad se desarrolla en la interacción familiar.

C. *Resolución cooperativa de los problemas*. Se refiere a la participación de los miembros de la familia en la solución de los problemas. En este sentido es importante reconocer el problema para plantear ideas que poniendo en práctica ayuden a la familia a superar una situación.

A estos procesos se incorpora otro factor que se considera importante y que corresponde a la *confianza*, ya que de acuerdo a Asunción, Rodríguez y Villegas (2007), ésta se define como la libertad para expresar lo que se piensa y/o se siente sin ser juzgado por los demás, implica apertura para preguntar y aclarar un mensaje sin temor a la crítica.

Por otro lado, es importante mencionar que los individuos tienden a solicitar ayuda cuando la movilización individual no es suficiente, de esta manera las redes sociales juegan un papel importante dentro del proceso de resiliencia.

Redes Sociales: Definición y aspectos generales

El constructo de red social, se ancla en la visión sistémica utilizada por la terapia familiar, y coincide con la propuesta de Gregory Bateson en cuanto a que las fronteras del individuo no están limitadas por su piel sino que incluyen todo aquello con lo que el sujeto interactúa: la familia nuclear o extensa, el conjunto de vínculos interpersonales (amigos, relaciones de trabajo, de estudio y de inserción comunitaria) (Sluzki, 1998).

La red social puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas. Constituye una clave central de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia, protagonismo o autoría; incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis (Sluzki, 1998).

Por su parte la red secundaria es el conjunto de personas reunidas alrededor de una misma función, en un marco institucionalizado tal como un sindicato, una cooperativa o un club social (Desmarais, Laviguer, Roy y Blanchet 1989).

Funciones de las redes sociales

Sluzki (1998) menciona que las funciones de las redes, se relacionan con el tipo de intercambio interpersonal entre sus miembros e incluye:

- Compañía social, que implica la realización de actividades conjuntas.
- Apoyo emocional, que incluye intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo.
- Guía cognitiva y consejos, en donde las interacciones están destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas, y proveer modelos de rol.
- Regulación o control social, es decir, interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizan las desviaciones de comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas y favorecen la resolución de conflictos.
- Ayuda material y de servicios, que involucra la colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, por ejemplo el terapeuta.
- Acceso a nuevos contactos, es decir, la apertura de puertas para conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social del individuo.

Finalmente, desde distintos ámbitos socioculturales, existe un número creciente de personas en situación de riesgo y en lo referente a Latinoamérica, las problemáticas económicas se entrecruzan con las sociales y psicológicas, las cuales generan miedo, angustia y sensación de desamparo ante el incremento de la violencia, ya sea en el interior de las familias o en las calles, aunado a las constantes migraciones del campo a la ciudad o de ciudades pequeñas a otras más grandes que conllevan a la pérdida de la seguridad de los contextos locales, a fin de adaptarse a la nueva situación (Dabas, 1995).

Ante estas necesidades y otras más observadas en países de Latinoamérica como situaciones de violencia prolongadas, surge el grupo de las ESPERE, que tienen una función de red social y su objetivo es que las personas puedan "aprender a manejar las emociones y las secuelas que dejan las agresiones y así recomponer el equilibrio perdido en la persona", lo cual a su vez puede generar factores resilientes.

De acuerdo a lo anterior, la propuesta de esta investigación fue observar de qué manera se dan los procesos de comunicación y cuál es el papel de los grupos de apoyo en una comunidad en donde existen factores de riesgo.

Justificación de la Investigación

La práctica de la terapia familiar se lleva a cabo en diferentes contextos, en donde las familias presentan características, recursos y problemáticas tan variadas como la misma sociedad es. Una de las labores principales del terapeuta es acompañar a las familias en el proceso que los lleva de un estado en el que experimentan dolor a uno en el que puedan experimentar de manera más amable la vida.

En este contexto, el terapeuta identifica, dentro de las particularidades de cada familia, los recursos y limitaciones que pueden ayudarlo a tener una vida mejor.

Entre las problemáticas que presentan las familias actualmente se observa con frecuencia la violencia, ya sea de tipo social, a la mujer o intrafamiliar. La familia es tocada por los grandes problemas nacionales, mismos que derivan en otros más específicos, como el aumento en enfermos de cáncer, SIDA, drogadicción, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes en el trabajo, discriminación en el trabajo, delincuencia, suicidios, violaciones, desintegración familiar (Mandujano, 2006).

Ante las situaciones de violencia que enfrentan algunas personas, conocer los recursos de que pueden disponer, ya sea a nivel familiar o a través de las redes sociales, proporciona al terapeuta una herramienta más para la intervención con familias de bajos recursos, donde la falta de oportunidades, los bajos salarios y el desempleo agudizan las situaciones de violencia.

Este proyecto de investigación, pretende conocer si la comunicación en un ambiente de confianza al interior de la familia, proporciona a sus miembros recursos que favorezcan la resiliencia en ellos, es decir, que contribuya a que superen los eventos difíciles y aún más, tengan aprendizaje a partir de ellos.

Por otra parte, explorar si el convivir en un ambiente de confianza que permita a las personas expresar lo que les ha provocado dolor, en este caso el grupo de las ESPERE, genera factores protectores en los miembros de la familia y cómo esto se puede observar en el sistema familiar.

Objetivos generales de la Investigación

La presente investigación pretende determinar 1) de qué manera se dan los procesos de comunicación de claridad, expresión emocional sincera y resolución cooperativa de los problemas planteados por Walsh (1998), incluyendo además el factor de confianza (Asunción, Rodríguez y Villegas, 2007) a fin de conocer si estos factores pueden favorecer la resiliencia, entre los miembros de algunas familias pertenecientes a una comunidad con factores sociales considerados de riesgo, tales como: violencia social, desempleo, alcoholismo y drogadicción. Además de 2) conocer el papel que tienen los grupos de apoyo dentro del proceso de resiliencia.

Objetivos específicos

- Describir la percepción que tienen los asistentes de las ESPERE de los factores comunicacionales en su familia.
- Describir de qué manera dichos factores comunicacionales ayudan a los individuos a superar experiencias difíciles de su vida.
- Conocer las expectativas de los asistentes con relación al apoyo que pueden recibir de las ESPERE e identificar el tipo de apoyo que éstas proporcionan a sus asistentes

Universo de la investigación

La resiliencia ha sido investigada en grupos de riesgo, por lo que la muestra de esta investigación fue tomada de un centro comunitario, constituido como una IAP, ubicado en una zona popular de la Delegación Miguel Hidalgo en la Ciudad de México. El objetivo de esta I.A.P. es apoyar a la comunidad para la integración social y el sano desarrollo de sus habitantes, con acciones encaminadas a la promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación, a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de manera integral, ya que refieren en esa colonia hay altos índices de violencia.

El tiempo de existencia de dicho Centro es de aproximadamente 50 años y en sus inicios el apoyo fue enfocado principalmente a la población obrera.

Se entrevistaron a 6 personas: 2 facilitadores del grupo de las ESPERE, 2 personas que iniciaban su proceso como participantes en el grupo de las ESPERE y 2 personas que ya habían concluido su proceso en el grupo de las ESPERE.

Planteamiento Teórico-Metodológico

Esta investigación, está basada en el Modelo de Resiliencia Familiar de Walsh (1998), en donde se plantea que existen procesos en la familia, que pueden ayudar a sus miembros a superar la adversidad y salir fortalecidos.

Hipótesis de Investigación

1. Los factores comunicacionales influyen para generar resiliencia entre los miembros de la familia.
2. El grupo de las ESPERE genera factores de apoyo entre sus asistentes

Técnicas e Instrumentos

El tipo de instrumento que se utilizó en esta investigación fue la entrevista a profundidad, para las que se crearon dos guías de preguntas: una dirigida a aquellas personas que inician o que ya han concluido el proceso de participación en las ESPERE y, la segunda dirigida a los facilitadores de los talleres.

Escenario

Se realizaron las entrevistas dentro de las instalaciones del Centro Comunitario en donde se imparten los talleres de las ESPERE.

Resultados

Se realizó un análisis de las 6 entrevistas, por sub-grupo de acuerdo a cada una de las categorías tomadas y se obtuvo la siguiente información:

1) Claridad

Facilitadores de las ESPERE: Los entrevistados coincidieron que en las personas que inician el taller, no existe claridad en la comunicación con sus familiares, es decir no expresan directamente lo que necesitan de los otros y esperan que el otro "adivine". El que se queden callados, a su vez aumenta su enojo o malestar. Por otra parte se mencionó que al existir una situación de violencia de género, las personas se quedan calladas con la finalidad de no buscar más problemas de los que ya existen. Lo que se busca en el taller es que aprendan a externar lo que piensan y sienten de una manera asertiva

Personas iniciando el proceso: Se observa que la claridad en la comunicación varía de acuerdo a las costumbres familiares, las reglas, el apoyo que se brinden y se menciona (E-1) la presencia de una enfermedad mental en la familia y el alcoholismo en el entrevistado como un factor que afecta la comunicación familiar.

