



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

*La Femenidad a través de las Relaciones:
Una mirada desde la Terapia Familiar*

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

LETICIA MUÑOZ ARREOLA

DIRECTOR: MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ

COMITÉ:

MTRA. MIRIAM ZAVALA DÍAZ
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
DRA. NOEMI DIAZ MARROQUÍN
MTRA. JAQUELINE FORTES BESPROSVANY

Junio 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.

La Femenidad a través de las Relaciones: Una mirada desde la Terapia Familiar



*Porque su cuerpo no proyecta sombra,
porque no arroja peso en la balanza,
porque su nombre es de los que se olvidan...*

Rosario Castellanos

*¿Qué tal si deliramos por un ratito?
Vamos a clavar los ojos más allá de la infamia,
para adivinar otro mundo posible..."*

Eduardo Galeano

*Con todo mi amor, a Diego :
Por el tiempo donado, los ánimos,
por crearme superpoderosa
por las enseñanzas,
pero sobre todo por ser el mejor,
el más grande, el más constante
y dulce de mis motivos
para creer en un mundo mejor.*



Agradezco profundamente ...

*A Don Abelito por respaldar mis errores y aciertos;
dándome el ejemplo y enseñándome que ¡Hay que
vivir sembrando! ¡Siempre sembrando!*

*A mi mamá por cambiar el rumbo de mi vida
y enseñarme las posibilidades infinitas y
múltiples formas del amor.*

*A Ramoncha por sus brazos siempre abiertos
para contenerme e impulsarme.*

*Cuchito gracias por el amor incondicional y
los ánimos en los momentos más negros.*

*A Bricia, Ali Laura, Mary, Diana, Lulú,
Gabo y Rodrigo por las risas disipadoras de
cansancio, y el si anticipado a mis locuras.*

*A Patachueca y Silvia por darme la
tranquilidad de ir en pos de mi sueño
sabiendo que mi mejor motivo estaba
bien, seguro y amado por ellos.*

*A mi tutor Gerardo Reséndiz, por acompañarme,
orientarme y apoyarme en este vuelo siempre
dispuesto a cooperar confiando en mí.*

*A Miriam, por el aprendizaje, el orden,
la estructura brindada a mis ideas, los
cuestionamientos y el acompañamiento*



*A mí amado cara pálida por la confianza
de sabernos dueños de Albanta y
de sus infinitas posibilidades...*

*A la UNAM por crear por los espacios, las
condiciones y los escenarios en los que mis
profesores me brindaron las ideas que esculpen
a la terapeuta que soy ahora.*

*A todas las familias que me hicieron participe
de su estética, para co-construir posibilidades.*

*A mis compañeros, especialmente a Betty, Noemí,
Alma, Cintia y Adri, por compartirme sus historias,
habilidades y conocimientos.*

*A los ausentes siempre presentes, que sin
saberlo completan este sistema, impulsándome
más allá de mis prejuiciosas limitaciones.*

*Finalmente a mí por atrevida y por haberme
embarcado en este viaje, dejándome llevar y
manteniéndome aún en la adversidad.*

Gracias por ser parte de este recorrido.





ÍNDICE



I. Antecedentes y Contexto de la Terapia Familiar

I.	Contexto de la terapia familiar	
I.1.	Características del campo psicosocial	1
I.2.	Principales problemas que presentan las familias en México	4
I.3.	La terapia sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	9
2.	Los escenarios	10
2.1	Descripción de los escenarios clínicos	12
2.1.1.	Centro de servicios psicológicos Guillermo Dávila	12
2.1.2.	Centro Comunitario “Dr. Julián Macgregor y Sánchez Navarro”	13
2.1.3	Centro Comunitario “Los Volcanes”	15
2.1.4	Centro Comunitario “San Lorenzo”	17
2.1.5	Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”	19
2.1.6.	Instituto Nacional de Rehabilitación	21
2.2.	Análisis sistémico de las sedes	21
2.3	Trabajo y participación en las sedes	29

II. Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica

I.	Análisis teórico conceptual del marco epistemológico que sustenta el trabajo	33
I.1.	Antecedentes históricos	33
I.2.	Análisis de los fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna	37
I.2.1.	Los Personajes Revolucionarios	38
I.2.1.1.	Gregory Bateson	38
I.2.1.2.	Heinz Von Foerster	40
I.2.1.3.	Humberto Maturana y Francisco Varela	41
I.3.	Las ideas inacabadas	43
I.3.1.	Teoría General de los Sistemas	40
I.3.2.	Teoría de la Comunicación Humana	46
I.3.3.	Cibernética	49
I.3.4.	Constructivismo	51
I.3.5.	Construccionismo Social	52





2. Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y posmoderna.	53
2.1 Modelo Estructural	54
2.2. Modelo Estratégico	58
2.3. Modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas	62
2.4. Modelo de Milán	70
2.5. Modelo de Terapia Breve Centrado en la Solución	77
2.6. El enfoque Narrativo	85
2.7 El equipo Reflexivo	91
2.8. El enfoque Colaborativo	94

III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

I. Habilidades clínicas	100
I.1. Integración de expedientes de trabajo clínico	100
I.1.1. Familia Montes Garcés	100
I.1.2. Familia Daza Moran	111
I.2. Análisis de tema pertinente a los casos reportados: “La feminidad a través de las relaciones”	121
I.3. Análisis del sistema terapéutico total	130
2. Habilidades de investigación	133
2.1. Resumen de la Investigación Cuantitativa: “Escala de Indicadores Femeninos para establecer Relaciones de pareja”	133
2.2. Resumen de la Investigación Cualitativa “Las relaciones de pareja ante el reto del autismo”	140
3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento	148
3.1. Elaboración y presentación de productos tecnológicos	149
3.1.1. Curso de Inducción de la 10ª. Generación	146
3.1.2. Traducción del artículo “Entendiendo a Bateson y Maturana”	150
3.1.3. Página web de la residencia en terapia familiar	151
3.2. Programa de intervención comunitaria “Ser mujer no significa sufrir”	152
3.3. Reporte de asistencia y presentación en foros académicos	153
3.3.1. Asistencia a foros académicos	153
3.3.2. Presentación en foros académicos	153
4. Habilidades de compromiso y ética profesional	154





<i>IV. Consideraciones Finales</i>	
1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	159
2. Incidencia en el campo psicosocial	162
3. Reflexión y análisis de la experiencia	164
4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en profesionista y en el campo de trabajo	166
<i>V. Referencias</i>	169
<i>VI. Apéndices</i>	193



Capítulo I. Contexto de la Terapia Familiar



*“¿Qué pauta conecta al cangrejo con la langosta?
¿Y a la orquídea con el girasol?
¿Y qué es lo que une a todo aquello entre sí?
¿Y a todos ellos conmigo?
¿Y a Ud. conmigo?...”*
Gregory Bateson

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

1.1. Características del campo psicosocial

La familia es el grupo natural de adscripción humana, ligado por lazos biológicos o sanguíneos, la cual permite y facilita la subsistencia de sus miembros mediante la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades (Macías, 2004).

Sin embargo la familia obtiene y da sentido al contexto del cual surge, al ser una de sus funciones principales socializar a los individuos para insertarlos de manera productiva a la sociedad. De igual manera la sociedad influye sobre la configuración familiar y dado que la nación enfrenta grandes problemas y retos, concretamente aquellos relacionados con la pobreza, la salud, la educación, la marginación, la ignorancia (UNAM, 2001), estos inevitablemente cambian los rumbos familiares.

En el año 2010, el Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) reportó 53 millones de pobres generando en el país un panorama de contraste entre el mundo de negocios y la población incapaz de acceder a la canasta básica. A pesar de los programas gubernamentales que busca disminuir la distancia entre estas dos esferas, estudios realizados calculan que al menos serán necesarios 10 años para lograr un avance al menos en el ámbito laboral, sin que esto logre erradicar la emigración como principal



alternativa de las clase bajas para buscar mejores condiciones de vida (ONU, 2010).

Por otro lado México enfrenta un endurecimiento de la situación de seguridad pública, lo cual se manifiesta en asesinatos ligados al narcotráfico, feminicidios, así como asaltos en vía pública (ONU *óp. cit*).

Estas condiciones particulares del contexto nacional producen en el ámbito social problemáticas que atraviesan la vida de las familias mexicanas como lo son las adicciones, la inseguridad, el desempleo y la violencia.

Ante estas situaciones de crisis las familias se han visto en la necesidad de modificarse, esto ha sucedido en un corto periodo de tiempo; los gobiernos por su parte han desarrollado políticas públicas sin embargo el impacto a la familia es inevitable, por lo que al hablar de cambios es importante destacar las dimensiones en las que estos se han dado (Ordaz, Monroy y López, 2010; Murueta (2009 y Espinosa (2009).

En primer lugar podemos hablar de que se ha dado una diversificación de las estructuras y las dinámicas familiares, es decir se ha dado un incremento en los hogares unipersonales, en 1990 representaban el 47.3%, mientras que en el 2005 eran el 49.3% los extensos (padres con o sin hijos y otros parientes) pasaron del 21.3% en los 90's, a ser 23.9% en el 2005 y los que se mantienen con una jefatura femenina (31.3% en el D.F y el 24% en el territorio nacional). Las parejas sin hijos, se han incrementado notablemente de 1.8% en 1990 al 8% en el 2005, ya que las parejas jóvenes deciden postergar o anular su reproducción, aunado al hecho de que la percepción de la maternidad de las mujeres se ha modificado debido a su inserción en el mercado laboral y el uso de anticonceptivos (Hernández, 2007) por otro lado los hogares mono parentales son el resultado del divorcio o de padres o madres solteros.

En segundo lugar se observa el efecto del ingreso de la mujer al mundo laboral, generando dobles ingreso en los sistemas familiares biparentales siendo en el 2005 el 38% las mujeres activas en el mundo laboral a nivel nacional lo que se representa en cada 4 de 10 hogares biparentales, a diferencia de 1990 en la que solo representaban el 6.8%. Es importante destacar que la actividad laboral



realizada por las mujeres se realiza en complementariedad con las labores del hogar y el cuidado de los hijos, ya que esto no implica una mayor participación de los hombres al hogar. Lo anterior causa una incongruencia entre los roles ejecutados y los tradicionales, generando tensión al provocar sanciones y presiones sociales, familiares y personales ante la ruptura de los estereotipos de género.

La tercera dimensión se refiere al incremento en los hogares donde la mujer funge como jefa de familia, En el caso de los hogares mono parentales esto se atribuye como se mencionó anteriormente a la disolución de la relación de pareja o a la no responsabilización de los hombres ante el embarazo. Por otro lado en el caso de los hogares biparentales, esto se atribuye a factores económicos, como los bajos salario o el desempleo masculino. A pesar de lo anterior, en el ámbito social la opinión femenina ocupa un segundo lugar ante la masculina en la toma de decisiones (Sunkel, 2006), a la par que el trabajo femenino obtiene una remuneración menor a la masculina.

La reducción del tamaño de las familias en México, ocupa el cuarto lugar, atribuyéndose principalmente a la postergación del matrimonio, el espaciamiento de los hijos, así como al nivel socioeconómico, el aumento en el nivel escolar y la participación femenina en el mercado laboral. Actualmente se observa como el número de hijos se ha reducido en promedio a 1 por familia a diferencia de 5 años antes donde se contabilizaba al menos dos hijos por mujer (INEGI 2005, 2010).

Finalmente ligada a la anterior se encuentran las modificaciones a los roles tradicionales de género, entre las cuales podemos destacar una mayor aceptación de la aportación económica femenina, búsqueda por parte de las mujeres de la distribución equitativa de las labores del hogar, movilidad de roles de género en sectores de la clase media y la clase popular, redefinición del ejercicio de la paternidad a partir de la inclusión masculina, así como modificaciones en el ciclo de vida familiar (García y Oliveira, 2006; Salguero, 2006; Rojas, 2000).

Podría decirse que el accesibilidad a la educación media superior, el contacto con otras culturas mediante los medios masivos de comunicación, el creciente



individualismo, el control de la fecundidad así como el papel cuestionador del feminismo son los responsables de los cambios de los roles y estereotipos (Ariza y Oliveira, 2001).

Lo anterior da cuenta entre otras cosas de una imagen de familia muy distinta a la tradicional, es decir ya no se habla solo de una familia al pensar en la unión de un hombre con una mujer, en la cual él desempeña un rol de proveedor y ella un rol de cuidado y protección del hogar y los hijos. En cambio se vislumbran estructuras dinámicas y cambiantes de acuerdo a las propias circunstancias y necesidades.

1.2. Principales problemas que presentan las familias en México

Partiendo del contexto en el cual se desenvuelve el desarrollo del país, así como de los cambios que han implementado las familias en respuesta a este, se derivan una serie de situaciones y problemáticas que llevan a las familias a crisis y a la búsqueda de ayuda al no obtener los recursos necesario por parte del estado para enfrentar los cambios.

Uno de los temas recurrentes en la sociedad mexicana es el tema de la violencia, datos del INEGI obtenidos en su censo del 2010 arrojan que en uno de cada tres hogares del Área Metropolitana de la Ciudad de México, se registra algún tipo de violencia. De cada 100 hogares donde el jefe es hombre, en casi 33 se registra algún tipo de violencia a diferencia de 22 de cada 100 de los dirigidos por mujeres. Los miembros más frecuentemente agresores son hombres, jefes del hogar, 49.5%, y la cónyuge, 44.1 por ciento.

Las víctimas más comúnmente afectadas son los hijos (as) configurando un 44.9%, en contraposición a los cónyuges, que representan el 38.9 %. Las expresiones más frecuentes de maltrato emocional son los gritos y los enojos mayores; 86% de los hogares con presencia de agresiones de tipo emocional sufrieron gritos y 41%, enojos mayores. Las formas de maltrato que con más frecuencia se presentan en la violencia física, fueron los golpes con el puño, 42%; bofetadas, 40% y golpes con objetos 23 por ciento.



La disolución de relaciones de pareja con hijos se muestra como otra problemática importantes, ya que esto repercute directamente sobre la relación de los padres con los hijos, en la situación económica de la familia y en los arreglos para garantizar el cuidado de los hijos. Estudios arrojan que al año 2008 se registraron 81 mil 851 divorcios, en 2007 fueron 77 mil 255 y en el 2006 la cifra se ubicó en 72 mil 396.

Las adicciones constituyen un problema de salud que afecta principalmente a la población joven por su temprano inicio y a la salud adulta por sus secuelas. Se identifican tres grandes áreas, tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Gutiérrez y Castillo (2009) publicaron en su reporte de consumo para pacientes de primer ingreso a Centro de Integración Juvenil que de los 10964 usuarios que se atendieron en el primer periodo de ese año, el 81.7% fueron del sexo masculino y 18.3% mujeres; las drogas de mayor consumo fueron: alcohol (89.5%), tabaco (85.3%), mariguana (73.1%), cocaína en polvo blanco (44.6%), solventes o removedores (31.9%), crack (28.4%), pegamentos (13.7%), metanfetaminas (11.7%) y benzodiazepinas (11.0%).

Romero, Jiménez, Díaz y Balanzario, (2009), en su reporte de indicadores de costo social del consumo de drogas, concluyen que el comportamiento agresivo-hostil, se asocia con el consumo de sustancias, y que en la medida que aumenta la severidad del consumo, aumenta la frecuencia de episodios de comportamiento antisocial, como pueden ser; el daño físico intencionado a otras personas, el involucramiento en asaltos, lesiones. Los resultados indican que el 81.8% de los usuarios con alta severidad de consumo, se involucraron en asaltos, en contraste únicamente el 4.5% de quienes presentaron consumo moderado presentaron este comportamiento; asimismo, el 67.4% dijeron haber provocado daños a terceros, mientras que cerca de la mitad tomo dinero o vendió cosas de la casa para comprar drogas, o bien contrajo deudas para ello (47.9% y 47.7, respectivamente).

En el ámbito laboral encontraron problemas como faltas al trabajo sin justificación (48.6%), por enfermedad (44.9%), por licencia médica (44%), así



como una disminución de los ingresos (47.2%), y cambio de empleo en más de dos ocasiones en un año (47%).

Como puede observarse los efectos del consumo se dan desde el individuo hacia el sistema y de manera inversa, quedando ligado a diversos factores como son la oferta, la demanda, el ambiente familiar de la persona, la influencia de los padres, las características de personalidad, las habilidades de interacción (incapacidad para decir “no”), la existencia de problemas de conducta, la facilidad para disponer de la droga, entre otras.

Una de las temáticas ligadas al consumo en los jóvenes es el incremento en la deserción escolar pues ya en 2008 casi 3 millones de adolescentes entre 12 y 17 años no asistían a la escuela. Del total de niños y jóvenes que no asistían a la escuela, correspondían a este grupo de edad 48.6% de hombres y 44.1% de mujeres.

Dejar la escuela antes del tiempo establecido significa el riesgo de continuar el aprendizaje predominantemente en las calles. Con esto, las capacidades y oportunidades de los adolescentes se ven recortadas de manera drástica, y sus riesgos de salud aumentan y la exposición a las adicciones se incrementa.

Entre las razones por las que los adolescentes dejan de ir a la escuela, se encuentran la baja calidad de la educación; la discriminación que muchos jóvenes enfrentan, la falta de oportunidades y de oferta educativa, así como la necesidad de trabajar. Joffre, García, Saldívar, Martínez, Lin, Quintanar y Villazana, (2011) consideran que en los últimos años la violencia vivida dentro de las escuelas, se ha convertido en una variante más para abandonar las aulas, ya que se ha reportado que al menos el 25% de los estudiantes sufren algún tipo de acoso. Este fenómeno es mejor conocido bajo el término de Bullying o acoso escolar, buscando describir con esto una conducta de hostigamiento físico y/o psicológico entre los alumnos en un plantel escolar. Actualmente numerosos investigadores trabajan sobre esta línea de investigación, ya que es un problema a nivel mundial, tal como lo reporta la UNICEF (2009) mediante la denuncia de 42.3% del personal docente que denuncia la presencia del bullying en sus escuelas.



Centrándonos en el ámbito de la salud, la discapacidad es una condición que gana terreno, INEGI (2010), reportó que 5,739 270 habitantes presentan alguna discapacidad, siendo el 51.5% mujeres y 48.9% hombres. La discapacidad física es la predominante al ser presentada por el 58.3%, seguida de la visual 27.2% y de la auditiva con un 12.1%.

La enfermedad se presenta como la causa número uno de la discapacidad (39.4%), la edad avanzada la segunda fuente (16.3%), mientras que los defectos congénitos representan un 16.3% y los accidentes un 15%.

Ibarra, Ibarra y Segura (2009) establecen los altos costos a nivel individual, familiar, social y económico que representa la discapacidad en nuestro país. A nivel individual, la discapacidad es causa de baja escolaridad, desempleo, discriminación, falta de oportunidades, así como dependencia física, psicológica, económica y social. En el ámbito de lo familiar se habla de los efectos emocionales y económicos que implican la atención del discapacitado, lo cual en ocasiones se vuelve una fuente de desintegración familiar. Por otro lado, socialmente hablando la discapacidad genera población marginada e improductiva, necesitada de asistencia social, la cual debido a las características específicas, es escasa. Lo anterior se aúna a la insuficiencia de los servicios de salud en general los cuales solo atienden al 64.6% de la población, quedando desprotegidos el 33.8%.

En el terreno de la salud mental Souza y Cruz, (2010), hablan respecto a la patología psiquiátrica de los adultos y la población infantojuvenil, durante 1994 se calculó una prevalencia de trastornos mentales de 5-18% de la población general. La depresión fue el trastorno más frecuente en uno y otro sexo (4.9% hombres y 9.7%, mujeres). Por otro lado el 18% de la población urbana de entre 18 y 64 años de edad sufre trastornos del estado de ánimo, siendo los trastornos depresivos y por ansiedad los más frecuentes atendidos. Se ha documentado que 1.6% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios creció 125% entre 1970 y 1991 (de 1.13% a 2.55%). La epilepsia es prevalente en 3.7% de la población de 18 a 64 años de edad y representa 1.6% en niños de poblaciones urbanas y 2.1- 4.1% en niños de poblaciones rurales.



La prevalencia de los trastornos por ansiedad afecta a 8.3% de la población, donde la agorafobia sin pánico (3.8%) y la fobia social (2.2%) son los diagnósticos más comunes.

Partiendo de los datos expuestos podemos observar el complejo tejido social bajo el cual las familias navegan, hasta el momento hemos hablado de procesos sociales que se encuentran en desarrollo por lo que su fin o resolución no es algo próximo, implicando esto la necesidad de promover procesos de ajuste en las familias que contribuyan a su mejor transitar y desarrollo.

Cabe destacar que la modificación en el rol femenino ha sido uno de los elementos que mayor cambio han generado, como buen proceso recursivo, el rol dentro del sistema familiar modificado a su vez ha movido el contexto social en el cual participa, generando cambios a su vez en la concepción de la maternidad, el ámbito laboral y la masculinidad.

Las condiciones de salud como puede observarse se vuelven tema central de las familias, al incrementarse los padecimientos tanto físicos como mentales de los individuos; esto inevitablemente plantea un incremento en la demanda de atención profesional, implicando así un reto para los profesionistas dado que tendrán que desarrollar e implementar modelos de atención acordes con las condiciones económicas de la población y las políticas públicas de salud. Paralelo a esto surge la necesidad de promover una cultura de la prevención, como esperanza de modificaciones sociales en el futuro.

Dado lo anterior, es posible concluir la necesidad de implementar modelos de prevención y atención que brinden alternativas de afrontamiento ante estas problemáticas. Es importante mencionar que la complejidad de estas situaciones es tal, que se requieren intervenciones interdisciplinarias, por lo que los profesionales de la salud tienen el compromiso de ampliar su campo de visión en orden de responder a las necesidades sociales.



1.3. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

Las modificaciones en la dinámica de formación y disolución familiar, así como sus puntos de continuidad y ruptura, han generado cuestionamiento y retos a las corrientes terapéuticas tradicionales, propiciando de esta forma la emergencia de nuevos enfoques que generen alternativas ante este inevitable cambio.

De esta forma la terapia familiar con enfoque sistémico, brinda una alternativa para la comprensión de los fenómenos que atraviesan el mundo familiar, propiciando dentro de él, el desarrollo de diferentes propuestas terapéuticas de intervención, las cuales convergen en brindar una mirada del individuo como parte de un sistema en el cual su conducta, emoción y pensamiento tiene sentido dentro de ese contexto teniendo irremediabilmente interrelación con el resto de los miembros del sistema.

Por otro lado, cabe destacar el tiempo como elemento importante dentro del enfoque sistémico. En algunos modelos como el estratégico, el modelo de soluciones e incluso en el modelo de terapia breve, el material de trabajo dentro de la terapia se obtiene del presente, dando prioridad a situaciones específicas que aquejan la vida familiar en el aquí y en el ahora. Existen otros modelos como los posmodernos o el milanés, en los que el tiempo oscila entre el pasado, presente y futuro, incidiendo en la construcción que de ellos se hace. La implicación de realizar estos cortes se refleja en procesos terapéuticos más cortos, los cuales pensados desde la economía y los estilos de vida actuales, resultan una alternativa accesible a la población.

La propuesta resulta novedosa pensando en los enfoques tradicionales de terapia como el psicoanálisis, conductismo, humanismo, etc., en los cuales se aísla al individuo para su estudio. Particularmente la idea de retomar el contexto, constituye una de las principales aportaciones de este enfoque, ya que dentro de ella caben temas como el género y el poder, elementos determinantes e inherentes a las relaciones humanas, determinantes en problemáticas como la violencia doméstica.



Finalmente encontramos en las ideas posmodernas sobre la construcción social de la realidad, cabida a diferentes puntos de vista, generando una política incluyente particularmente importante en espacios de transición como los que atraviesa nuestro país actualmente. Esto no puede evitar verse plasmado en la concepción de diferentes normalidades lo cual lleva a los terapeutas a dejar detrás el modelo tradicional de familia, recordando cómo es que durante mucho tiempo la psicología trabajó para encausar a las personas dentro de parámetros generalizados pre establecidos. Esta nueva propuesta plantea el reto de aceptar la diversidad en sus diferentes manifestaciones.

Es por lo anterior que la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del programa de maestría de la facultad de Psicología, encuentra en este enfoque sistémico y en los abordajes posmodernos, una alternativa para la formación de profesionales capacitados con las herramientas necesarias para responder ante las necesidades sociales que actualmente vive el país.

2. Los escenarios

La Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y constructorista, fue creada con el objetivo de abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven así como el lenguaje y la construcción de significados. (Programa de Maestría, 2011).

La residencia se organiza en cuatro semestres a lo largo de los cuales busca promover habilidades teórico-conceptuales, clínicas, de investigación, de prevención y de formación ética.

El programa se estructura de tal forma en que durante el primer semestre se adquieran los elementos epistemológicos fundamentales del enfoque, y es a partir del segundo semestre donde se comienza la revisión de modelos así como su aplicación práctica. Como puede observarse en la tabla 1. la residencia inicia con un peso teórico, el cual a medida que se avanza en los semestres, decrementa en pro de la práctica clínica supervisada en diferentes escenarios.



Tabla 1. Estructura de las actividades académicas de la residencia

Semestre	Tronco Común	Materias de la Residencia	Práctica Clínica
1 Semestre	Teorías y Modelos de Intervención I. Métodos de Investigación Aplicada I. Medición y Evaluación I.	Epistemología de la Terapia Sistémica. Entrevista y Evaluación Sistémica. Modelo Estructural. Seminario Integración. Tutorías.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de servicios Psicológicos Guillermo Dávila
		48 hrs.	144hrs.
2 Semestre	Teorías y Modelos de Intervención II. Métodos de Investigación Aplicada II. Medición y Evaluación II.	Modelo Estratégico. Modelo de Terapia Breve. Seminario Integración.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Servicios Psicológicos ▪ Centro Comunitario Mac Gregor ▪ Sedes Externas
		48 hrs.	144hrs.
3 Semestre	Teorías y Modelos de Intervención III.	Modelo de Milán. Modelo de Soluciones. Modelos Posmodernos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Servicios Psicológicos ▪ Centro Comunitario Mac Gregor ▪ Sedes Externas
		48hrs	480 hrs
4 Semestre		Temas Contemporáneos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Servicios Psicológicos ▪ Centro Comunitario Mac Gregor ▪ Sedes Externas
		16 hrs	600 hrs

Como puede observarse en la tabla anterior, la práctica clínica constituye un elemento fundamental dentro de la formación, por lo que esta se realiza en diferentes escenarios donde se tiene la oportunidad de trabajar con diferentes problemáticas familiares de acuerdo a las necesidades de la población.



Cabe mencionar que algunos de estos espacios de práctica como el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” y Centro Comunitario “Julián Mac Gregor”, son espacios donde todos los alumnos proveen de atención a las familias; a diferencia de esto existen sedes las cuales son elegidas por los alumnos en base a sus interés, entre las cuales podemos mencionar: al Centro Comunitario “San Lorenzo”, El Centro Comunitario “los Volcanes”, el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y el Instituto Nacional de Rehabilitación.

2.1 Descripción de los escenarios clínicos

La Universidad Nacional Autónoma de México tiene como propósito primordial estar al servicio del país y de la humanidad, formar profesionistas útiles a la sociedad, organizar y realizar investigaciones, principalmente acerca de las condiciones y problemas nacionales, y extender con la mayor amplitud posible, los beneficios de la cultura (UNAM, 2011).

Basado en lo anterior, la Facultad de Psicología (FP) de la UNAM, dentro de su programa formativo de maestría ha establecido contacto con diferentes instituciones, con la finalidad de que estas se vuelvan los escenarios de práctica donde los alumnos busquen contribuir a que las personas mejoren su convivencia social, sean capaces de resolver sus problemas y eleven su calidad de vida, mediante la aplicación de las habilidades adquiridas dentro del programa.

A continuación se detallan las características y actividades de las sedes que integran la residencia.

2.1.1 Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila

Fue inaugurado oficialmente el 8 de mayo de 1981 y se ubica en Av. Universidad 3004, Cd. Universitaria, D.F., Facultad de Psicología en el sótano del ed. “D”.

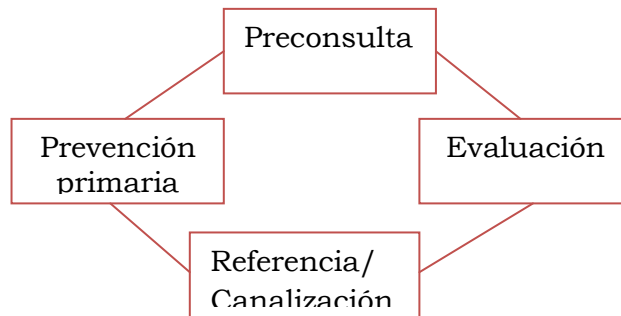
Ofrece formación académica supervisada a estudiantes de licenciatura y posgrado dentro de la Facultad de Psicología, así como proporcionar servicio terapéutico a estudiantes y trabajadores de la UNAM y al público en general.



Los programas que ofrece están enfocados en la intervención terapéutica (individual y grupal con problemáticas como trastornos de la alimentación, víctimas de abuso sexual, maltrato infantil, adicciones, psicoterapia en línea, peritaje psicológico, etc.), en la prevención (talleres de solución de problemas, duelo, habilidades sociales, para padres, etc.) e investigación; además de contar con distintos enfoques terapéuticos entre los que destacan: Humanístico, Sistémico, Psicodinámico, Terapia narrativa, Cognitivo, Conductual y Cognitivo-Conductual.

Los servicios que actualmente ofrece se observan en la fig. 1.:

Fig. 1 Servicios del centro de servicios psicológicos



Por otro lado ofrece espacios para la impartición de talleres en las áreas de: habilidades sociales, desarrollo de emociones, manejo de crisis, desarrollo infantil y habilidades parentales.

Actualmente da atención a nivel individual, de pareja, familiar y grupal, de manera presencial, aunque en los últimos años ha implementado formas de atención psicoterapéutica vía internet, manteniéndose así a la vanguardia de la tecnología.

2.1.2. Centro Comunitario “Dr. Julián Macgregor y Sánchez Navarro”

El Centro Comunitario se encuentra ubicado en la Colonia Ruiz Cortines de la Delegación Coyoacán. Da servicio a la colonia que lo alberga y a otras siete más:



Ajusco-Coyoacán, La Candelaria, Gustavo Díaz Ordaz, El Reloj, San Pablo Tepetlapa, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo.

Fue creado en 1981 con la idea de brindar a estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesional en un escenario real a través de su formación en el servicio comunitario.

Es por lo anterior que son dos objetivos principales los que guían su quehacer diario, tal como puede verse en la fig. 2., donde además se explica cómo realizan esta labor.

Fig. 2. Objetivos del Centro Comunitario

<p>Profesionalización de los estudiantes de licenciatura y posgrado:</p> <ul style="list-style-type: none">• Integrandose en alguno de los programas: Formación en la práctica, servicio social, tesis, residencias de maestría.• Combinación entre teoría y práctica.	<p>Servicio a la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none">• Conocimiento de su problemática:• Programas preventivos y de intervención• Niños/as, adolescentes, adulto/as y adultos/as mayores.
--	--

El Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, como parte de sus objetivos, brinda servicio en dos niveles, por un lado haciendo énfasis en la prevención y por el otro en el tratamiento.

Dentro del área de prevención se realizan diversas actividades como talleres, conferencias, grupos de reflexión, pláticas informativas y ciclos de cine-debate. Todas estas actividades se apegan a las problemáticas de la comunidad y por lo tanto se encuentran dentro de alguno de los 5 programas antes mencionados.

Para el caso del tratamiento, en el centro se cuenta con académicos de distintas orientaciones clínicas y formas de trabajo, así como también con las residencias de maestría; de esta manera todos/as ellos/as permiten ofrecer servicios de tratamiento diversos y enfocados a distintos grupos de edad. Se cuenta con

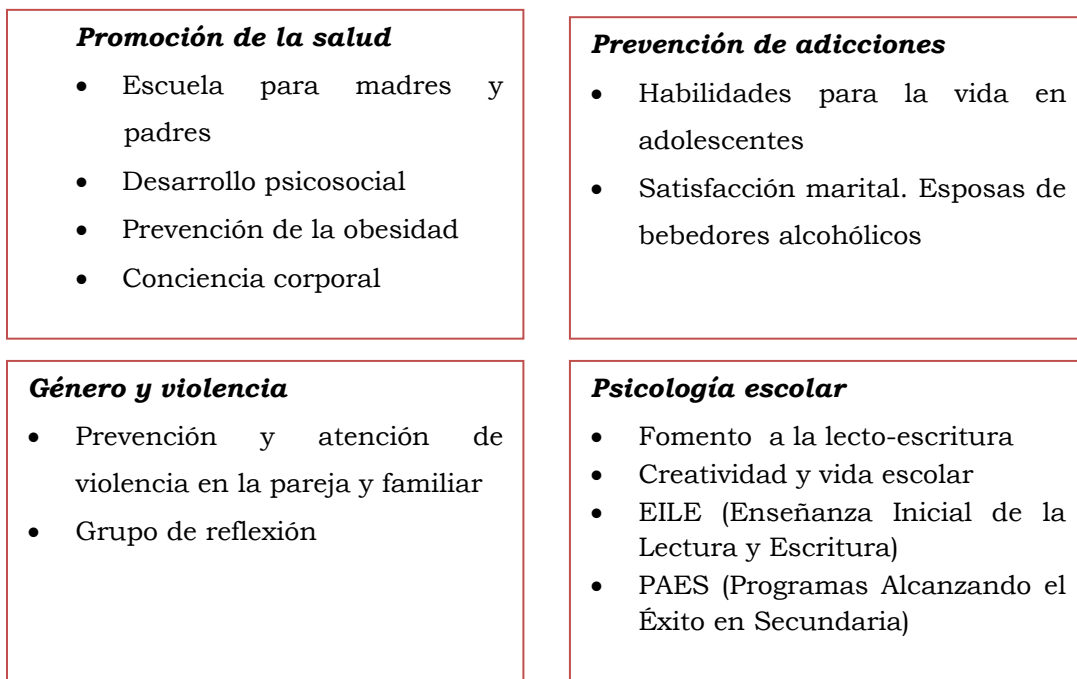


tratamiento individual, familiar, de pareja y grupal dirigido a todos los grupos etarios.

En la búsqueda de responder a las demandas de la comunidad el centro ha desarrollado cuatro programas principales buscando dar alternativas a las problemáticas sociales que les demanda.

Los programas así como sus principales líneas pueden observarse en la fig.3:

Fig. 3. Programas del centro comunitario



Como puede observarse los programas del centro se desarrollan en variadas líneas de apoyo a la comunidad; por otro lado cabe destacar que a la par de estos programas constantemente los alumnos de posgrado desarrollan talleres bajo temáticas propias de su campo de conocimiento.

2.1.3. Centro Comunitario “Los Volcanes”

Nace el 26 de noviembre de 2004 como parte de un convenio establecido por parte de la Facultad de Psicología UNAM, y el Movimiento Popular de Pueblos y



Colonias del Sur, A. C, a raíz del interés de este último por los problemas que rodean a su comunidad y la preocupación por el desarrollo de sus diversos grupos sociales.

Se encuentra en Volcán Cofre de Perote s/n, Col. Los Volcanes, Tlalpan, D.F., en esta zona se identifican como principales problemáticas: 1) altos índices de pobreza (además de presentar marginación en algunas colonias), 2) desintegración familiar (con diferentes tipos de violencia) y 3) presencia de drogas (en donde las más comunes son el uso de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalantes de acuerdo a una investigación realizada en esta mismas colonias). Estas problemáticas acercan las actividades de docencia, formación profesional y servicio social de la Facultad, a las necesidades de atención y solución de problemas psicológicos en el ámbito clínico comunitario de la colonia Los Volcanes.

Aunque el objetivo principal es el contribuir a la formación profesional de estudiantes de Psicología a través de su participación en actividades preventivas, psicoterapéuticas y de investigación, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, desde diversos campos y enfoques teóricos-metodológicos de la Psicología, se busca acercar las actividades de docencia, formación profesional y servicio social de la Facultad a las problemáticas de esta zona, mediante la implementación de los siguientes programas:

- Programa Clínico-Asistencial; es atendido principalmente por estudiantes de servicio social bajo la estrecha supervisión de profesoras (psicólogas clínicas y psicoterapeutas) que cuentan con competencias profesionales de alta especialización para realizar tal actividad. Las actividades que se llevan a cabo son entrevistas de evaluación individual y familiar; psico-diagnóstico; psicoterapia breve, de juego e intervención en crisis; orientación individual y familiar; canalización a instituciones y seguimientos de casos. Se atiende a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. La principal demanda corresponde a problemas de aprendizaje, emocionales y de conducta, diversas expresiones de violencia y



desintegración familiar, abuso sexual, depresión, alcoholismo y el consumo de otro tipo de drogas.

- Supervisión clínica; es una de las actividades fundamentales de este Centro y se realiza tanto individual como colectivamente. Se busca poder evaluar, tomar decisiones y asesorar directamente los casos que se presentan en este Centro.

Programa de Servicio Social; está integrado por estudiantes de Psicología principalmente, de noveno semestre y egresados, a los cuales. Se les proporcionan cursos de capacitación para un mejor desempeño.

- Programa de Prevención; se realizan conferencias, talleres, cine debate, etcétera.
- Prácticas Profesionales y Voluntarios; estas actividades sólo se desarrollan a partir de programas de práctica supervisada que se establecen directamente con los profesores de la Jefatura del Centro.
- Docencia Curricular y Extracurricular; el Centro sirve de escenario para llevar a cabo la parte práctica de algunas materias del plan curricular de la Facultad de Psicología.

2.1.4. Centro Comunitario “San Lorenzo”

Este Centro se consolidó gracias al esfuerzo privado, social y público, iniciando actividades en el año 2004. Se localiza en la delegación Iztapalapa y pertenece a la Fundación Bringas Haghenbeck, una institución de asistencia privada que desde hace 70 años brinda atención a diversas necesidades de la sociedad, tales como lo educativo, tercera edad y desarrollo comunitario.

Su objetivo central es el de ser una institución social libre, autosuficiente y en constante desarrollo, con estándares de crecimiento a nivel nacional e internacional. Su objetivo es sostener, promover y apoyar el bienestar de niños, jóvenes y adultos, con el fin de mejorar su calidad de vida.



Cabe mencionar que el Centro Comunitario “San Lorenzo” se encuentra en la colonia San Juan Xalpa, una de las 522 colonias que, junto con los 17 pueblos y ocho barrios que comprenden los 117 kilómetros cuadrados de la delegación Iztapalapa, sufren actualmente graves problemas de narcomenudeo y violencia, tráfico de estupefacientes, armas y personas, donde programas gubernamentales como “Escuela Segura”, “Sendero Seguro”, “Mochila Segura”, “Comunidad Segura” y “Transporte Seguro”, han logrado avances pobres debido al miedo en que vive la población. Por esta razón es importante la labor comunitaria que el centro ha estado realizando en la zona desde el 2004.

Esta Institución benéfica brinda atención a diversos sectores de la sociedad, como son: el educativo, la tercera edad y el desarrollo comunitario; cuenta con una oferta de educación abierta, escolarizada y semiescolarizada que pretende ampliar las expectativas y oportunidades, tanto académicas como laborales; por eso pone a disposición de su población estudios de primaria, secundaria y preparatoria abierta para adultos, cursos de secretariado asistido por computadora y talleres de cocina, cultura de belleza, computación, escuela para padres, etcétera. Sus instalaciones constituyen un espacio para que las familias desarrollen actividades educativas, culturales, deportivas, de capacitación, e integración comunitaria, con la intención de prever riesgos psicosociales, al promover estilos de vida saludables en la población infantil, adolescente, adulta y de la tercera edad.

Entre los otros servicios que el centro proporciona están los grupos de alcohólicos y de drogadictos anónimos, círculos de adolescentes, clubes de la tercera edad, biblioteca (incorporados a la Red Nacional de Bibliotecas Públicas), servicios médicos y psicológicos.

Opera gracias al apoyo y colaboración de benefactores del sector privado, público y particulares, quienes aportan donativos en efectivo, especie o tiempo. Entre sus áreas estratégicas de asistencia, el Centro Comunitario San Lorenzo es un elemento importante de la Fundación Bringas-Haghenbeck, IAP.



2.1.5. Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”

Desde su inauguración, inició sus actividades con el objetivo de impartir atención integral a enfermos mentales, de escasos recursos con una edad menor a los diecinueve años de edad. Dicha atención tenía como objetivo primordial una readaptación al medio familiar y social de origen.