Personas que concluyeron el proceso: Independientemente de si existe o no claridad en la comunicación con su familia, reportan que después de haber tomado el taller, hablan de una manera más directa con sus familiares (E-1), además de que les ha ayudado a diferenciar los mensajes que expresan y le son expresados(E-2)

2) *Expresión emocional sincera*

Facilitadores de las ESPERE: A lo largo de los talleres, se va desarrollando la expresión emocional, tanto a nivel no verbal (como se menciona anteriormente), como verbal, pues entre el grupo se van dando palabras de aliento y motivación para hacer las cosas.

Una de las funciones de los facilitadores, es que por medio del ejemplo, enseñan a las personas a ser afectivas, como en el saludo y en la despedida. Una vez que empiezan a demostrar este afecto se les ayuda a que en casa compartan los besos y abrazos, a fin de formar una cadena de afecto. De igual manera se les impulsa a que no eviten mostrar emociones en casa, lo cual les ayuda a conocerse y entenderse como familia, se les habla de la importancia de que hablen y escriban lo que sienten, no importando si son sentimientos de tristeza, alegría, enojo.

Personas iniciando el proceso: Se observa una diferencia en la expresión emocional de los entrevistados y de nuevo es determinante la enfermedad mental de un miembro, ya que en ocasiones no es oportuno comentar lo que se siente, sin embargo el entrevistado acude a un grupo de auto-ayuda y en ese lugar habla de lo que siente. Por su parte en la E-2 la situación es diferente, ya que un miembro en la familia se encarga de fomentar la expresión emocional en la familia.

Personas que concluyeron el proceso: En ambas familias de las entrevistadas, se pueden expresar las opiniones y sentimientos, lo cual se da de una manera directa o indirecta, ya que en las primeras generaciones el afecto no era demostrado, y con las actuales esto se ha modificado. Además, se expresan y toleran los sentimientos tanto *positivos*, como *negativos*, independientemente de las consecuencias que esto genere, lo cual los lleva a

platicar acerca de la situación. Utilizan el lenguaje verbal y no verbal para expresarlos. Esto lo han logrado extender más allá de la familia.

3) *Resolución cooperativa de problemas*

Facilitadores de las ESPERE: Refieren que observan dificultades en la resolución cooperativa de problemas, pues no son tomados en cuenta todos los miembros o en ocasiones no se observa apoyo de la familia. Los beneficios de los talleres, es que se trabaja el desarrollo de habilidades de negociación (que son importantes en la resolución de conflictos), en especial el que los asistentes puedan generar pactos, en donde las necesidades de ambas partes sean tomadas en cuenta y se pueda obtener un beneficio en común.

Personas iniciando el proceso: Se observan dos tipos de apoyo que pueden brindar la familia en la solución de problemas: el instrumental y el moral, el cual puede ser útil dependiendo la situación que viva la familia. La entrevistada 2 refiere que la claridad en la comunicación y la expresión afectiva entre sus miembros es algo que ha favorecido la forma en que pueden hablar de los problemas y apoyarse.

Personas que concluyeron el proceso: Se observa que en ambas familias de las entrevistadas, las soluciones se discuten en familia, con la finalidad de tomar en cuenta la opinión de todos los miembros, aunque en algunas áreas, queda más definido quien toma las decisiones, como en la cuestión económica, en donde la persona que trabaja activamente, es quien tiene más peso. Se observa además que algo que puede interferir en la solución de problemas, es la parte emocional, pues se pueden exaltar y no llegar a acuerdos.

4) *Confianza*

Facilitadores de las ESPERE: Ambos entrevistados coinciden que regularmente en la familia de los participantes no hay confianza para decirse lo que sienten o piensan. La facilitadora menciona que poniéndolo en un porcentaje, en un sesenta por ciento, no hay apertura para que las personas puedan expresar sus emociones, por lo que en el taller se busca que vayan externando, aunque de acuerdo a la facilitadora tampoco ese es el objetivo del taller, por lo que no se profundiza tanto, pues de alguna manera ya se tiene un guión de lo que se tiene que trabajar. El facilitador menciona que en el taller se busca que se vayan externando sus sentimientos, preguntando de manera individual e incluyéndolos en el grupo grande.

Personas iniciando el proceso: En la familia del entrevistado A se observó que existe confianza para algunas cosas, sobre todo cuestiones materiales, sin embargo para algunas cuestiones cotidianas no la hay, pues hay momentos en que debido a la enfermedad de uno de sus integrantes no permite hablar de ciertas cosas.

En este sentido los grupos han brindado al entrevistado A un espacio donde poder expresarse y hablar de los problemas sin temor a ser juzgado.

La confianza entre los miembros de la familia de la entrevistada B, tanto para expresar lo que sienten y los problemas que puedan tener, constituye en sí misma un apoyo para sus miembros, ya que pueden expresar y pedir lo que necesitan sabiendo que pueden recibirlo del otro.

Personas que concluyeron el proceso: Ambas entrevistadas mencionan que el grado de confianza es diferente entre los miembros de la familia, y hay al menos un miembro al que se le pueden contar cuestiones personales, momentos difíciles que se hayan vivido en su historia, o situaciones de vida por las que se estén pasando, el cual en ocasiones se encarga de ayudar en la solución o simplemente da un acompañamiento a las personas implicadas.

Definiciones encontradas

A partir de los planteamientos iniciales de la investigación y del análisis realizado de cada una de las entrevistas, se crearon definiciones en torno a las experiencias dolorosas que han vivido, la interacción que han tenido con los diferentes grupos de apoyo.

Aceptación: Implica la validación del otro, sin la idea de cambiarlo a la manera de ser que al otro le gustaría.

Apoyo familiar afectivo: Implica que su familia le de motivación y aliento para alcanzar los objetivos deseados.

Apoyo familiar instrumental: Se refiere a las facilidades que puede brindarle su familia realizando acciones o conductas que le faciliten la obtención de sus metas.

Apoyo grupal afectivo: Implica que el grupo sea solidario y motive a sus integrantes a expresar sus sentimientos, a realizar cambios y ejercitar lo que se aprende en el taller sin temor a ser criticado.

Apoyo Institucional: Se refiere a las diferentes alternativas que ofrece la Institución a la persona que acude, como son la canalización a terapeutas y a los diversos talleres, que les favorece lograr sus objetivos personales.

Beneficios Institución/talleres: Implican conocer a personas (sociabilizar) que terminan siendo significativas en su vida, de las que se puede nutrir o aprender algo y con las que puede llegar a establecer un vínculo de amistad.

- Otro de los beneficios, es que les permite mejorar la comunicación con su familia y establecer mayor claridad cuando hablan; así como encontrar momentos de esparcimiento y diversión dentro de los talleres.
- También les da la oportunidad de ir adquiriendo seguridad, ampliar su visión de la vida, ser más autosuficientes, empezar a practicar una comunicación más asertiva y aprender a establecer acuerdos y crear pactos.
- A nivel social, implica crear comunidades más solidarias y humanas.

Cambio cualitativo: Implica que la gente se dé cuenta y tome conciencia de las actitudes que tienen los demás con ellos, para que le puedan poner un alto a lo que les hace daño (p.e. violencia). Este cambio cualitativo implica que haya una diferencia en la forma como hasta el momento han vivido, de manera que puedan sentirse mejor y dejen de estar en situaciones que les perjudican.

Puede ser también la resignificación que las personas han hecho de eventos o situaciones importantes y difíciles en su vida, que le ha traído como resultado, actitudes, pensamientos, ideas, conductas y formas de relacionarse, diferentes a las que tenía anteriormente.

Compromiso de los facilitadores: Hace mención a la disposición que tienen los facilitadores de compartir sus experiencias, conocimientos, tiempo que les dedican y el entusiasmo con el que imparten los talleres. También implica su iniciativa para desarrollar nuevas herramientas que puedan beneficiar a los participantes de los talleres.

Concepto de ayuda: El concepto de ayuda implica hacer algo por la gente, de manera que las personas puedan generar cambios, a través de la toma de conciencia de su situación problemática. Esta ayuda la proporciona compartiendo con ellos lo que sabe y dándoles orientación y herramientas para que puedan vivir mejor y en paz (p.e. al darles tip's que les faciliten su vida). El poder brindarle esto a la gente, le da la sensación de que está siendo

útil, lo cual puede estar relacionado con un valor de conciencia social, que al cumplirlo, le genera una sensación de paz interna y de libertad, al concretar esta ayuda que para él es importante brindar.

Estereotipo religioso: Es la idea que se tiene de lo que “debe ser” una persona religiosa, que implica *seriedad o sobriedad*, lo cual se contrapone con la forma de ser de un líder y coordinador de los talleres a los que asisten, ya que el lenguaje que se utiliza es coloquial (incluye en su lenguaje groserías) y su vestimenta es usual a los laicos (personas sin un compromiso religioso).

Empatía grupal: Es la identificación que siente en el grupo, al escuchar a los demás, entender sus problemáticas y percatarse de las cosas que tienen en común e incluso aprender de ellas. Además de tener la capacidad de ponerse en el lugar del otro.

Expresión indirecta de sentimientos negativos: Se refiere a la manifestación de un sentimiento de enojo, resentimiento, coraje, que no es expresado directamente a la persona que provoca esos sentimientos, sino a través de un tercero significativo para quien va dirigida la agresión.

Espiritualidad: Es la característica que distingue a una familia religiosa y define las líneas de acción de la misma, en el caso de la Compañía de Jesús, comúnmente llamados “Jesuitas”, a lo largo de la historia se han caracterizado por contemplar al ser humano como un ser integral y llevar al terreno de lo social la vivencia del evangelio, que son las enseñanzas de Jesús, tal como éstas fueron entendidas por Ignacio de Loyola, fundador de la Compañía de Jesús, de acuerdo a la siguiente cita tomada de la Propuesta de Estructura Organizacional del CELAMEX, Versión Abril de 2005: “la espiritualidad ignaciana nos mueve desde todas nuestras dimensiones humanas a tomar una opción profunda por la transformación del mundo en el que vivimos, especialmente en aquellos aspectos más urgentes y desde una solidaridad creativa que sea fruto de una profunda vida interior. Vida interior que encuentre su tarea sustancial en la acción concreta a favor del otro.”

La espiritualidad, es manejada en los talleres, como una relación con un ser superior, que ayuda a “sanar emocionalmente” y es respetada la religión a la que pertenece cada persona, pues lo importante es la relación con ese ser, independientemente del nombre que se le dé.

Miedo al rechazo: Es un sentimiento que implica la percepción de no aceptación, en donde existe una idea de insuficiencia y de falta de capacidad, con el temor de generar en otros, una respuesta de desaprobación.

Problemáticas de la población: son aquellas características que posee la población que participa en las ESPERE, las cuales pertenecen a colonias populares, consideradas por el gobierno del D.F, como de alto riesgo.

Redes sociales: Se define como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona, y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo. Constituye una clave central de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia, protagonismo o autoría; incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis (Sluzki, 1998).

Reglas de la congregación: Implica que como grupo se establecen reglas que les permita funcionar como una familia, en donde se perciba el apoyo moral, afectivo y económico, como una forma de valerse por sí mismas sin pedir la ayuda externa, aunque no rechazan la que se les dé.

Seguridad: Implica tener una buen autoestima, autosuficiencia, ser independiente, vivir con objetivos propios y no a través de los demás. El tener seguridad favorece el relacionarse con otros, expresar lo que se piensa, enfrentar las dificultades que se presentan y hacer valer los derechos propios.

Es importante mencionar que las definiciones encontradas en el análisis corresponden a los otros procesos que favorecen la resiliencia entre las personas y que se refieren a los procesos organizacionales y al sistema de creencias del modelo de Walsh (1998). Como se aprecia en los diferentes exponentes del modelo de resiliencia, ésta se caracteriza por ser multidimensional, abarcando aspectos personales, familiares y sociales (Díaz y Leguizamo, 2005; Cordova, 2006; Manciaux, 2003; Rutter, 1993, en Barudy, 2005).

Conclusiones

A continuación se exponen las conclusiones generales a las que llegó el equipo de trabajo a través del análisis y discusión de resultados:

Hipótesis 1

Los factores comunicacionales influyen para generar resiliencia entre los miembros de la familia, en donde se pudo apreciar que en la relación de los entrevistados con su familia de origen, no ha habido una comunicación del todo clara y que en algunos casos no existe la confianza para decir lo que piensan o demostrarse el afecto, por el temor a la crítica. En cuanto al apoyo

que reciben de sus familias, es más frecuente el apoyo instrumental que el afectivo.

En este sentido, si bien son importantes los procesos comunicacionales al interior de la familia, no son un factor decisivo para que sus miembros generen factores resilientes, sin embargo se observó que una vez que han aprendido nuevas estrategias a través de los grupos de apoyo, los procesos de comunicación se modifican y esto se ve reflejado en las nuevas generaciones.

Hipótesis 2

El grupo de las ESPERE genera factores de apoyo entre sus asistentes, de acuerdo a lo que se pudo conocer de las personas entrevistadas, esta hipótesis es aceptada, ya que se aprecia que los grupos han generado factores protectores en estas personas, tanto para poder hablar de las experiencias dolorosas en un ambiente de confianza, expresar claramente lo que quieren y aprender a negociar las diferencias.

Sin embargo, cabe mencionar que los participantes han asistido no sólo a CELAMEX, sino también a otros grupos de apoyo como Neuróticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos, terapia grupal y/o grupos religiosos, y han podido construir factores protectores que no recibieron en su familia de origen y que ahora transmiten a sus familias, tanto de origen como nucleares.

El apoyo grupal que han recibido los sujetos entrevistados, les ha permitido lograr cambios satisfactorios en su vida, (factor común en las personas entrevistadas), por otro lado la idea de cambio se refleja en la relación que tienen con sí mismos y con las personas que les rodean, este tipo de cambio se denominó "cambio cualitativo" y se refiere a que las personas han podido expresar con más facilidad sus afectos, opiniones y problemas, así como dejar conductas de riesgo como beber o ser violentos; mejorar las relaciones con sus familias, acercarse a nuevas personas y lugares, entre otros, ya que las características del ambiente familiar, escolar y comunitario, facilitan que las personas manifiesten su capacidad de resiliencia. (Werner y Smith, 1989, en Cordova, 2006)

Otro factor común entre las personas entrevistadas es la capacidad de introspección, que los ha llevado a buscar distintas respuestas a las experiencias que han vivido y que se aprecia también en la búsqueda de trascendencia o espiritualidad, donde el grupo o red social contribuye substancialmente al reconocimiento propio como individuo (Sluzki, 1998).

El modelo de resiliencia propuesto al inicio de la investigación, describe a una persona resiliente como aquella que “es capaz de sobreponerse a las experiencias dolorosas de la vida haciendo un despliegue de sus capacidades”, se puede decir que en las personas entrevistadas en esta investigación se observa dicha capacidad a diferentes niveles y que desde sus propios recursos les ha permitido sobreponerse a la adversidad y darle un sentido a su vida, a partir de ello podemos decir que las características de resiliencia están presentes en ellos.

Finalmente, esta investigación aportó datos que a los terapeutas familiares les permitan identificar los posibles recursos y limitaciones que pueden tener las familias en el contexto de la población descrita, a fin de crear una intervención acorde a sus necesidades.

3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria

3.3.1. Productos tecnológicos

Se realizaron 2 productos tecnológicos que se describen a continuación:

a) Folleto “Cuando la separación no termina ... y los hijos quedan en medio”

El objetivo de este producto fue brindar información básica a padres divorciados, sobre los efectos que tiene la separación a nivel relacional y parental, así como las consecuencias que tiene en los hijos una mala separación en la pareja

De esta manera, se buscó ofrecer una orientación a los padres que viven una situación de divorcio, ya que se plantean algunos consejos y se les dan a conocer algunos lugares en los que puede brindar atención terapéutica para resolver esta situación.

b) Taller: “La comunicación asertiva en los padres divorciados”

Objetivo General: Establecer herramientas que permitan a los padres separados o divorciados, mantener una comunicación asertiva para favorecer una buena relación parental

Dirigido: A padres de familia que estén separados o divorciados

Número de participantes: 12-15

Sesiones: 3 sesiones de 3 horas cada una

Impartido por: Psicólogos

Objetivos específicos:

- ✓ Conocer los tipos de comunicación
- ✓ Establecer herramientas que favorezcan una relación asertiva en padres divorciados.
- ✓ Desarrollar técnicas de negociación en sus relaciones.
- ✓ Concientizar a los padres sobre la importancia de mantener una buena relación parental pos-divorcio.

Temáticas o contenidos:

- 1) Definición de la comunicación y sus tipos
- 2) Triangulación
- 3) Asertividad
- 4) Habilidades de negociación.