Con el paso de los años de funcionamiento, los objetivos se han ampliado y organizado en tres niveles: *Atención primaria*, que consiste en la promoción de la higiene mental y la protección específica de los diferentes padecimientos; *Atención secundaria*, encaminada al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno y; la *atención terciaria*, que corresponde a la rehabilitación, tanto psicomotriz como de readaptación social. Esta atención se proporciona de manera continua e integral.

La atención arriba descrita se realiza mediante un modelo interdisciplinario que explota las características de los servicios de: paidopsiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, diagnóstico terapéutico y así como rehabilitatorios de apoyo al infante.

Las funciones básicas del hospital están divididas en tres grandes áreas que son:

- **Admisión y urgencias.** En esta se evalúa a los pacientes de primera vez y se les asigna el servicio que se encargará de darles seguimiento y tratamiento. Proporciona atención las 24 horas, los 365 días del año.
- **Consulta externa.** Es el área donde se atiende a los menores con alteraciones específicas de una o varias áreas de desarrollo:
 - Trastornos de las emociones, como ansiedad, fobias, ataques de pánico o depresión y las reacciones de adaptación social.
 - Trastornos de la conducta, como el déficit de atención, hiperactividad y las alteraciones en el aprendizaje.

Proporciona ayuda integral a niños y adolescentes así como a sus familiares, que presentan problemas relacionados con el abuso sexual y/o negligencia en el área de la sexualidad.



Apoya al tratamiento de los trastornos que inician en la adolescencia o en etapas más tempranas. Brindando atención a menores con trastornos generalizados del desarrollo como es el autismo y la psicosis en sus diferentes manifestaciones.

- **Hospitalización.** Consta de tres unidades donde se presta un servicio integral a menores de 19 años, de ambos sexos, que ameritan manejo intrahospitalario por encontrarse en fase aguda de su padecimiento. Algunos ejemplos de estos son: psicosis de diferentes tipos, como son tóxicas u orgánicas, entre otras, agitación psicomotriz, trastornos de conducta y personalidad, depresiones severas, retraso mental, entre otras.

El área de hospitalización como se muestra en la fig. 4., cuenta con diferentes unidades para la mejor atención de los usuarios:

Fig. 4 Unidades de atención

Unidad de PAIDEIA. (Programa de Atención Integral a Niños Adolescentes con problemas de Fármaco-dependencia), en esta unidad se atiende a niños y adolescentes que tienen problemas con la adicción y el abuso de sustancias. Los pacientes tienen diversas actividades como educación física, terapia ocupacional, además de las propias de su tratamiento.	Unidad de cuidados prolongados. Trata a pacientes que por diferentes razones han quedado bajo los cuidados del hospital, sin tener visitas de sus familiares.	Unidad de Adolescentes Varones UAV. Trata a pacientes con trastornos psiquiátricos agudos que requieren hospitalización para su manejo. Estos pacientes tienen un rango de edad entre doce y diecisiete años once meses, y el promedio de estancia es de 30 días.
--	--	---

Las actividades de enseñanza e investigación se realizan de acuerdo con los principios de la ética médica, la Ley Federal de Salud, y su reglamento en materia de investigación para la salud, así como en la aplicación de la norma internacional de protección de las personas que padecen enfermedades mentales.



2.1.6. Instituto Nacional de Rehabilitación

Este instituto es producto de la fusión del Instituto Nacional de Comunicación Humana, el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación y el Instituto Nacional de Ortopedia, realizada el 7 de Agosto de 1997, surgiendo como un órgano desconcentrado de la Secretaria de Salud. De esta manera surge una institución única en su género no solo dentro del país, sino a nivel Latinoamérica.

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) tiene como actividad principal el tratamiento y rehabilitación de la discapacidad en sus diferentes modalidades, por lo cual entre sus objetivos principales se encuentran:

- El impulso de acciones preventivas de la discapacidad, así como la mejora en la atención de esta.
- Busca proporcionar servicios de calidad mediante la aplicación de avanzados conocimientos científicos, y el uso de tecnología de punta buscando incidir de manera integral en aspectos físicos, psicológicos, sociales y ocupacionales.
- Formación y capacitación de recursos humanos para la rehabilitación.
- Desarrollo de investigación científica que permita un mayor conocimiento del fenómeno de la discapacidad, tanto a nivel epidemiológico, preventivo, fisiológico, familiar y social.

En el INR, se brinda servicio bajo 9 especialidades diferentes entre las cuales se encuentra: Audiología, Foniatría y Patología Del Lenguaje; Ortopedia; Medicina De Rehabilitación, Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados, Medicina del Deporte, Oftalmología, Otorrinolaringología, Anestesiología, al igual que Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

2.2. Análisis sistémico de las sedes

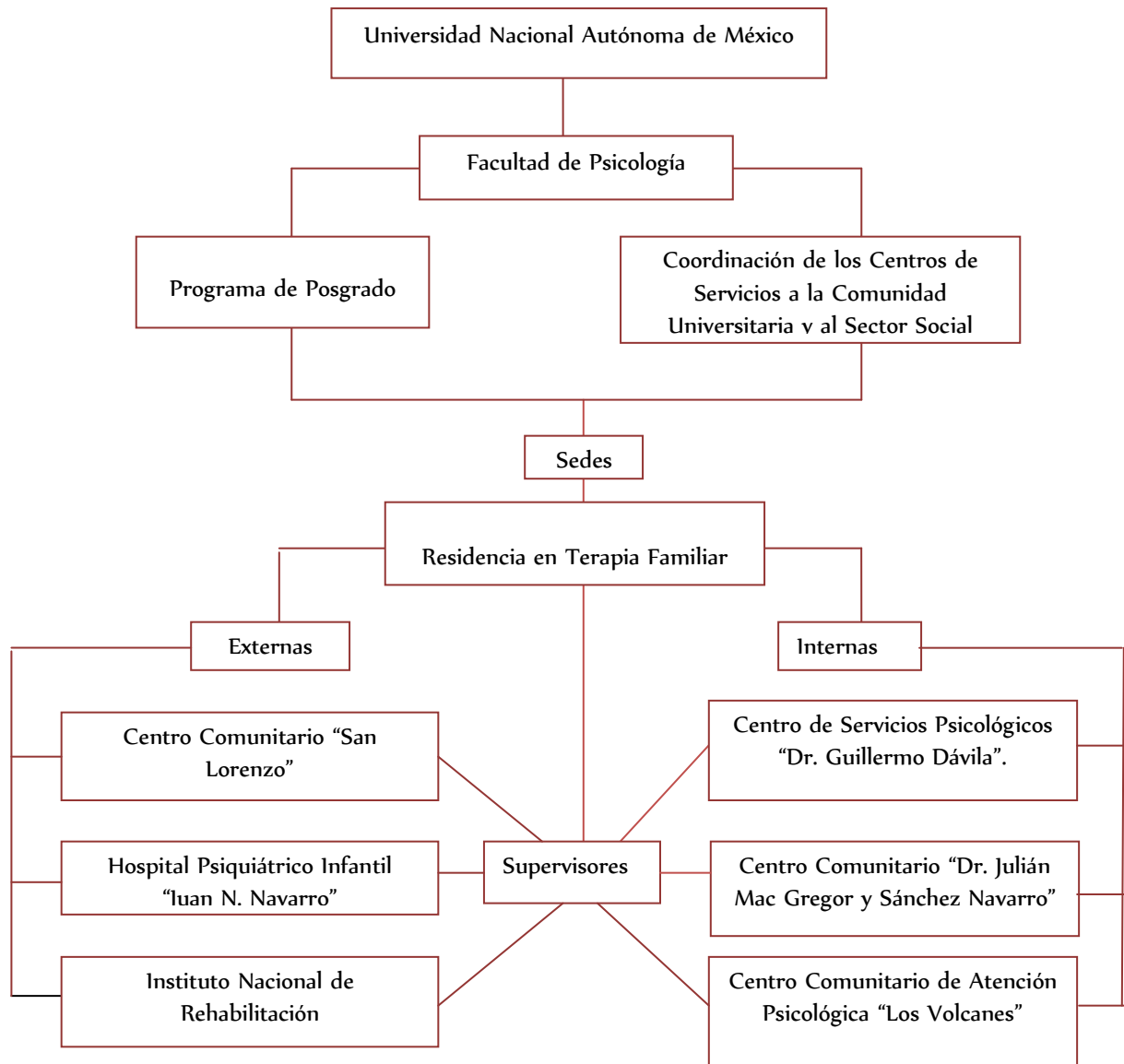
La Universidad Nacional Autónoma de México ha encontrado en la creación de Centros Comunitarios y sedes externas, la posibilidad de ser útil a la sociedad al



brindar servicios de salud por un lado y por el otro el contar con espacios que contribuyan a la formación de sus estudiantes.

En busca de garantizar los procesos de aprendizaje, se ha buscado que en cada una de las sedes, tanto internas como externas de la UNAM, se cuente con personal capacitado en el proceso de supervisión, la forma en que se ha organizado este proceso puede observarse en la fig. 5

Fig. 5 Organigrama de funcionamiento de las sedes



La vinculación de las sedes tanto con la Universidad como con la Facultad se realiza mediante la coordinadora de la residencia en terapia familiar, ella se encarga de conseguir los espacios dentro de las sedes los cuales deberán de ser ocupado a partir del segundo semestre durante un año, siendo posible realizar un cambio en el último semestre.

Como puede observarse existen sedes creadas por la Universidad como son los centros comunitarios y el centro de servicios psicológicos; sin embargo existe una vinculación externa con institutos nacionales los cuales podría verse como una oportunidad de formación en otro nivel ya que los primeros dan respuesta a demandas comunitarias, mientras que los institutos atienden problemáticas comunes a nivel nacional, e incluso en determinado momento los pacientes de los centros son canalizados a este nivel; sin embargo pensándolo en otro sentido los centros son un apoyo para cubrir las demandas de salud, que las instituciones gubernamentales no han logrado cubrir, por lo que se habla de cualquier manera, de un funcionamiento complementario entre ambas sedes.

Cabe destacar que dentro de los Centro Comunitarios y el Instituto Nacional de Rehabilitación existen diferentes áreas de atención; sin embargo para los estudiantes de la residencia solo hay posibilidad de brindar el servicio dentro del área de terapia familiar, a diferencia del Hospital Psiquiátrico, ya que en este, la terapia familiar es un servicio que se da dentro de cada una de sus áreas por lo que las posibilidades son mayores para los estudiantes.

En búsqueda de una continuidad entre la teoría revisada dentro de la formación y la práctica, tanto en los Centros Comunitarios como en el Instituto Nacional de Rehabilitación labora personal docente de la maestría, solo en San Lorenzo y el Hospital Psiquiátrico, la supervisión se realiza bajo diferentes enfoques; sin que esto represente una debilidad de la formación sino una oportunidad de integrar el enfoque con otros puntos de vista.

Pensando en la ideología que guía las sedes, en la tabla 2. puede observarse la visión compartida del aprendizaje constante, como el eje central de crecimiento y desarrollo, lo cual tienen como efecto la importancia que se le da al desarrollo de



investigación, a las constantes actividades de actualización, así como a las actividades de enseñanza y la relación con otras instituciones.

De igual manera puede observarse que son espacios concebidos como formativos de estudiantes, por lo que se vuelve fundamental dentro de ellos contar con personal altamente calificado dispuesto a transmitir y supervisar a dichos estudiantes, los cuales después de determinado tiempo se vuelven ellos mismos formadores de nuevas generaciones.

Por otro lado se observa que aunque la atención es una actividad central; se apuesta a la prevención y a la rehabilitación de los pacientes con lo cual se requiere de personal con formación variada, trabajo multidisciplinario.

Dentro de las sedes se atiende a todo tipo de población, desde niños hasta adultos mayores, con problemáticas variadas como adicciones, violencia, problemas parentales, trastornos mentales, discapacidad, y problemas conyugales, todo esto bajo la perspectiva sistémica, por lo cual el contexto y las relaciones son los lentes bajo los que se miran.

Es importante mencionar que a la par de la atención terapéutica, se busca no solo resolver la problemática que aqueja a las familias; sino promover en ellos los recursos propios que en un futuro les ayude a resolver situaciones complicadas por un lado y por el otro se hace uso de otras instituciones que fortalezcan estos recursos en pro del mejoramiento de las condiciones de vida familiar.

Tabla 2. Lineamientos de funcionamiento de las sedes

Centro Comunitario/ Institución	Objetivo	Misión	Visión
Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila"	<ul style="list-style-type: none">• Apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes.• Proporcionar servicio psicoterapéutico bajo diferentes enfoques teóricos.	Contribuir a la formación y actualización de los estudiantes de Psicología a través de los diferentes programas y proyectos de investigación.	Ser, en México, la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica con la mejor capacidad resolutoria, al ofrecer una formación integral de manera humanística, ética y científica, con personal académico altamente calificado.



<p>Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionalización de los estudiantes de licenciatura y posgrado • Servicio a la comunidad 	<p>Brindar a estudiantes la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad, desde una perspectiva psicosocial.</p>	<p>Lograr que a través de la profesionalización de estudiantes de licenciatura y posgrado se logre incidir en las principales problemáticas que afectan a la comunidad.</p>
<p>Centro Comunitario “Los Volcanes”</p>	<p>Contribuir a la formación profesional de los estudiantes a través de su participación en actividades diagnósticas, psicoterapéuticas, preventivas y de investigación.</p>	<p>Ofrecer servicios psicológicos de calidad relativos a salud mental, al alcance de la población que acude al Centro Comunitario,</p>	<p>Desarrollar un Centro de Atención Psicológica con psicólogos que realizan una labor profesional de alto nivel, procurando elevar la calidad de vida de los habitantes de la población, en los niveles individual, familiar y social.</p>
<p>Centro Comunitario “San Lorenzo”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar asistencia médico-psicológica • Brindar orientación a personas de escasos recursos • Otorgar becas de apoyo al estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar activamente en el desarrollo y bienestar social de diversos grupos o sectores de la población mediante: 	
<p>Centro Comunitario “San Lorenzo”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar asistencia médico-psicológica • Brindar orientación a personas de escasos recursos • Otorgar becas de apoyo al estudio 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar activamente en el desarrollo y bienestar social de diversos grupos o sectores de la población mediante: 	
<p>Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria, promoción de la higiene mental • Atención secundaria, encaminada al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno. • Atención terciaria, que corresponde a la rehabilitación. 	<p>Impartir atención integral a enfermos mentales, de escasos recursos con una edad menor a los diecinueve años de edad.</p>	<p>Atención mediante un modelo interdisciplinario que explota las características de los servicios que se brindan.</p>



**Instituto
Nacional de
Rehabilitación**

Brindar soluciones eficaces, ante las diferentes discapacidades que afectan a la población de todo el país

- Apoyo al sistema nacional de salud en el impulso de acciones preventivas.
- Proporcionar servicios de calidad para la rehabilitación.
- Formar y capacitar recursos humanos para la rehabilitación
- Desarrollar investigación científica en el campo epidemiológico de la discapacidad

- Ser la institución líder en el campo de la prevención y rehabilitación de discapacidades diversas.
 - Contará con infraestructura y tecnología de punta que lo convertirá en el primer hospital inteligente de América Latina.
 - Contará con personal altamente calificado.
 - Establecerá intercambio con universidades, institutos, hospitales y organizaciones nacionales e internacionales.
-

La ubicación de los Centros Comunitarios, resulta estratégica para el desarrollo de su labor, se encuentran insertos en colonias de bajos recursos en donde se presentan los índices de violencia e inseguridad más altos a nivel distrito federal.

Esta característica impacta las formas de intervención dentro de estos espacios, ya que generalmente situaciones como violencia, abuso y adicciones, requieren de procesos interdisciplinarios a bajo costo de tal manera que sean accesibles a la población.

En el caso del INR y el Hospital psiquiátrico, la población atendida es variada ya que debido a su nivel de especialización en el tema de rehabilitación y en salud mental respectivamente, asisten pacientes no solo del Distrito Federal, sino de estados del interior de la Republica Mexicana. En el caso del INR esto repercute no en la atención sino en las cuotas, ya que basados en esta diversidad social a la que atienden, las cuotas se establecen a partir de un estudio socioeconómico, donde se asigna un nivel a partir del cual se cobra la atención recibida dentro del instituto.

En los centros comunitarios, las familias acceden al servicio de terapia familiar, por dos vías, siendo canalizados en alguna terapia individual o solicitando directamente el servicio. En ambos casos las familias son registradas en una lista de espera, a partir de la cual los terapeutas realizan un primer contacto para establecer el motivo de la demanda y verificar si aun existe el interés por el



servicio; ya que la atención está sujeta al nivel de la demanda. A diferencia del INR las cuotas en estos lugares, es general en un rango aproximadamente de \$50 a \$120; sin embargo en caso de requerirlo el servicio puede ser brindado sin ningún costo.

Las familias acuden al centro comunitario por recomendación de algunas otras personas que han recibido el servicio, o por la promoción que se realiza en el exterior de los centros al exponer la calendarización de los eventos que se realizaran en los próximos días.

En el caso del INR las familias llegan al servicio de Terapia Familiar, al ser remitidos por el área de psicología, los cuales a partir de procesos individuales o de valoraciones deciden si los pacientes requieren este tipo de atención, una vez que son remitidos, las familias contactan al terapeuta familiar directamente, iniciando de esta forma la atención. Cabe mencionar que debido a las características de la población, la demanda, y una propuesta teórica la atención a las familias se realiza mensualmente en un lapso de 6-9 meses.

La estructura de los centros comunitarios está diseñada para responder sobre demanda, ya que el personal labora en horarios de lunes a viernes; en un horario de entre 9-8pm; los días sábados se labora medio tiempo es decir de 9-2: sin embargo el personal de vigilancia está capacitado para orientar situaciones de emergencia durante el horario nocturno o días de descanso.

En el caso de las instituciones existen equipos especializados para atender situaciones de emergencia, particularmente en el hospital psiquiátrico por ser ese su giro de atención.

Revisando la tabla 2 , así como las descripciones realizada de cada uno de los centros e instituciones, podemos observar como el 70% de sus actividades van dirigidas hacia realizar acciones de atención a problemáticas, es decir, a la cura; sin embargo también puede observarse como dentro de visión y planeación se encuentran actividades a nivel preventivo, aproximadamente un 30% , buscando que en un futuro los valores se inviertan, y que su actividad principal se vuelva la promoción de la salud.



Otro aspecto a retomar de los centros comunitarios, es el que dentro de su concepción, se encuentra la idea de la multidisciplinariedad y el trabajo en red, por lo que en muchas ocasiones los recursos con los que cuenta no son suficientes o adecuados para las familias, situaciones en las hacen uso de su directorio para conectar a las familias con otras asociaciones o instituciones que sean útiles en el proceso de construir su bienestar.

En el caso del INR dentro del hospital existe una amplia gama de especialistas asociados a los temáticas de la rehabilitación, por lo que la ideología de la multidisciplinariedad se mantienen aunque bajo una modalidad diferente; sin que esto implique una debilidad, sino por el contrario, el hecho de que todos los especialistas trabajen bajo un mismo techo facilita la comunicación entre especialistas. Aunque es importante menciona que el trabajo con temas de salud mental o discapacidad, genera un desgaste importante, el cual de no atenderse repercute en la atención brindada.

Uno de los puntos que fomentan el crecimiento de los centros comunitarios, es el intercambio frecuente de estudiantes, ya que aunque implica cierto tiempo de aprendizaje la adaptación, una vez que se da, se cuenta con la frescura y creatividad para poner en términos accesibles la teoría al servicio de las personas. Además parte del compromiso adquirido al entrar es, independientemente de los ciclos académicos, el mantener los procesos de terapia hasta que estos se concluyan; situación que es aceptada y realizada por los voluntarios de los centros.

La investigación es una práctica que enriquece a las instituciones u organizaciones que la practican; por lo cual es una actividad presente tanto en los centros comunitarios como en las instituciones sede, el nivel y la magnitud de realización es diferente para cada escenario; dados los recursos humanos, materiales y económicos con los que cuentan; sin embargo es una actividad común. En el caso de las instituciones como en INR o el psiquiátrico existe un departamento específico encargado de promover y supervisar las investigaciones respecto al tema central de trabajo; sin embargo existe la posibilidad de trabajar con su población a partir de otras necesidades. Por otro lado en el caso de los centros comunitarios, la investigación es realizada según el interés de los



voluntarios, aunque una parte importante del equipo de trabajo es el personal docente de planta, los cuales de manera personal han desarrollado líneas particulares de investigación que al final ligan con el trabajo realizado en los centros comunitarios.

Finalmente uno de los principales problemas que enfrentan los centros comunitarios, es la falta de recursos materiales y económicos, ya que son sustentados una parte por la UNAM y el resto lo obtienen de las cuotas de sus asistentes, sin embargo estas cuotas deben de mantenerse bajas para lograr ser accesibles a la población.

En el caso del INR y del Psiquiátrico, la economía es un punto importante; sin embargo es mayor la demanda de servicios, pues sus recursos de pronto resultan insuficientes generando largas listas de espera o sesiones un tanto espaciadas. Esta situación solo podrá modificarse, en la medida en que existan alternativas accesibles de atención en diferentes zonas del Distrito Federal y del resto de la República; sin embargo el costo de materializar esta situación por el momento es demasiado alto para el país, por lo que por el momento, tanto los centros comunitarios como los institutos y hospitales tendrán que seguir combatiendo las carencias y problemáticas, en pos de cubrir las demandas de la sociedad.

2.3 Trabajo y participación en las sedes

Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”

Durante el primer semestre la práctica se realizó en el centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” como participantes de equipos de observación, en procesos terapéuticos llevados por alguno de los profesores de la residencia. La dinámica consistía en observar a través de una cámara de Gesell, la sesión durante 40 minutos, posteriormente se realizaba un corte en el que el profesor acudía con el equipo, para escuchar y comentar las observaciones realizadas, posteriormente de estas ideas se integraba un mensaje para la familia, el cual era transmitido por el profesor.



A partir del segundo semestre tuvimos la oportunidad de dirigir procesos terapéuticos, por lo cual era nuestra labor era realizar solicitud al centro para que se nos asignara algún expediente. Al obtenerlo nosotros realizábamos el contacto telefónico ofreciendo el espacio y acordando una cita. Una vez que se acordaba un encuentro, el expediente era asignado formalmente al o la terapeuta; la cual realizaría los informes correspondientes sobre el proceso terapéutico.

La practica dentro de este centro me permitió adoptar diferentes roles dentro de los procesos terapéuticos, en algunos casos forme parte del equipo de observación, en dos casos fui co-terapeuta de alguno de mis compañeros y en un caso fungí como terapeuta.

Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

En el caso del Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” la práctica comenzó a partir del segundo semestre, prolongándose hasta el término de la residencia.

Al incorporarnos a este centro, se nos informó sobre la historia, características, servicios y procedimientos de atención. Este procedimiento de atención consistía en revisar la libreta de pacientes en busca de personas que solicitaran el servicio de terapia familiar. Una vez que se encontraba una familia, se procedía a contactarla para concertar una cita.

Durante las sesiones se contaba con circuito cerrado de televisión la cual permitía trabajar con la retroalimentación de un equipo de observación, por lo que las sesiones se estructuraban en presesión, sesión, intersesión y post-sesión.

Cada terapeuta al iniciar un proceso adquiría el compromiso de realizar reportes de sesión sobre el curso del proceso, así como contribuir con la administración del centro registrando el numero, el tipo y los asistentes a cada sesión.

En este centro tuve la oportunidad de realizar dos procesos terapéuticos en coterapia y un caso como terapeuta, el resto de mi participación fue como miembro del equipo o participante de equipos reflexivos.



Centro Comunitario “San Lorenzo”

La llegada a este centro fue durante el primer semestre, en ese momento se nos dio información general sobre el Centro y sobre la Fundación que lo sustenta, de igual manera se nos habló del contexto social en el que se desempeña y de sus procesos de funcionamiento.

El área de Psicología cuenta con una lista de espera, en la cual se encuentran clasificados los pacientes de acuerdo al servicio al que serán asignados. Esta asignación se realiza en una entrevista realizada por el Coordinador del área. Siendo él quien asigna las familias a los terapeutas voluntarios. Durante la primera sesión con la familia se llena un formato en el que el terapeuta encargado realiza una evaluación familiar, el resto del proceso solo mediante los reportes y al finalizar se llena una hoja de alta.

A diferencia de otras sedes, el trabajo realizado aquí, se lleva a cabo sin equipo terapéutico, y sin discusiones previas o post- sesión, por lo que la supervisión se realiza de manera narrada en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

En mi asistencia a esta sede trabajé en coterapia en tres casos, mientras que de manera individual lo hice en tres ocasiones más.

Instituto Nacional de Rehabilitación

La práctica realizada en el Instituto Nacional de Rehabilitación comenzó a partir del tercer semestre como resultado de la elección de sede. Al incorporarme a esta sede se me brindó una reseña sobre algunos tipos de discapacidad preponderantes en el Instituto.

Durante los primeros contactos con los pacientes, los procesos se realizaron en coterapia con el supervisor de la sede como una forma de aprender los procedimientos propios del Instituto tales como el llenado del formato de Datos familiares, el manejo del sistema en el cual se podía obtener información sobre la atención recibida por los pacientes en otras áreas del instituto.



Cabe mencionar que las familias o parejas del instituto son derivadas por psicólogos y médicos los cuales realizan una evaluación previa en la que determinan si existen o no situaciones que ameriten derivar a Terapia Familiar.

Una vez aprendidos los procedimientos, realice coterapia durante 5 casos, posteriormente fungí como terapeuta encargada de 9 casos, mis procesos eran observados, retroalimentados y supervisados en vivo por parte del supervisor, con quien se establecían discusiones sobre los casos antes de iniciar la sesión, en el corte y al finalizar. La supervisión en este sentido considero que fue muy flexible pues algunos casos de coterapia los concluí de manera individual y de manera contraria algunos individuales fueron concluidos en coterapia, sin que esto repercutiera negativamente en ellos.

El compromiso constante era realizar notas de sesión analizadas desde el modelo de Milán, mediante un formato que diseñe (véase anexo 1), lo cual hace una diferencia importante pensando en el resto de las sedes, ya que este espacio es el único que se supervisa desde un modelo específico, pues el resto de la sedes se hace una aplicación indistinta de modelos.

Durante la primera parte el equipo solo era conformado por el supervisor sin embargo posteriormente se unieron otras compañeras que enriquecieron las discusiones de las sesiones.

Esto representa la dinámica en que se realizó el trabajo clínico, durante la residencia, a lo largo del capítulo tres se expondrán ejemplos particulares de este, así como las reflexiones generadas alrededor de este.



Capítulo II.
Marco Teórico
Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica



*“El ser humano puede realizar una mirada sobre su emocioanar,
puede reflexionar porque tiene el lenguaje.
Todo vivir humano ocurre en conversaciones
y es en ese espacio,
donde se crea la realidad en que vivimos”.*

Humberto Maturana

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

La psicología clínica es un área de la ciencia caracterizada por la multiplicidad de posturas teóricas, las cuales a su vez remiten a objetos de estudio, formas de concebir la realidad, explicaciones, métodos y técnicas particulares (Eguiluz, 2001), el caso de la terapia familiar no es muy diferente.

Hablar de terapia familiar, es hablar de una modalidad relativamente joven comparada con la modalidad dominante de la terapia individual de escuelas terapéuticas como el psicoanálisis y el conductismo. Pensar en terapia familiar bajo el enfoque sistémico es hablar de una forma de mirar y concebir al ser humano acompañado de sus interacciones, el contexto, la relación con los otros y la evolución de su sistema familiar. Es pensar desde una epistemología incluyente en la que las relaciones guían la mirada, y el horizonte se vuelve amplio, es por lo anterior que en las siguientes líneas se pondrá el foco en abordar las ideas y personajes que han contribuido en su construcción.

1.1. Antecedentes históricos

Remontarnos a los primeros indicios de la terapia familiar, nos llevaría a pensar en los avances que se dieron en los campos de la consultoría familiar, la terapia sexual y la asistencia social ya que ellas contribuyeron a propagar la idea de que es posible y vale la pena, intervenir en la familia (Bertrando y Toffanetti, 2000).



Bertrando y Toffanetti (op, cit) proponen para entender los orígenes de la terapia familiar necesario considerar tres ámbitos fundamentalmente: el contexto psicológico y psiquiátrico estadounidense de la primera mitad del siglo XX, las vicisitudes del psicoanálisis y el desarrollo inicial de la teoría de sistemas y de la cibernética.

La consultoría matrimonial surge en los años 30, gracias a Paul Popenoe, Emily Mudd y los Stone; sin embargo es hasta 1942 cuando se unen esfuerzos para crear la Asociación Estadounidense de Consejeros Matrimoniales y así agrupar a los especialistas en orientación familiar bajo sus lineamientos.

El estallido de la Segunda Guerra Mundial marca un giro en la forma en que se conciben los psicólogos y asistentes sociales, pues hasta ese momento buscaban una solución operativa a los problemas existenciales de una forma socialmente aceptable; sin embargo el impacto bélico generó veteranos con problemáticas psicológicas o psiquiátricas lo cual reposiciono las profesiones al ser ellos los generados de nuevos métodos de tratamiento ante las secuelas de la guerra.

El término terapia familiar comienza a sonar en la década de los cincuentas, en medio del psicoanálisis, humanismo, conductismo y la psiquiatría, los cuales centraban su atención en el individuo como origen y portador del problema. Esto hacía llegar individuos al espacio terapéutico, el resto de los integrantes del grupo familiar no eran requeridos bajo ninguna circunstancia ni siquiera como vehículos para obtener información, solo eran considerados en las explicaciones como elementos patologizantes para el individuo. La psique, sus emociones, la historia personal pasada del individuo, el inconsciente eran los elementos que se mezclaban para formular un análisis de lo que estaba mal en el paciente. Todo resultaba tener un significado: los gestos, las equivocaciones, la postura, entre otros, y era materia interpretable.

La contribución de la psiquiatría a la terapia familiar es innegable, pues es justamente en este campo donde se dan los primeros intentos de ver al individuo dentro de un contexto familiar.



Es Nathan Ackerman el primer psiquiatra que busca una relación entre las enfermedades psiquiátricas infantiles con la dinámica familiar; mientras que John Bell consolida esto reuniendo a toda una familia en el consultorio.

Posteriormente estudios referentes a la esquizofrenia, traen nueva luz al observarse que pacientes con estos trastornos al estar dentro de las instituciones mentales en las cuales eran reclusos para su tratamiento y mejora, lograban avances durante su proceso terapéutico; sin embargo una vez que eran dados de alta y regresaban a sus hogares, presentaban retrocesos en su recuperación. Situación ante la cual comenzó a surgir la incógnita sobre lo que ocasionaba este retroceso. A la par de esto la psiquiatría comenzó a observar en los pacientes esquizofrénicos cambios posteriores a la visita de alguno de sus familiares.

En diferentes instituciones a lo largo de Estados Unidos comenzó a surgir la necesidad de ver más allá del individuo, de esta manera se dieron las primeras reuniones con el sistema familiar; en un principio se atendía a toda la familia, pero cada miembro era visto por un terapeuta diferente, en algunas centros se optó por internar a la familia completa y observar su interacción con un equipo listo para intervenir en caso de que una crisis se presentará. Se intentaron múltiples formas hasta que finalmente se logró la atención a la familia completa por parte de un solo terapeuta, cambiando de esta manera la forma de hacer terapia y de concebir la patología humana (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Estados Unidos puede considerarse la cuna sobre la cual recae la terapia familiar, pues aunque algunas de las teorías en las que se sustenta provienen de otros países, es justo en éste en el cual logran coincidir y tomar forma y dar pie al gran avance que se dio a partir de esta convergencia.

El marco dentro del cual logró tejerse esta historia puede encontrarse en Nueva York, durante las conferencias Macy's en los años cuarenta. En estas conferencias se buscaba la concurrencia de científicos de diversas disciplinas con la finalidad que dieran a conocer sus trabajos y avances al resto de la comunidad. Estas conferencias se realizaban cada cuatro años, la primera de ellas, se realizó bajo la temática de "Inhibición cerebral", el tema que flotaba en el aire durante el encuentro, era el trabajo de Rosenbluth, Weiner y Julian Bigelow acerca de la



importancia de los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional. El trabajo daba una explicación del modo en que una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo y como su conducta está en función de una cierta finalidad a la que tiende en todo momento sólo para corregirse y de este modo auto-regularse (Vargas, 2009).

Este fue el inicio de una serie de conferencias que con el estallido de la Guerra Mundial se vieron interrumpidas y se retomaron en 1946 con el tema “Los mecanismos teológicos y los sistemas de causalidad circular”, la cual reportaba el avance de una conferencia previa, realizada unos años antes. La reunión se caracterizó por la presencia de físicos, matemáticos, ingenieros en electrónica, fisiólogos, neurólogos, psicólogos, psiquiatra, sociólogos y antropólogos siendo algunos de los personajes que asistieron: Norbert Wiener, Jonh Von Neuman, Walter Pitts, Warren McCulloch, Kurt Lewin, Margaret Mead y Gregory Bateson. Un punto de comunión de los asistentes compartían la creencia de que era posible comunicarse más allá de los límites de sus disciplinas pues de igual manera eran unidos por la preocupación de los problemas de comunicación y los mecanismos de causalidad circular (Wittezaele y García, 1994).

El impacto de estas conferencias fue estruendoso en diversas disciplinas del área social, entre ellas la psicología, pues el campo de la terapia se vio influido por conocimientos propios de la física, generando un nuevo camino sobre el cual se pusieron en marchas nuevas posibilidades y alternativas, a partir de aportaciones conceptuales tales como (Vargas, 2009):

- En la reunión de 1946, Wiener y von Neuman introdujeron la diferencia entre las claves analógicas y digitales.
- Retroalimentación negativa y positiva.
- La Medición de la información y su relación con el concepto de entropía (la información como el equivalente de la Negentropía, el orden).
- Las teoría de tipos lógicos de Russell
- Se habló también en esas conferencias de las oscilaciones "patológicas" de una computadora frente a la paradoja Russeliana.
- Los sistemas de comunicación dependientes de la información y no de la energía.



- La posibilidad de comprender la comunicación en distintos niveles de tipo lógico (o niveles de abstracción).

El valor de estas conferencias no radica solo en el aporte conceptual; sino en ser un punto de encuentro de distintas personalidades, entre ellas Bateson, quien obtiene en estas reuniones las herramientas conceptuales que sustentaran más adelante su valiosa epistemología cibernética.

Paralelamente podemos situar en 1959 la fundación del MRI, por el grupo de Palo Alto, mientras en Filadelfia Boszormenyi-Nagy fundaba un importante grupo de investigación y formación profesional

A partir de esta época comienza a darse un proceso de comunicación e intercambio de correspondencia, a tal punto, que en 1962 se crea Family Process, el cual se vuelve un punto central para la difusión y convergencia de las ideas emergentes.

En esa época, uno de los primeros editores de Family Process y el primero en convocar a la primera reunión del movimiento familiar fue Carl Whitaker, mejor conocido por su terapia del absurdo empleada para promover el cambio familiar.

Por su parte Salvador Minuchin en Filadelfia, sentaba las bases de su propuesta terapéutica, mientras tanto en Italia Mara Selvini Palazzoli, Guiliana Prata, Luigi Boscolo, y Gianfranco Cecchin conformaban el grupo de Milán.

De manera general así es como las ideas evolucionaron, sembrando a su vez nuevas semillas cuyos frutos serán descritos en el siguiente apartado.

1.2. Análisis de los fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna

La historia dentro de la ciencia se construye día a día por la aportación de hombres y mujeres apasionadas de su quehacer profesional, los cuales han buscado y desarrollado ideas que permitan el crecimiento de sus disciplinas; el caso de la terapia familiar no es diferente, su historia está marcada por la contribución de mujeres y hombres que en respuesta a las problemáticas y necesidades vistas desde una perspectiva individual; tuvieron que ir más allá del



horizonte en busca de alternativas para responder a esas necesidades. Su andar sobre el camino, abrió un espacio para el crecimiento y desarrollo de la perspectiva familiar, la cual a 60 años de haber surgido, no ha dejado de escribir su historia. Sus raíces se han fortalecido al ser explotadas dentro de los diferentes modelos, pero también se ha engrosado con teorías y propuestas, las cuales serán detalladas a continuación.

1.2.1. Los Personajes Revolucionarios

1.2.1.1. Gregory Bateson

Realizar un recuento sobre las aportaciones de este antropólogo, es una actividad extensa ya que sus escritos son puntos de referencia durante diferentes momentos evolutivos de la terapia familiar.

Bertrando y Toffanetti (2000), mencionan como una de sus primeras aportaciones el vínculo que realiza entre las ideas cibernéticas, las ciencias sociales y la psicología; sin embargo más que una aportación podría definirse como una actitud de Bateson de transdisciplinaridad.

En “Pasos hacia una ecología de la mente” (1979) se plasman algunos de los principales conceptos batesonianos, los cuales se describirán a continuación.

El concepto de mente para Bateson puede ser definido como un agregado de partes o componentes interactuantes, cuya interacción es desencadenada por la diferencia. Señala que en los procesos mentales, los efectos de la diferencia deben considerarse como transformaciones de eventos precedentes, por lo que la descripción y clasificación de estos procesos de transformación revela una jerarquía de tipos lógicos inmanentes en los fenómenos.

Bateson en la misma obra, propone una ecología de la mente, concibe la estructura de la mente como un reflejo de la naturaleza; extrae de ella la concepción sobre la evolución como proceso facilitador del aprendizaje, al ser producto de la interacción entre el desorden y el sistema. De esta forma se da a la tarea de buscar una pauta entre esta interacción, al buscar una meta pauta que él denomina “la pauta que conecta”.



Al trasladar estas ideas hacia los sistemas humanos, propone que mediante el contacto con los demás y con el mundo, se adquiere la capacidad de seleccionar las respuestas adecuadas a los diferentes contextos, es decir se da un "deuteroaprendizaje" es decir un "aprender a aprender" o "aprendizaje de contextos". Gracias a él, el individuo aprende a clasificar su experiencia presente en términos de los patrones que caracterizaron la experiencia pasada.

El contexto, para Bateson, no es externo a los individuos sino que consiste y se constituye en la misma relación, en la situación interactiva. Por otra parte, no se trata de algo estático, ya que la conducta de los individuos implicados lo define y reformula constantemente, por lo que el contexto está ligado al significado y a la comunicación, ya que propone toda comunicación requiere un contexto, sin el cual no hay significado; ya que este es generado a partir de la clasificación de contextos.

Considera que dentro los contextos, existen sistemas de interpretaciones en diferentes niveles, los cuales generan definición, para explicar esto, recurre a la teoría de los tipos lógicos de Rusell, quién plantea que cualquier cosa que comprenda a todos los miembros de una clase, no puede ser un miembro de la misma.

Por otro lado, propone dentro del proceso interaccional la existencia de elementos aislados, datos, los cuales al conectarse entre sí, generan información, teniendo un efecto directo en el sistema, al determinar sus reacciones. De esta forma los sistemas se organizan a partir de la comunicación.

Es importante destacar que para Bateson, el individuo no se diluye, se constituye en las relaciones, y se explica como individuo en ellas, aunque, al aportar su propia individualidad a las mismas, las recrea y contribuye al establecimiento de nuevos patrones de relación. Lo que ocurre es que todo este proceso se produce en el transcurso de la interacción.

Las aportaciones de Bateson son múltiples y variadas, las presentadas en este apartado son solo unas cuantas que considero darán sentido o serán retomadas por los modelos presentados más adelante.



1.2.1.2. Heinz Von Foerster

Físico austriaco, caracterizado por su fuerte inquietud multidisciplinar, su contribución al surgimiento de la terapia familiar, radica en la compilación que realiza de las ideas cibernéticas de McCulloch y Wiener sobre las cuales posteriormente se construirá el constructivismo radical (Wittezaele y García, 1994; Vargas, 2004).

Heinz von Foerster (1991) a largo de su obra “Las semillas de la cibernética”, efectúa una revisión crítica de la teoría de Wiener, concluyendo que la cibernética que éste había desarrollado introducía cambios importantes pero no suponía una ruptura epistemológica ya que se seguía aplicando el modelo de la ciencia clásica por el cual el observador está fuera del objeto (del sistema, en este caso) y es capaz de estudiarlo con objetividad. Von Foerster consideró que la cibernética debía ir más allá y afrontar un nuevo modelo epistemológico en el cual el observador formara parte del sistema estipulando sus propios objetivos, su propio papel dentro del mismo. A partir de ese instante se efectúa una distinción entre la cibernética clásica o cibernética de primer orden y la cibernética de segundo orden.

Esta cibernética es denominada cibernética de los sistemas observantes pues se enfoca en el observador y su participación en sistema, así como su capacidad de hacer descripciones por medio del lenguaje, ya que este se vuelve la forma de unión entre estos observadores que constituyen a la sociedad, de igual forma es el medio por el cual se crea el mundo a través de las descripciones que se hacen de él, dando pie a la realidad como un consenso entre observadores (principio de relatividad) (Von Foerster, *op cit*).

Von Foerster plantea que existe una deficiencia de segundo orden, denominada mancha ciega cognitiva, es decir “no vemos que no vemos”, motivo por el cual promueve el mirarnos a nosotros mismos como una forma de trascender las propias limitaciones. En este sentido Marcelo Pakman (1991) reflexionando respecto al trabajo de Von Foerster, promueve evaluar las construcciones que hacemos de la realidad bajo un parámetro pragmático, en el cual entendamos que el conocimiento es una acción eficaz en cierto dominio, un parámetro ético,



desde el cual promovamos un contexto en donde cada miembro pueda definir sus propósitos sin que se le impongan o los imponga a otros; finalmente habla de un parámetro estético, el cual nos invita a conceptualizar la experiencia humana como particular y no como algo generalizable.

Como puede observarse la aportación de Von Foerster no se limita a conceptos y teorías, ya que trasciende para invitarnos a la reflexión respecto a nuestra condición humana pero sobre todo a la forma en que la ejercemos.

1.2.1.3. Humberto Maturana y Francisco Varela

La postura de Maturana y Varela sobre la experiencia humana, es desarrollada desde una visión biológica del individuo, el cual es considerado como un sistema abierto en constante interacción con su medio. En este contacto entra en interacción el Sistema Nervioso, el cual mediante los procesos de percepción, le lleva a realizar distinciones que le ofrece una explicación de la vida, y por lo tanto un dominio de existencia para generar conocimiento (Maturana, 1970).

Mediante esta conclusión es que entienden el fenómeno del conocer a partir del sistema nervioso, donde se considera que todo operar orgánico es conocimiento. Resultado de lo anterior el conocimiento se vuelve algo interno que se construye dentro de los individuos, y es a partir de esto que postula *las explicaciones científicas no dan cuenta de un mundo independiente, sino de la experiencia del propio observador*, por lo que más que recurrir a la realidad objetiva, hay que reconocer la fuente en que se encuentra la experiencia, ya que todo lo dicho, es dicho por un observador (Rodríguez y Torres, 2003), pues Maturana (1993) afirma el observador se hace en la observación y cuando el ser humano que es el observador muere, el observador y la observación llegan a su fin.

Continuando con la reflexión, es que hablan sobre dos posturas epistemológicas propias de los procesos de conocimiento. En primer lugar hablan sobre la objetividad sin paréntesis, la cual se caracteriza por establecer dominios de existencia mediante el consenso de comunidades de observadores especializados en un área determinada; creando así, un consenso sobre las formas de acceder a una realidad independiente (Coddou y Maturana, 2004).



Al ser una realidad independiente el observador debe mantener distancia con el objeto observado, para mantener la objetividad es decir una verdad única y absoluta que da cuenta de un universo.

En contraposición a esta postura, hablan sobre la objetividad entre paréntesis, en la cual se posibilita la presencia de múltiples realidades (multiversos), ya que estas son producto del sujeto que conoce al realizar distinciones e incorporar ciertas representaciones del mundo que le rodea. De esta manera no existe una distancia entre el observador y lo observado, sino por el contrario ambos forman parte del mismo baile (Coddou y Maturana, *op cit*).

La concepción de los sistemas abiertos como sistemas autopoieticos, es otra de las importantes aportaciones de estos biólogos. Mediante esta idea, ellos conciben a los sistemas abiertos como capaces de autorregular sus funciones y autogenerarse como sistemas vivos. Estos sistemas son determinados por su estructura, por lo que son considerados cerrado estructuralmente pues responden a su medio de acuerdo a su dominio de existencia o construcción de la realidad. Al mismo tiempo, estos sistemas se consideran abiertos en su aspecto termodinámico, ya que existe una entrada y salida de información, es decir, una interacción con su medio, fenómeno al cual nombraron como acoplamiento estructural (Maturana, 1993).

La autopoiesis describe un proceso que explica como las redes de interacciones del organismo producen al propio sistema vivo y por ende los límites y reglas que los organizan. *La autopoiesis* se caracteriza por autonomía, emergencia, clausura operativa, autoestructuración y reproducción autopoietica (Maturana y Varela, 1980).

En su comprensión de los sistemas, hablan de la imposibilidad de que exista la interacción instructiva, es decir que la interacción entre dos sistemas sea controlada unilateralmente por alguno de ellos. En este sentido proponen el que los sistemas vivos son sistemas determinados estructuralmente, por lo que los cambios que sufren, no están determinados por el exterior; sino por las posibilidades internas de su estructura (Dell, 1985).



La propuesta de Maturana y de Varela, nos brindan una forma de entender el funcionamiento de los organismos dentro de los sistemas; sin embargo más allá de esto en opinión de autores como Paul Dell (1985) su aportación es brindar elementos que den una base biológica para las ciencias sociales, al complementar el trabajo realizado por Bateson.

1.3. Las Ideas Inacabadas

1.3.1 Teoría General de los Sistemas

En 1947, el biólogo Ludwig Von Bertalanfy, presentó un paradigma novedoso en la manera de concebir el mundo, fuera de la lupa del modelo reduccionista que aislaba al objeto de estudio de su medio natural, buscando una mayor precisión y detalle del fenómeno observado, perdía de vista la información que quedaba fuera del recorte, en este desprendimiento del contexto. De las carencias de esta visión surgió la necesidad mirar de manera integrativa, incluyendo la relación entre el objeto y el medio.

De esta manera se enunció la Teoría General de los Sistemas con el objeto de describir y formular los principios comunes para los sistemas en general independientemente de sus materiales constitutivos. Eguiluz (2001), menciona que el hablar sobre totalidades e interacciones permite dar explicación a fenómenos de la realidad; por su parte Sluzki, (1983) rescata que al estudiar los isomorfismos entre sistemas, ve en ella la posibilidad de desarrollar modelos transferibles a variadas disciplinas.

Dentro de la teoría que elabora, Bertalanffy (1934) hace referencia al sistema como un todo que se comporta de manera diferente a la de la simple suma de sus partes, siendo una totalidad ordenada en el cual dicho orden tiene consecuencias significativas sobre su comportamiento. El sistema dentro de esta teoría se concibe como un conjunto de objetos y sus relaciones, y las relaciones entre los objetos y sus atributos (Hall, 1962, en: Eguiluz, 2001). Por objetos se entiende a los componentes del sistema, mientras que al hablar de atributos se hace referencia a las características de estos elementos.



Los sistemas pueden ser de dos tipos: cerrados los cuales son estudiados dentro del campo de la Física, siendo su característica el almacenar energía aun sobrepasando el equilibrio, lo cual los lleva a su autodestrucción. Por el otro lado al referirse a los sistemas abiertos, Bertalanffy (óp. cit.) incluye a todos los organismos vivos pues están continuamente en movimiento incorporando y eliminando materia, alcanzando así su equilibrio, modificando su estado una y otra vez.

Los sistemas según Bertalanffy, se definen por once elementos que los caracterizan, tal como puede verse en la fig. 6. Dichos características fueron usados principalmente para unificar la ciencia, y por otro lado en los organismos estudiados por las ciencias sociales.

Vargas (2009) relata como en 1954 se funda la *Sociedad para la Investigación General de Sistemas*, la cual comenzó a recolectar diferentes enfoques para enfrentar el problema de las organizaciones complejas, estos enfoques representaban diferentes modelos conceptuales, técnicas matemáticas y puntos de vista en general hasta que a la muerte de von Bertalanffy la sociedad se tornó un grupo muy aislado y sus desarrollos fueron poco circulados en el ámbito de la ciencia.

Los principios básicos de la teoría de los sistemas, vinculados a la terapia familiar son enunciados por Sánchez y Gutiérrez (2000), tal como pueden observarse en la fig. 7. Cabe mencionar que a partir del desarrollo de diferentes modelos teóricos, el peso que se les da a estos principios no puede considerarse igualitario, ya que algunos retoma solo algunos de ellos para construir su propuesta



Fig. 6. Características de sistemas

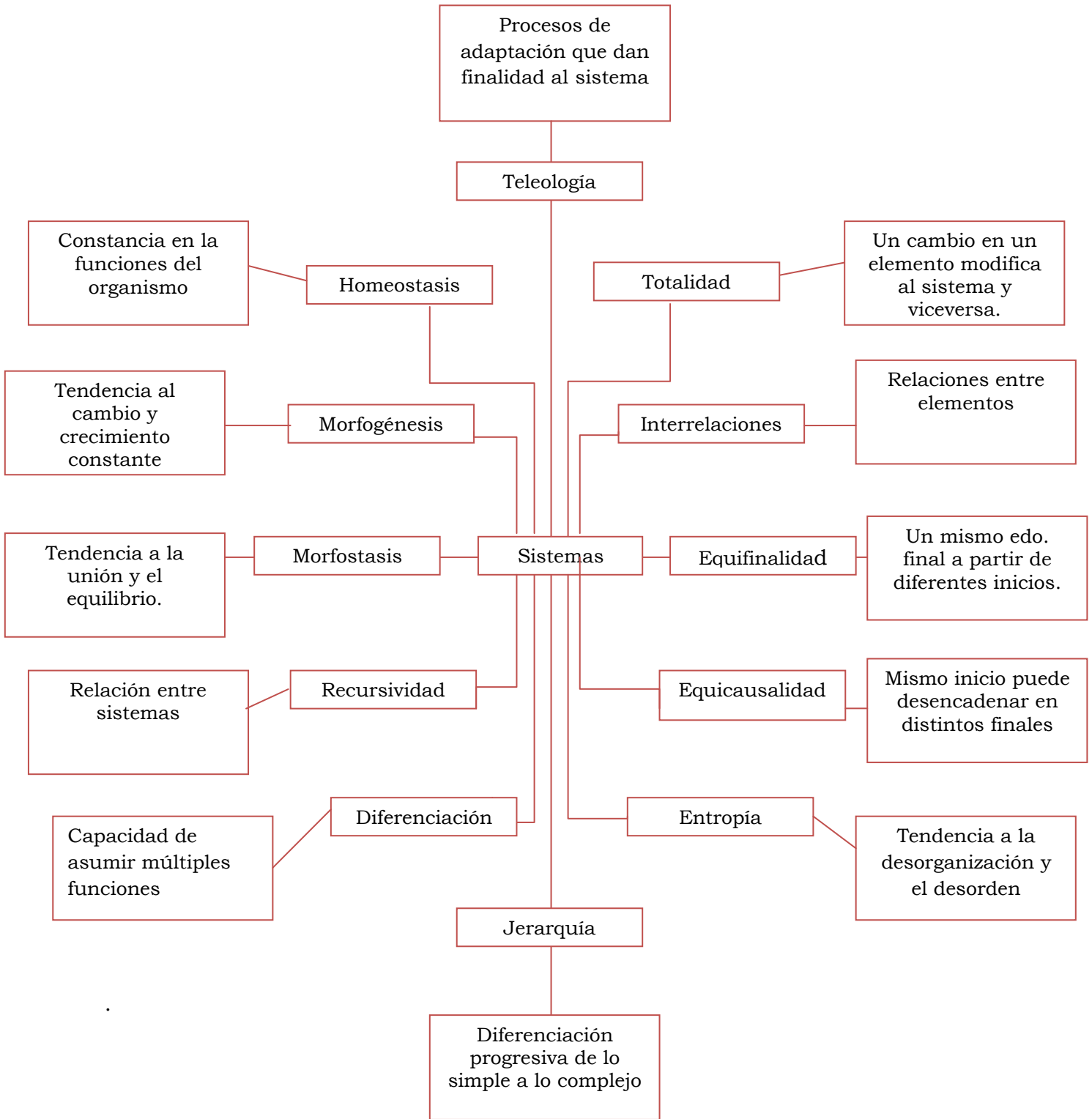
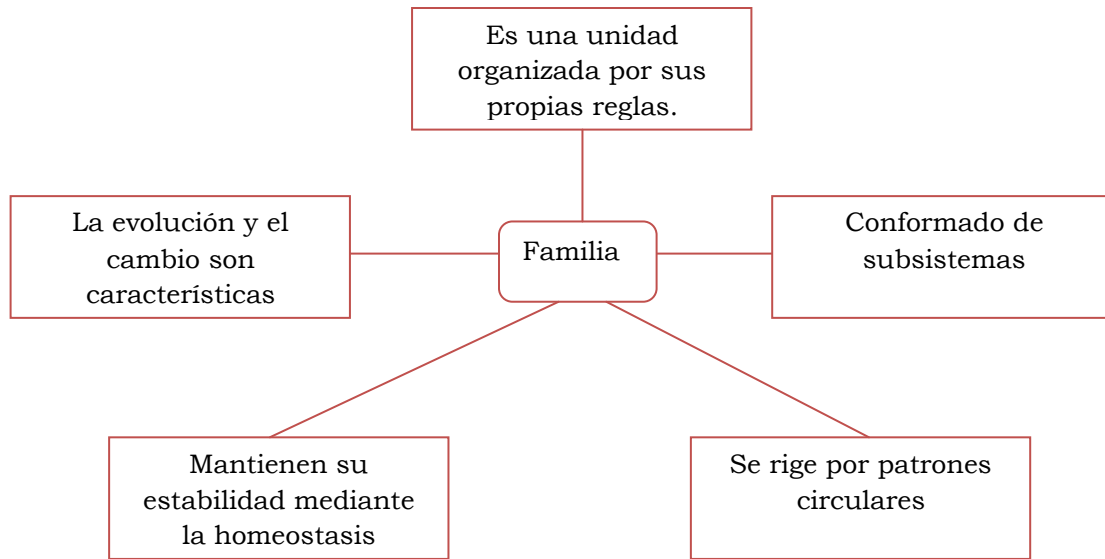


Fig. 7 Aplicación de los principios sistémicos a la concepción familiar



La aplicación al campo familiar permitió un avance en el entendimiento humano, así como un cambio en la concepción de enfermedad mental y la manera en que esta surgía, pues empezó a verse como un medio del sistema familiar para buscar o mantener el equilibrio; Vargas (2009) menciona que esta teoría resultó novedosa y útil en sus inicios; sin embargo rápidamente el camino de la terapia familiar se alejó de ella, aun cuando el término sistémica la continuó acompañando.

Al hablar de las relaciones entre los elementos de un sistema es importante abordar los modos y efectos de la comunicación entre ellos, para tal efecto analizaremos las aportaciones de Watzlawick y colaboradores, en su Teoría de la Comunicación Humana.

1.3.2. Teoría de la Comunicación Humana

Esta teoría surge del trabajo realizado por Watzlawick, Beavin y Jackson a partir de estudios de Gregory Bateson. Se gesta a partir de la búsqueda de niveles lógicos en pautas de comunicación, su finalidad no estaba dirigida a la aplicación terapéutica, sin embargo al realizar sus estudios en pacientes esquizofrénicos,



esto marco la pauta para que posteriormente fuera en este campo donde se viera su nacimiento (Wittezaele y García, 1994).

Como resultado del trabajo realizado con los pacientes esquizofrénicos se desprendió la teoría del doble vínculo, cuya aportación es explicar la esquizofrenia como un problema de comunicación, ya que habla de la existencia de contradicciones, en diferentes niveles, en los procesos comunicativos, existiendo así una afirmación que solo puede ser verdadera negándose situación que finalmente imposibilita el responder (Watzlawick, Beavin y Bavelas, 1967).

Eguiluz (2001) narra cómo esta teoría comunicativa tiene su origen en las descripciones de Gregory Bateson y Margaret Mead en Balí sobre un fenómeno de interacción observado en las tribus, dicha información la combina con sus observaciones de la diferencia entre la conducta animal de juego y la de combate dentro del zoológico. El resultado de esta combinación es un fenómeno al que denominó cismogénesis, el cual definió como un proceso de diferenciación en las normas de conducta individual como resultado de la interacción acumulativa entre los individuos.

Al hablar de cismogénesis Bateson distingue entre dos tipos: simétrica o complementaria. La primera se entiende como una respuesta en la cual las acciones recíprocamente desencadenantes son similares; mientras que en la cismogénesis complementaria, las respuestas son diferentes a las desencadenantes, pero adecuadas entre sí (Bateson, 1984).

Para Bateson y Ruesch (1984) la comunicación es la base sobre la que convergen todas las actividades humanas, aunque reconocen la existencia de distintos niveles en su transmisión. En el libro “Teoría de la Comunicación Humana” (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) la conducta es enfocada desde interacciones patológicas y paradojas siendo el vehículo de estas manifestaciones la comunicación. Desde esta perspectiva toda conducta es comunicación y toda comunicación afecta la conducta. La conducta a su vez adquiere su significado dependiendo del contexto en el que se presente.

Watzlawick, Beavin y Jackson (*op. cit.*) formulan una serie de axiomas, como los tejidos que conforman esta nueva visión sobre la comunicación, los cuales son:



- Toda conducta es comunicación.
- Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y uno relacional.
- La puntuación de la secuencia de hechos determina la naturaleza de la comunicación.
- Los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios.

La propuesta enuncian que las conductas al ser interacción, poseen el valor de un mensaje, incluso cuando pareciera haber una falta de indicador; por lo que no necesariamente la comunicación tiene que darse a un nivel inconsciente.

Respecto a los mensajes que se transmiten, el grupo de Palo Alto menciona que lo que se dice respecto a algo (contenido), es clasificado de acuerdo a la forma o al contexto en que se dice (relacional). Dicho esto agregan que los participantes dentro de la comunicación puntúan la secuencia de hechos, organizando así la conducta de sus participantes.

La teoría de la comunicación humana, establece que el contenido es transmitido en forma digital, es decir mediante el uso de la palabra para nombrar; mientras que el aspecto relacional se transmite de manera analógica, es decir engloba a la postura, los gestos, expresión facial, inflexión de la voz, ritmo, cadencia al hablar que acompañan a las palabras..

Finalmente el grupo de acuerdo a la relación entre los individuos, se puede hacer una diferenciación. La conducta simétrica hace referencia a reciprocidad, sea debilidad, maldad, bondad, fuerza, etc. la diferencia es mínima; por otro lado en la complementariedad, la conducta de uno completa la del otro y el grado de diferencia es máximo.

Cabe destacar que la teoría del doble vínculo, fue el punto de partida para girar la mirada hacia una visión interaccional, mientras que la teoría de la comunicación aportó los elementos para sustentar esta visión.



1.3.3. Cibernética

Esta teoría es producto del trabajo de Norbert Wiener, quien hace referencia a ella como la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes en su libro *Cibernética* publicado en 1948. Se considera una teoría del conocimiento centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio.

La propuesta teórica cibernética, ha sido retomada en diferentes momentos como una forma de comprender procesos de la conducta humana, por lo que partiendo de este trascurso de comprensión es posible distinguir diferentes momentos dentro de la cibernética. En una primera fase encontramos las aportaciones de la *Cibernética de Primer Orden* o *Cibernética de los sistemas observantes*, la cual se construye a partir de la observación realizada a los procesos de autorregulación de los sistemas.

En tal sentido Norbert Wiener emplea el término retroalimentación para definir a la característica de las unidades de los sistemas cibernéticos, la cual consta de emitir respuestas a partir de la información recibida previamente. En su trabajo, distingue dos tipos de retroalimentación, por un lado la retroalimentación positiva, cuyo objetivo es mantener la dirección precedente aun cuando se amplifique la desviación y se incremente su inestabilidad; mientras que la retroalimentación negativa, lleva al sistema a la estabilidad mediante el ajuste de sus mecanismos basados en la corrección del funcionamiento previo buscando la homeostasis (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Siguiendo cada una de estas líneas se subdivide la cibernética de primer orden, en cibernética primera y segunda.

Esta primera cibernética se modela a partir del concepto de retroalimentación negativa, es decir los procesos dentro del sistema encaminados a corregir el funcionamiento de este mediante la información derivada del funcionamiento precedente, de esta forma se establecen los principios generales de regulación de sistemas de todo tipo.



La segunda cibernética gira la mirada hacia los procesos de retroalimentación positiva, es decir aquellos procesos que actúan para amplificar la desviación, generando cambio en el sistema: Los procesos que implican una modificación dentro de la estructura se denominan como morfogénesis; mientras que los procesos que mantienen la constancia del sistema se denominan morfostasis. Magoroh Maruyana considera que ambos procesos (morfostasis y morfogénesis) son inherentes a la supervivencia de los sistemas vivos, ya que generan la estabilidad o la adaptación según lo requiera el medio (Hoffman, 1981).

La cibernética, apunta Bateson (1998), entiende el cambio como el empeño por mantener una constancia, la cual a su vez se mantiene gracias al cambio; sin embargo es importante señalar que los procesos de retroalimentación actúan en diversos ordenes de estabilidad y control (Keeney, 1985).

A partir de la concepción de la Cibernética de primer orden, se extrapolan los siguientes conceptos al campo de la terapia familiar, los cuales buscan dar cuenta de los procesos de retroalimentación que permiten la autocorrección del sistema, reflejados intervenciones por parte del terapeuta (Keeney, *op. cit.*):

- *Circularidad.* Repetición en la interacción de las partes de un sistema que actúan como un todo.
- *Estructura.* Totalidad de relaciones que existen dentro de un sistema abierto.
- *Retroalimentación.* Recurso propio de los sistemas para vigilar su autorregulación a los estímulos externos.

Posteriormente gracias a las aportaciones filosóficas de Warren McCulloch, y Von Foerster el foco se mueve hacia los procesos recursivos, centrándose así en el observador como parte del entorno que observa, este momento es denominado como Cibernética de Segundo Orden o la cibernética de cibernética.

Antecedentes de este momento podríamos situarlos en la clasificación de sistemas según su finalidad, realizada por Pask en 1969. Pask habla de los sistemas taciturnos, cuya meta es determinada por el observador en base al sistema mismo; mientras que existen los sistemas orientados por el lenguaje, los



cuales establecen sus propias metas o pueden ser instruidos por quienes conozcan su lenguaje objeto.

Von Foerster, plantea que al ser incluido el observador, dentro de lo observado, toda descripción se vuelve autorreferencial ya que todo conocimiento parte de una distinción, la cual es selectiva, por lo que las descripciones de lo observado hablan más de quien las realiza que de lo que se observa (Keeney, 1985).

Estas ideas modifican la forma que se concibe el proceso terapéutico en el campo de la terapia familiar pues el terapeuta se mueve hacia buscar el conocer los significados que forman la realidad familiar, los cuales al ser traídos a la sesión, se modifican a la vez que modifican al terapeuta y a la familia.

De esta manera el terapeuta se vuelve un participante más dentro del proceso terapéutico, dejando de ser su tarea el diseño de intervenciones, para volverse un elemento generador de puntos de vista alternos que contribuyan a la construcción de nuevos significados (Sluzki, 1987).

1.3.4. Constructivismo

El constructivismo desarrolla una epistemología de adentro hacia afuera, comenzando con el observador para luego postular o estipular el mundo exterior, por lo que promueve una teoría del conocimiento basada en el ordenamiento y organización del mundo a partir de nuestra experiencia, en la cual no hay cabida para la objetividad ya que no es posible un acceso directo a una realidad independiente del observador.

Spencer-Brown (1973) postulaba que las formas básicas a las que obedece nuestra experiencia pueden determinarse siguiendo la manera en que trazamos distinciones, por lo que el observador es visto como participante en la construcción de lo observado gracias a los sentidos que lo hacen sensible a la experiencia creando nuevos marcos interpretativos que evolucionan en la medida en que se vuelven más abarcativos en cuanto a la interacción activa entre el sujeto con el medio (Feixas y Villegas, 2000).



El constructivismo entiende la relación, entre el lenguaje y la realidad, como una herramienta que impone distinciones en la percepción de nuestro mundo (Ceberio y Watzlawick, 1998). Ante esto, Watzlawick, (2002) menciona que nunca nos enfrentamos con la realidad en sí, tal como se presenta ante nuestros ojos, sino que siempre nos enfrentamos con interpretaciones de ella ya que los individuos en sus respectivos procesos de construcción se ven limitados por sus propias creencias, mapas previos, así como por su aparato cognoscente.

Los comportamientos entre las personas, desde esta perspectiva no se consideran respuestas a las conductas del otro, sino respuestas al significado que representa la conducta del otro desde su mapa de la realidad.

De esta manera la inclusión de ideas constructivistas al campo terapéutico mueven el foco de buscar la verdad a la construcción conjunta que se hace de ella se genera una visión del sujeto en el que los parámetros de lo común no son características propias, sino distinciones vistas por el terapeuta, a partir de su propio recorte de la realidad, por lo que la intención o meta del terapeuta es crear diferencias al cuestionar el proceso de construcción del paciente y adoptar una postura diferente a la de él. La diferencia de las puntuaciones realizadas por el terapeuta con respecto a la del resto de la gente radica en la manera en que observa al incluir relaciones entre el individuo y la familia.

1.3.5. Construccinismo social

A partir de la evolución natural de las ideas, podríamos decir que surge la concepción del conocimiento como una construcción social, lo cual implica que las personas construyen su realidad a partir de la interacción con el resto de las personas y de los intentos colectivos para interpretar el mundo.

El construccionismo social, despoja de un poder retórico a todos aquellos que proclaman la verdad; promueve adoptar una actitud de curiosidad infinita, hace una invitación a entrar en un diálogo sobre las posibilidades e imposibilidades heredadas del pasado, como una forma de acceder a formas de vida más ricas y más inclusivas, ya que supone que todo cuando consideramos real, verdadero,



bueno, válido y deseable surge de un proceso de coordinación. Este proceso a menudo se obtiene mediante un sistema de signos y palabras, las cuales sirven para que quienes participan nombren al mundo, cobrando así las palabras una importancia fundamental a la hora de establecer y mantener las relaciones (Gergen, 2006). Es a través del lenguaje que conocemos, conformamos y limitamos nuestro consenso acerca de lo que es la realidad. Mantener la actitud basada en el construccionismo motiva a examinar las construcciones e historias propias para decidir cómo actuar respecto a ellas (Rodríguez, 2002).

Los efectos de los diálogos construccionistas dan preferencia a cuatro movimientos importantes dentro de la orientación terapéutica: la flexibilidad, la toma de conciencia de la construcción, la colaboración y la práctica en conformidad con valores importantes (Gergen, *op. cit.*).

La terapia se vuelve un espacio de co-construcción de nuevo significados, que permiten a las personas relatar sus historias de una nueva forma que les resulte más útil, pues las ideas construccionistas conciben a las personas a través de su lenguaje, narraciones e historias con significados culturalmente asignados (Paré, 1995).

Las ideas construccionistas han desarrollado enfoques clínicos alejados de la visión sistémica; sin embargo como una evolución natural de ideas estas propuestas e ideologías son matices importantes de la terapia familiar.

Cabe mencionar que las teorías descritas hasta el momento podrían ser consideradas como las teorías bases sobre las cuales se construyen diferentes modelos terapéuticos tanto del enfoque sistémico como de las propuestas posmodernas; sin embargo la medida en que son retomadas o no, se detallarán a lo largo del siguiente apartado.

2. Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y posmoderna.

Einstein enunció: *la teoría decide que es lo que podemos observar*. El campo de la terapia familiar no es la excepción y es a partir de la evolución de las ideas y la



adopción de tal o cual postura que han surgido diferentes propuestas teóricas en el trabajo con familias e individuos.

La epistemología particular sobre la cual se ha construido cada modelo terapéutico, genera una visión propia de la terapia, así como de sus objetivos y las formas de alcanzarlos. A continuación se presenta el análisis de los modelos que han causado impacto en el quehacer terapéutico y en la historia de la terapia familiar.

2.1 Modelo estructural

A finales de los años 50 el foco de la investigación familiar se movió de las familias de pacientes esquizofrénicos hacia las familias pobres con desventajas socio económicas, bajo la hipótesis de que estas condiciones podrían producir miembros problemáticos, esto tuvo como consecuencia el mirar la arquitectura familiar y categorías de organización como ligados a ciertas categorías de problemas (Hoffman, 1981).

Es justo bajo esta perspectiva que surge el Modelo Estructural, desarrollado por Salvador Minuchin, un judío argentino emigrado a los Estados Unidos, quien a partir de la labor realizada con las familias de jóvenes delincuentes en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia comienza a gestar los fundamentos de su propuesta (Umbarger, 1983).

A partir de la labor realizada con Braulio Montalvo, Jay Haley y Harry Aponte, Minuchin aplica los principios sistémicos en el abordaje de los problemas de salud mental abriendo un nuevo panorama dentro del campo terapéutico al incluir el contexto, distribuir la responsabilidad del síntoma entre los miembros del sistema familiar y concebir el síntoma como un intento de mantener la estabilidad (Desatnik, 2004).

Minuchin define a la familia como un grupo sociocultural, que atraviesa por diferentes estadios que le exigen una reestructuración al ser la condición para permitir el crecimiento psicosocial de sus miembros (Umbarger, *op cit*).



Minuchin y Fishman (1981) consideran que la forma en que la familia logra cumplir con sus funciones de protección y transmisión, es gracias a la estructura familiar, es decir a las demandas funcionales que organizan los modos de interacción entre los miembros, en base a lo cual una familia puede considerarse funcional o disfuncional.

Los elementos que para Minuchin (1989) definen la estructura de una familia son los límites, es decir las reglas que marcan la participación de los miembros, la jerarquía que define la posición que se ocupa dentro del sistema y los subsistemas que se forman para el desempeño de las funciones y brindan experiencias de poder y desarrollo de habilidades. A partir de dicha organización, Simón, Stierlin y Wynne (1988) y Umbarger (1983) hablan de la existencia de alianzas (unión de dos miembros para conseguir un objetivo común, coaliciones (alianzas en oposición a otra parte del sistema) y triangulaciones, los cuales son un modo particular de relación conflictiva entre dos miembros la cual incluye a un tercero para encubrirla o terminarla.

La terapia a través de la estructura

Minuchin (1989) plantea que la observación de la estructura familiar surge a la vista del terapeuta al unirse y coparticipar con ella. A partir de la información recabada el terapeuta traza mapas sobre la organización familiar, los cuales se usan para crear hipótesis sobre las áreas con buen o mal funcionamiento.

Un aspecto importante en el proceso terapéutico es la realización de un diagnóstico estructural, el cual implica el planteamiento de hipótesis que expliquen la relación entre las interacciones y el síntoma a partir del contexto familiar (Minuchin *op cit*).

Umbarger (*op cit*) al respecto menciona que el diagnóstico estructural retoma aspectos como límites, subsistemas, jerarquías, alianzas, coaliciones, triangulaciones, pautas de interacción repetitiva, aspectos culturales así como el ciclo vital que atraviesa la familia.



El diagnóstico aporta información sobre la flexibilidad del sistema, explora la forma en que los síntomas funcionan como mecanismos homeostáticos del sistema e incluye la respuesta de la familia ante la presencia del terapeuta. La información obtenida, genera la estructura del mapa que se trazará de la familia, además de que aporta directrices y aperturas para el momento de intervenir terapéuticamente. (Minuchin, 1989).

Técnicas estructurales

El objetivo de la terapia estructural es modificar la organización familiar mediante el movimiento de los miembros buscando transformar así su experiencia dentro del sistema, para lograr tales efectos el modelo propone una gran variedad de técnicas las cuales tienen detrás objetivos específicos. Como se verá en las tablas 3, 4 y 5 se dividen en cuestionamiento del síntoma, cuestionamiento de la estructura familiar y cuestionamiento de la realidad (Minuchin y Fishman 1994):

Tabla 3. Técnicas de Reencuadre

Estrategia	Técnica	Descripción
Cuestionamiento del síntoma	Escenificación	Consiste en ponderar la interacción entre los miembros de la familia buscando las pautas interactivas disfuncionales.
	Foco	Se destacan aspectos particulares de la interacción familiar en torno a un tema, seleccionado previamente como útil para generar el cambio.
	Intensidad	Reforzamiento constante de un mensaje a lo largo de la sesión.



Tabla 4. Técnicas de reestructuración

Estrategia	Técnica	Descripción
Cuestionamiento de la realidad familiar	Fijación de fronteras	Modificar la participación de los miembros hacia diferentes holones promoviendo nuevos repertorios de interacción.
	Desequilibramiento	Busca modificar el vínculo jerárquico entre los miembros haciendo uso de la persona del terapeuta.
	Complementariedad	Mediante el cuestionamiento del problema, del control lineal y el modo de recortar los sucesos, se pone en duda la visión del mundo en cuanto a jerarquía y control.

Tabla 5. Técnicas sobre la construcción de la realidad

Estrategia	Técnica	Descripción
Cuestionamiento de la realidad familiar	Construcciones	Cambiar la organización de la información sobre los hechos en el sistema familiar.
	Lados fuertes	Buscar resaltar los recursos y logros del sistema o de alguno de sus integrantes.
	Empleo de constructos cognitivos	Brindar una visión más flexible y plural.
	Uso de símbolos universales	Hacer uso de los valores validados socioculturalmente.
	Verdades familiares	Extender la modalidad de funcionamiento familiar
Consejo profesional	Presentar una explicación basada en la experiencia o conocimiento.	

Como puede observarse en las tablas, existe una gran variedad de técnicas al servicio del terapeuta para socavar la homeostasis familiar, su uso estará



directamente ligado a la evaluación que el terapeuta realice de la familia a partir del diagnóstico así como de las metas fijadas para el proceso (Minuchin y Fishman, 1994).

Consideraciones finales

Minuchin busca la expansión del repertorio de respuesta de los miembros de la familia frente a la complejidad de la vida por lo que su propuesta podría considerarse una teoría sociológica a partir de la mirada de la familia como una microsociedad (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Desatnik (2004) habla de la propuesta estructural como útil y aplicable no solo en el ámbito clínico sino que también dentro del campo del trabajo comunitario puede utilizarse como instrumento de investigación psicosocial aportando así elementos importantes en el trabajo referente a la salud mental.

2.2. Modelo Estratégico

El desarrollo conceptual de la escuela estratégica es producto de la labor realizada por Jay Haley en la sistematización de las ideas y técnicas hipnóticas de Milton Erickson.

Es a partir de estas ideas que se plantea una terapia en la que el clínico diseña y dirige un enfoque particular a cada problema a partir de la de la identificación de problemas solubles, la proposición de metas, el diseño de intervenciones y la evaluación de la intervención (Madanes, 1984).

Hoffman (1981) considera que la contribución de Haley, no es totalmente estratégica, sino más bien se ubica como un desarrollo transicional entre la propuesta de Minuchin y la concepción del grupo de Palo Alto; sin embargo Haley (1989) al ser el primero en acuñar el término “terapia estratégica”, aclara que este término más que una teoría o enfoque particular es una expresión que engloba una variedad de terapias en las que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente.



El enfoque de solución de problemas de Haley se sustenta en la habilidad para captar la modificación de los sentimientos y las percepciones subjetivas a través de la relación interpersonal y la directividad ejercida por medio de la palabra, la entonación y los movimientos corporales (Córdoba, 2007).

Galicia (2004) habla del giro que implicó la propuesta de Haley al mirar los problemas a partir de unidades sociales, es decir dejó de ver a los problemas como individuales para verlos como una pauta de interacción cristalizada que involucra varios actores. Por otro lado al concebir a la familia como una organización social Haley promueve el verla en términos jerárquicos, es decir con jerarquías y reglas que implican poder y estatus dentro de ella.

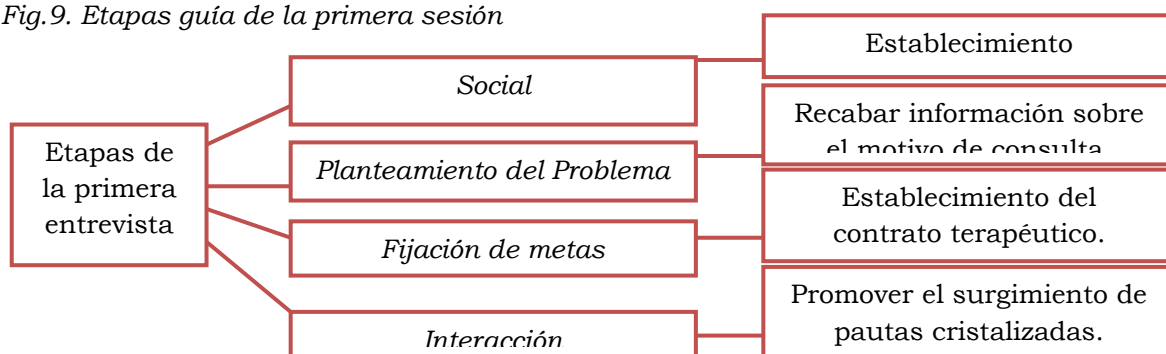
La estrategia en la terapia

Haley (1976) considera que la terapia es exitosa cuando se soluciona la queja o el problema del cliente, lo cual es posible a partir de una definición adecuada del problema.

Por lo anterior es necesario obtener información desde la primera entrevista, estimulando al cliente a establecer un compromiso de cambio que le lleven a realizar las acciones necesarias para lograrlo (Haley, 1989; Rosen, 1989).

Debido a la importancia que esto tiene para el éxito de la terapia, Haley (1984 y 1986) propone una serie de etapas con un objetivo específico a cubrirse durante el primer encuentro como un requisito para alcanzar la meta final, tal como puede observarse en la fig. 9. Es importante que el terapeuta al finalizar esta sesión conozca la estructura familiar y comprenda el problema para poder formularlo en términos resolubles.

Fig.9. Etapas guía de la primera sesión



Haley (*op cit*) menciona que durante esta entrevista la labor del terapeuta es la de incluir a todos los miembros permitiendo una libre interacción entre ellos que le dejen ver tanto las pautas como los estados de ánimo y las relaciones entre ellos, así como los puntos de vista ya que esta información será su materia de trabajo.

La terapia estratégica retomando el concepto de utilización de Erickson, presupone que el consultante sabe lo que es bueno para él y tiene los recursos para lograrlo, por lo cual la clave consiste en utilizar todo aquello que es y que lo rodea –valores, historia, resistencias, etc.–, para ayudarlo a satisfacer sus necesidades en forma tal que logre tener una vida más satisfactoria. A partir de lo anterior la postura del terapeuta es la de comprender la terapia como una relación paradójica porque los cambios que puede inducir su intervención son limitados e inciertos al depender del consultante (Haley, 1980).

Los elementos de la estrategia

El modelo estratégico considera que la tarea del terapeuta reside en programar la intervención en la situación social donde se halla el consultante. Los objetivos de esta intervención son, ante todo, impedir la repetición de secuencias viciosas e introducir mayor complejidad y alternativas de interacción. Se aplica el principio de “pensar en pequeño” cuando se trata de movilizar el cambio, a partir de aquello que el consultante trae como motivo de consulta; por lo que se buscan medios que promuevan el cambio, por más ilógicos que parezcan. Es decir, se acude a intervenciones paradójicas como mecanismo para quebrar los círculos viciosos (Nardone y Watazlawick 1990; Weakland, Fish, Watzlavick, y Bodin, 1974).

Las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema (Ochoa de Alda, 1989), por lo que las intervenciones se realizan mediante directivas a realizarse durante la sesión o entre sesiones.

Haley (1980; 1997) señala que las directivas son un medio para intensificar la relación entre clientes y terapeuta, obtener información y establecer relaciones.



Madanes (1984, 1993) establece que es fundamental motivar a la familia a que realicen las directivas, considerando que el motivar implica persuadir sobre los beneficios de realizar determinadas acciones; para tales efectos el terapeuta motivará a la familia tomando en cuenta la naturaleza de la tarea, las características de la familia así como el tipo de relación que se ha establecido entre ellos.

Haley diferencia entre el tipo de directivas que pueden impartirse, realizando una división entre directas e indirectas. En el caso de las primeras se trata de pedir claramente a las personas que hagan algo o dejen de hacer algo, esperando que lo lleven a la práctica. Las directivas indirectas tienen la particularidad de que son dadas con el propósito de que no sean realizadas, como una forma de resistencia familiar.

Es importante resaltar que las tareas que involucran las directivas deben estructurarse claramente dejando definido cual será la participación de cada uno de los miembros de la familia, ya que Haley (1984) considera que el propósito de involucrar a todos, es poner énfasis en la unidad familiar.

Consideraciones finales

Realizando un análisis sobre la contribución de la propuesta terapéutica de Haley al campo de la terapia familiar, Hoffman (1981) reconoce el rastreo de secuencias organizacionales en torno al problema por un lado, y por el otro el realizar el proceso de cambio por etapas así como el énfasis en las líneas jerárquicas.