El taller está diseñado de la siguiente manera:

CARTA DESCRIPTIVA

SESION 1

TIEMPO TOTAL (min.)	CONTENIDO Y OBJETIVOS	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES	MATERIAL
15	BIENVENIDA Y PRESENTACION DE LOS PARTICIPANTES <ul style="list-style-type: none"> • Establecer un ambiente de confianza entre los participantes • Conocer las expectativas de los participantes al asistir al taller 	Dinámica Grupal : ¿Quién eres? (15 min)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas y plumas
30	ESTABLECER LAS REGLAS DEL TALLER <ul style="list-style-type: none"> • Plantear las reglas básicas para el desarrollo del taller y adaptarlas según las necesidades particulares del grupo 	Lluvia de ideas(15 min)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoja de rotafolio ▪ Marcadores
90	DEFINIR LA COMUNICACIÓN HUMANA <ul style="list-style-type: none"> • Definir la comunicación • Identificar los axiomas de la comunicación humana. 	Presentación oral (30 min) Representación de los axiomas de la comunicación (30 min)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Cañón
105	RECESO		
145	DEFINIR LA COMUNICACIÓN HUMANA <ul style="list-style-type: none"> • Definir la comunicación • Identificar los axiomas de la comunicación humana 	Análisis de la película “La guerra de los roses” (40 min.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Cañón ▪ Película “La guerra de los roses” ▪ Bocinas
170	EXAMINAR LAS FORMAS DE COMUNICACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Analizar y concientizar sobre las formas de comunicación que utilizan los participantes en sus relaciones • Definir el doble vínculo 	Dinámica: ¿Cómo me comunico? (25 min.)	<ul style="list-style-type: none"> • Plumas • Hojas

180	CONCLUSIONES <ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar la información relevante de la sesión • Concientizar sobre las formas de comunicación que las personas mantienen en sus relaciones. 	¿Qué me llevo?(10 min)	<ul style="list-style-type: none"> • Plumas • Hojas
-----	---	------------------------	---

CARTA DESCRIPTIVA

SESION 2

TIEMPO TOTAL (min.)	CONTENIDO Y OBJETIVOS	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES	MATERIAL
10	RESUMEN DE LA SESIÓN ANTERIOR <ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar lo visto en la sesión anterior 	Lluvia de ideas (10 min)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarrón y plumones
60	DEFINIR LA COMUNICACIÓN ASERTIVA <ul style="list-style-type: none"> • Precisar que es la comunicación asertiva 	Lluvia de ideas (15 min) Presentación en power point (35 min)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoja de rotafolio/ pizarrón ▪ Laptop ▪ Cañón
85	LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN PADRES DIVORCIADOS <ul style="list-style-type: none"> • Establecer estrategias que permitan una comunicación asertiva en padres separados/divorciados 	Dinámica: "los obstáculos en la comunicación" (25 min.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sillas
100	RECESO		

130	LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN PADRES DIVORCIADOS Establecer estrategias que permitan una comunicación asertiva en padres separados/divorciados	Role playing sobre técnicas asertivas (30 min.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sillas
175	DEFINIR LA TRIANGULACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Conocer que es la triangulación 	Lluvia de ideas (5 min.) Exposición oral (15 min.) Role Playing (25 min.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotafolio/pizarrón ▪ Marcadores
30	CONCLUSIONES <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar retroalimentación sobre el taller • Reflexionar lo aprendido durante el taller 	Hoja de comentarios finales (10 min.) Dinámica de reflexión (20 min.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoja de comentarios finales ▪ Plumas ▪ Pelota

CARTA DESCRIPTIVA

SESION 3

TIEMPO TOTAL (min.)	CONTENIDO Y OBJETIVOS	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES	MATERIAL
10	RESUMEN DE LA SESIÓN ANTERIOR <ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar lo visto en la sesión anterior 	Lluvia de ideas (10 min)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarrón y plumones
55	MANEJANDO EL PODER <ul style="list-style-type: none"> • Precisar los estilos de manejo de poder que tienen los participantes y sus parejas y establecer estrategias para combinarlos. 	Dinámica: "Dime que si y te digo que no" (15 min) Exposición oral (20 min). Mesa redonda (10 min)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoja de rotafolio/pizarrón ▪ Laptop ▪ Cañón

180	<p>ESTILOS Y TÉCNICAS DE NEGOCIACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los estilos de negociación de cada uno de sus participantes y desarrollar nuevos estilos que les permitan una mejor negociación. 	<p>Análisis de la película "Historia de lo nuestro" (20 min.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Cañón ▪ Película "Historia de lo nuestro". ▪ Bocinas
90	RECESO		
160	<p>ESTILOS Y TÉCNICAS DE NEGOCIACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los estilos de negociación de cada uno de sus participantes y desarrollar nuevos estilos que les permitan una mejor negociación. 	<p>Exposición oral (30 min). Dinámica: "Esto es correcto, sin embargo" (40 min)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas
	<p>CONCLUSIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar retroalimentación sobre el taller • Reflexionar lo aprendido durante el taller 	<p>Hoja de comentarios finales (10 min.) Dinámica de reflexión (10 min.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • Hoja de comentarios finales • Plumaz • Pelota

3.3.2. Programa de Intervención comunitaria

Se llevo a cabo la planeación, realización y evaluación de un programa de intervención comunitaria sobre la problemática de violencia, a continuación se presenta un resumen del taller

“TALLER: TRAS LA PISTA DEL OGRO”

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN CASA

La violencia es una problemática que afecta a cientos de familias mexicanas, tomando una gran relevancia por los efectos que produce tanto a nivel individual como social.

Dentro de la práctica clínica que se tuvo en la maestría, se encontró en diversas ocasiones este problema, es por eso que se diseñó este taller, con la finalidad de brindar herramientas de prevención y en caso de que la violencia se estuviera manifestando, tener la capacidad de detectarlo y contar con opciones de apoyo.

Objetivos

- Identificar la violencia y sus diferentes manifestaciones dentro de la familia.
- Concientizar a los participantes sobre los efectos que tiene la violencia en el desarrollo de la familia y sus integrantes.
- Proporcionar estrategias que permitan estilos de convivencia no violentos dentro de la familia.
- Informar a los participantes sobre los apoyos institucionales a los que pueden recurrir en una situación de violencia intrafamiliar.

Duración

Se diseñó inicialmente para impartirlo en 3 sesiones de 3 horas cada una, pero por cuestiones institucionales se dio en 2 sesiones de 4 horas.

Población

Padres de familia, con un promedio de 8 a 10 participantes, se impartió con 6.

Escenario

Se impartió en el Centro de Servicios Psicológicos de Psicólogos de México A.C. ubicado en Ciudad Nezahualcoyotl. En Centro atiende a la comunidad, que es de un nivel socio-económico bajo y medio-bajo.

Contenidos Temáticos

El taller quedó constituido de la siguiente forma:

TEMA	FORMA DE INTERVENCIÓN	TÉCNICAS Y/O RECURSOS DIDÁCTICOS
Definición de la violencia y sus manifestaciones	Exposición temática Método por descubrimiento	Dinámica de grupos y lluvia de ideas
Género, poder y mitos	Exposición temática Método por descubrimiento	Dinámica de grupos, lluvia de ideas
Efectos de la violencia en el desarrollo de los miembros de la familia	Exposición temática Método por descubrimiento	Dinámica de grupos, lluvia de ideas
La convivencia sin violencia	Método por descubrimiento	Dinámica de grupos y escenificación.
Acciones a tomar en caso de violencia	Exposición temática Método por descubrimiento	Dinámica de grupos y role playing
Acceso a apoyos institucionales	Exposición temática	Lluvia de ideas

Procedimiento

Una vez realizada la carta descriptiva y los materiales para los facilitadores y participantes, se llevó a cabo la difusión del taller, para lo cual se elaboró un cartel publicitario que se distribuyó en lugares cercanos a la Asociación.

El taller se desarrolló de manera general con las siguientes actividades:

Sesión 1

Actividad 1 Exposición Oral, en donde se dio la bienvenida y se presentó el taller

Actividad 2 Dinámica Grupal “La telaraña”, en donde se presentó cada participante y se conocieron sus expectativas al asistir al taller.

Actividad 3 Presentación de Propuesta y Lluvia de Ideas, para que de manera conjunta, facilitadores y participantes, establecieran las reglas básicas del trabajo grupal para el desarrollo del taller.

Actividad 4 Presentación oral de los facilitadores de los conceptos generales de violencia, su tipología y sus manifestaciones en la familia.

Actividad 5 Lluvia de ideas, para complementar y/o plantear otras definiciones además de las expuestas en la actividad anterior.

Actividad 6 Mesa redonda, sobre conceptos de sexo, género, poder y como pueden ejemplificarlos en su vida diaria.

Actividad 7 Dinámica grupal: Verdad o mito, para identificar y concientizar las creencias que tienen los participantes sobre sexo, género, poder y violencia.

Actividad 8 Dinámica grupal: Atínale al concepto, para sintetizar la información más relevante presentada hasta el momento.

Actividad 9 Dinámica grupal “A mi me paso yo supe de” con la finalidad de explorar las experiencias que los participantes tienen en torno a eventos de violencia en el medio en el que se desarrollan y los recursos con los que cuentan para resolver estas problemáticas.

Actividad 10 Elaboración y revisión del cuestionario de evaluación, que ayude a extraer las experiencias e ideas más importantes de los participantes, que desarrollaron a partir de las dinámicas e información brindada en la sesión.

Actividad 11 Tarea para la siguiente sesión, en donde se les pide a los participantes desarrollen una propuesta diferente para resolver el problema que plantearon en la dinámica “a mi me pasó o yo supe de”

Sesión 2

Actividad 1 Exposición Oral, en donde los facilitadores hacen un resumen de lo visto en la sesión anterior y presentar el contenido temático y los objetivos de la segunda sesión.

Actividad 2 Revisión de tarea, a través de formación de grupos, discusión y presentación al resto del grupo.

Actividad 3 Identificando mis redes, para que los participantes realicen de manera gráfica una representación de las redes de apoyo y los recursos con los que cuentan para poder enfrentar una situación de violencia.

Actividad 4 Dinámica Grupal: La punta del Iceberg, que consiste en la construcción de un esquema con la figura de un iceberg en la que los participantes identificarán los tipos de violencia y sus consecuencias, de manera que puedan concientizar sobre los efectos de esta.