Es importante reconocer que la terapia estratégica ha sido blanco de variadas críticas debido a la postura del terapeuta que asume el control de la terapia con el nivel de poder que esto implica; sin embargo Córdoba (2007), alude que el terapeuta que pretende no ejercer poder sobre los consultantes puede caer en la trampa ingenua de manipularlos desde su propia ceguera personal, por lo que sugiere al igual que Minuchin, Lee y Simon (1998) aceptar que el poder es parte de la relación terapéutica ya que de lo contrario sería negar que el conocimiento del terapeuta es la fuerza que impulsa el cambio. Bateson, (1979) aventurándose más allá de estas ideas, define el poder por un lado como un error epistemológico



y por otro lado como un principio explicativo que como tal no explica nada, pues es un acuerdo social que describe los procesos relacionales de influencia y control presentes en toda relación

2.3 Modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas

Esta línea terapéutica surge dentro del movimiento de la Terapia sistémica en los Estados Unidos, durante la década de los 50's. La terapia breve, es considerada como un enfoque estratégico que habla sobre como los seres humanos se relacionan con la realidad, consigo mismo y con el mundo (Szprachman, 2003).

Watzlawick y Nardone (2000) retomando ideas constructivistas, establecen que el postulado básico del enfoque estratégico es pensar la realidad que percibimos y con la que nos relacionamos, como producto de la interacción entre el punto de observación, los instrumentos y el lenguaje, por lo que no existe una realidad única y verdadera.

De esta ideología parte la creación del enfoque breve centrado en los problemas creado por el Mental Research Institute, producto de una larga trayectoria de investigación que se describe a continuación.

Antecedentes del modelo

El origen del modelo se remonta a la reunión de Gregory Bateson, Jay Haley, Don D. Jackson y John Weakland, con la finalidad de estudiar la naturaleza de la comunicación haciendo hincapié en las paradojas de la comunicación. Esta investigación resultó fructífera para el grupo ya que a partir de ella se publicó el artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia", el cual buscaba explicar la esquizofrenia como una respuesta ante la comunicación basada en un doble vínculo, es decir en paradojas en las cuales la naturaleza constante de la relación es imposible cuestionar, y cuya respuesta implica un castigo ante cualquiera de las respuestas (Espinosa, 2004).



El escrito fue el primer intento de explicar las enfermedades psiquiátricas desde una perspectiva interaccional, quitando la enfermedad de la persona y depositándola en la comunicación que realiza con su medio y con los otros.

A partir de las ideas planteadas en dicho artículo, el grupo comienza a fracturarse por diferencias ideológicas; sin embargo 1959, Don D. Jackson consigue un nuevo financiamiento para continuar investigando sobre la esquizofrenia, consolidándose así bajo su dirección la creación del Mental Research Institute (MRI) en compañía de Jules Riskin y Virginia Satir (Wittezaele y García, 1994).

El MRI es la cuna de la primera formulación de una terapia breve estratégica, a partir de la combinación del enfoque sistémico y las técnicas de Milton Erickson, quien no buscaba sistematizar su método, su interés se centraba en lograr el cambio con el mínimo esfuerzo de la forma menos dolorosa y en el menor tiempo. Este modelo se dirigió a la resolución de problemas, por medio de técnicas y estrategias dirigidas a extinguir el síntoma o generar una rápida modificación del problema, cambiando así la realidad del consultante (Watzlawick y Nardone, 1997).

Congruente con su origen el modelo establece como determinante de la conducta, el comportamiento de los otros, sentando de esta manera una nueva alternativa para estudiar la enfermedad mental y las relaciones familiares (Bertrando y Toffanetti 2000).

El origen de centrarse en los problemas

El modelo de terapia breve tiene sus fundamentos epistemológicos en cuatro importantes teorías como lo son: la Teoría de grupos, la Teoría de los Tipos Lógicos, la teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana.

En primer lugar de la Teoría General de los Sistemas retoma conceptos como la equifinalidad, la totalidad, y la no sumatividad, lo cual se traduce en una propuesta terapéutica que le apuesta a las formas de interacción como marco



explicativo de los problemas y a generar un cambio mínimo como el inicio de algo mayor (Freidberg, 1989).

En segundo lugar la teoría de grupos es retomada por el grupo de Palo Alto para explicar la persistencia e invariabilidad de las situaciones dentro del sistema a pesar de los cambios que se den, esto lo denominaron como cambio tipo 1 (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1994)

En la búsqueda de explicar los cambios que trascienden al sistema, la teoría del MRI, hace uso en tercer lugar de la teoría de Tipos Lógicos y su axioma referente a cualquier cosas que comprenda o abarque una colección de todos los miembros de una colección, no puede ser miembro de esta, lo que implicó el ver el cambio en otro nivel (Watzlawick, y col, *op cit*)

Finalmente la Teoría de la Comunicación Humana enfoca el lente del modelo a centrarse en las formas actuales de interacción entre las personas desde un punto de vista pragmático, para retomarlas como explicaciones de las dificultades de las personas.

Tal conjunción de ideas dieron como resultado una propuesta novedosa, fructífera dejando de lado explicaciones causales e indagaciones sobre la verdad, para dar paso al lenguaje creador de significados en los acontecimientos propios de la interacción (Watzlawick, 2000).

Las Características de centrarse en los problemas

El trabajo se orienta a intervenir sobre las respuestas que las familias o pacientes utilizan para solucionar su problemática sin éxito, pues consideran que los intentos de solución es lo que mantiene al problema (Szprachman, 2003).

La terapia es de breve duración basada en estrategias cuidadosamente planeadas bajo un objetivo específico y fundamentadas en la postura del paciente ante la terapia, el problema y el terapeuta, lo cual es una clara influencia del trabajo de Erickson (Ochoa, 1995).



Cade y O'Hanlon (1995) aclaran que las estrategias que se diseñan para favorecer el cambio, deben de ser orientadas en la dirección que el cliente desea y establece.

En cuanto a la postura que presente el cliente, se pueden diferenciar tres tipos de consultantes, de acuerdo con este modelo:

- **Compradores:** Clientes dispuesto a seguir las indicaciones con alto grado de motivaciones
- **Quejosos:** Clientes que viene a hablar de alguien, cuyo comportamiento no es de su agrado; por lo que vienen a darnos cuenta de ello.
- **Visitantes:** Solo vienen por que alguien los mando pero no ven un problema por lo que no necesitan la terapia.

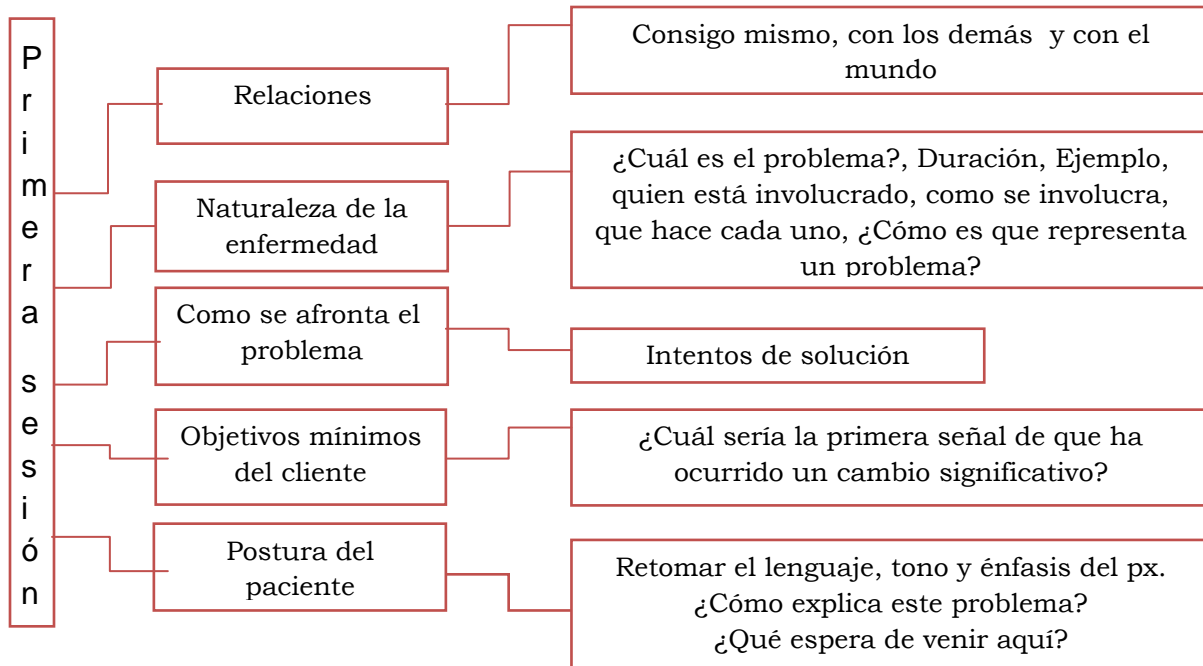
Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, (2009) plantean que el modelo se sustenta en principios que guían cada uno de sus pasos, como lo son enfocarse en el síntoma al verlo como una dificultad adaptativa ante el cambio, que se mantiene por la conducta de las personas involucradas en él. Consideran que lo primario para la resolución de los problemas es substituir los patrones de conducta para interrumpir círculos viciosos aún con el uso de métodos que parezcan ilógicos y parten de un cambio mínimo como el camino a la resolución de la problemática. Es importante mencionar que, el modelo hace una diferenciación entre una dificultad y problema. La primera habla de situaciones de la vida cotidiana que haciendo uso del sentido común, pueden resolverse; mientras que los problemas son situaciones sin solución que se mantienen al tomarlas de una manera equivocada.

El MRI asume que si una dificultad se trata como problema o a un problema no se le da la suficiente atención ambas situaciones generaran indiscutiblemente problemas, por esto es que a partir del análisis de estas situaciones plantean el que intentos equivocados para cambiar una dificultad existente, buscar el cambio en dificultades inmodificables o cometer un error de tipificación lógica, son las formas en que se adopta una postura errónea ante los problemas, lo cual hará que este se perpetúe.



En cuanto al proceso terapéutico, desde la primera sesión se recolecta información clara, explícita en términos de conducta de manera exacta buscando los elementos que se muestran en la fig. 10. (Fisch, Weakland y Segal, 1988; Ceberio, 1999).

Fig.10. Información de primera sesión

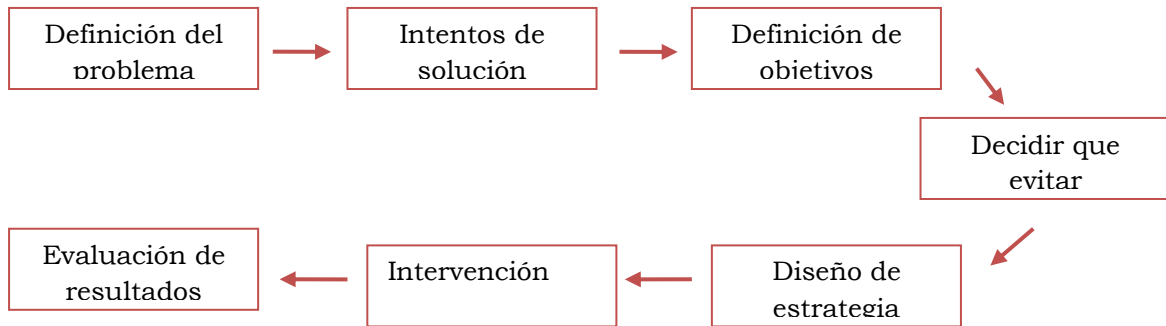


Como puede observarse en la figura anterior, la información que se explora gira en torno a diferentes aspectos del problema, creando así una descripción de las interacciones en juego, los intentos fallidos de solución y los objetivos de la terapia.

Una vez recabada la información anterior, la planificación del caso es muy importante ya que se asocia a la eficacia que se pueda tener en el tratamiento, requiere de una gran precisión especialmente en cuanto a la definición de objetivos, pues a partir de esto se implementaran las estrategias e intervenciones a utilizar. Ante tal importancia, el modelo de terapia breve centrada en el proceso brinda una guía para manejar el proceso, tal como se muestra en la fig. 11. (Fisch, et al., 1988).



Fig.11 Proceso de terapéutico.



Como puede observarse, el papel del terapeuta se vuelve central al ser el encargado de dirigir, diseñar estrategias y observar los procesos y acciones que le permitan mantener su capacidad de maniobra para generar en los pacientes el aprendizaje de significados y comportamientos alternativos (Espinosa, 2004).

Rompiendo los intentos de solución ineficaces.

Las intervenciones son la forma de lograr el cambio en los clientes interrumpiendo las conductas que mantienen el problema, recordando que los dos objetivos principales de la terapia breve son cambiar la forma de accionar y los puntos de vista (O'Hanlon, 1994).

Al respecto Keeney y Moss (2007), piensan que modificar los intentos de solución implica trabajar en cambiar el marco cognitivo de los clientes, coincidiendo así con la idea de Nardone (1997) sobre el papel de la terapia en cambiar realidades concretas que posteriormente lleven al sujeto a concientizarse de la equivocación.

Dado que el modelo busca generar conductas diferentes en las personas, promueve una serie de intervenciones que ayudan a las personas a generar estos cambios. Estas intervenciones pueden parecer métodos poco lógicos, por lo que Watzlawick (1994) sugiere hacer uso del lenguaje del paciente, sus motivaciones y la visión del mundo para vender la idea sobre la utilidad e importancia de llevar a la práctica esos métodos poco convencionales.

Con la claridad de lo anterior, el modelo distingue entre dos tipos de intervenciones que promuevan soluciones apartadas del impulso básico de



solución; sin que esto implique confrontación con el cliente; ya que estas intervenciones para su diseño se basan entre otras cosas en su postura (Nardone y Watzlawick, 1990).

Las intervenciones principales, tal como se muestra en la tabla 6., se usan para contrarrestar intentos de solución por parte del cliente, estas intervenciones se utilizan una vez que se tiene información suficiente respecto al contexto del problema

Tabla 6. Intervenciones Principales

Soluciones intentadas	Intervención
Intento de forzar lo espontáneo	Promover que el paciente deje de esforzarse hasta que renuncie a los intentos voluntarios de solución, mediante razones e instrucciones que lo lleven a fracasar en su rendimiento.
Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo	Impedir el aplazamiento del suceso temido. Será necesario exponerlo ante el objeto de su temor, impidiéndole que tenga éxito.
Intento de llegar a un acuerdo mediante oposición	Pedir que se rompa con las quejas y las peticiones sobre cómo debe tratarse al otro, al pedirle al quejoso que se porte como inferior frente al otro, sometiéndolo a su vez a consecuencias imprevisibles y no anunciadas.
Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación	Estimular la espontaneidad al promover peticiones claras y directas hacia el otro.
Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia	Buscar que se abandonen los papeles repetitivos, podría intentarse que el defensor acepte las acusaciones, o que disminuya el valor de la comunicación

Las intervenciones generales no dependen del problema o de las soluciones intentadas, son útiles en cualquier momento de la terapia tal como puede verse en la tabla 7.



Tabla 7. Intervenciones generales

Intervención	Utilidad
No apresurarse	Pacientes cuya solución consiste en esforzarse demasiado, que presionan por una cura al terapeuta. Posterior al uso de una intervención específica cuando se reporta cambio.
Los peligros de una mejoría	Pacientes con resistencia a seguir indicaciones del terapeuta y como una táctica para presionar en el seguimiento de directivas.
Un cambio de dirección	Usada por el terapeuta cuando hay poca disposición del paciente y como ayuda para recobrar la capacidad de maniobra.
Como empeorar el problema	Ante negativa de paciente de seguir indicaciones. Se usa cuando se han prescrito cosas que no han generado cambio.

Como puede observarse en las tablas 6 y 7, las intervenciones utilizadas para disolver vínculos se remontan a modelos conductuales individuales; sin que esto implique que el terapeuta sea modelador de comportamientos o que los clientes sigan al pie de la letra lo que se les pide (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Consideraciones finales

El modelo de Palo Alto ha sido puesto en tela de juicio debido a la manipulación de sus intervenciones, su carácter poco preventivo y la centralidad de la persona del terapeuta (Wittezaele y García, 1994); sin embargo es un modelo que ha demostrado dar resultados particularmente en trastornos fóbicos y obsesivos, depresión y ansiedad. Al respecto Bergman (1991), considera que el modelo de entrevista particularmente por el tipo de preguntas brinda una imagen del mapa familiar sobre el cual gira el sistema.

Salgado (1988), habla del modelo de Palo Alto como transición que permitió dejar atrás las interpretaciones de la psique de las personas para volcarse en cuestiones observables como lo son las conductas humanas, es innegable el que sus planteamientos hayan sido la base de otros modelos terapéuticos que germinaron y evolucionaron a partir de sus ideas (Cecchin, 1994)



2.4 Modelo de Milán

Hablar del modelo de Milán es sinónimo de evolución y trabajo en equipo, ya que una de las características de este modelo de terapia es la concepción de esta propuesta que supuso desde el inicio un trabajo de y entre equipos, como una condición para el movimiento y cambio constantes (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1989).

El modelo de Milán ha atravesado diferentes etapas como resultado de cuestionarse e integrar nuevas ideas a su esquema, ha sabido adaptarse y reinventarse manteniendo así la congruencia con la teoría que lo sustenta ya que más que un conjunto de técnicas se concibe a sí mismo como una epistemología sobre el aprender a aprender (Reséndiz, 2010; Boscolo et al, 1989).

En 1967 comienza la historia de la cual surge el modelo de Milán, cuando Mara Selvini Palazzoli viaja a Estados Unidos, encontrándose por vez primera con Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin.

Un año más tarde Cecchin y Boscolo regresan a Italia para formar un equipo a lado de Selvini , Guliana Prata, Severino Rusconi, Paolo Ferrasi, Simona Taccani y Gabriele Chistoni, para trabajar con pacientes anoréxicas y bulímicas así como con sus familias.

En 1972 el grupo inicio investigaciones con familias de pacientes con conductas psicóticas planteando como hipótesis centrales de su trabajo la concepción de la familia como un sistema autogobernado y que se autocorriga a través de reglas constituidas en el tiempo por medio de ensayo –error, estableciendo los limites de lo permitido en las relaciones entre los miembros (Rodríguez, 2004).

Bertrando (2004) destaca que en esta época el equipo detrás del espejo se caracterizaba por ser el responsable de las intervenciones que se realizaban con las familias, ya que todas se hacían en su nombre. La centralidad del equipo da pie a una forma de trabajo que subdivide la sesión en cinco apartados: pre-sesión, sesión, discusión de la sesión, conclusión y acta de la sesión.

Durante esta época surge la connotación positiva, como una forma de ingresar al sistema de familias de esquizofrénicos sin ser rechazados o descalificados, es por



lo que en este periodo, la connotación busca reconocer la tendencia homeostática del sistema (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).

En este periodo, también se hace referencia a los mitos familiares entendiéndolos como las convicciones compartidas por la familia que conciernen tanto a los miembros como a sus relaciones, por lo que de él derivan roles y atributos durante las interacciones. La forma que el grupo encontró para cuestionarlos fue mediante rituales familiares los cuales consistían en acciones combinadas con expresiones verbales en la cuales tenían que participar los miembros de la familia (Selvini, 1990).

Lentamente la investigación con familias comenzó a encaminar el trabajo hacia la búsqueda de una forma más fructífera de entrevistar a las familias, desprendiéndose así tres principios fundamentales tal como lo plantea Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1990) los cuales son:

Hipotetizar hacía referencia la formulación de una hipótesis por parte del terapeuta basándose en la información provista por la familia. Esto funcionaba como una guía para la búsqueda posterior de información, la cual buscaba garantizar la búsqueda de patrones relacionales que incluyeran a todos los miembros de la familia.

Por otro lado la *circularidad* habla de la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basándose en la retroalimentación que recibe como respuesta a la información que él propone.

De este principio se desprende el *interrogatorio circular* el cual propone una variedad de preguntas que buscan diferenciar o catalogar en términos de conducta, relación y circunstancia (Tomm, 1985).

La *neutralidad* del terapeuta hace énfasis en el efecto de su comportamiento total sobre la familia, es decir aliarse sucesivamente con todos y ninguno a la vez.

Posterior a este periodo surge una división en el equipo por cuestiones de intereses, Cecchin y Boscolo se encaminaron hacia la formación de terapeutas, mientras que Prata y Selvini se enfocaron en la investigación referente a los



terapeutas, es por esto que se abordara la dirección que tomo el trabajo de ambos grupos (Reséndiz, 2010).

El Grupo de Mara Selvini Palazzoli y Giuliana Prata

En el transcurso de los procesos terapéuticos poco a poco se fue abandonando los métodos paradójicos ya que sus resultados se mostraron inestables; sin embargo de ellos rescataron la importancia de leer las políticas internas y externas de la familia, de esta forma el grupo comienza a hablar sobre el juego familiar desde la cibernética de primer orden.

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. Dicho juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años, se vuelve patológico cuando adscribe roles y funciones que no responden a las necesidades del momento evolutivo que atraviesa (Ochoa, 1995).

Posteriormente la mirada del grupo giró a buscar un juego menos perjudicial para las familias surgiendo así un nuevo método del cual a su vez se desprendieron nuevos conceptos como la *prescripción invariable* como un medio de romper con el juego familiar de confusión intergeneracional (Selvini, P., Cirillo, Selvini, M., y Sorrentino, 1988).

Del uso de esta prescripción durante algunos años Selvini y colaboradores (1988) detectó un fenómeno de traición entre el hijo sintomático y alguno de los progenitores, al cual denominaron *embrollo*, entiendo así una interacción en la que el hijo era usado por alguno de los padres en contra del cónyuge. Aunado a esto encontraron que el fenómeno de *instigación* era la forma en que se persuadía al hijo en contra del cónyuge

Otro de los frutos de las investigaciones fue un esquema conformado por seis estadios (La impasse en la pareja conyugal, intromisión del hijo en el juego de la pareja, la conducta inusitada del hijo, el viraje del presunto aliado, eclosión de la psicosis, estrategias basadas en el síntoma) que buscaba integrar un modelo



general diacrónico que explicara la psicosis (Selvini, P., Cirillo, Selvini, M., y Sorrentino, 1990).

El equipo buscó aplicar el modelo diacrónico en familias con pacientes anoréxicas, dejando de lado la prescripción invariable; de esta forma se amplía la mirada sobre el sistema familiar pues aunado a ver la relación entre padres e hijos se agrega el mirar la historia de los padres con sus propios padres siendo ahora una investigación trigeneracional.

Estas ideas son retomadas posteriormente por Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza (1999) en su obra *la familia del toxicodependiente*, particularmente la idea de la transmisión intergeneracional de la carencia a través de tres generaciones, como modelo explicativo de las adicciones.

Actualmente las ideas de Mara Selvini Palazzoli, viven y son transmitidas por su hijo Matteo Selvini dentro de las aulas del *Centro per lo studio della famiglia*, por lo que a pesar de su deceso su legado se mantiene vivo.

El trabajo de Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin

A partir de la separación, Boscolo y Cecchin centran su trabajo en el *Centro Milanese di Terapia della Famiglia* en Milán, sobre la formación de terapeutas interesándose particularmente en la persona de este, la forma en que se construye la realidad y las ideas Batesonianas sobre la mente, el contexto, el significado, y la pauta que conecta. (Reséndiz, 2010).

En esta nueva etapa toman de base las ideas constructivistas, retoman ideas de Humberto Maturana sobre “todo lo que se dice, es dicho por un observador”, la autonomía organizadora de los sistemas vivos y sobre la realidad producto del lenguaje a través del consenso. Por otro lado retoman a Von Foerster en su concepción de la cibernética de segundo orden, centrando así su visión en el sistema observante y no solo observador. La terapia comienza a destacar el intercambio de información, emoción y significado entre terapeutas y cliente buscando cambiar el lenguaje para de esta forma transformar la realidad (Boscolo y Bertrando 1996).



La visión se torna hacia las premisas epistemológicas, es decir hacia los valores de referencia o principios orientadores tanto de los terapeutas como de los miembros de la familia sin que esto modifique el uso de las guías para conducir la sesión, ya que en la práctica el método de Milán es la hipotetización (Boscolo, Cecchin, Bertrando y Biancardi, 2004), sin embargo los conceptos son replanteados de la siguiente forma: La *neutralidad* deja de verse como el no tomar posición para entenderse como un estado de curiosidad en la mente del terapeuta que lo lleva a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos los cuales recursivamente generan curiosidad. La *hipotetización* se vuelve la técnica para mantener la postura de curiosidad, que impulsa a buscar continuamente explicaciones diferentes a las de la familia, y el método utilizado para lograrla es el *interrogatorio circular* el cual tiene como objetivo el cuestionar o debilitar el sistema de creencias familiares (Bertrando, 2000;Cecchin, 1989; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989).

Boscolo y Cecchin amplían los horizontes del modelo retomando la teoría de CMM de Vernon Cronen y Barnett Pearce (1985) para comprender la construcción de significados; dicha teoría propone seis niveles para el análisis de los sistemas: contenido, actos lingüísticos, episodios, relaciones, biografía interna y modelos culturales.

Tomm (1987, 1988), comenta que a partir de que se adopta esta teoría, se retoma el termino de reflexividad como un rasgo inherente en las relaciones y basado en esto es que se crean las preguntas reflexivas como una invitación para que la familia medite sobre las implicaciones de sus percepciones y acciones conductuales para así considerar nuevas opciones. Existe una amplia variedad de estas preguntas, por lo que en la Tabla 8. Se mencionarán algunas así como los objetivos que persiguen.



Tabla 8. Tipos de preguntas reflexivas

Tipos de preguntas	Objetivo general
Orientadas al futuro	Estimulan experimentar las implicaciones que las respuestas pueden traer a sus vidas al explorar resultados anticipados o al introducir posibilidades hipotéticas.
Perspectiva de observador.	Guían a distinguir comportamientos y significados que despierten una nueva conciencia respecto a las relaciones.
Inesperadas con cambios de contexto	Se enfocan en traer a la luz eso lo enmascarado o perdido.
Sugerencias insertadas.	Llaman la atención de la familia sobre observaciones específicas.
Comparación normativa.	Ayudar a orientarse hacia patrones más sanos a la familia basándose en su propio deseo de ser más normales.
Clarificar las distinciones.	Introducen o aclaran una diferencia fundamental.
Introducir hipótesis.	Enriquecen la capacidad de la familia para encontrar por si misma nuevas soluciones.
Interrupción del proceso	Útiles para observar el proceso inmediato de una entrevista y reflejar la relación terapéutica.

De esta forma desaparece la intervención al final de la sesión, y la entrevista se vuelve la intervención misma, en este sentido, Reséndiz (2010) menciona que lo más importante es aprender a pensar en términos de contexto y relaciones, ya que al retomar a Bateson entienden que no hay nada fuera de la relación pues todo está en relación a algo.

En los últimos tiempos el modelo se ha movido nuevamente adaptándose a la posmodernidad y al socioconstruccionismo, que acentúa el aspecto del intercambio de génesis social del conocimiento tal como se puede observar en “*El misterio del respeto*”, donde Cecchin, (2005) habla sobre la postura de *respeto* del terapeuta a las elecciones de las personas, con el fin de escuchar los mensajes que llevan implícitos; sin embargo reconoce que en ocasiones esta tarea puede dificultarse si no se tiene conciencia sobre los lentes a través de los cuales miramos la realidad, es decir de nuestros *prejuicios*, (Cecchin, 1997) presentes en



todo momento como producto de pertenecer a una cultura y del aprendizaje relacional que hemos tenido en ella.

Por su parte Boscolo y Bertrando (1996) introducen el elemento del tiempo como parte fundamental dentro de la terapia, consideran que una falta de coordinación entre los diferentes tiempos (individuales, sociales, culturales, familiares, etc.) genera la patología. Es por esto que plantean la existencia de un anillo autoreflexivo entre el pasado, presente y futuro dentro de los contenidos y procesos de la terapia.

En otro sentido Boscolo deja de lado la tradición de Milán de trabajar con el mundo cognitivo para voltear hacia el mundo de las emociones, bajo el concepto de “lo no dicho” (Boscolo y Bertrando, 2000; Bertrando y Toffanetti, 2000). Al explicitar lo no dicho, se deriva la teoría epigenética, la cual invita a concientizar sobre las conexiones que realizamos a partir de lo observado y las elecciones que realizamos a partir de ellas (Boscolo, 2003).

Consideraciones finales

El modelo de Milán se muestra en constante evolución al cuestionarse su quehacer terapéutico; manteniendo así coherencia con el pensamiento de las ideas inacabadas que hay que elaborar constantemente.

Bertrando (2000) reconoce la carencia de una etiología de las patologías dentro del Modelo de Milán como una señal de coherencia pues al no existir una idea de normalidad automáticamente se descarta la concepción de patología; sin embargo acepta la necesidad de adecuar el modelo a las exigencias de los servicios sanitarios.

La propuesta de Milán de Boscolo y Cecchin, promueve la conciencia sobre el papel y efecto del terapeuta dentro de la sesión, aspecto no abordado por ninguno de los otros modelos dentro de la terapia familiar, por lo que es posible considerarlo como un aporte así como una destacada aportación.

El Modelo de Milán propuesto por Boscolo y Cecchin aún no ha escrito sus últimas líneas pues continua evolucionando retomando elementos de otros



modelos y reinventando los propios, por lo que las trazos en estas páginas, reflejan solo algunas de las líneas que continúan escribiéndose.

Por otro lado los herederos de la tradición de Mara Selvini, han encaminado su labor en el trabajo con las disfunciones relaciones, a través de la comprensión de la historia familiar y personal; frutos de esta visión se han observado en pacientes con desordenes alimenticios o adicciones; sin embargo la investigación continua, por lo que en sus contribuciones seguirán generándose.

2.5 Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones

El enfoque de soluciones constituye un parte aguas dentro de la historia y evolución de la terapia familiar al alejarse de definiciones y objetivos centrados en el problema para girar su visión hacia los recursos y posibilidades con los que las personas ya cuentan al llegar a terapia.

Parte de la idea de que las excepciones y soluciones exitosas respecto a los problemas, están presentes constantemente en la vida de las personas, por lo que esto se vuelve el material central del modelo. Es por esto que orienta su trabajo con los clientes a una perspectiva del futuro, marcando así otra diferencia en cuanto a los modelos precedentes dentro de la terapia familiar centrados principalmente en el presente (Espinosa, 2004).

Existen dos destacados representantes del modelo de soluciones, por un lado Steve de Shazer y a partir de su propuesta Bill O'Hanlon. Ambas propuestas tienen puntos de convergencia así como de divergencia, por lo que para los fines de este trabajo se hablará de los puntos en común, y posteriormente se abordarán las diferencias.

Antecedentes y fundamentos teóricos del Modelo

La raíz que dio origen a este enfoque puede ser rastreada hasta el modelo de terapia breve del Mental Research Institute, (MRI) del grupo de Palo Alto, donde Steve De Shazer trabaja durante algún tiempo, posteriormente al conocer el trabajo realizado por Milton Erickson, queda fascinado por lo que rápidamente se



aparta del modelo enfocándose en los recursos del cliente e incorporando el interés por el lenguaje. (Bertrando y Toffanetti, 2000).

El modelo de Terapia centrada en las soluciones (TCS) es producto del trabajo de Steve de Shazer, formado en la tradición del MRI, parte de ahí para formar el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) en la década de 1980. Entre los colaboradores de este centro es posible citar a : Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berg y posteriormente Michael Weiner-Davis (Espinosa, 2004).

En su trabajo De Shazer retoma del modelo del MRI algunos elementos como la búsqueda de excepciones al problema, el uso de la postura del cliente para fomentar la colaboración, así como la idea de intervenir sobre la pauta lo cual puesto en práctica se refleja en generar una visión diferente en los clientes que los impulsa a presentar cambios significativos; disminuyendo sustancialmente el tiempo de la terapia. (Ochoa de Alda, 1995).

Siguiendo la tradición del MRI, el trabajo de Milton Erickson es retomado por De Shazer al incorporar los siguientes principios en su modelo (O´Hanlon, 1989, 1999):

- *Orientación naturalista*: Las personas tienen las capacidades para resolver sus dificultades.
- *Orientación indirecta y directiva*: Directa al abordaje de los síntomas e indirecta al permitir al paciente encontrar sus propios significados y modos de resolver el problema.
- *Responsividad*: Las personas son capaces de reaccionar a diferentes estímulos con diferentes respuestas sin tener que estancarse en dichas reacciones.
- *Método de utilización*: Hacer uso de las creencias, conductas y características con la que llegan los clientes en pro de la terapia.
- *Orientación de presente y futuro*: Situar el trabajo en cuanto a soluciones ya existentes o posibles de desarrollar en un futuro.
- *Intervención sobre la pauta*



- *Pseudorientación temporal*: Distorsión temporal creada mediante hipnosis, que permitía ir con facilidad adelante y atrás en el tiempo.

Finalmente parte del sustento teórico de la TCS, surge del constructivismo, que propone la existencia de una realidad imposible de conocer, creando así un mapa parcial del mundo (Feixas, Villegas, 2000). Por otro lado plantea la relación entre el lenguaje y la realidad como una herramienta que necesariamente impone distinciones en la percepción del mundo (Ceberio y Watzlawick, 1998).

Las ideas anteriores se ven reflejadas en la importancia que tiene el lenguaje dentro del modelo, pues lo consideran una posibilidad de reificar y solidificar los puntos de vista sobre la realidad (Espinosa, 2004).

Los elementos anteriores se unen para dar cuerpo y forma a la TCS, y es a partir de ellos que surge la postura y premisas que guían su aplicación.

El sustento de las soluciones

El trabajo terapéutico que se desarrolla bajo el enfoque de soluciones, es guiado por una serie de premisas que dan sentido a las acciones que de ellas derivan, las cuales se explican en la tabla 11. (O'Hanlon, 1989, 1999; Lipchick, 2002).

Tabla 11. Premisas del modelo

- *Para resolver un síntoma no hace falta conocer su causa ni su función*, ya que los síntomas más que cumplir funciones, hablan de cómo es que la vida de las personas se ha vuelto estática.
- *Es posible provocar cambios o resolver problemas con rapidez* como resultado de la interacción orientada a crear una nueva visión.
- *Lo importante es lo que se puede modificar*, es por eso que debemos centrarnos en la solución en lugar de la patología.
- *Es necesario conseguir que el cliente haga algo*, en términos de acciones, que los lleve a descubrir soluciones.
- *Encontrar un tendencia hacia el cambio positivo y estimularlo*
- *El cambio es constante*, las personas están cambiando constantemente lo que no se modifica es su forma de ver la situación.



- *Solo es necesario un cambio pequeño* un cambio en una parte del sistema puede producir cambios en otra parte del sistema.
- *Los clientes definen los objetivos*

A partir de las premisas anteriores, el modelo desarrolla una postura de respeto y aprecio hacia el cliente que llega a la terapia.

La resistencia es un concepto descartado dentro de este enfoque al retomar la utilización propuesta por el MRI respecto a la postura del cliente, como una forma de permitir la colaboración y evitar resistencias; aunado a esto proclaman que no existe una resistencia al cambio sino más bien diferentes formas de cooperación, siendo así la tarea del terapeuta, encontrar el estilo del cliente.

Siendo así es que surgen tres posibles estilos de relación entre cliente y terapeuta: *demandante*, *comprador* y *visitante* (Berg y Miller, 1992).

En las relaciones de *demandante* y *comprador* se establece objetivos claros a lograr durante el proceso; su punto de divergencia radica en que el *demandante* no se ve parte de la solución, pues espera que cambien los otros, mientras que en la relación tipo *comprador*, el cliente se ve como parte activa de la solución y está dispuesto hacer algo. En el caso de las relaciones de *visitante*, no se identifica un objetivo ni razón para estar en el proceso terapéutico, ya que generalmente consideran que el problema es de otro.

Es por lo anterior que la postura del terapeuta es de un detective curioso, preocupado por las formas de colaborar y no por mantener el control de la situación terapéutica (De Shazer, 1994a).

En busca de soluciones

La sesión bajo el enfoque de la TCS tiene como objetivo primordial centrarse en las cosas que funcionan y en las soluciones exitosas intentadas hasta el momento para así generar cambios de percepción o conducta que mejoren la forma de superar el problema (Cade y O'Hanlon, 1995).

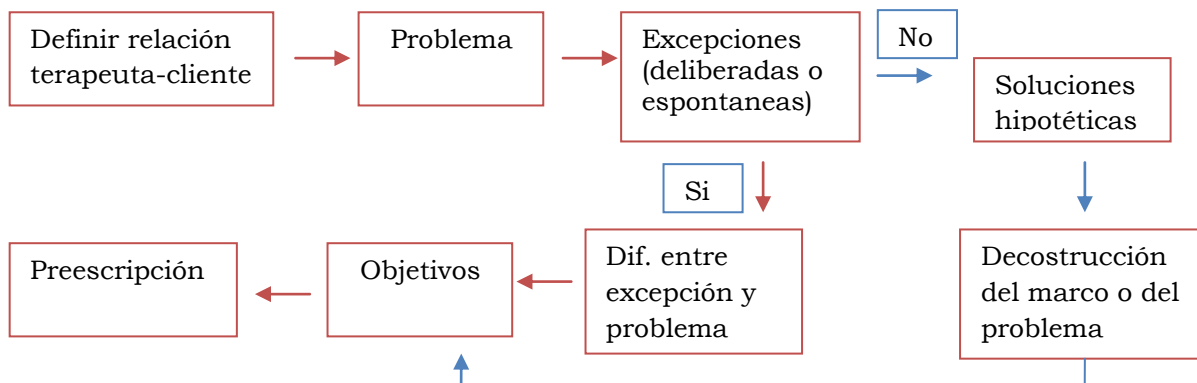


Cabe destacar que el modelo hace una distinción entre las dificultades y las quejas. Las dificultades son situaciones de la vida cotidiana que se resuelven o pasan por si solas, mientras que las quejas están formadas por una dificultad y un intento ineficaz y recurrente de resolución (De Shazer, Berg, Lipichik, Nunnally, Molnar, Gingerich, Weiner-Davis, 1986).

Para mantener la eficacia en la terapia es importante hacer una diferencia entre los objetivos y la solución, los objetivos son lo que la paciente quiere obtener de la terapia en relación con el problema, mientras que las soluciones son lo que el paciente desea obtener de la terapia independientemente del problema (de Shazer, 1994b).

Con el fin de no perder el objetivo, el enfoque propone estructuras que guíen la exploración y desarrollo de la sesión, particularmente en la primera entrevista, tal y como se muestra en la fig. 12. la cual se basa en el árbol de decisiones propuesto por de Shazer (1987).

Fig. 12. Estructura de la primera entrevista



Continuando en la línea de conseguir cambios, O’Hanlon (1994, 1999) habla de que existen tres áreas en las que se pueden generar los cambios: en los puntos de vista, es decir la forma en que las personas valoran y perciben la situación; en las acciones, haciendo referencia a la forma en que se hacen las cosas y finalmente en el contexto, es decir el ambiente en el que se desenvuelve la persona.

Partiendo de lo anterior, las intervenciones diseñadas por el modelo están encaminadas a influir en alguno de estos aspectos, tal y como se muestra en la tabla 12.



Tabla 12. Técnicas del modelo de soluciones

Técnica	Objetivo
Tarea de fórmula	Promueven la mejoría en el problema presentado al concentrar la atención en cosas que dan resultado o empiezan a darlo, creando una expectativa de cambio.
Pregunta de la excepción	Alentar el reconocimiento de lo que ya se ha estado haciendo de manera exitosa., al llevar a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado.
Pregunta del milagro	Mueve el foco a soluciones potenciales.
Escalas	Exploran la posibilidad de cambio en cuanto a creencias del cliente y por otro lado generan la sensación de movimiento hacia la dirección deseada.
Preguntas a futuro	Generan la idea de que el cambio es inevitable y sucederá.
Reenmarque	Desarrolla un marco o significado nuevo o alternativo.
Desenmarque	Desafiar los significados asociados con la situación problemática sin proveer de otro marco.
Preguntas presuposicionales	Promover idea de que el cambio se está dando.
Intervención en la pauta	Alterar las acciones de la pauta, ya que un cambio en ella genera un cambio mayor.

Como se puede observar en la tabla anterior (11), existe una amplia gama de posibilidades para centrar el foco en las excepciones del problema, sin embargo sería errado decir que son las únicas, ya que al hacer uso de los recursos con los que los clientes cuentan, las posibilidades se potencializan hasta donde la creatividad del terapeuta llegue.

Como se mencionó al inicio del presente trabajo, la terapia centrada en la solución dio pie a la creación de la terapia orientada a la solución, el trabajo de O'Hanlon representa un movimiento paulatino de la propuesta de De Shazer,



poco a poco comienza a dejar detrás elementos hasta dejar la terapia orientada a las soluciones, para dar pie a su terapia de posibilidades.

En su nueva propuesta busca reconocer el peso de la situación del cliente sin minimizarlo ni combatirlo con dosis de optimismo. Propone validar la experiencia del cliente, trabajar con la responsabilidad de la experiencia y finalmente cambiar el hacer y el ver (O'Hanlon, 1999).

Consideraciones finales

El trabajo del modelo de soluciones ha sido retomado, difundido y aplicado exitosamente en diversas problemáticas como el problema del alcohol, (Insoo Kim Berg, 1992), Mathew Selekman (1997) trabaja con adolescentes denominados "Problemas", aplicando la TCS en conjunto con preguntas de White, y Andersen; Eve Lipchik (2002), se centra en el trabajo con emociones y amplía la TCS a familias, niños y ancianos mientras O'Hanlon se mueve de la TCS hacia la Terapia de posibilidad, y partir de las premisas del enfoque ha publicado libros de autoayuda, para superar crisis y sobre relaciones de pareja

En cuanto a las críticas, para algunos la TCS deja de lado el manejo de las emociones, al poner el acento en conductas y cogniciones, como excepciones, sin embargo la TCS no ve una contraposición entre la conducta, cognición y emoción; al contrario las ve interrelacionas y cualquiera de ellas son una posibilidad para influir en las otras dos (de Shazer, 2000).

Se considera a la TCS como una terapia superficial, al no indagar acerca del origen de los problemas; sin embargo el enfoque ha demostrado que no es necesario conocer el origen para resolver rápida y efectivamente los problemas de las personas (O'Hanlon, 1999).

Existen críticas hacia la influencia y persuasión de las que hace uso el terapeuta al realizar prescripciones o tareas a los clientes; sin embargo O'Hanlon (1994), responde que es imposible no revelar opiniones e influir en cualquier interacción, desde cualquier enfoque.



La terapia familiar posmoderna y socioconstruccionista

El posmodernismo es un movimiento que se aleja de la búsqueda y la creencia de las verdades fundamentales, se interesa principalmente en explorar como el lenguaje, el poder, los factores sociales y la historia, moldean las visiones de la realidad, la verdad y el conocimiento (Hollinger, 1994).

Los modelos de terapia familiar en constante evolución no pudieron menos que toparse con este movimiento, desilusionados de las posturas estratégicas y modernas fueron seducidos principalmente por las ideas socio construccionistas y las aproximaciones narrativas, las cuales les ofrecían nuevas posibilidades de trabajo y conceptualizar los sistemas humanos (Hoffman, 1990). Aunado a esto la inclusión de una visión sociopolítica de la terapia como una acción necesaria para el cambio de narrativas dominantes, favorecieron el desarrollo de la práctica posmoderna (Hoffman, 1992).

Fruggeri, (1992) menciona que este movimiento de postura se dio al evidenciarse que la psicoterapia está basada en el círculo hermenéutico de la interpretación, ya que los terapeutas construyen el proceso interactivo en el que están inmersos junto con sus pacientes, mediante su comprensión y sus descripciones.

El posmodernismo asume la no existencia de una realidad única o universal, sino múltiples formas de entender, considera al lenguaje como el vehículo de la comprensión y sus significados. Por tal motivo se abandona las técnicas y los objetivos dentro de la terapias cobijadas bajo este movimiento, se encaminan hacia los significados, se habla de una postura de no saber y de una actitud de colaboración y curiosidad (Biever, Bobele, Gardner y Franklin, 2005).

Estas ideas invariablemente cambiaron el mundo de la terapia familiar volviéndose, filosofías de vida liberadoras tanto de terapeutas como clientes cautivos de modelos tradicionales; tal y como podrá verse en los siguientes apartados; gestados en el seno de estas ideas postmodernas.



2.6. El enfoque Narrativo

La terapia narrativa es una propuesta de trabajo interesada en la identidad de las personas y como es que esta se ve constreñida y limitada por los discursos culturales y políticos socialmente establecidos.

Implica centrar la atención en las historias que acompañan y guían la vida de las personas, así como de los significados que de ellas se desprenden.

Esta innovadora propuesta de entender el quehacer terapéutico, es producto del trabajo de Michael White en Australia, y David Epston en Nueva Zelanda.

El comienzo de la narración

Michael White, asistente social, al inicio de su carrera comienza a interesarse en las terapias estratégicas y el enfoque sistémico. Posteriormente se interesa en profundizar en el trabajo de Gregory Bateson, bajo la guía de Karl Tom, de esta forma comienza su aproximación hacia la semántica de la comunicación y en la construcción de significados (White y Epston 1994).

Otros elementos retomados del trabajo de Bateson, son la búsqueda por entender como las personas adquieren el conocimiento de sus mundos y la idea sobre la diferencia que hace la diferencia (Tomm, 1989).

Tiempo después White conoce el trabajo de Foucault sobre conocimiento y poder, ideas que repercutirán directamente en su búsqueda de desinstitucionalizar el conocimiento y poder del experto (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Foucault (1975) habla de las teorías científicas como una forma de control social, que buscan someter a las personas a los estándares de control dictados por la sociedad. Las personas son activas en su proceso de cautiverio, ya que internalizan discursos sociales que los guían para adecuarse a las normas dictadas por el poder.

Por otro lado menciona que el conocimiento y el poder son inseparables pues al imponer un conocimiento sobre otros, al mismo tiempo el poder se está insertando en la vida de las personas, dando pie a verdades que moldean la vida



de las personas, las cuales a su vez funcionan como estándares de normalidad. (Foucault, 1970).

Por su parte David Epston se forma en la sociología de la medicina y en antropología, la cual se vuelve un influencia directa sobre la forma en que concibe el hacer terapia pues los considera prácticas cercanas (Epston, 1989).

Bertrando y Toffenetti (2000), menciona que la influencia de su formación antropológica, se refleja en tres ideas centrales: Las Pequeñas culturas familiares con identidad singular, La conceptualización del cambio basada en la metáfora de transición y pasaje; y el rechazo en el pseudocientificismo de la psiquiatría ortodoxa.

Finalmente el trabajo de White y Epston, es influenciado por el construccionismo social, el cual se enfoca en las relación entre las personas y las normas culturales y sociales (Payne, 2002).

El corazón de la narración

La propuesta desarrollada por White y Epston se fundamenta en las siguientes ideas (Suárez, 2004):

- La estructura narrativa está presente en cualquier interacción social. Está formada por un panorama de acción, que da cuenta de los hechos secuenciados en una dimensión temporal, y un panorama de conciencia, concerniente a los significados que se dan a los hechos que se desarrollan en la historia (Bruner, 1990).
- Las personas organizan su vida a través de historias, que moldean su existencia por medio de efectos concretos. Dichas historias al igual que las narraciones poseen un panorama de acción y uno de conciencia (White y Epston, 1994).
- El significado es constituido a través de las historias que contamos y escuchamos de nuestras vidas esto se denomina analogía del texto, la cual posibilita diferenciar entre un relato dominante y un relato



alternativo, al mirar los relatos en un contexto sociopolítico que permiten analizarlos.

- Valorar el significado que las personas atribuyen a su propia experiencia por encima del significado que los expertos atribuyen a esa experiencia dando así un giro interpretativo (Bruner, 1986).
- Las personas tienen una historia oficial mantenida por los discursos dominantes (narración dominante) y una historia alterna que desmiente la historia dominante a través de acontecimientos extraordinarios (Ramos, 2001).

El ejercicio de narrar

El modelo narrativo busca propiciar un clima que invite a los participantes a innovar y ser creativos en el abordaje de sus problemas para liberarse de la culpa, vergüenza y miedo (White, 1994).

Las personas cuyas historias se presentan llenas de problemas se saturan de aspectos negativos en sus vidas y en su personalidad, haciéndolas sentir débiles volviéndose esto la historia dominante de la persona (Sánchez, 2000).

La terapia busca la deconstrucción de los relatos, es decir subvertir realidades y prácticas, con las que las personas llegan a terapia. Esto se logra mediante la objetivación de los problemas, es decir externalizándolos, promoviendo así el que los consultantes recuperen la autoría sobre sus vidas, reconstruyendo su identidad separada de los problemas (White y Epston, 1994).

La forma de hacerlo es mediante **conversaciones externalizantes**, las cuales son formas de hablar que separan a las personas de los problemas, al hacer un cambio en el uso del lenguaje, en la actitud y en la orientación de la conversación. El problema se vuelve una entidad separada que domina a la persona o a la familia, de esta forma se abre la puerta a que la familia considere como causante de dificultades a la relación que se establece con el problema y no a la persona o las relaciones interpersonales. (White, 1993)



Durante las conversaciones externalizantes, se hace uso de **preguntas relativas al problema o de influencia relativa**, las cuales resultan útiles para conocer la experiencia de las personas respecto a este, así como la influencia que en el pasado ha tenido sobre su vida. De igual manera estas preguntas recaban información sobre los efectos de las personas sobre el problema, lo cual abre la posibilidad a las historias alternativas a la dominante (White, 1988).

Mediante este proceso se puede llegar a la búsqueda de **eventos extraordinarios**, los cuales son acontecimientos fuera de la narración dominante del problema, en donde su influencia fue menor, menos significativo o no la tuvo (Morgan, 2000).

White sugiere que la vida del problema depende de sus efectos para mantenerse con vida, por lo que al atacar esta parte, las personas perciben su relación con el problema de una manera diferente saliendo así de la opresión que este le ocasiona (White, 1994).

De esta forma los eventos extraordinarios son el puente para crear descripciones diferentes de la vida de las personas y por lo tanto historias alternativas en las que se produzcan nuevos significados (White y Epston, 1993).

En su trabajo White mediante las **Conversaciones de re-autoría** y haciendo uso de preguntas sobre el panorama de la acción y de la conciencia, se crea un andamiaje que permita a las personas replantear su vida e historia al entender el entorno y significado de los eventos extraordinarios.

Morgan (2000), sugiere que una vez que surgen estas historias alternativas, el terapeuta debe cooperar y fortalecerlas mediante el uso de conversaciones de remembranza, la inclusión de co-terapeutas expertos, la participación en rituales y celebraciones definición con grupos de testigos externos y el uso de documentos terapéuticos y cartas terapéuticas.

White (2000), considera que en el trabajo terapéutico es importante generar en las personas la voluntad de ser participantes activos de su historia, mediante el uso del equipo de reflexión, que actúan como testigos externos que validan las



historias e identidades de los clientes. Para lograr este fin el equipo se realiza bajo el siguiente procedimiento:

1ra. entrevista:

La sesión inicia con el terapeuta y el consultante, mientras el equipo observa detrás del espejo.

2nda. entrevista

4 clases de respuestas:

- **Incorporarse:** los miembros se presentan y se aseguran de reconocer a todos los consultantes hablando de la circunstancia que los llevo ahí así como su experiencia al respecto.
- **Misterio:** el equipo habla de sus desarrollos preferidos o de los que consideran más importantes para los consultantes.

Hablan como de un misterio que solo pueden revelar sus protagonistas.

- **Paisajes alternativos:** Los desarrollos elegidos por el equipo permiten el acceso a historias o conocimientos alternativos de las formas de ser y pensar en el mundo.

Es importante que el equipo aborde cuestiones del panorama de la acción y de la consciencia, ya que esto invita a la reflexión de los observadores.

El lenguaje se maneja bajo el tiempo subjuntivo como posibilidad.

- **Deconstrucción:** En esta etapa los miembros del equipo se invitan entre sí a deconstruir sus respuestas al trasladarlas al a su experiencia o historia personal, para evitar la marginación de las personas que acuden a la terapia.

Esto se realiza al final de la respuesta del equipo de reflexión.

3ra. Entrevista

La primera parte de esta entrevista, se concentra en la experiencia de las personas sobre la segunda entrevista, posteriormente el terapeuta comenta su s



respuestas a los comentarios que escucho y las ideas que le gustaría retomar posteriormente.

Las personas pueden diferenciar entre las preguntas útiles para retomarlas y las que consideran que no lo son.

4ta. Entrevista

Se reúnen el equipo, el terapeuta y los consultantes para hablar sobre el proceso de entrevista y su deconstrucción.

1. El terapeuta es entrevistado por los miembros del equipo
2. El terapeuta entrevista a los miembros del equipo sobre aspectos que consideres relevantes de sus respuestas bajo el principio de transparencia.

Las personas pueden comentar su experiencia sobre lo que presenciaron y comunican las ideas que le fueron más útiles.

Mediante estas prácticas es que se construyen descripciones que alienten la creación de una historia alternativa nueva y preferida, según la elección de la familia y el terapeuta.

Conclusiones finales

Como puede observarse el trabajo desde la propuesta de Michael White y David Epston, es una invitación a recrear identidades bajo la libertad de elegir, mediante el descubrir, reconocer y desconstruir las ideas, creencias, prácticas de la cultura en que vive la persona y que sirven para asistir tanto al problema como a su historia, de esta manera es más fácil cuestionar y desafiarlas

Es así que la Terapia Narrativa navega contra los discursos de déficit y las etiquetas patologizantes, abriendo así posibilidades infinitas a las personas al ayudarles a ver otra versión de sí mismos, con la capacidad de librarse de la opresión de los problemas.



2.7. El Equipo Reflexivo

La modalidad del Equipo Reflexivo fue propuesta por el psiquiatra noruego Tom Andersen (1991) plasmada en su obra: *"The Reflecting Team Dialogues and Dialogues about Dialogues"*, en la cual tras una larga formación sistémica y recogiendo las aportaciones de Caillé, L. Hoffman, L. Boscolo y Cecchin encontró una forma original de trabajar con familias.

Hasta 1984 el trabajo realizado por Andersen basado en la escuela de Milán, se caracterizaba por decir a los clientes que hacer y que pensar respecto a su problemática, siendo este el lente bajo el cual miraban a las familias, las intervenciones durante la sesión eran encaminadas a confirmar o invalidar las hipótesis del equipo de expertos (Beltrán, 2004).

En 1985 ante el estancamiento del tratamiento con una familia, el grupo de Andersen comenzó a dialogar frente a ella, esto permitió que la familia y el terapeuta que dirigían la sesión oyeran los comentarios y reflexiones que hacía el equipo que observaba la misma. El interés y la sorpresa, que produjo en los miembros de la familia fueron muy útiles. El hecho de invertir el proceso de la escucha y tener la posibilidad de oír las reflexiones de los "expertos" favoreció el cambio y aportó diversos puntos de vista, tanto para el equipo terapéutico como para la familia. Según el equipo la experiencia consistió en favorecer el proceso ya descrito por Bateson cuando comenta que "La diferencia que hace una diferencia" es la mejor forma de potenciar el cambio (Garrido y Fernández-Santos, 1997).

El Equipo Reflexivo, también definido según Andersen (1987; 1990; 1991), como "un proceso reflexivo" o "conversaciones sobre las conversaciones", es una modalidad técnica que permite que las fronteras entre la familia y el equipo se difuminen generado que el punto de vista del observador cambie al situarse en un lugar diferente dentro del sistema.

Andersen (2001), retoma la perspectiva de Wittgenstein y plantea que los seres humanos somos en el lenguaje, en donde encontramos tantas limitaciones y posibilidades como nos lo permita nuestra conversación, por lo tanto la conversación es la actividad central del cambio dentro de la terapia. Bajo estas ideas el trabajo propuesto por Andersen promueve crear diferencias de



significados mediante el desarrollo de diferentes acepciones a partir de la reflexión de las connotaciones traídas por los clientes durante la sesión. Entendiendo por reflexión el hacer público los diálogos internos y externos entre terapeuta y paciente.

El modo de trabajar del equipo de reflexión favorece un desplazamiento del lenguaje profesional, hacia el cotidiano lleno de palabras y conceptos usados en la vida diaria, lo cual implica más que un cambio de lenguaje un cambio en la forma de relación cliente-terapeuta.

Guías para la reflexión

Coherente con su epistemología, la forma de implementar los equipos reflexivos es una manera maleable en la que se respeta la autonomía de la familia, los diálogos internos y la posibilidad de que cada descripción sea solo una más de tantas posibles (Andersen, 1996).

Cuando se trabaja con equipo reflexivo, se informa al inicio de la sesión a la familia, sobre la presencia y función del equipo, posteriormente un terapeuta guía la conversación durante un tiempo determinado hasta que la sesión se interrumpe para dar paso a las reflexiones del equipo, cuidando que estas se realicen bajo estos lineamientos (Andersen, 1991; 1996):

- *Las reflexiones del equipo deben de basarse en algo expresado durante la conversación.*
- *Al hablar, los miembros deben intentar no transmitir connotaciones negativas.*
- *Mientras se realiza la reflexión entre los miembros del equipo, es importante que la mirada se dirija a los que hablan y no a los que escuchan.*
- *Las conversaciones deben expresarse en términos especulativos planteando metáforas, dilemas y dudas.*

A la par de estos lineamientos, es importante dar en todo momento, la posibilidad a los oyentes de apartarse de lo escuchado, si la situación se le torna incomoda existe la posibilidad de tomar o no lo escuchado.



Una vez que se han expresado las reflexiones del equipo durante aproximadamente 10 min. , la familia tiene la oportunidad de comentar los pensamientos que surgieron a partir de lo escuchado, aunque también existe la posibilidad de que decida no hacerlo.

La dinámica de trabajo busca transmitir la posibilidad de múltiples versiones de una situación, ya que la mayoría de los consultantes llegan con la idea que solo existe una versión acertada y múltiples incorrectas; sin embargo desde esta postura consideran que la vinculación con la vida depende de las percepciones, las descripciones y las comprensiones del mundo (Maturana, 1976; Von Foerster, 1981).

De esta manera el equipo reflexivo busca promover la inclusión de múltiples versiones mediante la siguiente forma:

- Incluyendo en la sesión las preguntas ¿Cómo les gustaría a ustedes utilizar esta reunión? y ¿Cuál es la historia detrás de esta reunión?.
- Conversando sobre las formas de conversar.
- Conversando sobre conversaciones pasadas y futuras con la finalidad de saber que significados no utilizar.
- Brindando la posibilidad de retroceder entre hablar y oír a los participantes de la sesión.
- Haciendo uso de preguntas que nos arrojen los significados y opiniones existentes respecto al problema.

Consideraciones finales

El enfoque reflexivo, es resultado de ir más allá de los límites impuestos por un paradigma a través de una práctica libre en la búsqueda y comprensión de descripciones más libre, ya que como menciona Kuhn (1990), esta es la forma en que se cuestionan y amplían las teorías existentes.

La forma de trabajo implementada bajo el enfoque reflexivo, genera procesos más igualitarios entre el cliente y el terapeuta en el que las preguntas son un medio para conocer los significados que constituyen al otro, Bertrando y Toffanetti, (2000) mencionan que uno de los meritos de Andersen es reducir en los



terapeutas, la expectativa de rol, realizando así el aspecto personal, centrando así la terapia en un análisis de los modelos de reflexión sobre los problemas.

2.8. El Enfoque Colaborativo

Karl Tomm en el prefacio que realiza para White y Epston (1993), habla sobre la importante labor que es abrir caminos y descubrir nuevos territorios, a partir de los cuales se puedan entrar nuevos campos; y es justamente el enfoque colaborativo un nuevo campo creado dentro del territorio posmoderno.

La propuesta colaborativa es una respuesta al cuestionamiento sobre ¿Qué es lo que hace una conversación terapéutica sea exitosa o no? planteada durante algún tiempo por Harlene Anderson (2005). Esta búsqueda la llevo a modificar la forma de pensar en los clientes, sus dilemas y las relaciones que con ellos establecía.

Ante tal situación, esta propuesta de trabajo surge como una necesidad de ir más allá de la visión sistémica y sus metáforas mecánicas, las cuales consideran a los individuos como elementos de sistemas, o como entes procesadores de información, dejando de lado al individuo en pro del sistema. Dichas metáforas constituyeron durante un largo periodo el sustento de la teoría de la retroalimentación cibernética, en la cual se basa la terapia familiar y el constructivismo.

Beltrán (2004) considera a la aproximación colaborativa como una perspectiva filosófica que se basa en la premisa de que estar en el mundo equivale a estar en el lenguaje y la colaboración; es por esto que se define como un “sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativa, una búsqueda conjunta de posibilidades (Anderson, 1997).

Es por lo anterior que la terapia colaborativa es concebida bajo una postura hermenéutica e interpretativa, centrada en los significados, los cuales son creados y experimentados por los individuos a través del lenguaje, creador de realidades (Anderson y Goolishian, 1996).



Los fundamentos de la colaboración

Al explorar las bases que dan vida a este enfoque, encontramos que gran parte de sus raíces al retomar la hermenéutica y el construccionismo social del pensamiento posmoderno, se sustentan en la propuesta hecha al ámbito terapéutico de centrar su atención en las personas en relación como constructores de sistemas de significados (Goolishian y Anderson, 1992).

La hermenéutica se retoma como un método para interpretar y comprender el significado de un texto o discurso, incluidas la emoción, la conducta humana, y la comprensión al ser un proceso sobre el cual influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete. De esta forma se señala que no existe un punto de vista privilegiado para observar la realidad y que esta dista mucho de ser absoluta ya que cada descripción es una versión de la realidad (Anderson, 1997).

Dicho método piensa en el conocimiento como un proceso dialéctico, referente a la realidad la concibe como un sistema estructurado bajo la constante interacción de sus elementos. La conducta humana puede ser interpretada de diversas maneras por lo que la mejor forma de hacerlo debe ser descubierta mediante un análisis estructural del lenguaje (Eguiluz, 2001).

A partir de que la comprensión es interpretativa, la verdad se construye a través de la interacción de los participantes (Anderson, 1997).

El construccionismo social, sustenta el enfoque colaborativo, al intentar comprender como es que las personas explican, describen y dan cuenta del mundo en que vive. Postula a los significados como construcciones comunales resultantes de los intercambios sociales al hacer uso del lenguaje en la descripción de su diario vivir y sentir (Anderson, 1997).

Al conjuntar las ideas anteriores, Anderson y Goolishian (1996) postulan la idea de que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión producto de la construcción social y el dialogo, es por esto que parten de la idea de las personas viviendo a través de realidades narrativas construidas socialmente y que determinan el sentido y organización de su experiencia (Anderson, 1996).



Partiendo de lo anterior es que realizan y sustentan su posición narrativa a partir de las siguientes premisas (1996):

- Los sistemas humanos son generadores de lenguaje y de significados
- El significado y la comprensión se construyen socialmente
- Todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto problema
- La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos “conversación terapéutica”
- El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación
- El terapeuta ejercita este arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales, o terapéuticas.
- Los problemas son acciones que expresan nuestras narraciones humanas de tal modo que disminuyen nuestro sentido de mediación y de liberación personal
- El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración

Cabe destacar que estas guías de trabajo se centran en conceptos fundamentales como el papel del lenguaje, la conversación, el yo, el relato. A partir de esto la conversación es la actividad central del enfoque, ya que por este medio se abren espacios para la conversación. El cambio se equipara, por lo cual tienen que ser diferentes a lo habitual, sin caer en que sean ajenas al cliente (Beltrán, 2004)

Desde esta aproximación no se plantea un formato para el desarrollo de la terapia, se vuelven conversaciones dentro de un espacio desarrollado por el cliente. El terapeuta quien parte de una *postura de no saber, es el responsable de realizar preguntas que extiendan y amplíen la conversación* (Limón, 2005)

Harlene Anderson (2001) considera que el medio para llevar la sesión, es la exploración compartida, la cual es el resultado del interés y curiosidad del



terapeuta sobre la visión del mundo del cliente, centrado en esto señala como recomendaciones para el desarrollo de las sesiones:

- *El preguntar de manera tentativa*
- *Realizar preguntas que amplíen posibilidades de narración del cliente y el terapeuta.*
- *Asegurarse que lo que se oye es lo que el cliente quiso decir*
- *Entrenarse para entender las señales que expresan las personas*
- *Recordar que el cliente tiene la última palabra acerca de lo que se debe y el cómo se debe hablar.*

Es en base a lo anterior se posibilita en el terapeuta la capacidad de crear intervenciones que nazcan de la conversación misma adaptadas a las características individuales del cliente que esta frente a nosotros, ya que el corazón del modelo es una postura filosófica intencional que busca ser abierta, respetuosa y curiosa (Anderson, 1997).

Para tales efectos, el terapeuta deja que el cliente esté al centro del escenario, que sea él quien lleve la batuta sobre la historia que quiere contar y cómo quiere contarla. El terapeuta trata de seguir el paso y el ritmo de la narración del cliente y de mantener sus preguntas dentro de los parámetros de los problemas y soluciones descritos por el cliente; sin que esto deje de lado el que el terapeuta es experto en procesos conversacionales que crea espacios conversacional que invitan al diálogo, a la exploración conjunta, a la colaboración y al definir y disolver los problemas (Anderson, 2003).

El cambio dentro de la conversación, es el resultado de una coparticipación en la generación de significados y acciones alternativas mediante la reflexión, que implica oír, aprehender y pensar antes de dar una respuesta. Esto implica un baile entre los diálogos internos y los externos que llevan a la reconstitución de los yo's involucrados.



Consideraciones finales

Como puede observarse la práctica colaborativa es una propuesta centrada en el proceso más que en el contenido, lo que hace que se especialice en tipos de conversaciones, permitiendo así que en el trabajo clínico se utilicen con éxito ante una gran variedad de dificultades. Los principios básicos de la colaboración, la construcción de soluciones o el desarrollo de historias alternativas se aplican tanto a la terapia como a la supervisión y la consultoría (Tarragona, 2006).

Mirar el mundo desde una visión colaborativa es una invitación constante a la multiplicidad de perspectivas, al respeto, congruencia y apertura dentro de la terapia a través del lenguaje y el compartir con el otro. Un espacio en el que la realidad se construye, reconstruye y no solo se vive.

Harlene Anderson (2003), planteó la pregunta de *¿Cómo podemos los terapeutas y clientes crear los tipos de relaciones y de conversaciones que permitan a todos los participantes acceder su creatividad y desarrollar posibilidades donde éstas no parecían existir?* La pregunta en un acto de recursividad, contiene en sí misma la semilla de nuevos caminos dentro del territorio, al pensar que la posibilidad de respuesta es tan inmensa como la respuesta que daría cada terapeuta del mundo.



Capítulo III.

Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales



*Un viaje de descubrimiento
consiste en tener nuevos ojos
y no en buscar nuevos panoramas*

M. Proust

*¿Quiénes haran lo difícil?
Los que puedan.
¿Quiénes haran lo imposible?
Los que quieran.*

Proverbio japonés

El programa de maestría en psicología con residencia en terapia familiar, se basa en un enfoque sistémico y construccionista, bajo el cual propone capacitar estudiantes con una visión integrativa que les permita abordar problemáticas, desde diferentes perspectivas teóricas, considerando las interacciones entre el individuo y los sistemas sociales en los cuales se encuentra inmerso.

En busca de conseguir este objetivo, la formación está encaminada a que los estudiantes conozcan modalidades de intervención centradas en la estructura, en el proceso y el significado desde sus fundamentos, evolución y aplicación.

Como resultado de los conocimientos adquiridos, el programa plantea el desarrollo de habilidades y competencias específicas de un terapeuta con formación sistémico-construccionista, entre las que se encuentran habilidades clínicas, de investigación, enseñanza y difusión del conocimiento, así como habilidades de compromiso y ética profesional:

En el presente apartado se expondrá el trabajo realizado durante la formación, como evidencia del desarrollo de habilidades; siendo muestras fehacientes de esto; dos casos clínicos atendidos durante la formación, investigaciones desarrolladas bajo la metodología cualitativa y cuantitativa; un programa de intervención comunitaria, dos productos tecnológicos difusores del conocimiento adquirido, así como un reporte de la asistencia a un foro académico.



1. Habilidades clínicas

La adquisición teórica de las diferentes modalidades revisadas, va encaminada al desarrollo de habilidades clínicas dentro de los diferentes momentos del proceso terapéutico.

En la formación como terapeuta en la residencia atendí 20 casos, bajo supervisión, como muestra de las habilidades adquiridas en este proceso, se expondrán el análisis de dos casos atendidos durante la formación. Cabe destacar que cada uno de ellos es llevado bajo diferentes perspectivas teóricas, motivo por el cual cada análisis contendrá elementos y formato distintos, buscando resaltar los propios de cada modelo teórico.

Asegurando la confidencialidad de los casos, los nombres han sido modificados para ser expuestos.

1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico

1.1.1 Familia Montes Garcés

El caso fue atendido en el Instituto Nacional de Rehabilitación, bajo supervisión, pero sin la presencia de un equipo terapéutico, tomando como ideas eje la propuesta del Modelo de Milán.

Datos Generales

Familia: Montes Garcés

Supervisor: Gerardo Reséndiz Juárez

Terapeuta: Leticia Muñoz Arreola

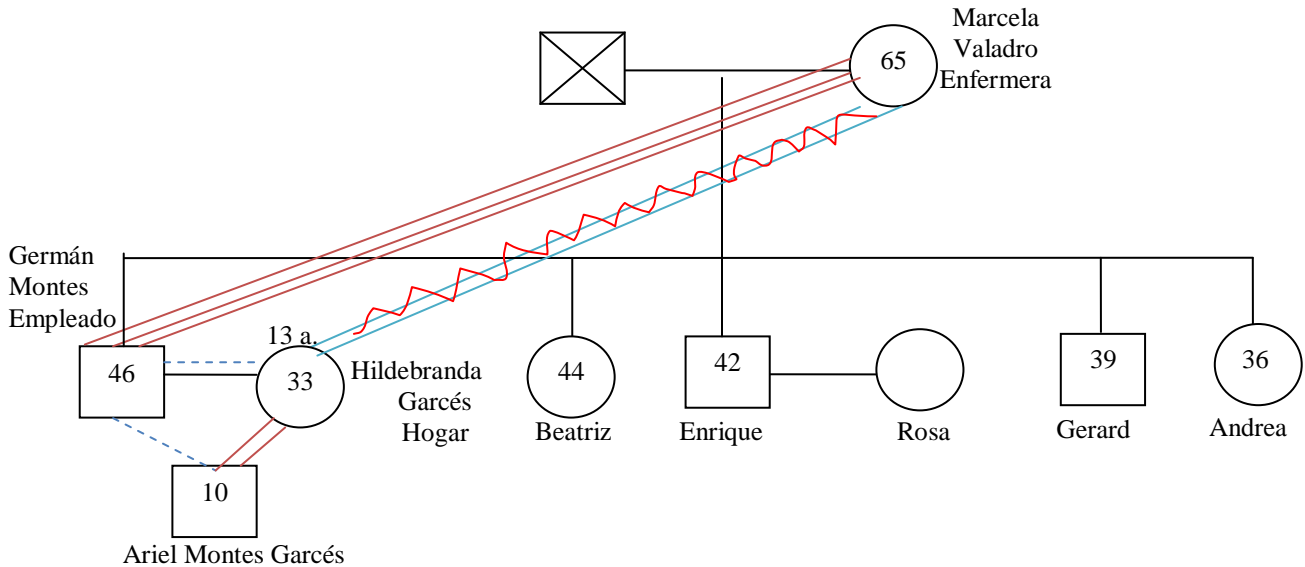
Fuente de Derivación: Psicología

No. De Sesiones: 5

Motivo de Consulta: Dinámica familiar inadecuada



Familiograma



Descripción de la familia

La familia Garcés Montes llega al Instituto buscando atención para Ariel, ya que padece mielomeningocele. Como parte de la atención recibida se requiere que el niño sea hospitalizado para que le realicen estudios, le brinden terapia y el servicio de psicología lo entreviste.

Durante su hospitalización su abuela Marcela permanece a su lado para cuidarlo, ya que su padre debe trabajar y tanto su abuela como su padre consideran que Hildebranda no es apta para cuidar a su hijo ya que consideran en cualquier momento podría tener alguna crisis. En estas condiciones se realiza la entrevista con la psicóloga quien concluye que a la familia podría resultarle útiles las sesiones de terapia familiar ya que consideran sus relaciones y dinámica familiar no son muy adecuadas para Ariel.

En las sesiones familiares, Marcela narra como la epilepsia de Hildebranda la coloca por un lado en una posición de discapacitada, y por otro lado en una posición manipuladora de la familia, pues a su consideración es la forma en que ha conseguido que la volteen a ver. Marcela define su obligación el ayudar a su hijo pues es el único de sus hijos que aun no logra volar solo.



Hildebranda en la primera sesión se muestra tímida, retraída y buscando aprobación para los comentarios que realiza, pareciera luchar por aceptar obedientemente las condiciones de su enfermedad y las limitaciones que esto conlleva para ser mamá. En las sesiones subsecuentes Ariel pareciera encontrarse en una situación difícil al ser uno de los cuidadores de su madre, situación que comienza a molestarle pues le gustaría que su mamá se hiciera cargo de él, por lo que empieza a manifestarse negativas ante las peticiones de su abuela buscando obligar a su madre a ocuparse de él.

Germán asiste solo a la primera sesión y pareciera compartir la idea de la epilepsia como limitante para su esposa, aunque se muestra abierto, comprensivo y dispuesto a apoyarla para sentirse mejor dentro de su familia y a su lado.

Es importante mencionar que cuando la familia llega a terapia, los ataques epilépticos de Hildebranda han disminuido considerablemente, además de que ahora no son convulsiones sino ataques de ausencia.

Explorando lo que los doctores de Hildebranda han informado sobre la epilepsia, mencionan que debido a su avance ella solo asiste con un psiquiatra, el cual concuerda con Marcela y Germán en que debería de poner de su parte para controlarse y llevarse mejor dentro del ámbito familiar.

Análisis teórico metodológico del proceso

El trabajo se realizó bajo las ideas propuestas por el Modelo de Milán, desde la perspectiva de Gian Franco Cecchin y Luigi Boscolo, por lo que el proceso terapéutico giro entorno a conceptos como procesos, premisas, recursividad, tiempos e hipótesis.

Procesos familiares

Durante el relato de las sesiones es posible observar los diferentes procesos por los que ha atravesado la familia, es decir, las transiciones que han permitido se configuren su identidad a lo largo de su historia, sorteando así las necesidades y exigencias del momento. De acuerdo a Laura Fruggeri (2011,) la procesualidad se



refiere a la organización o reorganización familiar en momentos de transición o microtransición, los cuales se consideran fases de pasaje en donde sucede un acomodamiento recíproco entre los elementos del sistema, a través de los cuales los individuos aprenden competencias sociales y habilidades que serán útiles también fuera del contexto familiar.

Tomando como lente lo anterior, los procesos o microtransiciones que han estabilizado a la familia Montes Garcés, es posible señalar la organización a partir de la discapacidad de Ariel y la epilepsia de Hildebranda, la separación de Hildebranda de su primogénito, la relación distante de Hildebranda respecto a su familia de origen, la relación entre Marcela y Germán a partir de la muerte de su padre.

Los procesos que han definido a la pareja pueden ser identificados como el buscar una vivienda donde pueda estar vigilada Hildebranda, la dinámica laboral de Germán que le impide estar presente y ocuparse de su mujer e hijo, el cambio en la etapa de ciclo vital de la familia al entrar Ariel a la pubertad, finalmente el cuestionamiento de Hildebranda sobre la forma de ejecutar su rol materno y el ingreso al instituto.

Es importante señalar el proceso que implicó la construcción del sistema terapéutico, en donde se dio la adaptación entre la familia y la terapeuta, posteriormente la resonancia emocional entre la familia y la terapeuta así como la percepción de cercanía y lejanía entre los miembros del sistema terapéutico, a partir del reconocimiento de los diferentes dominios de existencia de ambos.

Creencias familiares

El modelo de Milán a partir de las ideas constructivistas de Maturana y von Foerster sobre la construcción de la realidad y la idea batesoniana de premisas, trabaja con las construcciones mentales de las familias, pues las consideran guías de los mapas que se forman a partir de lo acontecido. Es por esto que buscan detectar las creencias y premisas que organizan a la familia.



Con esta idea en mente dentro de la familia Montes Garcés, se detectan las siguientes creencias y premisas plasmadas en la fig.13.

Fig. 13 Premisas familiares

Marcela:

- El enojo demerita a las personas
- La enfermedad discapacita a las personas
- La diferencia es peligrosa

• *Germán*

- Las decisiones maternas son incuestionables
- La diferencia es peligrosa

Hildebranda

- La relación madre e hijo se sustenta en el cuidado mutuo
- Solo una modalidad de ser madre

Ariel

- La madre debe ocuparse del hijo
- Solo hay una madre

Estas construcciones son fundamentales ya que a partir de ellas es que se explica las conductas y formas de actuar de los miembros dentro del sistema.

Recursividad

El grupo de Milán parte de la idea de que el terapeuta sólo puede comprender la experiencia del individuo a través de explorar la forma en que puntúa los contextos en que se desenvuelve. La acción básica por medio de la cual realiza esta exploración es trazar distinciones en diferentes niveles jerárquicos, sin perder de vista que estas distinciones son autorreferenciales al ser enunciadas por el propio observador (Keeney, 1987).

De esta manera durante las entrevistas, se buscan comprender cuales son los temas y contextos en los que la familia transita y generan su identidad. En el caso de la familia de Ariel los elementos o temas que reconfiguran el sistema podríamos definirlos en términos de identidad, posición en el sistema y enfermedad en la familia.

Mirando los efectos de la organización familia en relación a los contextos en los que se desenvuelve al familia nos lleva a retomar como aspecto importante el nivel cultural, ya que en este se aprecia el peso que tiene la idea de familia



tradicional, en la cual el hombre funge como una figura de autoridad sobre la que recae el peso de aportar el sustento económico, tomar las decisiones referentes al resto de los integrantes del sistema familiar y proteger a la mujer. El papel de la mujer se traduce en el cuidado de los hijos y el cuidado del hogar.

Situándonos en el nivel social podemos observar por un lado la economía, que impide que Hildebranda tenga una atención particular para manejar su epilepsia, además de que mantiene a Germán en un empleo de largas jornadas y en una vivienda vecina a la de su madre. Por otro lado el respeto que se le da a la opinión de un especialista, en este caso el psiquiatra confirma el trato que la familia brinda a Hildebranda.

En el ámbito familiar podemos ver como estas influencias tanto sociales como culturales han creado dos núcleos: en uno se encuentra Germán, Marcela y el resto de sus hijos que buscan que obedientemente Hildebranda renuncie a su derecho de una familia propia, por otro lado esta Hildebranda que busca ser independiente así como dueña de su hijo y esposo, Ariel apoya a Hildebranda buscando un replanteamiento de roles familiares.

Como efecto de lo anterior pueden entenderse en Hildebranda los enojos y berrinches como un medio de rebelarse, lo cual la invalida ante los ojos de los demás generando en ella la creencia de no estar ejerciendo su maternidad.

Marcela por su parte se siente útil, y con la necesidad de seguir apoyando, aunque no puede negar el cansancio que tiene por cuidar tanto a su nieto como a su nuera.

Ariel se muestra confundido y molesto pues se ha vuelto un medio para obtener tanto lo que Marcela como Hildebranda desean; sin embargo es la forma en que se han ligado con Germán en un sistema de cuidado entre los tres.

Tiempos

El tiempo es una abstracción derivada de nuestra experiencia en base a la sucesión, el cambio y la estabilidad. Cada concepción del tiempo es verdadera dentro de su ámbito descriptivo (Boscolo y Bertrando, 1992, 1996).



Al observar como cada uno de los miembros se sitúa en diferentes tiempos respecto a los otros, se entiende cómo es que ha surgido un choque entre las ideas de cada uno de los miembros, al no percibir la diferencia temporal que vive el otro.

Al iniciar el proceso podríamos ubicar que Hildebranda, al estar bloqueada en el tiempo, se encuentra atrapada en los efectos pasados de la epilepsia, atrapada entre su familia de origen y la familia de su esposo que le impiden alejarse de la enfermedad, repercutiendo esto en su papel como esposa y madre.

Germán y Marcela esperan un futuro en el que Hildebranda se adapte y renuncie a su rol de madre y esposa para tomar el de hija.

Marcela vive atrapada en el pasado cuando sus hijos dependían de ella, Ariel vive entre dos tiempos en el presente su infancia donde es dependiente, y en un futuro donde es responsable por su madre.

Al momento de concluir el proceso podríamos decir que se dio una sincronización ya que Hildebranda vive el presente construyendo los anhelos del futuro que le gustaría tener, Marcela comparte esta mirada y buscan un lugar diferente dentro de su familia, Ariel vive su etapa presente sin la presión de asumir obligaciones que no le corresponde; mientras que Germán pareciera estar liberado de la disputa entre su madre y esposa por él, por lo que busca las formas en que pueda estar más cercano a su familia.