Actividad 5 Video Debate, con la presentación de fragmentos de la película "Te doy mis ojos" y la elaboración de un plan de acción que le permita a la protagonista salir de la violencia intra-familiar que vive.

Actividad 6 Presentación oral, para exponer a los participantes las principales Instituciones que brindan apoyo en casos de violencia intrafamiliar, así como su funcionamiento y como acceder ellas.

Actividad 7 Elaboración y revisión del cuestionario de evaluación, tanto de la 2ª sesión como su impresión general del taller.

Actividad 8 Dinámica Grupal "La telaraña", para realizar el cierre del curso, cada participante comparte con el resto de grupo las herramientas y recursos que obtuvieron y conocer si sus expectativas iniciales fueron satisfechas.

Conclusiones

La experiencia de haber dado el taller fue muy importante dentro del desarrollo como Terapeuta Familiar, pues dentro del Modelo Sistémico, se toma en cuenta no solo al individuo, sino a la interacción que tiene con su medio ambiente, en este caso, con la Comunidad y la impartición de este taller, nos abre la posibilidad de poder intervenir no solo desde un consultorio, sino de poder acercarnos más al medio en el que se desenvuelve el individuo y de las redes que en ella cuenta.

Otro de los aprendizajes que nos deja el taller, es el que podemos aprender de las experiencias de las personas, de cómo han vivido la violencia y como la han enfrentado; pues estas experiencias, van más allá de lo que podamos aprender en la Teoría dentro de la Maestría.

3.3.2. Reporte de la asistencia a foros académicos

Las investigaciones realizadas durante la Maestría, fueron presentadas en los siguientes foros académicos:

- 1) Il Congreso Nacional de Psicología 2007 “Contribuyendo a la calidad de vida y al bienestar psicológico”, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
Título de la ponencia: “Factores Comunicacionales de la resiliencia en la familia”
Autores: Asunción C., Rodríguez L. y Villegas A.
- 2) Simposium: Familia, vida cotidiana y enfermedad, dentro del V Congreso de Investigación Formativa, Facultad de Psicología 2008
Título de la ponencia: “Resiliencia: La relación entre factores de la comunicación familiar y la forma de algunos grupos de apoyo que la promueven”.
Autores: Asunción C., Rodríguez L. y Villegas A.

3.3.3. Habilidades de compromiso y ética profesional

De acuerdo al Código Ético del Psicólogo, desarrollado por la Sociedad Mexicana de Psicología (2007) se establecen los principios básicos que rigen el comportamiento de los psicólogos y se presentan a continuación

a) Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas: Se considera el principio al cual se le debe dar prioridad, pues hace hincapié en los derechos humanos. Implica que toda persona tiene derecho al respeto de los demás, por su valor intrínseco como ser humano, sin que este aumente o disminuya por alguna característica, condición o estatus personal, tales como raza, cultura, idioma, nivel socio-económico, orientación sexual, religión, estado civil, color, edad, discapacidad, entre otros.

En el desempeño de sus actividades, los psicólogos tienen la responsabilidad de respetar, proteger y fomentar el derecho de las personas a la privacidad, autodeterminación, libertad personal, trato justo, igualdad, dignidad, consentimiento informado y el derecho a establecer y dar por terminada la relación con el psicólogo.

b) Cuidado responsable: El psicólogo muestra preocupación por el bienestar y evita el daño a cualquier individuo, familia, grupo o comunidad. La actividad psicológica debe beneficiar a la sociedad. El psicólogo solo debe

realizar actividades para las que recibió la formación suficiente, es competente y posee conocimientos y destrezas avanzadas.

El psicólogo debe distinguir entre los beneficios y los daños producto de sus métodos y procedimientos y continuar solo si los beneficios superan al daño. Cuando sus métodos produzcan daños, debe corregir sus efectos dañinos, ya sean físicos o psicológicos, como humillación, miedo, dolor, afectación a la autovalía, a la confianza y a la integridad personal.

c) Integridad en sus relaciones: El psicólogo demuestra en su actuación: precisión y honestidad, apertura, sinceridad, máxima objetividad y mínimo prejuicio o sesgo, evitación de conflicto de intereses. El psicólogo debe comprender y estar consciente de las circunstancias que rodean su actividad, su historia, valores personales y la forma en que estos afectan sus decisiones, interpretaciones, sugerencias y comportamiento. El psicólogo además, aclara hacia las personas que brinda sus servicios, su papel, enfoque, funciones y el trabajo que ofrece.

d) Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad: La psicología como disciplina ocurre dentro de un contexto social, por lo que el psicólogo debe buscar aumentar el conocimiento y promover el bienestar de la humanidad a través de métodos y procedimientos éticos, además de tener la responsabilidad de dar a conocer el conocimiento y contribuciones que beneficien a los demás seres humanos.

Específicamente dentro de la Terapia Familiar, existe un código ético, regulado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, promulgada el 3 de diciembre de 1997, dirigido a terapeutas familiares y de pareja y cuenta con los siguientes puntos:

1.- Responsabilidad con los pacientes: Los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada. Algunos aspectos importantes de este apartado son:

- No discriminarán ni negarán sus servicios profesionales a nadie debido a motivos étnicos, religiosos, de género, de nacionalidad, de clase o de preferencia sexual.
- Estarán conscientes de la influencia que pueden ejercer con sus pacientes y evitarán abusar de la confianza y de la dependencia de tales personas.
- No utilizarán la relación profesional con sus pacientes para su propio beneficio.
- Respetarán los derechos de toma de decisiones de sus pacientes y los ayudarán a entender las consecuencias de tales decisiones.

- La terapia se prolongará mientras sea razonablemente claro que el paciente se está beneficiando de esa relación.
- Los terapeutas canalizarán a pacientes si es necesario
- En caso de utilizar videos, grabaciones o permitir la presencia de terceras personas los terapeutas deberán obtener el consentimiento explícito del paciente, de preferencia por escrito.

2.- Confidencialidad: Los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, no podrán hacer declaraciones en relación a las confidencias de los pacientes excepto en los siguientes casos: (a) si lo determina la ley, (b) para prevenir daño a una o varias personas, (c) si el terapeuta es acusado de acciones civiles, criminales o disciplinas que surgieran a raíz de la terapia (dado el caso, podrán revelarse las confidencias del paciente solamente en lo que se refiere a esa acción), o (d) si existe una dispensa (exención) por escrito obtenida con anterioridad, la información podrá revelarse de acuerdo a los términos que señale la dispensa.

Los terapeutas podrán utilizar el material clínico del paciente para enseñanza, escritura y presentaciones al público, sólo si ha obtenido autorización específica o cuando se hayan tomado los pasos necesarios para proteger la identidad y confidencialidad del paciente.

Los terapeutas conservarán los registros del paciente, de forma tal que se pueda mantener la confidencialidad.

3.- Capacidad e integridad profesional: Los terapeutas deberán conservar un alto nivel de capacidad e integridad profesional, para lo cual:

- Deberán buscar la ayuda profesional correspondiente para solucionar sus problemas o conflictos personales, mismo que pudiera deteriorar el desarrollo de su trabajo o juicio clínico.
- Se considera que violan este código cuando 1) cometen algún delito, 2) se comprometen en conductas que conducen a un delito relacionado a sus funciones, 3) tienen sus licencias o certificados temporalmente suspendidos, revocados o han sido amonestados por instancias reguladoras, 4) ya no son competentes para ejercer la terapia de pareja o de familia porque han sufrido deterioro físico o mental causado por abuso de alcohol u otras sustancias, o 5) no cooperan con la Asociación en cualquier punto.
- Los terapeutas deberán mantenerse actualizados y si se dedican a la docencia, supervisión o investigación, aplicarán un alto nivel de conocimientos e información
- Deberán tener cuidado al hacer recomendaciones, dar opiniones en testimonios u otra afirmaciones públicas y/o privadas.

4.- Responsabilidad con estudiantes y subordinados: Los terapeutas no deberán abusar de la confianza y dependencia de estudiantes, supervisados o quienes dependan de ellos en el proceso de enseñanza-aprendizaje e investigación.

5.- Responsabilidad con los participantes de investigaciones: Los investigadores deberán respetar la dignidad y proteger el bienestar de los participantes en la investigación y estar consientes de las leyes y reglamentos federales y estatales, así como de los estándares profesionales que deban regir la conducta de los investigadores.

6.- Responsabilidad a la profesión: Los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión. Deberán participar en actividades que contribuyan a mejorar a la sociedad y a la comunidad.

7.- Arreglos financieros: Los terapeutas deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios, y deberán verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional.

8.- Publicidad: Los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

El Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, tiene como objetivo general capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud. Esta especialidad, con su visión integrativa, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el construccionismo social y la narrativa, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político y económico, etc.), el lenguaje y la construcción de significados.