Hipótesis

El modelo de Milán parte de la idea de la terapia como una operación de investigación que se realiza en conjunto con la familia sobre el sentido que tiene el problema dentro de su contexto. Es por esto que busca explicar los elementos y las relaciones dentro de un problema, ya que de esta manera se busca conducir a la familia hacia una nueva información que produzca movimiento (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989).

Durante el proceso se plantearon múltiples y diversas hipótesis, de las cuales en su momento las más útiles para guiar los encuentros, fueron:



- Germán y Marcela se encuentran buscando uno en el otro el apoyo de pareja que no tienen, Germán la familia de Germán la motivación de ser útil.
- Al morir el padre, Germán asume su lugar, junto a Marcela, apoyándolo a sacar a sus hermanos menores adelante, una vez que lo hizo busco una esposa que no pusiera en peligro el lugar de Marcela, al no ser capaz de cuidarse a sí misma. Ariel afianzó más esta situación al requerir de cuidados que su madre “no podría” darle, perpetuando así la organización familiar.
- Hildebranda pareciera estar atrapada entre su ideal de familia y sí misma y la realidad discapacitante en la que vive, su ideal de Marcela alimenta esta realidad cuidándola y diciéndole que puede o no puede hacer, mientras satisface su necesidad de cuidar a los otros, Germán se hace un lado dando así a su madre una motivación para seguir viviendo, al darle dos hijos más (Hildebranda y Ariel).
- Hildebranda atrapada, por un lado ve como su hijo con un nivel mayor de discapacidad tiene un mayor nivel de independencia a comparación de ella, y por el otro su hijo le pide que sea una madre independiente para él. Si responde a su petición lo desplaza de su lugar, dejando sin reemplazo a Marcela, quien ha entrenado a Ariel para ser la madre que Hildebranda no pudo ser.

Intervenciones

Es importante mencionar que dentro de la epistemología milanesa la entrevista funciona como un medio de intervención, por lo que las preguntas se vuelven los medios para introducir información dentro del sistema y para crear nuevos significados, adquiriendo así una parte central en el proceso.

El uso de preguntas que conectan (circulares), fue un elemento para entrevistar a la familia, al respecto algunos autores consideran que estas son preguntas hacia los miembros de la familia sobre la relación de dos o más de sus componentes,



situando a cada miembro de la familia como observador de los pensamientos, emociones y conductas de otros. Estas preguntas contienen información sobre diferencias, así como nuevas conexiones entre ideas, significados y comportamientos, generando así cambios en la epistemología o experiencias interpersonales en la familia (Boscolo y Bertrando, 1996; Boscolo, et al. 1989).

Las preguntas durante este proceso fueron encaminadas a explorar y dialogizar temas como la epilepsia y sus efectos discapacitantes, las posiciones dentro del sistema familiar, las etapas del ciclo vital de Marcela y Ariel.

Algunos ejemplos de estas intervenciones son:

- *¿Cuántas mamás y papás tienes Ariel?*
- *¿A quién cuidan más a Ariel o a Hildebranda?*
- *¿Cómo fue para ti adaptarte a la familia(Hildebranda)?*
- *¿Se pone Celosa (Hildebranda) de la relación entre su hijo y ud.?*
- *¿Cómo se explica el enojo de Hildebranda?*
- *¿Quién necesita más atención Hildebranda o Ariel?*
- *¿Cómo piensa que tendrán que ser los cuidados para Ariel e Hildebranda en un futuro?*
- *¿Cómo es que una enfermedad de momentos, se ha vuelto tan totalizadora?*
- *¿Piensan que coincidió el ataque en ese momento o que se los provoca?*
- *¿Piensan que los berrinches de Ariel sean su manera de no estar de acuerdo con el papel de cuidar a su mamá?*
- *¿Sienten que él quiere asumir el papel de cuidar a su mamá?*
- *¿Sientes que tienes la libertad de mostrar oposición o siempre tienes que estar de acuerdo?*
- *¿Marcela te ha apoyado más que tu familia?*

Los efectos de estas preguntas en el proceso terapéutico propiciaron movimientos importantes tanto en la familia como en la terapeuta. En cuanto a la familia podría decirse que enviaron el mensaje de ser escuchados y entendidos en sus diferentes posiciones. Posteriormente ayudaron a cuestionar las creencias de



Marcela, respecto a las implicaciones de la epilepsia en Hildebranda, su papel como madre y abuela, generando así una modificación en su forma de relacionarse tanto con su hijo y su nuera. De igual manera mientras esto sucedía, su participación en la terapia se volvía mesurada, respetuosa y de escucha hacia Hildebranda.

Respecto a Hildebranda estas preguntas propiciaron de un sentido diferente a los cuestionamientos que se hacía sobre su maternidad, ayudando a que fueran externados de formas diferentes al berrinche, siendo así escuchados. Poco a poco se fue modificando su apariencia física de descuido a una de mayor arreglo y cuidado. En la medida que avanzo el proceso se animo poco a poco a cuestionar, rechazar y exponer ideas importantes, su lenguaje se modifico al volverse seguro.

En cuanto a Ariel fueron útiles para descentralizar la atención de él, permitiéndole ser más libre y menos cargado de responsabilidades. Al inicio de las sesiones él se mostraba atento y concentrado en todo momento al mínimo comentario, respondiendo nerviosamente a las preguntas. En la medida que avanzo el proceso se mostraba más preocupado por jugar y solo respondía cuando iba hacia él la pregunta.

En la persona del terapeuta las preguntas generaron información que permitieron ampliar su panorama inicial así como modificar la forma de relacionarse con los miembros de la familia.

Inicialmente la relación de la terapeuta con Marcela era distante pues se gestaba desde el prejuicio de verla como sobre involucrada en la familia de su hijo, al entender lo vital de su papel en ese sistema la relación se volvió cercana, respetuosa y abierta.

En la relación Hildebranda, las preguntas llevaron a la terapeuta a moverse de su postura de protegerla al verla desvalida, hacia poder mirar sus recursos, posibilidades y cuestionar las formas de expresar su disgusto, generando así una relación de confianza y respeto.



En cuanto a Ariel, la postura inicial de la terapeuta fue discapacitante ya que en un inicio tenía miedo de incomodarlo, lastimarlo o evidenciar que no podía hacer ciertas cosas. Las preguntas así como la información obtenida a su vez genero nuevas preguntas que llevaron a ampliar la visión sobre Ariel, para mirar el papel de cuidador que había asumido con su madre y de mediador entre mamá y abuela, mirándolo así desde el reconocimiento y los recursos.

Como puede observarse las preguntas no solo tienen efecto sobre la familia, sino que a su vez amplían la visión del terapeuta y modifican su modo de pararse dentro del sistema, generando así un efecto circular en el proceso.

Movimientos familiares finales

Al finalizar el proceso (ver fig. 14) Hildebranda cobró voz para hacerse escuchar por su esposo y su suegra, esto se logró mostrándose más calmada con mayor autocontrol como consecuencia de esto empezó a ser vista como más capaz por lo que fue incluida en las actividades de Ariel tales como la tarea, el ir por él a la escuela o cuidarlo durante su estancia en el hospital.

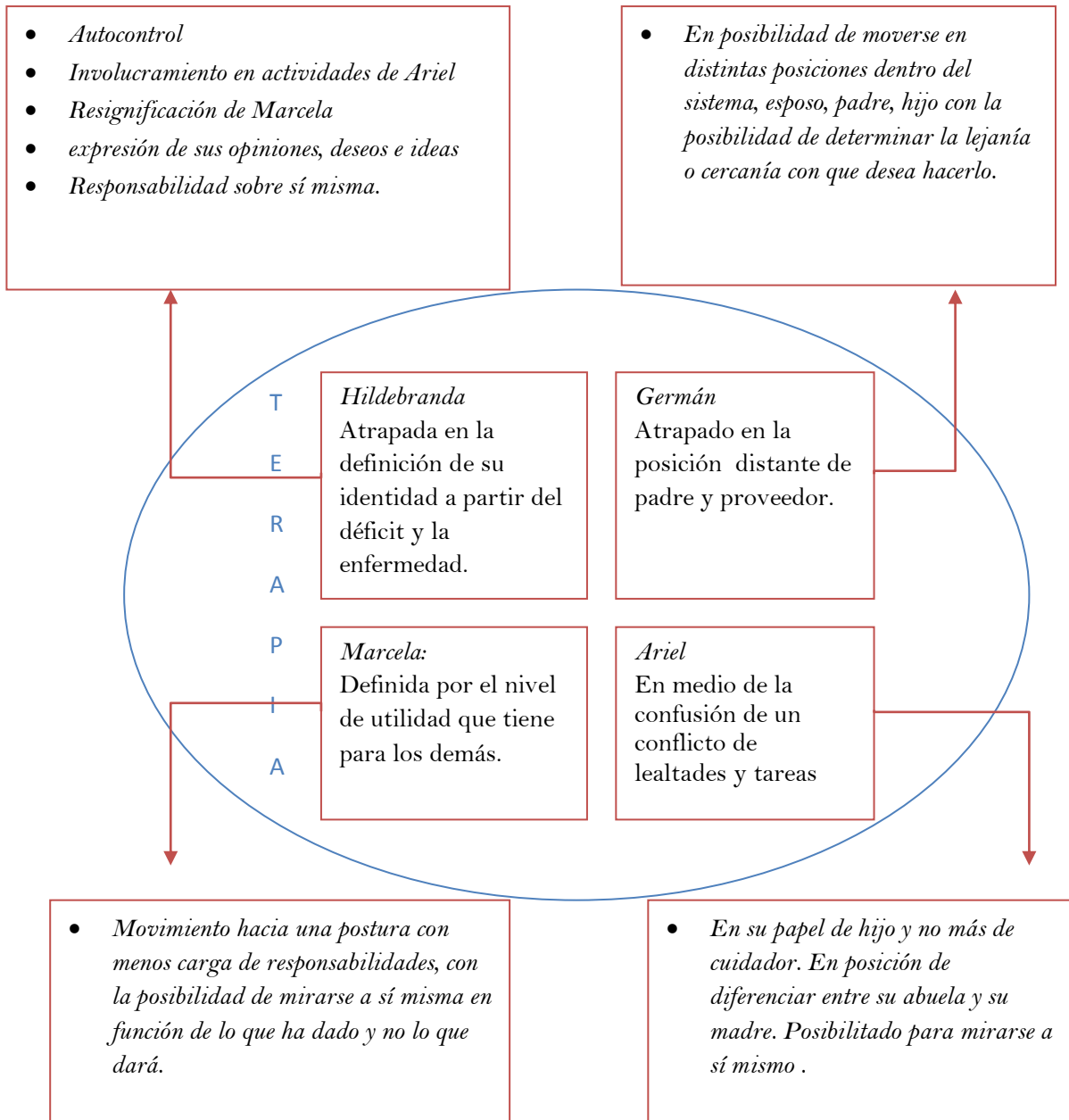
De esta manera Hildebranda cambio su perspectiva respecto a Marcela pues dejó de verse perseguida y amenazada por ella para verla como cariñosa y cuidadosa de ella, llegando a agradecerle los cuidados que le prodigó y que fueron fundamentales para su mejora.

Marcela por su parte dio un paso a un lado respecto al cuidado de Ariel, pues seguirá contribuyendo pero con la intención de que cada vez sea menos, de tal forma que Hildebranda tome el mando de su familia. Podría decirse que Marcela también cambio su visión de Hildebranda pues al final decía verla más tranquila y sentirse con confianza de compartir su punto de vista sin que esto causara molestia o enojo.

Por su parte Germán según cuentan, pidió en su trabajo una modificación de su horario pues durante los dos meses anteriores estuvo en el interior de la república trabajando y alejado de su familia.



Fig. 14. Movimientos familiares



Al cuestionar sobre cómo piensan que estarán en un tiempo si las cosas marchan como hasta el momento, tanto Hildebranda como Marcela hablan de unión, respeto y amor entre su familia, partiendo así hacia un horizonte lleno posibilidades.

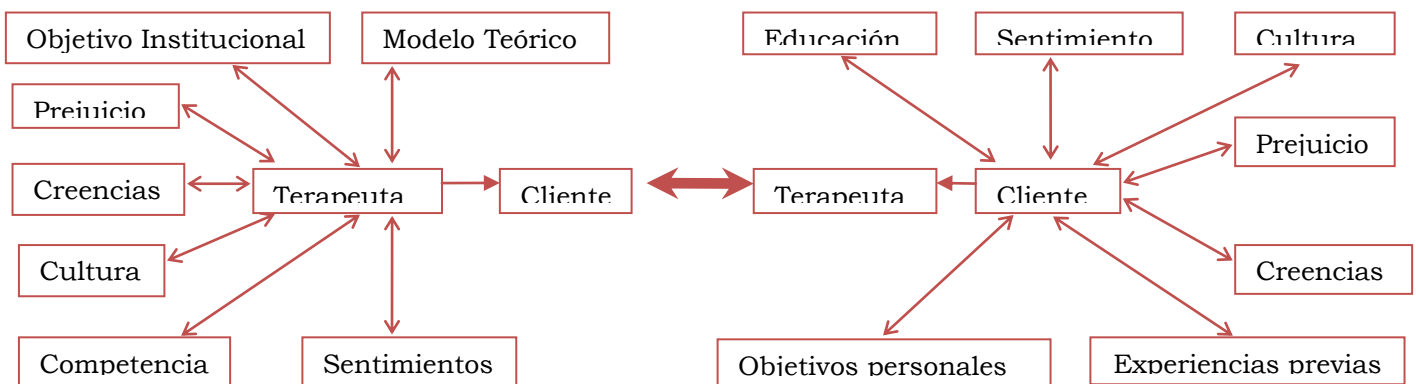


Reflexión

Laura Fruggeri (2002) establece que cualquier relación interpersonal o social puede analizarse desde el punto de vista de los individuos o desde las relaciones entre ellos. Partiendo de la visión individual el foco de la mirada se centraría en sentimientos, significados, metas, conductas y la forma en que esto se conecta. Por otro lado al mirar las relaciones se busca la co-construcción de significados, identidad, posiciones dentro del sistema y realidades.

Ambos niveles están presentes en cualquier interacción interpersonal y social. Siendo la terapia un proceso de interacción no queda fuera de esto, por lo que mientras el terapeuta y el cliente se unen en el proceso, establecen un proceso de negociación y co-construcción sobre quiénes son, lo que hacen juntos y de la situación en la que están involucrados, tal como se muestra en la fig. 15 (Fruggeri, 2011).

Fig. 15 La construcción de la psicoterapia



Pensando en el proceso de co-construcción vivido en el caso anterior, debo admitir que una de las cosas más difíciles fue sortear mis prejuicios respecto a la ejecución de las posiciones familiares, la maternidad y la discapacidad. Al inicio del proceso la relación que establecí con Marcela fue distante me costaba trabajo ver más allá de los reclamos que ella hacía respecto a la conducta de Hildebranda, y de pronto sentí que me volví su defensora; sin embargo esto fue útil pues la animó a hacer uso de la voz propia y poco a poco ella fue defendiendo y estableciendo lo que quería y necesitaba. Considero que para superar esto y



lograr ver el cansancio de Marcela y el amor en sus acciones, fue muy útil la supervisión ya que esto me llevó a reflexionar que con la actitud sobreprotectora me unía al grupo de personas que creían incapaz a Hildebranda de alzar su voz.

El presente caso me llevó a replantearme mi concepto de maternidad pues al finalizar el caso concluyó que la relación entre Hildebranda y Marcela era la forma en que Ariel podía tener una madre, dada la edad de una y la voz callada de la otra.

La supervisión me ayudó a cuestionarme no solo mis prejuicios sino que con su particular estilo me ayudó a comprender en términos prácticos las ideas teóricas, pues considero que el supervisor con su actitud de respeto y curiosidad respecto a mis ideas dentro de la terapia, aunado a su irreverencia hacia sus propias ideas me invitaron a adoptar una postura diferente en el proceso, basada en la curiosidad y no en las certezas absolutas.

En el aspecto clínico el trabajar con un niño cuyo lenguaje no era tan fluido, me ejercitó en el arte de preguntar, ya que tuve que dejar de lado las preguntas rebuscadas y rimbombantes para hablar en términos prácticos, sencillo y útiles para el proceso.

Finalmente concluyo que aunque ciertamente la discapacidad brinda matices particulares a esta familia, logre ver esto como un proceso más de la familia sin que esto se volviera su identidad total.

1.1.2. Familia Daza Moran

El trabajo que se presenta a continuación fue realizado en el centro de Servicios Psicológicos durante la supervisión del Modelo de Soluciones, el caso fue llevado por mí pero con el apoyo de Alma Aguilar y Cintia Aguilar, además se contó con equipo terapéutico, conformado por mis 8 compañeros de generación restantes.

El presente caso no fue concluido, más bien se dio de baja después de la 3ra. sesión ya que la paciente dejó de asistir; sin embargo el aprendizaje obtenido de esta experiencia fue altamente enriquecedor, por lo cual considero adecuado



analizarlo pues me lleva no solo a pensar en los efectos de la técnica, sino también de la relación.

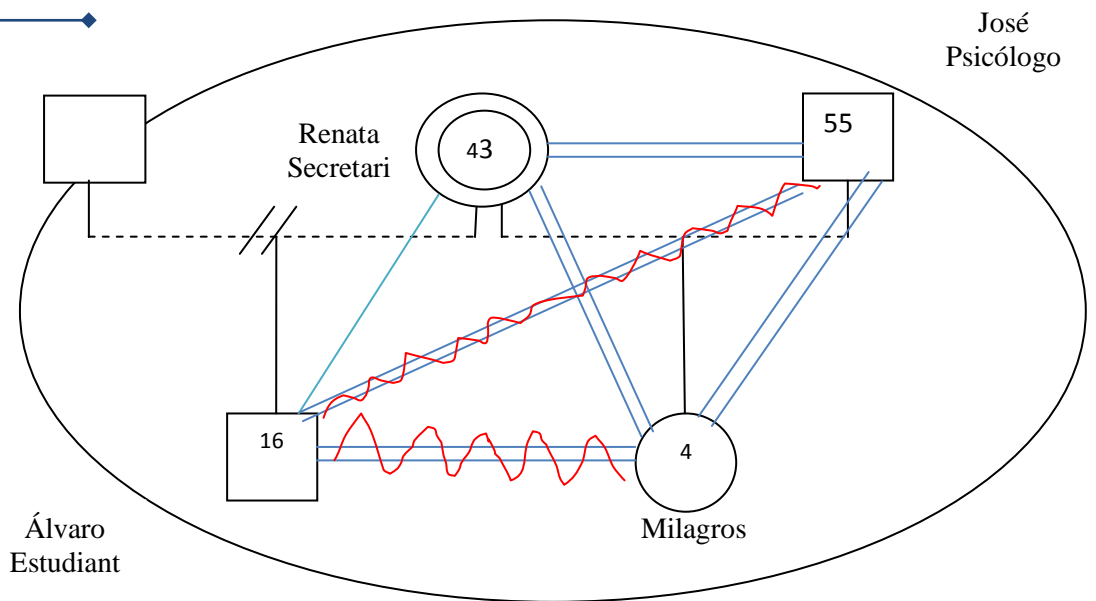
Descripción de la familia

Datos Generales	
Nombre: Renata Daza Moran	Edad: 43 años
Ocupación: Secretaria	
Supervisora: Mtra. Miriam Zavala	Terapeuta: Leticia Muñoz Arreola
No. De Sesiones: 3	

Motivo de consulta

Renata acude al Centro de Servicios Psicológicos a solicitar atención, debido a que desea recibir orientación relacionada a la conducta de su hijo (tomar, perforaciones, calificaciones, rebeldía) ya que esto ha generado conflictos en la forma de relacionarse, además que le ha hecho cuestionarse su papel como madre.

Familiograma



Antecedentes del problema

Renata relata que los problemas con su hijo surgieron con su ingreso a la secundaria, ya que comenzó a bajar de calificaciones y a cambiar la forma en que se relacionaba con ella, hablando menos, contándole menos cosas y teniendo conductas que para ella indican rebeldía hacia su autoridad. Lo cual ha desembocado en que Álvaro recursara el primer año de preparatoria debido a inasistencias, incumplimiento de las tareas y falta de interés. Generando mayor preocupación en ella y distanciamiento en él.

Renata explica lo sucedido a partir de los siguientes factores:

- La integración de José a su dinámica familiar
- El nacimiento de Milagros, ya que la atención se centró en ella, desplazándolo del lugar privilegiado.
- Etapa de desarrollo de Álvaro (adolescencia)
- Ausencia del padre biológico
- Poca flexibilidad de Renata para permitir la inclusión de José en la educación de Álvaro.

Análisis teórico-metodológico del proceso terapéutico

Durante la **primer sesión** se buscó crear un ambiente de confianza dirigido a destacar recursos y posibilidades; bajo la premisa del modelo de soluciones que menciona que es posible provocar cambios o resolver problemas con rapidez como resultado de la interacción orientada a crear una nueva visión (O'Hanlon, 1990).

Posteriormente para *construir el problema* (De Shazer, 1988; O'Hanlon, 1990) sobre el cual se iba a trabajar en la terapia se indagó sobre los motivos por los cuales ella pidió el servicio, destacando los conflictos en la relación con su hijo.

Partiendo de que uno de los objetivos del modelo de soluciones es la *búsqueda de excepciones*, la terapeuta indagó sobre los cambios que se habían presentado de la fecha de solicitud (octubre de 2010) a la primera sesión (1 de marzo de 2011), esto se fundamenta en la premisa que el cambio es constante y que antes de la primera sesión ya ha habido movimientos, a partir de los cuales será más



sencillo generar otros para así llegar al objetivo terapéutico (O'Hanlon, 1990, 1999; Lipchik, 2002). Frente a esto Renata habló de que había disminuido su desesperación, a pesar de que su hijo seguía teniendo calificaciones bajas, éste se encontraba más calmado y había manifestado estar interesado en pasar todas sus materias y concluir la preparatoria.

Al haber explorado las excepciones, se intento en dos momentos explorar como se explicaba ella esas excepciones; sin embargo dado que ella no las reconoció como tal, se pasó al *planteamiento de objetivos*; partiendo de la idea de que estos ayudan a determinar cómo se van a dar cuenta de que el problema se ha resuelto, (de Shazer, 1988).

En este sentido se plantearon las siguientes preguntas:

- *¿Cómo te darías cuenta de que estas sabiendo tratarlo?*
- *¿Qué tendría que pasar, aquí, para que sintieras que fue útil haber venido o asistido a la terapia?*

Ante tales cuestionamientos Renata centro el cambio en su hijo, es decir que él se portará mejor, fuera mejor en la escuela y su relación entre ellos fuera diferente, por lo que se negoció con Renata aterrizar lo anterior en términos de ella y no del otro por lo que finalmente se concluyó en que ella consiguiera estar más tranquila, controlara más sus emociones y ser menos impulsiva, como objetivos del proceso.

De acuerdo a la discusión realizada en la inter-sesión la sesión se concluyó de la siguiente manera:

Normalización: se habló de la adolescencia de Álvaro como una etapa en la cual se presenta rebeldía. Se buscó hacer uso de la experiencia personal en la transmisión del mensaje como una forma de fomentar la cercanía entre cliente-terapeuta, pues el cliente se da cuenta que el terapeuta también vive situaciones cotidianas que puede compartir en beneficio de su proceso.

Elogio: se centró en Renata siendo una mamá responsable y en su sensibilidad hacia las necesidades del hijo.



Tarea de fórmula de la primera sesión. “Observar qué de las cosas que hace y tienen buenos resultados le gustaría que sigan ocurriendo”, en este sentido se sugirió distinguir entre las cosas que hace y tienen buenos resultados y las cosas que hace que no necesariamente tienen buenos resultados pero se siente satisfecha independientemente del resultado con Álvaro.

Esto se propuso a partir del cuestionamiento sobre *si las únicas cosas que cuentan como positivas, son las que tienen buenos resultados en Álvaro, o si también podrán ser positivas por la sensación que dejan en ella* Una de las finalidades de esto fue invitar a Renata a dejar de centrar su atención no solo en los resultados que Álvaro muestra, sino en en las sensaciones que podría sentir al tomar decisiones de manera segura y confiada.

La tarea se dejó con el objetivo que Renata continuará centrando su atención en buscar cosas positivas. Asimismo que valorara las cosas que ya estaban ocurriendo pero que pasaban desapercibidas, además de reflexionar en qué cosas estaba basado el éxito de la terapia. La normalización busca quitar etiquetas para permitir ver el problema como algo que tiene un fundamento, contribuyendo así a despatologizar. Por otro lado, el elogio destaca aspectos positivos del cliente, facilitando así la vía para transmitir la información que vendrá después del elogio (O’Hanlon, 1990).

En la **segunda sesión** Renata comenzó a hablar de las cosas que no le gustan de su hijo y cómo se siente frente a ello, mencionando **“me saca de quicio, siento que él no se quiere comunicar y no se presta para que las cosas sean diferentes”**. Ante eso, se comenzó a *explorar excepciones*, logrando identificar el haber podido comunicarse con respecto al tema de la novia, al notarlo Renata cambia un poco su tono de preocupación, sin embargo, vuelve a aparecer cuando habla de que eso no es posible cuando se habla de la *escuela*.

Posteriormente, la terapeuta se centra en el tema de la *revisión de tarea*, pregunta ¿qué fue lo que observó con respecto a qué cosas le gustaría que siguieran ocurriendo de lo que ya sucede?; Renata mencionó que lo más importante para ella era **“tener más comunicación”** y que lo que le gustaría que siguiera sucediendo es **“pasar más tiempo con él, como lo hago con mi hija pero que**



creo que es complicado pues él ya no es igual, me gustaría hacer lo que hacíamos antes como salir a pasear, ahora sólo nos vemos por la noche y sí platicamos cositas pero sólo por ratitos”.

Frente a la respuesta de Renata, se intentó centrar la conversación en aquellas cosas positivas, ya que desde la visión del modelo son justo esas las que promoverán el cambio. Por ello se cuestionó sobre “¿cómo hace para que esos ratitos se presenten?” y Renata habla que “todo depende de si, Álvaro, está de buenas o de malas.

Para el equipo y para la supervisora, esta respuesta ubicaba a Renata dentro de una relación de cooperación demandante, situación que se tornaba peligrosa ya que esto limita su nivel su participación dentro del cambio. Debido a esto, la supervisora llamó a la terapeuta para solicitarle que le dijera a Renata que *los problemas ni las soluciones se construyen de un sólo lado y que escalara a través de porcentajes cuánto del estar bien corresponde a él y cuánto a ella*. Sin embargo; Renata no comprendió bien el mensaje; frente a ello la supervisora decidió entrar.

El mensaje tenía la intención de cambiar a Renata de quejosa a compradora, de tal forma que viera que en el proceso iba a ser complicado cambiar a su hijo; este movimiento sobre la postura del cliente en la terapia es fundamental, pues gran parte del trabajo depende de si el cliente asume que él es una pieza importante en el proceso, o depende los otros (en este caso de Álvaro). Además que a través de las *escalas* se puede trazar diferencias entre el problema y la solución para invitar a generarse el cambio (de Shazer, 1987; O’Hanlon, 1990).

Se rescató la forma cómo Renata se había esforzado por platicar con su hijo, ella comentó “*hay cosas que aunque no me parecen trato de aceptarlas*”. Por lo que se cuestiono si al pensar en cómo se puede sentir él, es lo que la hacía calmarse; ***Renata habló de que “es más la idea de no discutir y darme más tiempo para ver hechos, además de lograr que mi hijo vea que me interesa”***. Ante esto se preguntó si eso lo harían otros padres, Renata comentó ***que para ella es importante que sienta que le interesa y que cuando lo hace ve que se siente a gusto y no gritan***.

Con esto se pretendía colocar a Renata como compradora y no como demandante, buscando reflexionara acerca de si había cosas en las que ella tenía relación y



otras que sólo dependían de Álvaro; de esta manera se cuestionaba su *marco de referencia* buscando conocer el origen de los comportamientos e ideas de Renata. Este movimiento encaminaba hacia la deconstrucción del problema ya que como menciona O'Hanlon (1994, 1999) existen tres áreas en las que se pueden generar los cambios: en los puntos de vista, es decir la forma en que las personas valoran y perciben la situación; en las acciones, haciendo referencia a la forma en que se hacen las cosas y finalmente en el contexto, es decir el ambiente en el que se desenvuelve la persona.

De esta manera se conoció el papel central que tenía la familia de Renata sobre su propia imagen, al igual que el gran compromiso que implicaba para ella el ser madre soltera de Álvaro.

Posteriormente se indagó sobre cómo le gustaría verse, Renata planteó **“tranquilizarme más y sentir que lo que hago es lo correcto, no herirlo con lo que digo y no ser impulsiva”**. Se cuestionó sobre la primera señal de que eso podría estar sucediendo y Renata comentó **“no alterarme, oírlo más y pensar lo que le estoy diciendo”**. Este tipo de información y preguntas son ejemplo de la búsqueda del cambio mínimo, partiendo de la idea de que un cambio pequeño en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema (O'Hanlon, 1990).

El cierre de la sesión se realizó de la siguiente manera:

Elogio: Su sensibilidad de pensar, entender y buscar alternativas de acercamiento con su hijo.

Mensaje: Normalizar la etapa adolescente de su hijo y cómo los padres en esta etapa les cuesta saber si deben soltar o apretar.

Tarea: Lista de las cosas en las que puede soltar y en cuáles no.

La **tercera sesión** en lugar de comenzar retomando la tarea, inicio planteando a Renata alternativas sobre que trabajar en esa sesión, por un lado la posibilidad de hablar de la tarea, por otro hablar de la sensación que le producen las formas de actuar con Álvaro y finalmente su identidad a partir de la experiencia de ser



mamá. Ella se inclinó hacia el tema de la sensación que le producen las cosas que hace.

La finalidad de esto era conocer los significados (marco de referencia) que atribuía a su conducta y a la de su hijo, y es a partir de este conocimiento que se pueden modificar la forma de percibir la situación (O'Hanlon, *op. cit.*).

“Me preocupa como estoy actuando con mi hijo para que ni mi familia ni mi hijo digan después cosas. Que no diga él, que lo presiono mucho... ya estoy soltando cosas principalmente el que no me quiero sentir mal con lo que hago... Dejé por la paz lo de la novia. Le pedí que quería conocer a la mamá de la novia para saber si ella estaba de acuerdo en que su hija pasara tanto tiempo en la casa”

Posteriormente se exploraron elementos que han dado forma a la identidad materna que Renata ha adoptado en su ejercicio diario, en ese sentido se indagó en términos de:

- Con Milagros ¿Cómo te sientes?
- ¿José cuestiona cómo lo educas?
- ¿Cómo es la relación de José y Alvaro?
- Siento como si estuvieras dividida, por un lado la responsabilidad de Álvaro toda para ti, y por el otro la educación de Milagros.
- ¿Hay alguien más que opine y sea importante para ti?
- ¿Álvaro cómo te ve como mamá?

El resto de la sesión se elaboró preguntas para conocer cómo se explica Renata la situación actual con su hijo:

- ¿Estás de acuerdo con que Álvaro se desbalagó porque le dabas muchas libertades o cual es tu hipótesis?
- Cuando dabas permisos a él, ¿Qué mensaje le dabas?
- ¿Cómo crees que él lo veía?
- ¿Quisieras que este principio de darle confianza, volviera a ser la línea que guíe tu maternidad?



La información se utilizó para detectar la pauta mediante la cual Renata quedaba enganchada en una trampa a partir de cómo se explicaba ella las dificultades, pues Renata esperaba que sea su hijo el que le diera cosas, sin mirar el efecto que tiene ella sobre la relación, disminuyen así su nivel de colaboración ya que se mueve de ser una compradora a ser una demandante.

En cuanto a esta sesión faltó normalizar su conducta (rompiendo con la estructura del modelo), ya que sólo se elogió en el sentido de ser una mamá preocupada por su hijo. Esto genera reflexión en tres puntos importantes:

1. ¿En qué momento se perdió de vista a Renata como demandante? Pues gran parte del trabajo se realizó bajo el supuesto de considerarla compradora.
2. ¿Qué tanto la normalización pudo generar en Renata la sensación de que se estaba viendo su situación como algo común, cuando para ella representaba un gran problema?
3. Respecto al elogio, ¿Cuál fue el efecto de destacar durante las tres sesiones su preocupación de ser una buena madre? lo cual habla de una visión reducida de sus recursos, transmitiendo a ella esta idea limitante.

Esa fue la última sesión que se realizó con Renata, ya que dejó de asistir; posteriormente un integrante del equipo la contactó vía telefónica indagando sobre sus motivos para abandonar el proceso, a lo que ella refirió el que sentía que no había tenido cambios y que platicando con su esposo, habían concluido que la forma en que se había abordado su problemática no era la adecuada ya que faltaba recabar información relevante sobre ella.

Reflexiones

El compartir esta experiencia con Renata es una situación paradójica, ya que si lo miro desde la teoría, el objetivo no se cumplió pues ella no se sintió suficientemente escuchada (ver fig. 16) concluyendo que era mejor dejar el proceso; sin embargo al analizarlo en términos de experiencia como terapeuta en



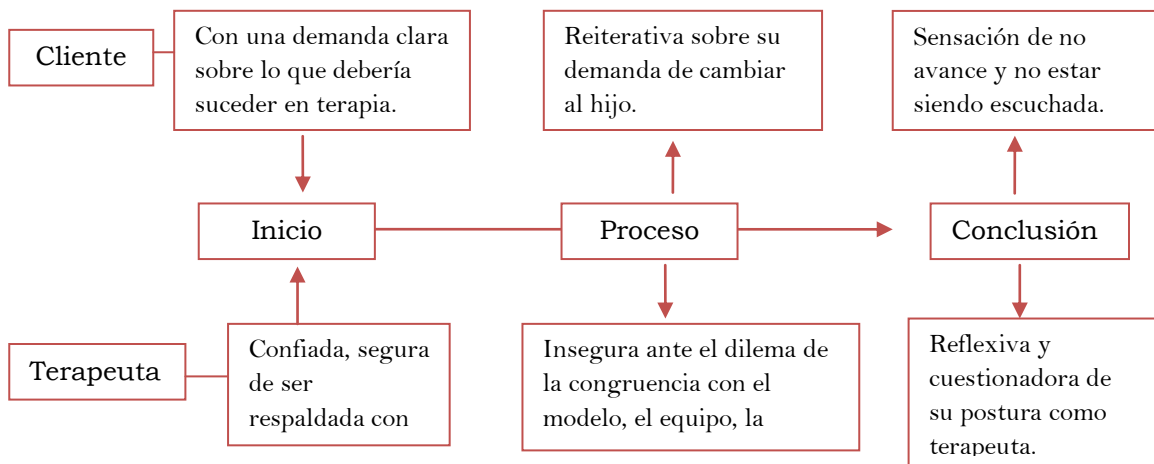
formación, considero que me invitó a cuestionar mi postura respecto al peso de mis expectativas, los efectos de lo no dicho dentro de las discusiones de equipo, la búsqueda de la congruencia teórica- práctica y finalmente el valor que tienen las relaciones dentro del proceso terapéutico.

Este caso nuevamente me invita a pensar y reflexionar sobre cuales elementos entran conmigo a las sesiones, y con quien es mi compromiso al entrar a ellas, ya que aclararlos abre la posibilidad a usarlos en pro del cliente mientras que no hacerlo puede llevar a perder de vista a la persona, como en este caso.

Al analizar pienso, que en mi postura de terapeuta dejé de ver a Renata y sus necesidades, para aplicar el modelo, como si este fuera un vestido o un accesorio que se cuelga en las personas. Gracias a esto ahora no solo lo sé teóricamente sino que la práctica misma, me ha enseñado que la técnica sin relación no funciona.

Ahora entiendo que este modelo es muy útil, sin embargo requiere una delicada combinación entre la teoría, el feeling del terapeuta y el ritmo del paciente, creando así una danza en la que el exceso de cualquiera de ellos rompe la secuencia de movimiento, tal como lo plantea O'Hanlon (1999) al hablar de la importancia de procurar que el cliente tenga la sensación de que ha sido escuchado, validado y respetado (reconocimiento); introduciendo y manteniendo abiertas las posibilidades de cambio y solución (posibilidad).

Fig. 16 Percepción sobre la evolución de la terapia



De igual manera en este caso pude vivenciar los isomorfismos entre los elementos del sistema terapéutico, pues considero que faltó de mi parte expresar mi sentir respecto a la supervisión, al equipo, a las intervenciones, aún cuando tuve la oportunidad de hacerlo, al igual que lo pudo hacer Renata.

Por otro lado, entiendo que la relación entre terapeuta y supervisor, es fundamental para ser útil a los clientes, ya que en este caso, la forma en que se dio la entrada a la supervisión, creo en mí la sensación de acción limitada, pues parecía que debía adecuarme a la línea planteada por la supervisión, como si fuera la única posibilidad de construir algo. Al externar mi inconformidad con este hecho algunos miembros del equipo consideraron este hecho como un acto de soberbia e incluso alguno comentó que la supervisora evitaba hacer comentarios durante la sesión para no incomodarme; ante esto mi postura fue de retraimiento y de no decir nada sobre mi sentir, lo cual como se mencionó en el párrafo anterior se convirtió en una carencia dentro del proceso.

Este mismo suceso me cuestiona sobre la postura que como estudiante debo de tener durante los procesos de supervisión, ya que algunos supervisores y alumnos bien podrían considerar que lo dicho en la supervisión es una certeza, en lo personal prefiero pensarla en términos de múltiples posibilidades que se co-construyen.

Finalmente este caso me invitó a dudar de mis certezas como terapeuta, en cuanto a cómo creería que tendría que ser la supervisión, o la adherencia fiel de intentar aplicar el modelo durante un proceso de formación, es decir a ser en términos de Cecchin (2003), irreverente con ellas, es decir no darlas por hecho, tal vez esto podría abrir la puerta para desarrollar posibilidades.

1.2 Análisis de tema pertinente a los casos reportados

A partir del trabajo realizado en los casos presentados, surgen en mí inquietudes múltiples sobre temáticas que abordar; sin embargo al ampliar mi visión al trabajo realizado durante la residencia, considero que el papel de la mujer en sus diversos roles ha sido una guía de mi trabajo particularmente por la forma en que he vivido mi condición femenina primero como hija luchando contra las ideas



tradicionales sobre la feminidad; como mujer buscando alcanzar metas laborales, académicas y como madre desarrollando mi propio estilo de serlo. Estos procesos inevitablemente me han llevado ponerme los lentes de la feminidad al entrar a una sesión terapéutica, poniendo el acento en la forma en que es asumida por mis congéneres y los efectos que esto tiene en los contextos en que se desenvuelven, por tales motivos se aborda a continuación.

La feminidad a través de las relaciones

El ser mujer en la actualidad es un concepto en transformación, las condiciones sociales, políticas y económicas, han ampliado los contextos de participación de las mujeres, generando cambios en las dinámicas sociales, aunque no necesariamente en la estructura. La feminidad actualmente puede vivirse como un enriquecimiento, ante la voluntad de ser una misma en la construcción del proceso de ser persona y ya no como una enajenación. El costo de esta transformación liga a la mujer a nuevos conflictos, desesperaciones, preocupaciones, sobrecargas de la existencia respecto a: qué hacer con su vida, cómo organizarla, cómo conciliar el papel moderno y el tradicional, trabajo y vida doméstica, eficacia y vida sentimental, ejercicio profesional y maternidad (Lipovetsky, 2007; Galindo, 1995)). Montesino (1995), considera que la crisis no es solo para la mujer; sino que la resignificación de la identidad femenina representa una para el hombre y su identidad.

En un intento para comprender la complejidad de esta transición y los efectos en las mujeres considero importante partir de la definición de la feminidad, el cual es un término utilizado para englobar el conjunto de cualidades que se manifiestan en mayor medida en las mujeres en una cultura particular, por lo que podría considerarse un concepto que alude a los valores, características y comportamientos tanto aprendidos, como a características específicamente biológicas socialmente deseables (Banus, 2000; Charles, 1993).

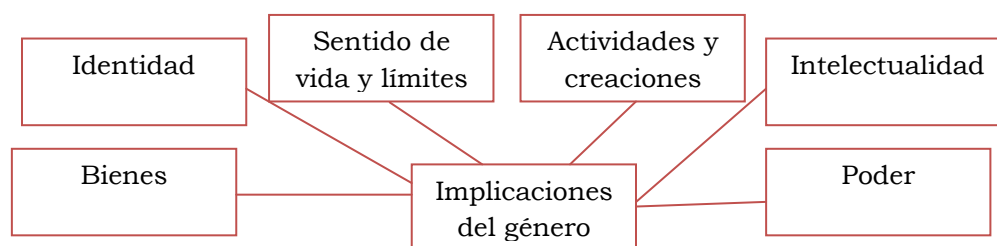
El sexo es el conjunto de órganos genitales y de características anatómicas y fisiológicas que individualizan la distinción entre los machos y las hembras, es un hecho biológico por el que la especie humana realiza la diferenciación sexual; generando niveles de diferenciación sexual que pueden tener efectos diversos,



incluso psicológicos (por ejemplo en cuanto a la preferencia sexual), sin embargo debe distinguirse de las atribuciones que la sociedad establece para cada uno de los sexos individualmente constituidos ya que esto implica cierto status. (Troncoso, 1996.)

Ligado íntimamente al sexo aparece, el género, término que se considera una construcción simbólica y contiene el conjunto de atributos asignados a las personas a partir del sexo. Se trata de características biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, jurídicas, políticas y culturales (Molina, 1992). Es una delgada línea que delimita varios aspectos de la vida de los individuos tal y como se observa en la fig. 17

Fig. 17. Implicaciones del género



De esta forma definimos el sexo como una diferencia biológica que no determina necesariamente los comportamientos, mientras que el género es aquello que en cada sociedad se atribuye a cada uno de los sexos, aquello que como *construcción social* se considera femenino o masculino.

A partir de la definición de las características de cada género, se crean estereotipos, los cuales son el sistema de creencias compartidas acerca de los grupos de hombres y de mujeres en general o sobre las características de masculinidad y feminidad por ellos desarrolladas” (Barberá, 2005), Bleichmar (1989), aterriza esto, en términos de conductas positivas o negativas esperadas para cada género.

Los estereotipos del rol femenino poseen ciertas características que son consideradas positivas si las desempeña una mujer, pero que dentro de la sociedad son minusvaloradas por pertenecer a lo femenino, y que inequívocamente se encuentran asociadas a la expresión de lo biológico.



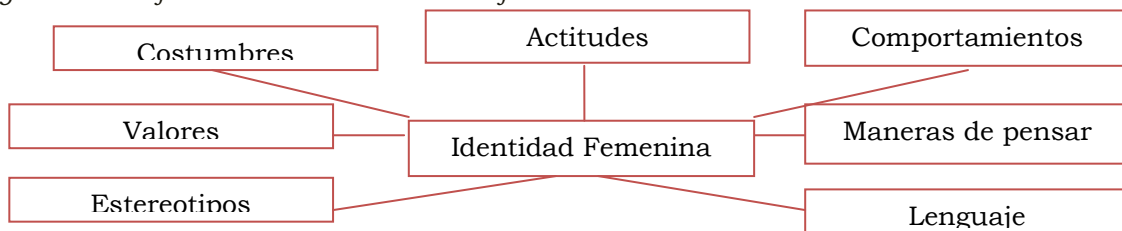
Desafortunadamente, una vez que las personas adquieren el rol apropiado a su género lo desempeñan de acuerdo a lo socialmente aceptado, como si fuera lo “natural” de cada sexo, Bourdieu (2000), al respecto establece que los valores y funciones se transmiten "cuerpo a cuerpo", sin mediación de la conciencia y las más de las veces sin discurso, por la simple constancia de los hábitos. Más que un conocimiento es una certeza experimentada como vivencia, inscrita en la cotidianidad por la fuerza de la costumbre y establecida como un orden natural.

La forma como se relacionan mujeres y hombres está determinada socialmente por medio de las normas de orden jurídico, social, religioso, tradiciones, convencionalismos, reglas, estereotipos, roles etcétera, que son los que constituyen las bases de una cultura dada en momentos históricos determinados. Y si se entiende a la cultura como la transmisión de las normas y valores de una sociedad, su perpetuación se logra mediante el proceso de socialización que adquirimos a través del aprendizaje principalmente por las instituciones sociales como son la familia, la escuela, la iglesia, el estado y los medios de comunicación (Robbins, 1998).

Es decir, en este proceso de aprendizaje se repiten o heredan, formas de construcción de pensamientos y actitudes por oposición que nos establecen que ser mujer es no ser hombre y viceversa, se es buena/o o mala/o, fea/o o bonita/o, rica/o o pobre, etcétera.

El grupo familiar tiene el encargo de transmitir a cada hombre o mujer una serie de actitudes, comportamientos, maneras de pensar, lenguajes, estereotipos, valores y costumbres que se reconocen como “propios” (véase fig. 18), las cuales contribuyen a edificar una imagen de sí mismo, constituyendo una estructura psicológica que permite seleccionar sus acciones y sus relaciones sociales (Garro y García, 2005; Ruano, 2004).

Fig. 18. Ideas formadora de la identidad femenina.



En el interior de muchas familias, se define a la mujer como *un ser para otros*; la protectora-responsable del desarrollo socioafectivo de los demás. La que “lo da todo a cambio de nada” y por tanto, “debe” verse y juzgarse a sí misma como “buena o mala” en función de cumplir dicho mandato (Mejía, 2006). Es en este sentido la identidad femenina ha quedado tradicionalmente definida a partir de su función reproductora, por lo tanto la identidad de las mujeres parte de la percepción de igualdad «*mujer=madre*». El ser mujer, y por tanto madre, en la sociedad occidental contemporánea tiene su representación a través de un conjunto de estereotipos idóneos para las labores de maternaje (Badinter, 1981), así como para la convivencia en el ámbito privado o familiar. Bourdieu (2000),

La identidad entonces definida por el qué, el cuánto, el cómo *los otros* tienen el sujeto y, por lo que no posee de *otros*. La identidad remite al ser y su semejanza, su diferencia, su posesión y su carencia (Lagarde, s/f). El resultado es una identidad que pretende ser “objetivamente femenina” pero que termina por ser un estereotipo útil para preservar el control del género femenino.

Para Lagarde (1997), históricamente la feminidad en su dimensión de ser para otros, es donde adquiere sentido vital y reconocimiento de sí, por su contribución a la realización de los demás. Ésta condición remite a la mujer a una permanente incompletud y la ubica al servicio de una ética de cuidados, encargada de dar, preservar, proteger y reproducir la vida. Los demás siempre tendrán prioridad sobre ella vehiculizando su ser femenino en la postergación de sí misma, construyendo su identidad en función de esta relación de servidumbre, sometimiento y dominio históricamente dados. La prohibición de ser para sí, se constituye a partir del surgimiento del patriarcado en un tabú cultural, cuya trasgresión es socialmente peligrosa y se vive con vergüenza y culpa, lo cual ejerce una función de control y coerción introyectados bajo la modalidad de "mala conciencia".

A cada mujer la constituye la formación social en que nace, vive y muere, las relaciones de producción-reproducción y con ello la clase, el grupo de edad, las relaciones con las otras mujeres, con los hombres y con el poder, las costumbres, las tradiciones propias y la subjetividad persona, los niveles de vida, el acceso a los bienes materiales y simbólicos, la lengua, la religión, los conocimientos, todo



ello a lo largo del ciclo de vida de cada mujer (Lagarde, s/f). Que en gran medida van a determinar la imagen que crean y tengan de ellas; imagen con la que se moverán en el mundo. La identidad que se tenga como mujeres serán los rasgos con los que se identifica a una persona o un grupo hacia el que se siente pertenencia.

Es decir, que la identidad se construye en íntima relación con los otros, viéndose a través de ellos. Por medio de ese estrecho vínculo afectivo se va individualizando y construyendo la identidad al conjugar la gama de afectos en una forma particular de relación (Pichón-Riviére, 1998, en Mejía Hernández, 2006).

Florinda Riquer (1992, en Mejía, 2006), propone que para deconstruir la idea que se tiene sobre la identidad femenina es necesario indagar acerca de las posiciones que cada mujer ha ocupado en diferentes contextos a lo largo de su vida, así como quiénes han intervenido en la interacción y qué tipo de información está asociada a las normas y valores que circularon entre ellos. De ahí que los cambios esenciales en la identidad genérica de las mujeres se plasman en mujeres con deseos propios de existencia, de hacer, de poseer, de reconocimiento, de saber, de creación y de fundación, también con los deseos de bienestar y trascendencia.

Mientras más se gana en experiencia vivida en el protagonismo, en la autonomía, en el poder como afirmación, mientras más se toma la vida en las manos, más se define cada mujer como sujeto de su propia vida. YO es el sujeto de su propia vida. Para las mujeres realmente existentes, eso significa vivir la tensión entre *ser objeto* (Beauvoir, 1948) y *ser-para-si-mismas-para-vivir con-los-otros*.

En la sociedad mexicana la resignificación de la identidad femenina, está determinada por su creciente participación en actividades asociadas tradicionalmente al género masculino. Pero aunque las mujeres han resignificado su identidad femenina al “no ser para otros” y al ser proveedoras económicas de la familia, el tema de maternidad y la familia es un nudo de discusión que sigue limitando a las mujeres en su incorporación al mercado de trabajo (Pomar y Martínez, 2007).



La maternidad es percibido colectivamente como el papel más importante de la mujer por encima de su actividad profesional, sin embargo ante la presente ubicación de la mujer en una esfera no tradicional que supone una ruptura con el ideal estereotipado de mujer-madre, esto la coloca en el sospechoso lugar de la trasgresión, lo cual funciona como una fuente de represión social y *psicológica que le impele a mantenerse dentro de los parámetros del status quo*. Según Hidalgo (2003), *la mujer que subvierte el lugar social asignado se le representa de manera grotesca y terrorífica en estrecha comunión con una naturaleza primitiva e incontrolada*.

Es por esto que la libertad ganada hasta el momento y la posibilidad de combinar el trabajo y la familia no es disfrutado plenamente por las mujeres, ya que muchas fracasan en la conciliación de ambas posibilidades, lo que las lleva a renunciar a alguno de los aspectos. Otras mujeres viven conciliando estos aspectos pero viviéndolos con culpa, sumiendo dobles jornada de trabajo, se dedican al trabajo pero se sienten culpables por no dedicar más tiempo a los hijos, por lo que en ocasiones su relación con los hijos llega a ser demasiado condescendiente.

Existen otras mujeres que logran conciliar la relación entre trabajo y familia buscando establecer relaciones más igualitarias con su pareja, compartiendo la crianza y trabajo doméstico

Como puede verse ha sido recorrido un camino importante; sin embargo aún hay mucho trabajo que hacer respecto a la mujer integrando los diferentes roles que se le han adjudicado y que ha decidido adoptar, de tal manera en que viva sin culpas, sin remordimientos y con la plena posibilidad de elegir.

Este recorrido teórico sirve como marco para la comprensión de las situaciones vividas por Hildebranda y por Renata, ya que ambas llegan debatiéndose respecto a su roles cuyos resultados consideran que cuestionan su identidad.

En el caso de Hildebranda vemos como al no cumplir el estereotipo femenino pierde valor ante los ojos de quienes la rodean, perdiendo así la capacidad de opinar o decidir. Ella misma se vive con culpa por ser ella la que requiere cuidado y no la que lo da, debido a su epilepsia.



Cabe destacar como elemento importante, como es otra mujer la que emite estos juicios hacia ella, es decir Marcela, quien con cada muestra de eficiencia reitera la ineficiencia de Hildebranda en su condición de mujer, perpetuando así fielmente la transmisión de las implicaciones de ser mujer.

Por su parte Renata pareciera ser una de esas mujeres que vive la dualidad trabajo-familia bajo los efectos de la culpa; ya que los otros reconocen y ella acepta el que el trabajo hizo que se ablandara en la educación de su hijo. Esta puntuación da cuenta a mi parecer de cómo es que estos roles arraigados en la profundidad, chocan con las condiciones y estructuras familiares actuales; ya que en este caso Renata incursiona en el ámbito laboral ante la necesidad de sacar adelante a su hijo, ante la ausencia del padre de su hijo; sin embargo esto pareciera no tener peso en la puntuación que los otros realizan de Renata.

En ambos casos es interesante observar como ambas han internalizado el rol materno como fundamental dentro de su vida; por un lado Hildebranda lucha por ser reconocida capaz de ser madre de su hijo, a pesar de la enfermedad, pues pareciera que solo así puede ser reconocida como persona y como esposa ante los ojos de Marcela y de Germán. En el caso de Renata, ella se cuestiona la calidad de su maternaje no solo a partir del tiempo no dado al hijo; sino al no haber sido capaz de elegirle un buen padre.

En este sentido pienso en Hildebranda y lo importante que llegó a ser para ella el pelear por espacios en los que pudiera ejercer su maternaje, pues con su primer hijo no tuvo esta oportunidad pues de igual manera fue considerada por los otros como incapaz de ejercerlo; perdiendo así el lugar dentro de su familia de origen.

En ambas mujeres se muestra el peso que tienen la opinión de los demás, ya que la forma en que son calificadas, las acerca o las aleja de los ideales de mujeres que desean cumplir, generando así la imagen que tienen actualmente de sí mismas.

Al pensar en Hildebranda no puedo evitar pensarla como una luchadora por el derecho de elegir quien es, y como es, buscando ser vista más allá de sus limitaciones y como al atreverse a alzar la voz es que empieza a tener un espacio dentro de su familia.



El proceso de Renata marcha en un ritmo diferente bajo una comparsa que se enfrenta a voces que le piden que se detenga, que acepte sus culpas y cargue con ellas o mejor aun que las redima con Milagros; por lo que ella pareciera estar escindida por el momento, indecisa sobre callar las voces y escuchar las propias o silenciarse a sí misma.

Reflexionando sobre la teoría y los casos descritos, me cuestiono como es que decidí elegir este tema y no otro como el eje de mi trabajo. La respuesta que encuentro después de analizar mi pasaje por la residencia, es que durante cada caso, cada historia particularmente ligada a la maternidad, tenía la oportunidad de revisar mi propia historia, me remontaba a esos momentos decisivos en los que tuve que elegir entre ser mujer, ser mamá, o simplemente entre ser lo que se esperaba que fuera o lo que yo quería ser.

En mi andar por el mundo he buscado un equilibrio entre mi papel de mamá, mis aspiraciones profesionales y la forma en que soy mujer, ha sido una hazaña complicada pues alrededor de mí he tenido todo tipo de espectadores, algunos que dan ánimo, otros que cuestionan, unos que otros que critican en fin; cada uno de ellos era una oportunidad de confrontar mi visión de mí con la de ellos, y terminar preguntándome inevitablemente ¿y si me estoy equivocando? ¿quién o qué es más importante?. En fin en el eterno dilema de elegir una u otra cosa.

Actualmente las mujeres se encuentran “in between”, es decir en medio de una identidad femenina tradicional, limitada, ajena a la libre elección, y una identidad liberal, en la que las mujeres “eligen” en qué sentido quieren desenvolverse; sin embargo es una realidad también que las condiciones sociales para desarrollar esta segunda posibilidad, no están del todo diseñadas para esto, pues existen condiciones laborales para las mujeres que no contemplan una forma de conjugarse con el rol materno; aún es posible encontrar mujeres que luchan contra el cambio que sufre la feminidad “tradicional” y finalmente una masculinidad que aún se encuentra en transformación.

Asumirme como una mujer cuya definición esta en transición a partir de los cuestionamientos sociales del género, aunado a la propuesta narrativa, me invitó reflexionar sobre el cómo es que llegue a ese camino de dilemas, a cuestionarme



sobre cómo es que esos dilemas se habían vuelto tan centrales y sobre todo me llevo a mirar cómo por más que trataba de alejarme de este camino; simplemente seguía andando sobre él.

Presenciar las historias de otras mujeres cuyos dilemas eran similares a los míos me invitó a usar las herramientas adquiridas en la residencia y durante mi formación profesional en pro de aportar algo que pudiera ser útil en este camino de dilemas construido para las mujeres.

En mi experiencia entiendo que no es que las mujeres deseen ser menos madres o menos profesionales o menos femeninas; sino pelear por condiciones de oportunidades, en las que no solo exista la posibilidad de ser una cosa u otra; sino un espacio en el que exista la posibilidad de conjugar todos los papeles que deseamos asumir.

En fin, ya sea que hablemos de una identidad tradicional o una identidad emergente, el hecho es que nuestra identidad como mujeres sigue conformándose a partir de roles, parámetros y juicios, lo cual es señal de lo mucho que falta por hacerse.

1.3 Análisis del sistema terapéutico total

Uno de los aspectos distintivos dentro de la formación es la realización de procesos terapéuticos bajo la observación y apoyo de un equipo de terapeutas que enriquecen los procesos, posibilidades y visiones sobre los temas presentados por las familias.

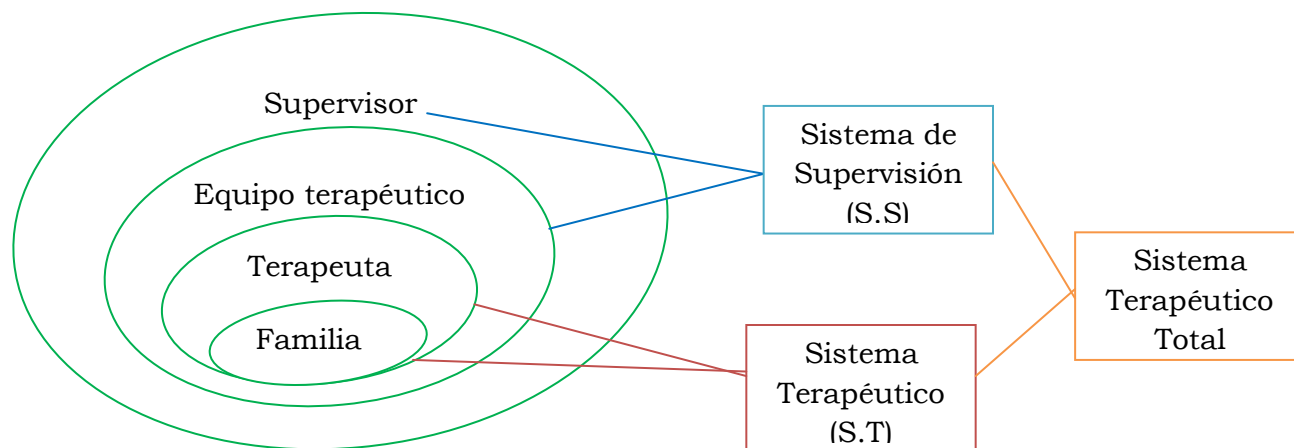
Esta modalidad de trabajo se basa en la idea batesoniana de doble descripción, el cual nos dice que durante la interacción entre dos personas surgen puntuaciones, cuando un observador combina ambos puntos de vista comienza a surgir una idea del sistema total. Al presentar el observador las puntuaciones secuenciadas, es posible discernir la pauta que conecta esta combinación simultánea.

Desatnik, Franklin y Rubli (1999), retomando a Aúron y Troya, explican la composición del sistema terapéutico total, el cual tiene como elementos a la



familia, el terapeuta, el equipo y el supervisor, relacionados como se plantea en la fig. 19.

Fig.19 Composición del sistema terapéutico total



Dada su configuración, los movimientos realizados por cualquier elemento, así como sus características particulares, generan reacciones en el resto de los elementos y en el elemento mismo, ya que como puede observarse son niveles interactuando recursivamente.

Los escenarios durante la formación fueron diversos; sin embargo la práctica se realizó bajo este esquema, solo el elemento de la supervisión varió, de acuerdo a las características de las sedes.

La experiencia de trabajar bajo esta modalidad, en el papel de equipo terapéutico, resultó altamente significativa, la posibilidad de mirar el trabajo de un compañero, inevitablemente me llevaba a preguntarme como lo haría yo si estuviera en su lugar, me invitaba a tratar de identificar desde donde miraban el mundo para promover tal o cual intervención, de igual manera ser un testigo de la sesión me confrontaba con mis prejuicios respecto a las problemáticas presentadas por las familias, y sobre todo me enfrentaba ante puntos de vista diferentes a los míos.

Considero que hubo una evolución en mí respecto a mi participación como equipo, ya que en un inicio carecía de la sensibilidad y tolerancia para visiones diferentes a la mía, pensaba que mis opciones eran las mejores y con mayor



fundamento; sin embargo lo leído, lo vivido y el mirar lo útil que resultaba para las familias el escuchar discursos diferentes, me invitó a valorar el efecto de una diferencia.

Al realizar este ejercicio de análisis, puede ver en la interrelación de los elementos del sistema terapéutico, que mi participación se ligaba al estilo de supervisión, ya que en los espacios donde sentía la libertad de expresarme, lo hacía constantemente, a diferencia de los espacios en los que parecía haber buenas o malas aportaciones, según el juicio del supervisor. De igual manera mirar los efectos de las participaciones en mis compañeros, en el terapeuta del caso y en mí, me llevo a vivenciar el principio de totalidad de los sistemas, lo cual considero es de las mejores formas de comprender lo aprendido.

Ligado a esto reflexiono que viví las supervisiones no como mandatos o posibilidades únicas, sino como otras posibilidades, aún me cuestiono si debí escuchar más o seguir más las indicaciones, sin embargo la confianza que gané para tomar o no los comentarios, es algo que me ha sido útil para la transición a trabajar de manera individual, sin el apoyo de un equipo, por lo que tal vez no podre responderme esa pregunta.

Un eje fundamental de mi participación como equipo, fue el buscar elementos dentro del modelo teórico supervisado, para crear intervenciones, pues concluyo que es fundamental comprender las intervenciones dentro de su marco teórico, para después tener la capacidad de elegir las condiciones para hacer uso de ellos.

Podría decir que mi participación como equipo terapéutico, tiene un antes y un después de vivenciar los equipos reflexivos. Antes de ellos, mi participación era aventurada, confiada y cobijada bajo la frase de “el equipo piensa...”, o bajo la tranquilidad de ver como el terapeuta buscaba transmitir lo discutido detrás del espejo. Participar en equipos reflexivos me llevó a responsabilizarme de mis comentarios, a entender no solo a nivel teórico, sino practico, que mi comentario tiene sentido en mi contexto, y que esto puede ser o no útil a quien lo escucha. Pienso que me invitó a tomar los casos como míos, fuera o no fuera terapeuta, pues sentía que el compartir lo que experimenté a partir de lo escuchado, era la manera de responder a la confianza brindada por las familias.



En general puedo concluir que el aprendizaje logrado como parte de un equipo, se vio favorecido por la participación de mis compañeros, pues creo a pesar de las diferencias de opinión se ponderó el respeto y el apoyo para sortear dificultades dentro de los procesos.

La combinación entre esta actitud, la variedad de estilos de supervisión y los obstáculos sorteados me brindaron las herramientas, para continuar mi camino como terapeuta individual, con la seguridad de tener los elementos necesarios para trabajar con las familias, y que cuando esto no suceda, existen 10 compañeros dispuestos a ampliar mi panorama con su visión.

2. Habilidades de Investigación

La investigación es la posibilidad de encontrar elementos que nos ayuden comprender un fenómeno o el encuentro con respuestas a las necesidades humanas; por lo que el objetivo de estas habilidades es promover en los alumnos el diseño y desarrollo de investigación bajo una metodología tanto cuantitativa como cualitativa.

2.1 Resumen de Investigación Cuantitativa “Escala de Indicadores Femeninos para establecer relaciones de pareja”

Alrededor de la soltería circulan mitos que tratan de dar cuenta el por qué una persona permanece sin pareja. Los mitos son construcciones sociales transmitidas por medio de la opinión pública, que suelen introyectarse en los individuos de manera imperativa, obligada y difícilmente rechazable (Gil Calvo, 2000). En la sociedad esas construcciones se vuelven esclavizantes, generan ideas, expectativas y juicios de valor inalcanzables, por lo cual las personas que quedan bajo su yugo viven en constante frustración y sufrimiento.

Algunos estudios sobre soltería en otros países reportan que los principales mitos que subyacen a los solteros se relacionan con personas apegadas a sus padres, individuos egoístas, de status económico elevado, mitos de que los solteros son más felices, más libres y que tienen más tiempo de ocio (Kaufman, 1993). Estas



ideas se postulan contrarias a los objetivos socialmente considerados como importantes al desarrollo de la vida adulta que es encontrar pareja y ser padres.

En México el número de mujeres jóvenes que permanecen solteras ha ido incrementando. Datos estadísticos, reportaron en el 2002, siete millones de mujeres entre 20 y 59 años que se encontraban sin pareja (INEGI, 2002 en Ahumada). La población femenina ha ido postergando la vida en pareja, se menciona que las mujeres han preferido dar prioridad al desarrollo educativo y laboral, y que otras a pesar de desear establecerse en pareja no ha podido hacerlo.

Para algunos autores la soltería se explica como resultado de una elección o una circunstancia que los obliga a permanecer así. Las distintas motivaciones de las solteras por elección refieren personas: *convencidas y satisfechas de serlo* (Pasini, 1996); *atraídas por una vida de más calidad y libertad* (Giddens, 1995); *autosuficientes; libertinas* (Giroud y Lévy, 2000); *rebeldes; itinerantes; religiosas, y neosolteras, es decir personas desenvueltas, seguras de sí mismas y cultas* (Alboroch, 1999).

Los solteros a la fuerza se mantienen en lucha constante ante la presión social de ser etiquetados, pues no encuentran “quien los quiera” y como mecanismo de defensa utilizan la racionalización a manera de sobrellevar la presión. Entre ellos se ubican solteros: por *temor al compromiso* (Carter y Sokol, 1996), *sufridores*. (Lamourere, 1988), *esperanzadores, fatalistas* (Neuburger, 1998), *resentidos, calculadores, nostálgicos y solteros retardados* (personas que han establecido relaciones pasajeras que incrementan sus habilidades de amante).

Dada la escasa investigación en México sobre el fenómeno de soltería en mujeres adultas, se hace necesario contar con un instrumento que proporcione una evaluación confiable de los principales indicadores que dan cuenta del mantenimiento de la soltería en mujeres mexicanas.

Basado en lo anterior, la Escala de Indicadores Femeninos para Establecer Relaciones de Pareja tiene como propósitos:



- Determinar cuantitativamente los indicadores relacionados al fenómeno de soltería en mujeres adultas en edades de 25 a 50 años de edad, es decir, esclarecer las situaciones que influyen para que una mujer no establezca pareja.
- Proporcionar a los profesionales en el área de salud (investigadores, psicólogos, terapeutas familiares) y mujeres, un instrumento que les permita conocer el nivel de habilidades relacionadas para establecer relaciones de pareja.
- Proporcionar a los profesionales de la psicología una evaluación cuantitativa que facilite el desarrollo de un plan de intervención en mujeres que acuden a terapia o grupos de apoyo con conflictos relacionados a la dificultad para establecer pareja.
- Facilitar en las mujeres en soltería cambios positivos en sus habilidades y percepciones para establecer relaciones de pareja.

La Escala de Indicadores para Establecer Relaciones de Pareja se encuentra conformada por cuatro subescalas: prejuicios en la pareja, implicaciones de tener pareja, habilidades de seducción y habilidades sociales. A continuación se detallan cada una de las definiciones para facilitar el manejo, aplicación e interpretación de la escala.

Prejuicios Para Establecer Pareja.

Se considera que los prejuicios tanto retomados en una evocación positiva como negativa, conducen al individuo a relacionarse con determinadas personas, a aceptarlas o rechazarlas y constituyen formas de interpretar la realidad. Los prejuicios son aquellas ideas preconcebidas, que se hacen de otros individuos, son creencias producto de la educación, las experiencias del pasado o las narraciones. (Light, Keller y Calhoun, 1991). Los prejuicios sobre la pareja se refieren a las ideas negativas que las mujeres llegan a tener para evitar o dificultar establecer una relación de noviazgo. En este caso, la mujer elige consciente o inconscientemente la soltería por un sesgo que se tiene sobre el sexo opuesto. En algunas ocasiones esos prejuizgamientos no necesariamente son erróneos sino producto de experiencias previas (Schneider, 1940). Las ideas que



subyacen a esta dimensión refieren experiencias negativas como la infidelidad y situaciones adversas de la vida en pareja.

Implicaciones de Tener Pareja.

Se refiere a las creencias, ideas u opiniones consideradas como verdaderas y que no necesariamente tienen prueba o confirmación lógica; se transmiten intergeneracionalmente por la familia o cultura y a su vez, es soporte de ésta última (Castorina y Lenzi, 2000). Son ideas consideradas como verdaderas por quien las sustenta, las cuales crean una predisposición para aceptar o rechazar situaciones y personas en base a características reales o imaginarias atribuidas a las relaciones de pareja y sus implicaciones. En el caso de las mujeres solteras muchas de ellas han elegido permanecer en estado de soltería porque ven en la relación de pareja muchas desventajas y complicaciones que no están dispuestas a asumir. Los ítems de esta dimensión manifiestan ideas relacionadas a la pérdida de privilegios que ocurren al establecer una relación de pareja. la pareja se considera como un alto costo u obstáculo para el desarrollo laboral o profesional, múltiples cambios en la vida cotidiana, el abandono de amistades o el control total de su persona por la pareja.

Habilidades de Seducción.

Estas habilidades se traducen en comportamientos que favorecen la atracción interpersonal, estrechamente relacionadas con el sentirse aceptado o rechazado. La atracción está ligada en función de la satisfacción de necesidades que esa persona proporciona, facilitando a su vez una sensación de agrado en las personas con las que se interactúa, que les conduce al deseo de querer estar con la persona atractiva (Sánchez, Y., 2004; Díaz- Loving, 1999). Las habilidades de seducción indican mujeres seguras, capaces de relacionarse con hombres y propiciar una relación de noviazgo, incluyen conductas de espontaneidad y capacidad para compartir actividades y gustos con otros, así como la expresión de pensamientos y emociones que se siente por alguien más a fin de generar un interés en el otro.



Habilidades Sociales

Se refiere a la capacidad del individuo para emitir conductas y comportamientos que permiten a la persona establecer relaciones eficaces y satisfactorias con los otros en un contexto interpersonal. Las habilidades surgen de la experiencia y de la idiosincrasia personal como formas de hábito (Furnham, 1992; Kelli, 1982); se aprenden y manifiestan en situaciones de interacción social, orientados a conseguir diferentes objetivos. El presente estudio las concibe como las acciones de las personas que les permiten conocer gente nueva y establecer relaciones amistosas o amorosas duraderas. Incluyen el uso de sus dotes físicos y formas de relacionarse. Al respecto se considera que la probabilidad de que ocurra una respuesta socialmente competente está influida por la combinación de factores ambientales y personales (Gil, 2000).

Resultados

Para someter a prueba la validez y la confiabilidad del instrumento “Escala de Indicadores para Establecer Relaciones de Pareja” se realizó una aplicación en mujeres que radican en la ciudad de México. El estudio se llevó a cabo en 300 mujeres, de las cuales 150 no contaban con una relación de noviazgo desde hace por lo menos un año. La segunda mitad de la muestra, dijo tener una relación de noviazgo con una duración de por lo menos dos años. El análisis factorial de los resultados arrojó 4 factores como estructura factorial de la prueba, los cuales son Factor 1: Prejuicios para establecer pareja; Factor 2: Implicaciones de tener pareja; Factor 3: Habilidades de seducción y Factor 4: Habilidades sociales.

La validez de criterio se obtuvo a través de la comparación de los resultados entre mujeres solteras con una relación de pareja de dos años o más, y mujeres que han permanecido sin pareja por un año o más. Los resultados del análisis muestran niveles de significancia favorables para las subescalas “Prejuicios para establecer pareja” ($p=.002$) y “Habilidades de seducción” ($p=.001$). Las subescalas 2 y 4 presentan niveles de significancia aceptables para la conformación de este estudio exploratorio, lo que significa que el la “Escala de Indicadores para Establecer relaciones de Pareja” permite una evaluación cuantitativa de los aspectos que influyen en la soltería de mujeres adultas (Véase tabla 13).



Tabla 13. Resultados de Medias con pareja y sin pareja con prueba t.

Factor	\bar{X} sin pareja	\bar{X} con pareja	T	Sig. (p=)
Factor 1: Prejuicios para establecer pareja	21.95	23.53	3.052	.002
Factor 2: Implicaciones de tener pareja	15.63	16.23	1.870	.063
Factor 3: Habilidades de seducción	15.17	16.15	3.517	.001
Factor 4: Habilidades sociales	15.44	15.96	1.718	.087
Calificación total por factores	102.42	106.42	3.457	.001

Para la consistencia interna de la escala se aplicó el coeficiente Alpha de Cronbach en cada una de las subescalas y la totalidad de la prueba. Los resultados del análisis de fiabilidad por sub-escalas presentaron Alpha bastante aceptables para los cuatro factores. La Tabla 14 muestra la confiabilidad obtenida por subescalas y la prueba total. Los factores “Habilidades de seducción” e “Implicaciones de tener pareja” obtuvieron los Alpha favorable de .70. El factor “Prejuicios para establecer pareja” obtuvo un alpha de .79, siendo este el más favorable. La escala con un total de 23 ítems presentó un Alpha de Cronbach .78, lo que sugiere un nivel de consistencia interna aceptable para los fines de esta escala.

Tabla 14. Alfa de Cronbach para las subescalas y total de reactivos.

Factor	Alfa de Cronbach	Número de reactivos
Factor 1: Prejuicios Para Establecer Pareja	.79	8
Factor 2: Implicaciones de Tener Pareja	.70	5
Factor 3: Habilidades de Seducción	.70	5
Factor 4: Habilidades Sociales	.74	5
Escala Total	.78	23



Discusión

La “Escala de Indicadores Femeninos Para Establecer Relaciones de Pareja”, (EFPRP), mostró capacidad para diferenciar entre cuatro indicadores que promueven o impiden el que las mujeres establezcan relaciones de pareja. La capacidad discriminatoria entre grupos de mujeres sin pareja y con pareja de los reactivos se mostró en dos de las cuatro subescalas: “Prejuicios para establecer pareja” y “Habilidades de seducción”, mientras que en las subescalas “Implicaciones de la pareja” y “Habilidades sociales” se encontró que marcan una tendencia. Este resultado sugiere que en el no establecimiento de una relación de pareja se encuentran presentes estos cuatro elementos y que la prueba es sensible a ellas, demostrando así que la prueba posee validez de criterio teórica siendo capaz de discriminar, aspecto vital de la validez de criterio en cuanto a la consistencia interna.

La Escala contiene 4 categorías, retomadas de estudios pilotos y diferentes autores como elementos que mejor determinan el establecimiento de una relación de pareja, asimismo se constituyó con aquellos reactivos que mostraron validez de contenido y capacidad de discriminación. El análisis factorial de la prueba mostró que la estructura de la escala está compuesta por cuatro subescalas (Prejuicios para establecer pareja, Implicaciones de tener pareja, Habilidades de seducción y Habilidades sociales) las cuales explican el 25.6% de la varianza. Sin embargo, la primera fue eliminada debido a que no es una variable importante para establecer relaciones de pareja.

La EFPRP construida mostró validez teórica en el procedimiento de jueceo, lo que sugiere que los reactivos de la prueba se refieren a las dimensiones teóricas propuestas para consolidar el establecimiento de una relación de pareja. La validez de criterio es apoyada por los resultados obtenidos en la comparación de los grupos con pareja y sin pareja. La prueba diferenció las dos muestras en los factores de “Prejuicios para establecer pareja” y “Habilidades de seducción”. Los coeficientes del Alpha de Cronbach, obtenidos en los factores y la prueba total, permiten afirmar que la prueba posee consistencia interna o confiabilidad.



El instrumento está formado por cuatro factores. El primero es el Factor 1 que concentra principalmente los reactivos pertenecientes a la categoría de “Prejuicios para el establecimiento de pareja”. El Factor 2 agrupa los reactivos referentes a las “Implicaciones de tener pareja”, mientras que el Factor 3 reúne a los reactivos de “Habilidades de seducción” y por último el Factor 4 abarca los de “Habilidades sociales”. Los factores 1 y 2 se caracterizan por tener ítems que cargan negativamente traduciéndose en impedimentos para establecer una relación afectiva. Por otro lado los factores 3 y 4 concentran ítems positivos que favorecen las relaciones con personas del sexo opuesto.

Con base en lo anterior, es posible afirmar que, si bien la Escala fue construida de acuerdo a tres dimensiones (Creencias, Habilidades intrapersonales y Habilidades interpersonales) los resultados empíricos confirman que la carencia de habilidades y las creencias negativas están relacionadas con el impedimento de una mujer para establecer relaciones de pareja por lo cual se reflejaron en las subescalas de “Prejuicios para establecer pareja”, “Implicaciones de la pareja”, “Habilidades de seducción” y “Habilidades sociales”; sin embargo por ser la primera etapa de la prueba, se tiene una escala con características de validez, sin embargo se sugiere seguir investigando para confirmar.

2.2 Resumen de la Investigación Cualitativa “Las relaciones de pareja ante el reto del autismo”

En México existe un niño diagnosticado con autismo por cada mil, alrededor de 37 mil niños con esta enfermedad enfrentan día a día los retos propios de ella y a la par sus familias buscan la adaptación y reorganización familiar.

El objetivo de este estudio fue profundizar en los motivos subyacentes, los significados y las razones internas que llevan a las parejas a lograr mantener su relación ante el diagnóstico de autismo y las implicaciones que eso conlleva.

En el campo de la terapia familiar y de la psicología en general existen estudios relacionados a lograr la aceptación y la discapacidad del niño autista, la repercusión en el contexto familiar, los cambios necesarios para sacar a los niños



adelante; sin embargo en relación al subsistema conyugal y la crisis que se desencadena a partir de esta situación es mínima la investigación que se ha reportado.

El desarrollo de esta investigación se realizó a través de metodología cualitativa (grupos focales, estudios de caso y entrevistas a profundidad) reportándose resultados en tres áreas importantes, como lo sugieren estudios previos: a) alteración estructural, b) pautas de interacción, y c) alteración de proceso. A estos aspectos se añaden dos factores importantes en la definición de la relación: el duelo y el estrés.

Los fundamentos de la investigación

El papel de la familia a lo largo de los años, ha demostrado ser central dentro de la sociedad mexicana al ser el medio de transmisión de los valores e ideologías preferidas socialmente, además de ser considerado un espacio de seguridad y afecto que promueve el bienestar entre sus miembros.

Congruente con lo anterior, la conformación de la pareja se vuelve algo deseable para las personas teniendo como motor fundamental el encontrar la felicidad compartiendo las vicisitudes de la vida; ya que al establecer una relación de pareja se comienza a construir un vínculo emocional producto del intercambio de sentimientos, el deseo de compartir la vida con determinada persona, planes a futuro, el respeto a las individualidades e intereses de los miembros. De esta forma la pareja funcional proporciona estabilidad, apoyo y emociones afectivas que no se logran fuera de la relación, surgiendo así un sentimiento de satisfacción que fortalece el vínculo (Guerra, 2004).

Uno de los aspectos distintivos de la relación de pareja, son las expectativas que desarrolla cada uno de los integrantes hacia el otro, las cuales dependen de la intensidad de la relación a lo largo del tiempo pues esto alimenta los anhelos de amor, apoyo y lealtad incondicional. Cabe mencionar que una vez que se establece un compromiso explícito como puede ser el matrimonio o la unión libre, las actividades de la pareja están rodeadas de significados que derivan de esos deseos y expectativas (Pérez, 2003), integrando así la suma de personalidades,



necesidades y esperanzas en una nueva unidad con cualidades distintas (Sager, 1980).

Guzmán (1998) considera que involucrarse en una relación de pareja pone a prueba a cada uno de sus miembros al involucrar los sucesos que han vivido, las habilidades adquiridas respecto a sus sentimientos y su expresión, así como la capacidad de negociar y escuchar al otro.

Es importante mencionar que una relación se encuentra en cambio constante, la suavidad con que sucedan dichos cambios en cierto número de interacciones puede hacer parecer que es invariable (Baxter y Dindia, 1990). Sánchez (2009), considera que la estabilidad dentro de la relación está determinada por la consistencia, es decir la constancia de la percepción de tranquilidad cotidiana, y la continuidad, en el sentido de una asociación constante y perdurable. Alvarado (2001) coincide agregando que la tranquilidad en la relación de pareja se relaciona con la congruencia en la percepción de sus miembros, respecto a sí mismos y al otro, en cuanto al rol sexual desempeñado, siendo por lo tanto una mezcla de ilusión y realidad lo que se está viviendo.

Rusbutl, Olsen, Davis y Hanno (2004), explican que el compromiso de pareja que perpetua la relación a lo largo del tiempo, se conforma de tres componentes: el componente conductual, que refiere las actividades en pareja creadoras de cotidianidad; el componente afectivo, es decir el apego psicológico o bienestar percibido ante la interacción; finalmente el componente cognoscitivo, el cual incluye el verse durante largo tiempo en la relación.