Las competencias adquiridas durante la Maestría, como terapeuta sistémico, se enuncian a continuación

I. Habilidades Teórico Conceptuales:

El plan de estudios contempla materias como el Seminario de epistemologías de las Terapias sistémicas y postmodernas, que nos permite establecer las bases de nuestro campo de estudio, de una manera analítica y reflexiva, las cuales son retomadas a lo largo de la Maestría. En cuanto a los Modelos de Intervención, se cuenta con asignaturas teóricas de cada uno de ellos, como son el Modelo Estructural, Estratégico, Milán, Terapia breve enfocada a problemas, Terapia Breve enfocada a soluciones y Terapias Posmodernas: Narrativa, equipo reflexivo y terapia colaborativa. Estas habilidades fueron resumidas en el capítulo II.

II. Habilidades Clínicas, Detección, Evaluación Sistémica y Tratamiento:

Se adquirieron las siguientes habilidades, fundamentales en la parte inicial del proceso terapéutico: establecer el contacto inicial con quienes demandan el servicio, entrevistar y utilizar técnicas de enganche y de alianza terapéutica que permitieron generar una relación de colaboración. Definir motivos de consulta y demandas terapéuticas, así como los objetivos terapéuticos, de manera colaborativa con los usuarios y acordar con este el curso de acción terapéutica para responder a las necesidades y co-establecer un plan para el desarrollo del proceso terapéutico.

En cuanto a la evaluación clínica, se logro: Evaluar el tipo de problema y opciones de solución; los proceso interaccionales; se lograron identificar las necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas y se formularon hipótesis.

En relación al tratamiento: Se seleccionaron y fundamentaron las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional.

Se diseñaron, seleccionaron y aplicaron los métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada en los sistemas: individual, conyugal, familiar y grupos específicos.

Se aplicó la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los usuarios; evaluar los resultados y terminar el tratamiento, así como la elaboración de reportes del tratamiento por sesión y la integración del expediente clínico

III. Habilidades de Investigación y Enseñanza:

Se diseñaron, aplicaron e implementaron proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios, se obtuvieron datos acerca de las características de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias y se formularon hipótesis sobre los factores involucrados.

Como resultado de estas habilidades, se realizaron en la Maestría dos investigaciones, una cuantitativa y una cualitativa y fueron presentadas en foros para su divulgación.

IV. Habilidades Hacia la Prevención.

Dentro de la Residencia se cuenta con el Taller de Intervención comunitaria, que nos permitió adquirir las herramientas para: elaborar programas y proyectos de salud comunitaria; identificar procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas familiares y grupales; diseñar programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario y aplicar estos programas, en colaboración con los diferentes agentes, familiares e institucionales, que intervienen.

V. Ética y Compromiso Social.

A lo largo de la maestría y como resultado de la relación entre terapeuta-familia-supervisor y equipo, se fortalecen las habilidades de ética y compromiso social del terapeuta, al mostrar respeto, confidencialidad, compromiso, empatía y sensibilidad con las necesidades de las familias, parejas

o individuos que asisten a terapia. Así mismo, se muestra respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.

Se busca la atención psicológica en caso requerido y el terapeuta en formación trabaja en diferentes momentos con la familia de origen.

4.2. Incidencia en el campo psicosocial

La maestría en Terapia Familiar cuenta con diferentes sedes en donde se tratan problemáticas que presentan las familias, parejas e individuos. Los miembros de la sexta generación, asistimos al Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila", al Centro Comunitario "Julián Mac Gregor" pertenecientes a la Facultad de Psicología y al Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

La población a la que asiste a cada una de las Instituciones, tiene características particulares, por ejemplo en el Centro de Servicios Psicológicos, la población que nos tocó atender por lo regular eran empleados o ex empleados de la UNAM, alumnos de Licenciatura, Posgrado o ex alumnos y personas aledañas a la zona, las principales problemáticas que presentaban, era problemas de comunicación, problemas de pareja, infidelidad, separación, dificultades con los hijos, violencia, depresión, ansiedad y manejo del enojo entre otros. Se atendieron en la sexta generación de la Maestría, alrededor de 43 casos, aplicando los Modelos: Estratégico, Soluciones, Terapia Breve orientada al problema, Terapia Breve orientada a la solución, Milán, Estructural, Modelo Dinámico-sistémico-estructural, Terapias posmodernas .

En el Centro Comunitario Julián Mac Gregor, la mayoría de la población que atendimos en la generación, fueron personas que pertenecían a la Comunidad, o bien, algún empleado de la UNAM. El nivel socio-económico de los asistentes, era más bajo que el que asistía al Centro Guillermo Dávila. Las principales problemáticas atendidas en este, fueron problemas en la conducta y educación de uno de los hijos, problemas de pareja, comunicación, infidelidad, violencia, autoestima y depresión. Los Modelos utilizados, fueron el Estructural y la Integración de Modelos y se atendieron alrededor de 17 casos.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil, la población es más variada que en los Centros anteriores, pues asisten personas de todo el Valle de México, que comúnmente son canalizadas por medio de la escuela o llegan ahí tras otros intentos fallidos de atención. El nivel socio-económico, varía de medio, medio-bajo y bajo, siendo más predominantes los dos últimos. Las problemáticas más comunes, eran: problemas de conducta, problemas de pareja, TDHA, enuresis, anorexia, consumo de drogas, enfermedades crónicas, Debido a la

complejidad de problemáticas que manejaban las familias, se atendía en base a una Integración de Modelos.

4.3. Reflexión y análisis de la experiencia

La Maestría en Terapia Familiar, no solo nos enseña una serie de Modelos que podamos comprender y aplicar en la Teoría, está conformado de manera que podemos vivir en carne propia, el pensamiento sistémico, a través de las interrelaciones que establecemos con los compañeros en formación, las familias, los docentes, los supervisores, los tutores, las Instituciones a las que asistimos y el personal de la UNAM con el que tenemos contacto constante.

La estructura de los semestres, nos permite ir asimilando primeramente la epistemología que sustenta la Teoría de los sistemas y su evolución hacia la hermenéutica en la que se basan las teorías posmodernas, esto nos habla de cómo el conocimiento nos solo es algo que siempre está buscando el hombre, sino que así como las familias, se encuentra en constante transformación y esto también nos plantea una cuestión ética, de mantenernos en actualización y en poder aportar algo hacia la humanidad, pues en el siglo pasado, cuando surgía una teoría, esta se mantenía vigente por mucho tiempo, a pesar de que ya no se enfocaba a cubrir las necesidades de las personas, pues estas ya habían cambiado.

Uno de los beneficios de esta Maestría, es que nos permite conocer una amplia variedad de Modelos, Teorías y formas de hacer terapia, que nos ayuda a tener más recursos y esto no solo beneficia a la familia, sino también al terapeuta, pues nos mantiene en una visión abierta y con posibilidades hacia el cambio.

Esta experiencia, implica un cambio de una postura lineal, que es la que predomina en muchos ámbitos de la vida, a una postura sistémica y aún más allá de lo sistémico. El conocer el pensamiento posmoderno, aplicado a la terapia, nos abre otra variedad de posibilidades, que va más allá de la clásica definición de la psicología como el estudio de la psique o mente humana, al estudio de los significados, el lenguaje, las interacciones simbólicas y con ello el cuestionamiento de lo que era la terapia y el papel y postura del terapeuta.

Esto último, ha sido para mí un punto importante de auto-análisis, pues anteriormente no había reparado en el “poder” que nos otorgan los clientes, nosotros mismos, la sociedad e instituciones, de manera que debemos ser cuidadosos y responsables ante el papel que tenemos como terapeutas y

aquello que vamos co-constuyendo con los clientes en el proceso de la terapia.

El programa de maestría, nos proporciona elementos de reflexión que acompañan nuestro trabajo terapéutico y nos permite mantenernos atentos y con la inquietud de ir co-construyendo nuestro aprendizaje con todo el sistema que conforma la formación.

4.4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo

Esta experiencia fue muy enriquecedora, en lo personal, me permitió descubrir un mundo fascinante en la psicología y más allá, me ayudo a comprender mejor lo que ocurría a mí alrededor y a tener mayor conciencia de nuestro papel como terapeutas en un país de tantos contrastes, cambios, problemáticas y recursos. Este papel, no solo se encuentra al nivel de la práctica clínica, sino en la intervención social, institucional, en la investigación, la educación, entre muchos otros y creo que así como en esta Maestría estudiamos las aportaciones que muchas personas han hecho a la Terapia Familiar, necesitamos generar más investigación práctica desde nuestro contexto, que nos permita dar una solución desde nuestro mundo de significados, creencias e historia.

Por otro lado, dentro de la formación, un aspecto que requiere una mención especial, es la experiencia de ser parte de un equipo de trabajo con el resto de los residentes, pues implica compartir mucho tiempo juntos y esto nos enseña varias cosas: a trabajar en conjunto, a aprender de los otros, a aceptar las diferencias y enriquecernos con las ideas, pensamientos, sentimientos y estilos de cada quien. Llevado a otro plano, esto nos ayuda a aprender a trabajar interdisciplinariamente, a respetar otras opiniones y enfoques y mantener una postura abierta y de aceptación de crítica.

Más allá de lo que pude aprender en la parte teórica, de los supervisores o docentes, me quedo con lo que más me quedo de esta experiencia, es con lo que me dejó cada una de las familias o personas que atendí o atendieron mis compañeros, sus voces, transformaciones y vivencias, se quedan conmigo y aún a distancia las recuerdo y me evocan una sensación de agradecimiento, al ser parte de la persona que se fue transformando y que fue construyendo junto con ellos un nueva visión del mundo, la familia, las relaciones, los problemas, las soluciones y el lenguaje.

REFERENCIAS

- Andersen T.(1992). *Reflexiones sobre la reflexión con familias*. En Mc Namme S. y Gergen K. (comp) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Andersen T. (2004). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson H. y Golishian H. (1992). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En Mc Namme S. y Gergen K. (comp) *La terapia como construcción social*. Barcelona. Paidós.
- Anderson H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson H. (2005). Myths about "not-knowing". *Family Process*, 44: 497- 504.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Aguilera H. (2006). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- Alcantara M. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- Aparicio, B. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997). *Código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar*. Recuperado el 17 de marzo del 2010. Disponible en http://amtf.com.mx/index.php?page=Codigo_ético.
- Asunción C., Villegas A. y Rodríguez L., (2007). *Factores comunicacionales de la resiliencia en la familia*. Recuperado el 11 de noviembre del 2009. Disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/aap/congresos/segundo_congreso/trabext.html.
- Barudy J., (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y Resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bateson G. (1987). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bengoa G. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de de Estudios Profesionales Iztacala. México: UNAM.

- Betrando P. y Toffanetti D. (2004). *Historia de la terapia familiar, los personajes y las ideas*. Paidós: Barcelona.
- Biever J., Bobele M., Gardner G. y Franklin C. (2005). Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En Limón A. (comp) *Terapias posmodernas: aportaciones construccionistas*. México: Pax.
- Borrero M. (2005). *Análisis de los factores sistémicos y psicosisistémicos, que influyen en la separación y ruptura conyugal*. Recuperado el 30 de marzo del 2010. Disponible en <http://www.uazuay.edu.ec/publicaciones/Sistemas%20Familiares.pdf>.
- Boss P. (2001). *La pérdida ambigua. Como aprender a vivir con un duelo no terminado*. España: Gedisa.
- Bronfman M. (2001). *Como se vive se muere. Familias, redes sociales y muerte infantil*. Argentina. Lugar Editorial.
- Cade B., O'Hanlon W. (1995). *Guía Breve de Terapia Breve*. Barcelona: Paidós.
- Carter B. (1991). Divorcio: el de él y el de ella. En Walters M., Carter B., Papp P. y Silverstein O. (comp) *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. México. Paidós
- Castells P. (2009). *Conflicto de pareja y repercusión en los hijos*. Recuperado el 26 de marzo del 2010. Disponible en <http://www.congresoaeop.org/2009/agenda/docs/19381.pdf>.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G. y Mazza R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. España: Paidós.
- Cormier, W. y S. Cormier. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. España: Desclée de Brouwer.
- CONAPO (2009). *Las transformaciones y retos que enfrenta la familia en México*. Recuperado el 10 de marzo del 2010. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/cipd15/Cap06.pdf>.
- Cordova A. (2006). *Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas*. Tesis Doctorado. Facultad de psicología. México, UNAM.
- Cuenca M. (2006). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- Chavez C.(2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- Dabas E. (1995). *Redes, el lenguaje de los vínculos*. Argentina. Paidós.

- Desmarais D., Laviguer H., Roy L. y Blanchet L. (1989). Paciente identificado, red primaria e ideología dominante. En Elkaim M. (comp) *Las prácticas de la Terapia de red*. España. Gedisa.
- Desatnik M. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz L. (comp). *Terapia familiar su uso hoy en día*. México: Pax.
- De Shazer S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.
- Díaz, C. y Leguizamo, V. (2005). *Trabajo recepcional: Taller de Intervención profesional, "Atención Individualizada"*. México, Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.
- Eguiluz L. (2003). *Dinámica de la familia, un enfoque psicológico sistémico*. México. Pax.
- El Universal (2009). *Aprueba ALDF adopción para parejas gays*. Recuperado el 10 de marzo del 2010. Disponible en <http://www.eluniversal.com.mx/notas/647292.html>
adopción.
- Espejel A. (1997). *Escala de Funcionamiento Familiar*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala e Instituto de la Familiar A.C.
- Espinosa M. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En Eguiluz L. (2004) (comp) *Terapia familiar su uso hoy en día*. México: Pax.
- Ferrat, M. (2006). *Pensar la Terapia Familiar Sistémica. Reflexiones sobre la teoría, la formación y la práctica*. Reporte de Experiencia Profesional. Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- Fisch R., Weakland J. y Segal L. (1988). *La táctica del cambio*. Barcelona. Herder.
- Flores O. (2006). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de de Estudios Profesionales Iztacala. México, UNAM.
- Galicia M. (2004). *Terapia estratégica*. En Eguiluz L. (comp), *Terapia Familiar Su uso hoy en día*. México: Pax.
- García L. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de de Estudios Profesionales Iztacala. México, UNAM.
- García M. (2006). *Propuesta de evaluación de características, repertorios y condiciones para la resiliencia en adultos en vista de acciones de prevención*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. México, UNAM

- García O. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- Gómez A. (2006). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- González C. (2004). *El modelo de hipnosis de Milton Erickson*. En Eguiluz L. (comp) *Terapia Familiar Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Haley J. (1983). *Terapia No Convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley J.(1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley J. y Richeport-Haley M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.
- González O. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura económica.
- Hoffman L. (1992) Una postura reflexiva para la terapia familiar. En Mc Namme S. y Gergen K. (comp) *La terapia como construcción social*. Barcelona. Paidós.
- INEGI (2009). *Estadísticas a propósito del 14 de febrero, matrimonios y divorcios en México*. Recuperado el 10 de marzo del 2010. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2680&ep=9>.
- INMUJERES-A (2009). *Avances en la equidad de género*. Recuperado el 10 de marzo. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2009/11.pdf>.
- INMUJERES-B (2009). *Mujeres y hombres en México*. Recuperado el 29 de marzo del 2010. Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Publicaciones.php>.
- Jiménez V. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de de Estudios Profesionales Iztacala. México, UNAM.
- Johansen B. (1982). *Introducción a la teoría general de los sistemas*. México: Limusa.
- Juárez C. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de de Estudios Profesionales Iztacala. México, UNAM.
- Kenney B. (1987). *Estética del cambio*. México: Paidós.

- Kenney B. y Ross J (2007). *Construcciones en terapias familiares sistemicas "Espíritu en la terapia"*. Buenos aires: Amorrortu.
- Lax W. (1992). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En Mc Namme S. y Gergen K. (comp) *La terapia como construcción social*. Barcelona. Paidós.
- Lipchik E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lyddon W. (1998). Formas y facetas de la Psicología constructivista. En Neimeyer M. y Mahoney R. (comp) *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Limón A. (2005). Del constructivismo al construccionismo; una perspectiva para la terapia familiar. En Limón A. (comp) *Terapias posmodernas: aportaciones construccionistas*. México: Pax.
- Madanes C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Macías R. (1994). La familia. En Pérez C. y Rubio E. (coord.) *Antología de la Sexualidad Humana II*. México: CONAPO y Porrúa.
- Macías R. (1994). El divorcio. En Pérez C. y Rubio E. (coord.) *Antología de la Sexualidad Humana II*. México: CONAPO y Porrúa.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*, Barcelona: Gedisa.
- Mandujano V. (2006) *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de de Estudios Profesionales Iztacala. México, UNAM.
- Martínez J. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de de Estudios Profesionales Iztacala. México, UNAM.
- Mendoza, A. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin S. y Fishman H.(1994). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Neimeyer R. (2002). *Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo*. Buenos Aires: Paidós.
- Nyffeler, G.(2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México, UNAM.

- O'Hanlon W.H. y Weiner-Davis M. (1993). *En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Palacio, J. y Rodrigo, M. (1998). *Familia y desarrollo Humano*. Madrid: Alianza.
- Pérez, P., M., P. (2005). *Resiliencia y Adolescencia Desistente*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México, UNAM.
- Pereira R. (2002) Abordaje sistémico del duelo sistémico. Recuperado el 30 de marzo del 2010. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/69/4942/?++interactivo>
- Robles, M. (2003). Formas y expresiones de la familia. En Eguiluz L. (comp.) *Dinámica de la familia, un enfoque psicológico sistémico*. México. Pax.
- Ocampo, A. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon W.H. y Weiner-Davis M. (1993). *En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Pérez L. (2004) *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM.
- Rivas R., González S. y Arredondo V. (2008). *Duelo y rituales terapéuticos desde la óptima sistémica*. Recuperado el 30 de marzo del 2010. Disponible en: www.ejournal.unam.mx/repojs/ojs/index.php/20/article/view/4845/2655.
- Rodríguez C. (2004). La escuela de Milán. En Eguiluz L. (comp.) *Terapia familiar su uso hoy en día*. México: Pax.
- Robles O. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- Salas O. (2005) *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM.
- Salzberg B. (1993). *Los niños no se divorcian*. Recuperado el 26 de marzo del 2010. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/Articulo?codigo=499310.
- Sánchez, M. (2007). *Informe Anual de Actividades del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" 2007*. Ciudad Universitaria: UNAM.
- Sánchez y Gutiérrez D. (2000). *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.

- Secretaría de Salud (2008). *Servicios de Atención Psiquiátrica*. Recuperado el 21 de Abril de 2008. Disponible en <http://sap.salud.gob.mx>.
- SEGOB (2009) *Día Mundial de la Población. Sin la adecuada política de población, seríamos en México 160 millones de habitantes*. Recuperado el 10 de marzo. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2009/bol090709.pdf>.
- Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G y Prata G. (1980). Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*. 19 (1): 3-12.
- Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G y Prata G. (1988). *Paradoja y contraparadoja Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Selvini-Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M. y Sorrentino A.M. (1990). *Los juegos psicóticos de la familia*. España: Paidós.
- Selvini-Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M. y Sorrentino A.M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. España: Paidós.
- Sluzki C. (1998). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. España: Gedisa.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009) *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Szprachman de Hubscher R. (2003). *Terapia Breve. Teoría de la técnica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tizón J. (2004) *Pérdida, pena y duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós.
- Umbarger C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Argentina: Amorrutu.
- Vargas A. (2004). *Antecedentes de la Terapia Sistémica, Una aproximación a su tradición de investigación científica*. En Eguiluz (comp.) *Terapia familiar Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Vargas G. (2006). *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría en Psicología. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Villanueva G. (2005). *Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Maestría en Psicología. Reporte de Experiencia Profesional*. Facultad de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM
- Von Bertalanffy (1968). *Teoría General de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Von Foerster (1996). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.

- Von Glasersfeld E. (2000). El constructivismo radical o la construcción del conocimiento. En Waltzlawick P. y Nardone G. (comp) *Terapia breve estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Wainstein M. (2000). La influencia del constructivismo en la psicoterapia breve interaccional. En Waltzlawick P. y Nardone G. (comp) *Terapia breve estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Waltzlawick P. Beavin J. y Jackson D.(1991). *Teoría de la comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick P. y Nardone G. (2000). *Terapia Breve Estratégica, Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. España: Paidós.
- Walsh, F.(1998). *Resiliencia Familiar*. Buenos Aires: Amorroutu.
- White M. y Epston D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White M. (1994) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Wikipedia (2010) Adopción homoparental. Recuperado el 10 de marzo del 2010. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Adopci%C3%B3n_homoparental
- Wittzaele J. y García T. (1994) *La escuela de Palo Alto: historia y evolución de las ideas esenciales* Barcelona: Herder.

ANEXO 1

INSTRUMENTO: “FACTORES COMUNICACIONALES DE LA RESILIENCIA EN LA FAMILIA”

Instrucciones

A continuación te presentamos una serie de preguntas con 5 opciones de respuesta, que va desde muy frecuentemente hasta nunca y de la cual deberás elegir la que mayor se adecue a tu situación actual. A continuación se presenta un ejemplo en donde una persona contesto a la siguiente frase y tacho la opción que más se adecuó a su situación

1. Acostumbro ir al cine los fines de semana.

			X	
Muy frecuentemente	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

Lo anterior quiere decir que dicha persona rara o en muy pocas ocasiones, asiste al cine

De manera similar al ejemplo anterior se presentarán una serie de frases en relación a tu situación con tu familia, que te pedimos contestes con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Cualquier duda, la puedes consultar con el entrevistador.

---Gracias por tu colaboración----

- 1.- En mi familia acostumbramos a demostrarnos el afecto
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 2.- Tengo claro lo que los demás miembros de mi familia piensan de mí
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 3.- Mi familia encuentra el lado positivo de las situaciones difíciles que hemos vivido
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 4.- En mi familia nos apoyamos económicamente en situaciones difíciles
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 5.- En mi familia respetamos los sentimientos de los demás
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 6.- Cuando platico con algún familiar un evento doloroso, comparten mis sentimientos hacia lo ocurrido
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 7.- En mi casa compartimos la responsabilidad de las decisiones que se toman
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 8.- Para resolver los problemas en mi familia, cedemos en algunas cosas
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 9.- En mi familia tenemos la confianza para demostrar sentimientos de amor (alegría, esperanza, gratitud, consuelo)
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 10.- Ante un problema no buscamos responsables, sino soluciones
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|

11.- Ante un problema que tenga uno de los miembros de mi familia comentamos entre todos las posibles soluciones

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

12.- En mi familia nos apoyamos moralmente en situaciones difíciles

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

13.- Puedo apoyarme en mi familia para superar los cambios

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

14.- En mi casa nos comunicamos de manera directa

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

15.- Los mensajes entre los miembros de mi familia son claros y los entiendo sin dificultad

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

16.- En mi familia todos nos tenemos confianza para hablar de los eventos dolorosos vividos

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

17.- Las situaciones difíciles que hemos superado como familia me dan confianza para enfrentar el futuro

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

18.- Tengo claro lo que los demás miembros de mi familia esperan de mí

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

19.- Cuando se presenta una crisis en mi familia, hablamos todos sobre la manera en que podemos enfrentarla

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

20.- En mi familia puedo darme cuenta cuando alguien se siente feliz

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

21.- En mi familia tenemos la confianza para demostrar sentimientos de ira, temor, tristeza y decepción

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

22.- En mi casa todos podemos opinar sobre las soluciones de los problemas que se nos presentan

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

23.- Las situaciones me han enseñado que puedo resolver los problemas mejor con el apoyo de mi familia

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

24.- Tengo la confianza suficiente para contarle a mi familia los eventos dolorosos que he vivido

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

25.- En mi familia nos organizamos con diferentes tareas para resolver dificultades

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

26.- Puedo distinguir cuando alguien de mi familia habla en serio

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

27.- Cuando alguno de los miembros de mi familia sufre por un fracaso lo apoyamos para resolverlo

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

28.- Cuando se nos presenta un problema todos colaboramos en la solución con acciones concretas

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

29.- Los mensajes entre los miembros de mi familia los entiendo fácilmente

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

30.- En mi familia me han enseñado a manejar mis emociones o sentimientos negativos

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

31.- En mi familia actuamos conforme a lo que decimos

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

32.- En mi familia me han enseñado a manejar mis emociones o sentimientos positivos

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

33.- En mi familia tomamos las decisiones juntos

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

ANEXO 2

CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL INSTRUMENTO: “FACTORES COMUNICACIONALES EN LA FAMILIA QUE FAVORECEN LA RESILIENCIA”

Calificación

Una vez contestado el cuestionario, se procede a calificar, con el siguiente criterio:

Muy frecuentemente= 5

Frecuentemente= 4

A veces= 3

Casi nunca= 2

Nunca= 1

Los valores que se obtienen se pueden capturar manualmente o en el Sistema Estadístico para las Ciencias Sociales para calcular la sumatoria de la prueba total y por factor.

Interpretación

La distribución de la muestra, se obtuvo en cada uno de los factores y en la calificación total. A continuación se hace una descripción de los valores obtenidos*, en la siguiente tabla:

Factor	Puntuación aceptable	Rangos con dificultades	Interpretación
Resolución de problemas y apoyo	Mayor o igual a 16.93	Menor a 16.93	Las personas que obtengan puntuaciones menores a 16.93, se considera que tienen dificultades en la resolución de problemas y apoyo a nivel familiar y los que tengan una puntuación mayor a esta, contarán con habilidades en la resolución de problemas y apoyo
Claridad en la comunicación	Mayor o igual a 7.92	Menor a 7.92	Las personas que obtengan puntuaciones menores a 7.92, tienen escasa claridad en la comunicación, lo que significa que no hay congruencia entre lo que se dice y la manera en cómo se dice, a diferencia de los que obtengan una puntuación mayor a 7.92.

Empatía y expresión afectiva	Mayor o igual a 8.61	Menor a 8.61	Las personas que obtengan puntuaciones menores a 8.61, tienen poca empatía y expresión afectiva, lo que significa que no se toman en cuenta los sentimientos y la percepción que tienen los miembros de la familia, a diferencia de los que obtengan una puntuación mayor a 8.61.
Confianza	Mayor o igual a 11.49	Menor a 11.49	Las personas que obtengan puntuaciones menores a 11.49, tienen escasa confianza en su familia, es decir, no tienen libertad para expresar lo que se piensan y/o se sienten, contrariamente de los que obtengan una puntuación mayor a 11.49.
Factor Total	Mayor o igual a 46.77	Menor a 46.77	Las personas que obtengan puntuaciones menores a 46.77, no cuentan con una comunicación familiar que favorezca la resiliencia. Es decir que es probable que tengan mayor dificultad para enfrentar las situaciones adversas que se les presenten, a diferencia de los que obtengan una puntuación mayor a 46.77.

Los anteriores datos son resultado de un trabajo preliminar, por lo que el punto de corte presentado anteriormente no puede generalizarse, y se debe considerar que las características de la muestra estudiada son las siguientes: Sujetos del sexo masculino, residentes de la Ciudad de México y personas con nivel socioeconómico bajo, que viven en colonias populares