El compromiso requiere de acciones encaminadas a enriquecer el sentimiento de bienestar en la pareja, los cuales según Stanfford, Daiton y Hass (2000) pueden organizarse en cinco categorías: *positividad* (interacción agradable); *franqueza* (comunicación abierta y empática); *aseguramiento* (comunicación del amor de la pareja); *red* (actividades comunes) y *compartir tareas* (responsabilidades e igualdad dentro de la relación).

Erikson (1980), plantea que la forma en que se relaciona la pareja y la crianza de los hijos son las experiencias vitales que contribuyen con más fuerza al desarrollo de la intimidad y compromiso de los integrantes de la pareja; aunado a esto,



estudios demuestran que una buena relación de pareja está asociada a un buen ajuste en el proceso de convertirse en padre o madre. (Hidalgo y Menéndez, 2002). Ambos procesos se relacionan estrechamente con procesos externos a la familia tal como la cultura y el momento histórico (Méndez, 2003).

La transición entre ser pareja y ser padres, requerirá de movimientos dentro del sistema familiar que contribuyan al proceso de adaptación de los miembros. Estos movimientos implicaran desestructuración y reestructuración pudiendo esto desencadenar en una crisis del sistema (Galperin y Jéroz, 1992).

Las crisis pueden identificarse como transitorias, si las modificaciones en la dinámica de una familia surgen a partir de sucesos inevitables que ocurren en el transcurrir de su vida normal. Se consideran no transitorias cuando son producto de hechos que influyen desde el exterior (Pérez, 1992).

Una enfermedad discapacitante, es decir una restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad, es una crisis no transitoria, particularmente si el que la sufre es un hijo, ya que los padres se verán desbordados por una serie de vivencias estresantes que destruyen sus expectativas y alteran sus proyectos de vida (Limiñana, 2007).

La discapacidad es un tema presente en todas las edades, en todos los grupos raciales, étnicos y niveles socioeconómicos, ya que como mencionan Pastor, Reuben y Loeb (2009), el 18% de los niños entre 5 y 17 años tienen dificultades relacionadas a su funcionamiento sensorial, motor, emocional, conductual o cognitivo.

Gerstein, Crnic, Blacher y Baker (2009), han encontrado que los padres presentan un nivel mayor de estrés cuando la discapacidad afecta el desarrollo; lo cual repercute en la satisfacción marital, incrementando el conflicto marital (Rivers y Stoneman, 2003).

En el espectro de la discapacidad del desarrollo, encontramos el autismo, un padecimiento que afecta la interacción social y las habilidades de comunicación generando así intereses restringidos o repertorios conductuales poco usuales (Inglese y Elder, 2009)



Distintos estudios (Oizumi, 1997; Sanders y Morgan, 1997; Karisi y Sigman, 1997; Maan, 1996; Wolf, Noh, Fisman y Speechley, 1989) demuestran que la convivencia con un hijo con trastorno del espectro autista (TEA) provoca en los padres niveles de estrés muy superiores a los producidos por la paternidad en sí misma e incluso a la paternidad de hijos con otras discapacidades. Si bien es cierto que la reacción de los padres ante el diagnóstico de autismo depende de variables como la experiencia previa, la demora en el diagnóstico, los signos presente; podemos decir que en la mayoría de los casos el proceso de aceptación del hecho de tener un hijo con autismo se inscribe dentro de lo que se denomina *respuesta a las crisis*. Aunque existe un consenso importante con respecto a que esta respuesta pasa por diferentes etapas, los sentimientos característicos de estas fases del proceso de duelo que viven los padres en ocasiones son ignorados por ellos mismos y en otras también por los profesionales.

De manera resumida podemos decir que la dinámica familiar se puede ver afectada por varios factores: la auto atribución y atribución de tareas y roles, entre el padre y la madre, en cuanto al cuidado del hijo con TEA; el grado de sensibilidad (resistencia) de cada uno de los miembros de la pareja hacia los problemas que presenta su hijo; el apoyo recibido por parte del cónyuge; la satisfacción conyugal y la felicidad personal de cada uno de ellos; la percepción que los padres tienen de los diversos trastornos asociados al autismo y su valoración sobre el nivel de estrés que cada uno conlleva; así como el entorno social (Martínez, 2008).

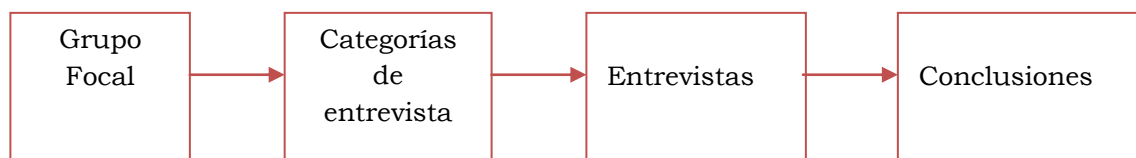
Metodología

La riqueza de la investigación cualitativa, radica en permitir el acceso a espacios pertenecientes a la complejidad humana, tal como son las emociones y los significados atribuidos por las personas a los sucesos que experimentan o les rodean (Sugiyama y Vargas, 2005), gracias a la facilidad de obtener información de fuentes variadas como la observación, las historias y vidas de las personas, entre otras.



El presente estudio fue realizado en dos etapas una de carácter exploratorio, y otra parte descriptiva, tal como se muestra en la fig. 20.

Fig. 20. Proceso de la investigación



El Instituto Nacional de Rehabilitación fue el espacio donde se brindó el apoyo para esta investigación, por lo que se invitó a los padres de un grupo de rehabilitación a participar en el estudio. De esta invitación aceptaron participar 5 madres y 3 padres.

La exploración comenzó con la realización de un grupo focal, en el cual se buscó adaptar la información obtenida de la literatura respecto al impacto del diagnóstico en la familia, al núcleo de la pareja, por lo que el eje de este grupo se dio respecto cuatro temas: Diagnóstico, cambios en la relación, así como manejo del estrés y duelo.

De esta etapa se obtuvieron las siguientes categorías

1. Expectativas de respuesta
 - a. ante el diagnóstico
 - b. manejo de roles
2. Percepción sobre la compatibilidad de ideas respecto a:
 - a. Causa
 - b. Pronóstico
 - c. Implicaciones
3. Creencias individuales respecto
 - a. Matrimonio
 - b. Enfermedad
 - c. Parentalidad
4. Cambios en la dinámica de pareja



Con base en las categorías anteriores se procedió a elaborar una entrevista semi estructurada, en la que se exploran las áreas mencionadas.

Para la siguiente fase se contactó a dos parejas, las cuales fueron entrevistadas de manera individual buscando conocer los puntos de vista respecto a si mismos; la entrevista de igual manera se hizo en pareja buscando conocer la percepción respecto al otro, mediante el uso de preguntas circulares.

Una vez concluidas las entrevistas se procedió a la transcripción y análisis de la información recopilada, obteniendo un amplio panorama respecto a los procesos involucrados en las relaciones de pareja de padres de niños autistas; sin embargo al ser este un estudio exploratorio, esta información, queda como una primera aproximación para futuras investigaciones, e incluso profundizar en este tema.

Lo encontrado...

- En orden de cubrir las necesidades de atención del hijo autista se da un reacomodo de la atención, ya que este se vuelve central en todos los ámbitos (educación, alimentación, servicios de salud)
- Las parejas tienen la percepción sobre que el ser buenos padres se vuelve central para poder tener resultados en la rehabilitación del hijo.
- La respuesta adaptativa al diagnóstico está ligada a la forma en que los profesionales planteen el pronóstico y evolución. En la medida en que los padres son informados de alternativas y posibilidades el nivel de estrés disminuye o existen mayor posibilidades de manejarlo.
- A partir del diagnóstico cada integrante de la relación, se hace una idea sobre cómo debería reaccionar el otro para manejar la situación. El intercambiar puntos de vista al respecto fortalece la relación y crea un sentimiento de acompañamiento dentro del proceso.
- Las necesidades y costos de atención vuelven los roles familiares de cuidador y proveedor rígidos, generando desgaste personal que repercute



en la relación, las parejas han encontrado útil, en los “días de descanso” intercambiar roles.

- Es necesario un cambio en la dinámica de la pareja para crear nuevos espacios de encuentro, dentro de las necesidades que requieren ser cubiertas.
- Las extenuantes dinámicas pueden repercutir en la frecuencia de los encuentros sexuales, generando sentimientos de abandono y desplazamiento ante el autismo.
- El aspecto económico puede volverse una gran preocupación que genere en la cuidadora o cuidador el sentimiento de no estar haciendo lo suficiente para contribuir dentro de la familia.
- La forma en que se explican que su hijo sea autista es importante en la relación ya que pueden darse dos posibilidades, una que alguno de los padres se sienta culpable de haber hecho o no haber hecho algo que desencadenó el autismo en su hijo, otra es que se vea al cónyuge como el culpable. Cualquiera de las posibilidades crean distancia en la relación.
- La concepción que la pareja tiene respecto a las implicaciones de estar casado es algo que puede ser útil, ya que ideas religiosas respecto a estar en las buenas y en las malas hace que vean lo que sucede como un evento que pasará, por lo que deben de buscar adaptarse y no salir de la relación.
- El sentir aprobación por parte de la pareja respecto a las acciones tomadas en pro de solventar la situación es importante para sentirse respaldado.
- El contar con pocas redes de apoyo puede promover el fortalecimiento de la relación en un inicio; sin embargo con el paso del tiempo esta misma situación puede promover un desgaste de los miembros de la pareja.
- El contacto con parejas que han pasado por situaciones similares, de manera exitosa, permite que la pareja vea una posibilidad de sobrevivencia a su relación independientemente de las necesidades exigidas por los roles paternos.



Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación, nos muestran que las relaciones de pareja de padres de niños autistas, están íntimamente ligadas a la comunicación en la relación respecto a diversos aspectos que deben de ir sorteando en el proceso de adaptación, ya que como mencionan Florenzano, Pino, Kaplan y Alvarado (1994), el impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento familiar implicará un proceso de ajuste y adaptación, en el cual debe de tomarse en cuenta las características estructurales, el ciclo vital, así como el contexto sociocultural.

Los resultados obtenidos confirman lo encontrado por la Asociación Española de Profesionales del Autismo (AETAPI, 2001) respecto a las necesidades de las familias con miembro autista, particularmente en el plano de las necesidad psicológica respecto a contar con un espacio en el que se puedan compartir ideas y sentimientos, ya que como puede observarse el sentir compañía, aceptación y compatibilidad con el otro, fomenta el sentimiento de unión en la pareja.

Al término de este estudio es posible concordar con lo propuesto por Navarro y Pereira (2004), respecto a las modificaciones de estructura, interacción y proceso que sufren las familias con un miembro con discapacidad, los cuales son los principales cambios que enfrenta la relación de pareja.

Dada la complejidad de los procesos que enfrenta la relación de pareja ante un diagnóstico como es el autismo, la efectividad de la terapia sistémica aplicada a estas familias, sería indiscutible, como una posibilidad de descentralizar la atención del miembro con discapacidad y la función parental de la pareja, en pro de promover la comunicación y establecer pautas de relación que den espacio a las necesidades de cada uno de los integrantes de la familia.

3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento

Las Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento promueven trasladar el conocimiento de las aulas a productos de diferente índole que tengan un efecto preventivo dentro de la comunidad, que sean útiles en la formación de



terapeutas, o que den cuenta del trabajo realizado durante la residencia en pro de responder a las problemáticas sociales del contexto circundante.

3.1. Elaboración y presentación de productos tecnológicos

3.1.1 Organización y desarrollo del curso de inducción para la 10ª. Generación de la residencia en terapia familiar.

La organización y planeación del curso de inducción de la décima generación de la residencia en terapia familiar, representó un reto, ya que la cantidad de información que se consideró a transmitir es basta por lo cual se realizó una selección tomando en cuenta las necesidades a cubrir con base a la experiencia tanto personal como de mis compañeros respecto a elementos facilitadores en el proceso de adaptación a la residencia.

Uno de los objetivos principales planteados en la organización fue el realizar una presentación de la información de forma dinámica y significativa, por lo que el reto se volvió buscar estrategias que cumplieran con este objetivo.

En este sentido se planteó la idea de desarrollar un rally en el que se visitaran puntos clave de ciudad universitaria, donde se formularon preguntas referentes a temas como la historia de la UNAM, personajes destacados, emblemas representativos, servicios y actividades recreativas, así como antecedentes de la facultad de psicología. Cabe señalar, que el rally representó uno de los aspectos novedosos en comparación con los cursos de inducción realizados anteriormente, lo cual resultó altamente provechoso para los alumnos pues les permitió conocer físicamente las instalaciones de la universidad, particularmente aquello donde se realizan importantes trámites. Al respecto, la retroalimentación a dicha actividad fue totalmente favorable pues demostró que se cumplió la expectativa de transmitir información de los temas antes mencionados y ayudó a la integración grupal pues reportan que durante el recorrido tuvieron la oportunidad de conocerse más. Por otro lado, se fomentaron las habilidades de negociación, comunicación y cohesión de equipos.



Otra de las actividades destacadas fue la capacitación práctica que se brindó sobre la búsqueda de información en base de datos de la red UNAM, dicha actividad inicialmente se planeó para realizarse en el aula, sin embargo ante el contratiempo de no contar con acceso a Internet inalámbrico, se implementó la alternativa de realizar esta actividad en el centro de computo, de esta forma, los compañeros tuvieron la oportunidad de realizar prácticamente la guía que se les dio para la búsqueda de información. La experiencia resultó muy útil, según los comentarios de los chicos, pues les permitió en el momento expresar y resolver las dudas referentes al tema.

Es posible concluir que la forma en que se organizó e impartió el curso fomentó la participación, colaboración y conocimiento entre los integrantes de la nueva generación, generando así un sentimiento de unidad y apoyo entre ellos.

3.1.2. Traducción del artículo “Entendiendo a Bateson y Maturana: Hacia un fundamento biológico de las ciencias sociales”

La traducción de este artículo tiene como objetivo principal ser un elemento útil en la formación de los estudiantes de la residencia, particularmente en el ámbito de la epistemología.

El artículo presenta una tránsito entre el trabajo realizado por Gregory Bateson y Humberto Maturana, demostrando la compatibilidad entre ambas aportaciones. Por otro lado presenta una argumentación sobre puntos de contraste entre ambas posturas:

1. El concepto de determinismo estructural de Maturana es un explícito reclamo ontológico, que directamente implica una epistemología, mientras que Bateson delineó una epistemología, pero nunca desarrolló una ontología correspondiente.
2. El concepto de determinismo estructural es un concepto más general que el concepto de “mente” de Bateson.
3. El determinismo estructural borra los remanentes de objetividad de la teoría de Bateson (la diferencia que hace la diferencia).



4. El concepto de interacción instructiva de Maturana es más general, y una versión no sistémica de lo que Bateson significó con el término “error epistemológico”.

Finalmente se afirma que el énfasis sobre la epistemología ha distraído por igual a defensores y detractores del mensaje esencial de Bateson y Maturana: los sistemas sociales y todos los esfuerzos humanos deben entenderse a la luz de nuestra existencia como entidades biológicas adaptadas al medio. La ontología biológica implícita en los escritos de Bateson y explícitamente delineada en los de Maturana, pueden proveer de una base sólida para las ciencias sociales y del comportamiento.

3.1.3 Creación y mantenimiento de página web de difusión del trabajo de la residencia en terapia familiar.

La página web <http://terapia-familiar.co.cu/> surge como inquietud personal y de Beatriz Bóllas Hernández, a partir de nuestra experiencia en la residencia respecto al desarrollo de investigaciones, talleres y productos tecnológicos.

Pensando en el arduo trabajo que implica cada uno de los proyectos, así como en los resultados tan valiosos obtenidos, es que la página representa una alternativa para ampliar las opciones y espacios de difusión más allá de los congresos y de las paredes de la Facultad.

La página está pensada para incluir resúmenes de trabajos realizados por los alumnos de la residencia, a lo largo de sus 10 generaciones, como una forma de que cualquier persona que tenga acceso a internet sepa las líneas de investigación y creación desarrolladas durante la formación.

De igual manera la página busca fomentar la vinculación entre alumnos que compartan intereses o inquietudes respecto a temas de investigación o productos.

Por otro lado permite a los alumnos y ex alumnos de la residencia conocer los recursos con los que cuenta la residencia para apoyar su proceso de formación, ya que incluye un listado de los productos tecnológicos elaborados hasta el momento.



3.2 Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria

Taller *“Ser Mujer no significa sufrir”*

El taller fue diseñado e impartido para mujeres que viven o han vivido algún tipo de violencia, en el “Centro Comunitario Julián Macgregor “ de la delegación Coyoacán, durante tres horas, a lo largo de tres días.

El interés por desarrollar este taller surge como un intento de contribuir a trabajar con la situación social actualmente vivida por las mujeres dentro de la sociedad mexicana, ya que como se mencionó en el primer capítulo la violencia es un tema vigente dentro de muchas familiar mexicanas.

Actualmente existen modelos de atención y apoyo a las mujeres en el sinuoso camino de salir de relaciones violentas brindándoles los elementos para empoderarlas en búsqueda de alternativas. De esta forma el presente taller contribuye a la creación de nuevas identidades femeninas basadas en el entendimiento y comprensión del peso que tiene el género y la clasificación que a partir de eso se hace, en el ejercicio de la violencia en contra de la mujer.

El taller fue elaborado para trabajar con elementos socioconstruccionistas y desde la propuesta narrativa, pues se buscaba incidir en los procesos de construcción de significado y de formación de identidad, como una forma de motivar a las participantes a vivirse a través de nuevas autonarraciones.

De esta forma las temáticas abordadas fueron Género, Violencia e Identidad femenina, cuidando siempre que su abordaje estuviera ligado a las vivencias personales y enfatizando los puntos de encuentro entre las narraciones individuales y las colectivas dando muestra de los efectos del discurso social que conforman nuestras identidades femeninas.

Respecto a la evaluación del taller, las mujeres participantes concluyeron con un buen sabor de boca ya que consideraron que el taller fue útil para valorarse a sí mismas, ver otras posibilidades de ser y tomar conciencia del valor de la mujer.



3.3 Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación en foros académicos

3.3.1. Asistencia a foros académicos

Un complemento importante durante mi formación fue la asistencia a diversos espacios académicos, donde tuve la oportunidad de conocer a destacados teóricos así como sus contribuciones.

En Mayo del 2010, Bradford Keeney y Wendel Ray compartieron sus ideas dentro del marco de la terapia breve, referentes a la improvisación creativa dentro de la terapia.

Durante ese mismo año, la ciudad de Puebla albergó el Congreso Internacional en Terapia Familiar, entre sus ponentes se encontraron autores como O'Hanlon, Selekman, Bergman, Gergen, Imber-Black, Harlene Anderson, Karl Tomm entre otros. La experiencia fue enriquecedora pues se dejó claro la calidad del trabajo realizado en México, gracias a la participación de Raymundo Macías, Flora Aurón, Jorge Pérez Alarcón, Jaqueline Fortes, Luz de Lourdes Eguiluz y Margarita Tarragona.

El siguiente año en el mes de marzo, Karl Tomm nos entrenó en el tema de la entrevista clínica, particularmente en su técnica de entrevista al Otro internalizado.

Finalmente Laura Fruggeri durante el mes de mayo, nos revolucionó con sus ideas respecto a los procesos y transiciones familiares.

3.3.2 Presentación en foros académicos

El XII Congreso Nacional de Terapia Familiar, realizado en la ciudad de Tlaxcala durante el mes de febrero de 2011, bajo el lema "Complejidad, Diversidad y Familia" fue el foro que me permitió participar como ponente y como cartelista.

Mi participación se realizó como parte de la mesa "Familia y Discapacidad" en la cual presente la ponencia "El reto de las relaciones de pareja ante el autismo", durante la cual mi objetivo fue profundizar en los motivos subyacentes, los



significados y las razones internas que ayudan a que las parejas mantengan su relación ante el diagnóstico de autismo de un hijo.

Por otro lado en compañía de mis compañeras Beatriz Bóllas y Verónica Larrieta elaboramos un cartel sobre el desarrollo de la “Escala de Indicadores Femeninos para el establecimiento de pareja”. La cual surge como una inquietud ante el creciente número de mujeres que permanecen sin una relación amorosa como producto de experiencias negativas en relaciones anteriores, divorcio o influencia social.

4. Habilidades de compromiso y ética profesional

Uno de los objetivos primordiales de la formación es desarrollar terapeutas comprometidos y sensibles socialmente, capaces de responder respetuosamente y de manera confidencial hacia los usuarios.

Sin embargo este objetivo no es solo respecto a los usuarios, pues se busca por un lado que la actitud de respeto se acompañe de tolerancia hacia la diferencia de enfoques, disciplinas y colegas; y por otro que sea algo aplicable a la propia persona del terapeuta, en cuanto a la actualización y la autocritica.

La práctica terapéutica es un arte que lleva dentro de sí una enorme responsabilidad, socialmente se nos es conferido el poder de catalogar y etiquetar lo saludable o enfermo de una persona, independientemente de la postura teórica desde donde abordemos los procesos, independientemente si nuestras teorías nos dan la habilidad para hacerlo, nuestra palabra es valorada y considerada un influencia importante, es por esto que como terapeutas debemos tener en mente este poderoso efecto, en todo momento particularmente para evitar adoptar una postura de consejo o de enseñanza, pues todo lo que podamos decir inevitablemente es producto de la interacción de los diferente elementos que conforman nuestro contexto, necesariamente diferente al de las familias que acuden a nosotros.

Esto me invita a dudar de la posibilidad de descartar la jerarquía dentro de la relación terapéutica, ya que aunque este concepto no esté en la mente del



terapeuta, no queda descartado dentro las construcciones sociales hechas alrededor de la persona del terapeuta.

En este sentido pienso en nuestra tarea de ampliar posibilidades para las familias; basadas en su mapa del mundo, sea compatible o no con el nuestro, recuerdo lo difícil que fue para mí entrar en esta línea de pensamiento, pues mi formación anterior me invitaba a ser la figura central de conocimiento dentro de la terapia, es por esto que considero que una práctica ética básica a realizar por el terapeuta, es la de ser autoreflexivos durante los procesos, tener claro desde donde se dice lo que se dice, pensando al menos los posibles efectos alternativos de nuestras palabras, no como una forma de controlar la situación, sino como una forma de ser útil y no juiciosa.

En el capítulo uno retome una frase de Einstein, respecto a “la teoría nos indica que es lo que podemos ver”, dado que nuestro trabajo es ampliar posibilidades, es fundamental tener en mente que la formación al igual que las ideas, son procesos inacabados, por lo que adoptar como responsabilidad el actualizar los conocimientos para contar con elementos acordes a las necesidades cambiantes de la sociedad, es una necesidad imperante en el proceso de concientizarnos del hecho que no vemos nuestra propia ceguera.

Esto me hace recordar como el tema de los secretos familiares fue durante mucho tiempo algo complicadísimo de abordar pues algunos supervisores consideraban que los secretos se debían abrir ante la familia, otros pensaban que negar su existencia sería más útil; sin embargo después de algunas lecturas y unas charlas con otros supervisores, pude encontrar una manera útil de manejar este tema en la terapia.

De igual manera considero que los contextos donde normalmente nos desarrollamos laboralmente, nos llevan a especializarnos en ciertas problemáticas o poblaciones específicas, sin que esto nos exente de toparnos con temas o situaciones inimaginadas, antes los cuales es importante tener claro nuestra limitaciones, ya que por más preparados que estemos no seremos capaces de resolver todas las problemáticas o situaciones que se nos presenten, por lo que



una actitud de sencillez y humildad nos alejara de la posibilidad de volvernos iatrogénicos.

Hasta el momento las situaciones planteadas hablan de una ética emergente del terapeuta; sin embargo la experiencia en las diferentes sedes me lleva a pensar en la relación entre la ética personal y la ética institucional, la cual no necesariamente se acoplara en todo momento; ante lo cual considero que debe imperar el realizar intervenciones estéticas que tengan como eje central el bienestar de la familia a partir de su propia concepción.

Pienso que al pararnos frente a una familia, tenemos el deber de saber desde donde miramos, es decir identificar los elementos teóricos que guían nuestro quehacer terapéutico, tener claridad del por qué hacemos lo que hacemos, por que elegimos determinada técnica y no otra, ya que como diría una profesora eso hace la diferencia entre un terapeuta silvestre y un terapeuta formado.

Como puede verse el conocimiento adquirido nos hace más libres al ampliar nuestras posibilidades de intervenir con las familias; sin embargo al mismo tiempo nos exige mayores compromisos y responsabilidades, ya que independientemente del modelo que usemos la constante del trabajo que se realiza debe ser guiado bajo el eje del respeto y el quehacer ético. En este sentido pienso en las ideas de Von Foerster (1991) respecto a vivir bajo la ética y no solo actuar en circunstancias éticas, por lo que concuerdo con la idea de Jorge Pérez Alarcón (2003) de cómo terapeutas vivir bajo una ética ecosistémica, relacional, contextual, tolerante a la diversidad, igualitaria, transparente, con capacidad de elección, vinculada a la acción, comprometida socialmente y bajo los parámetros de la no violencia.

Considero que una muestra de la ética, forjada dentro de la residencia en terapia familiar, es el compromiso de poner en práctica las habilidades y conocimientos adquiridos a lo largo de estos dos años, con la finalidad de contribuir a mejorar las condiciones de los contextos en que nos desenvolvemos, adaptándonos a las necesidades de la población.



Freedman y Combs (1996), plantean preguntas que podrían ser útiles en este compromiso, por lo que cerraré con ellas como una muestra de las ideas inacabadas que continúan transformándose.

- *¿Cómo son vistas las personas desde el modelo y teoría que guían mi intervención?*
- *¿Cómo este marco influye en mi comportamiento con las familias?*
- *¿Cómo este marco hace que se comporten conmigo las familias?*
- *¿Cómo el marco que uso, hace que la gente se vea y trate a si misma?*
- *¿Cómo esas ideas redefinen y resignifican a la persona?*
- *¿La teoría desde donde parto a quien ayuda a verse como experto, a la familia o al terapeuta?*
- *¿Mis preguntas tienen tendencia y una dirección que proponga alternativas o que fomente la repetición de patrones culturales dominantes?*





Capítulo IV.

Habilidades de compromiso y ética profesional



*La vida no es la que uno vive,
sino la que uno recuerda...*

Gabriel García Márquez

La Universidad Nacional Autónoma de México, tiene como propósito primordial estar al servicio del país y de la humanidad, formar profesionistas útiles a la sociedad, organizar y realizar investigaciones, principalmente acerca de las condiciones y problemas nacionales, y extender con la mayor amplitud posible, los beneficios de la cultura.

La Residencia en Terapia Familiar gestada dentro de este propósito busca formar especialistas con una visión integrativa que le permita responder y atender las demandas del medio social en cual se desenvuelve.

El aprendizaje resultante de haber cursado este programa es incalculable ya que no solo abarca cuestiones teóricas o prácticas, sino que impacta en mi manera de concebir el mundo más allá de las fronteras de la terapia.

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

La formación dentro de la residencia me abrió un panorama teórico con el cual no contaba, ya que mi conocimiento respecto a los modelos era más en el sentido práctico sin detenerme mucho a cuestionarme desde donde es que se planteaban las intervenciones y las propuestas conceptuales, lo cual ahora veo limitaba mi panorama sobre su aplicación y alcances.

Pienso que el recorrer a detalle cada modelo, entender sus fundamentos, la relación de las intervenciones con la teoría, me aportó por un lado la seguridad para flexibilizar mi postura dentro de la terapia al tener un importante



bastimento de cual hacer uso dentro de ella y por el otro una nueva concepción de mi quehacer terapéutico.

En otro sentido este conocimiento me dio los elementos para adoptar unos lentes y una postura que define mi identidad como terapeuta, ya que el tener la oportunidad de poner en práctica las ideas teóricas, bajo la revisión de un supervisor, me ayudó a elegir los elementos que definieron los caminos sobre los cuales quiero andar, partiendo de las ideas batesonianas, construccionistas y milanesas de hacer terapia.

Considero que pensar el mundo desde una multiplicidad de puntos de vista válidos a partir de la construcción personal y única de ellos, pensar en mis prejuicios sobre los temas dentro de la terapia y la forma en que estos guían mi visión, y el pensar la terapia como un proceso en el que la técnica sin relación no tiene cabida y cuyo objetivo no es la intervención sino el proceso, son las ideas que más me impactaron como terapeuta.

De igual manera los conocimientos teóricos adquiridos sobre el enfoque sistémico en cuanto a su evolución y desarrollo, me brindaron la posibilidad de volverme una capacitada trasmisora de esos conocimientos a estudiantes en formación, al ser capaz de justificar teóricamente las intervenciones y participaciones dentro de un proceso terapéutico.

Por otro lado los fundamentos estudiados me resultaron útiles como punto de partida para realizar aportaciones en el campo clínico, mediante el desarrollo de investigación tanto cuantitativa como cualitativa; si bien durante la formación solo desarrollé dos productos en este sentido; queda en mi sembrada la semilla y la claridad de la relevancia de la investigación como un medio de aportar y de difundir el valioso trabajo que se realiza durante la residencia.

A lo largo de dos años de trabajar bajo supervisión entiendo que los modelos son diferentes guías relacionadas unas con otras, por lo que el combinar elementos de ellas durante el proceso terapéutico, puede enriquecer la práctica y resultar favorecedor para el paciente pues las técnicas son medios para movilizar información dentro del sistema, por lo que la diferencia radica en el que se hace a partir de esa información.



El trabajo de los maestros y supervisores me enseñó lo importante que es la congruencia en la persona del terapeuta; es decir adoptar una postura respecto al quehacer terapéutico, en la que se incluyan ideas capaces de ser sustentadas teóricamente, las cuales indiscutiblemente modificarán la visión sobre el mundo, trascendiendo de ser una teoría a una filosofía de vida.

Cabe mencionar que cada semestre fue modificando mi visión del mundo, al invitarme a cuestionar mi forma de pararme en el mundo y la terapia, cada modelo con sus planteamientos, cada caso, inevitablemente me remitió a mí en relación a; sin embargo el último semestre a mi consideración me permitió captar la importancia de trasladar los conceptos sistémicos a contextos más allá de la terapia, como lo es el servicio comunitario, el ámbito escolar, institucional y laboral ya que los conceptos aprendidos, se vuelven herramientas aplicables a diferentes temáticas y demandas, al ser lentes para mirar el mundo desde cierto lugar, con esto las posibilidades de desarrollo, se muestran multiplicadas al ser el límite la propia inventiva.

El trabajo con las familias me llevó a la reflexión y a sensibilizarme sobre la importancia de la labor que busco desempeñar, me forzó a trasladar la teoría al contexto mexicano, donde la familia se vuelve un punto crucial en la vida de sus miembros, y en donde las condiciones sociales, culturales y políticas actuales exigen tal vez más que nunca un cambio que les permita adaptarse y no extinguirse.

Siguiendo esta línea entiendo, que la formación promovió en mí la inventiva y creatividad ilimitada, pues me vi forzada a hacer uso de cuanto recurso tenía en mente y a buscar nuevos, en pos de cumplir con algún trabajo o un objetivo establecido.

Finalmente después de lo aprendido entiendo que el camino aún no culmina pues la forma en que pongo en práctica el bagaje teórico adquirido en la formación, contribuye a las líneas de la historia de la terapia familiar que se escriben actualmente, las cuales inevitablemente me transformarán en la forma en que participo en ella.



2. Incidencia en el campo psicosocial

La práctica clínica dentro de la residencia tiene como característica ser nutrida por familias que demandan el servicio de terapia familiar, ya sea por decisión propia o por recomendación, en alguna de los escenarios clínicos asociados a la residencia.

Como se mencionó en el primer capítulo, la práctica clínica puede ubicarse dentro de los centros de la UNAM y en las sedes externas, por lo cual el trabajo realizado podría dividirse en dos momentos: por un lado el trabajo que como generación realizamos conjuntamente y el que desarrolle de manera individual en las sedes a las que participe (Centro Comunitario San Lorenzo e Instituto Nacional de Rehabilitación).

Partiendo de las sedes compartidas con mis compañeros (Centro Comunitario Julián MacGregor y Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila) encontramos que se brindó atención a 50 casos, de los cuales 17 fueron individuales, 13 de pareja y 20 familiares.

En estos procesos encontramos como el principal motivo de atención al abarcar el 42%, la dificultad de los padres hacia el manejo de los hijos de las familias lo cual implica dificultad para establecer límites, problemas de adaptación ante una nueva etapa de los hijos y procesos de adaptación de la preferencia sexual de los hijos.

El trabajo se realizó desde variados modelos; sin embargo, de manera general en estos casos se dirigió a promover el diálogo entre padres e hijos, implementar procesos de negociación, deconstruir ideas sobre las implicaciones de ser padre y madre y promover nuevas pautas de interacción entre padres e hijos.

La segunda problemática presentada en los centros de atención, fueron las referentes a las relaciones de pareja al implicar el 22% de las demandas de atención. Las causas de estos conflictos se trasladan a infidelidad, dificultades de comunicación y negociación de roles. El trabajo que se realizó fue variado desde buscar significados para cada uno de los miembros, deconstrucción de ideas



sobre la relación y los roles que dentro de ella se adoptaban, prejuicios sobre la pareja.

El tercer motivo ocupa el 12% de la consulta; se remonta a casos de relacionados con violencia. El abordaje de esta problemática se hizo en dos sentidos por un lado se trabajó con los receptores de violencia construyendo planes de seguridad, estableciendo redes de apoyo, promoviendo historias alternativas a la violencia que trajeran a la luz recursos que los empoderaran. En los casos en que hubo oportunidad de trabajar con los emisores de violencia su buscó el compromiso de no agresión como condición básica para la terapia, posteriormente se promovió el que asumieran la responsabilidad de su conducta dañina para así deconstruir los significados detrás de los actos violentos.

El 24% de los casos restantes, engloban problemáticas como el consumo de sustancias, procesos de duelo y reorganización familiar. El abordaje por lo tanto resulta variados al iguales que los fines a buscar.

Al término de la formación del total de los casos relatados el 26% había concluido, otro 26% aún no concluían el proceso, y el 44% de los casos fueron dados de baja. Partiendo de estas cifras, es notable el número de casos inconcluso, relacionándolo con los principales motivos de consulta expuestos, me explicó esta situación desde múltiples causas: inexpertez dentro del manejo terapéutico, definición no clara de los objetivos o motivos del proceso lo cual mueve el foco de las expectativas, los reajustes necesarios del sistema para movilizar la información. Independientemente de las cifras duras de casos concluidos y no concluidos, y pensando en el contexto de formación bajo el cual se desarrollaron, considero que la atención brindada a las familias fue dada de manera comprometida y ética en algunos casos dio frutos rápidamente y en otras no dudo que es información sembrada que germinará en tiempos futuros.

Referente a los casos atendidos en las sedes individuales, cuya mecánica de atención se describió detalladamente en el capítulo 1, los procesos en los que participe fueron 21, siendo 14 en los que fungí como terapeuta y 7 como parte del equipo terapéutico. Los principales motivos de consulta son englobados en problemas de pareja y problemas de conducta de alguno de los hijos.



Estos casos fueron independientemente de la problemática atendidos desde la propuesta de Milán abordando premisas, creencias familiares, tiempos, hipótesis, prejuicios como elementos a buscar dentro del sistema y a deconstruir.

Al término de la formación, la situación de estos casos se tradujo en que el 52% de ellos aún se encuentran en proceso, considerando la condición mensual de las sesiones; el 28% de los casos ha sido concluido satisfactoriamente y solo el 19% quedó inconcluso debido a la baja de los pacientes.

Más allá de la práctica terapéutica la incidencia dentro del campo psicosocial, es palpable en el taller impartido dentro del programa de intervención comunitaria, el cual se enfocó en trabajar con mujeres que durante algún momento fueron receptoras de violencia. El objetivo se centró en la deconstrucción de la idea de “Ser mujer no significa sufrir”, explorando los significados propios de las implicaciones de ser mujer así como los orígenes y peso que esto tiene en el día a día femenino.

Los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios ya que las mujeres reportaron sentirse más liberadas en cuanto a las expectativas que sobre ellas caían; con una mayor responsabilidad de construir una identidad agradable para sí mismas y un compromiso de seguir trabajando en pro de su persona y sus proyectos personales.

Haciendo una revisión de los efectos generados a partir del trabajo realizado en las sedes y en el taller, reconozco la importancia de este en mí como terapeuta, al exigirme trasladar los modelos y las técnicas más allá de las páginas de los libros, para cortarlos y rediseñarlos a partir de las condiciones que rodean a mi país y a la sociedad a la cual pertenezco.

3. Reflexión y análisis de la experiencia

El formar parte de la 9na. generación considero uno de los grandes privilegios que he vivido, pues estoy consciente de la demanda que existe para ocupar un lugar dentro de la Residencia y del esfuerzo que realice para demostrar que era apta para ser parte de este grupo.



Y bueno, aunado a este privilegio vino una serie de compromisos que ciertamente al inicio no dimensioné en su totalidad, yo lo limitaba al esfuerzo académico por realizar una formación de calidad haciendo uso de cuanto recurso estuviera a mi disposición para trasladar la teoría a la práctica de una manera útil a las familias. Sin embargo el compromiso se extendió a las familias cuya confianza era depositada en nosotros, se extendió a esos profesores que con pasión día a día dedicaban tiempo extra para aclarar una duda, para escuchar, para orientar y para guiar. Se extendió hacia las personas que se movilizaron para ayudarme a hacer camino del tiempos para alargarlos. En fin esto me llevó a vivir más a allá de la teoría, la belleza de los sistemas y la recursividad que existe entre ellos.

La formación para mi es sinónimo de cambio constante, ya que hacer el intento de mirar desde las posturas propuestas por los autores, inevitablemente cambiaba no solo la mirada sobre la familia atendida, sino la mirada hacia mi misma; ser participe de las historias familiares que me tocó presenciar, fue una oportunidad de cuestionarme sobre mi postura en el mundo y en las relaciones; fue hacer uso de habilidades que ni siquiera estaba consciente de que fueran parte de mí; es por lo anterior que puedo decir que en este proceso de aprendizaje sobre el arte del cambio, más que generadora de cambio me volví material del cambio mismo.

Reflexionando sobre el proceso, pienso en un cuestionamiento que me hacia alguno de mis compañeros de la siguiente generación; el cuestionamiento se refería a si la formación había cumplido mis expectativas. Considero que limitar mi respuesta a un sí, un no, o un más o menos sería hacer un recorte de lo vivido en lo que dejaría de lado una parte fundamental para comprender la que soy ahora, por lo que pienso que más que las expectativas, la formación abrió en mi posibilidades como terapeuta, como mujer en mis diferentes roles, como profesionista, me dio los elementos para definir una postura terapéutica y cambiar mi filosofía de vida.



4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo

Una de las experiencias fundamentales que presencie en la residencia, fue la de trabajar como terapeuta con equipo o siendo parte de un equipo de observadores, en el cual tuve la oportunidad de vivenciar una de las propuestas de Bateson sobre la mejor forma de conocer algo es a través de diferentes puntos de vista sobre él.

Respecto al trabajo de equipo, el proceso de adaptación fue una tarea ardua, pienso en mí entrando a la maestría con la certeza de mis certezas, con un pensamiento lineal y con la objetividad sin paréntesis, poniéndome en contacto con mis compañeros y sus certezas, navegando entre nuestros prejuicios y entre los cánones sociales. Considero que en este proceso adaptativo fue fundamental el papel desempeñado por los supervisores, ya que el tipo de relación que establecían con los terapeutas del caso, se relacionaba directamente con la relación entre el equipo lo cual no era ajeno a lo que sucedía entre la familia y el terapeuta, finalmente la recursividad entre niveles.

Al pensar en mi grupo de compañeros, pienso en capacidad, en pasión, puntuaciones diversas, convicciones fuertes y en compromiso extremo. Estas características entraban en juego dentro de las sesiones, y en la forma en que interviniendo sobre el comportamiento dentro del equipo, puedo ver como hubo momentos en que las intervenciones eran pocas basándonos en el prejuicio de no hacer sentir mal al terapeuta a cargo del caso y como es que estos desaparecieron para dar paso a la posibilidad de hablar como una de tantas posibilidades, sin que esto deteriorara el trabajo que se realizó dentro de la sesión, entiendo que este paso fue posible gracias a la cantidad de horas de convivencia diaria y al trabajo realizado dentro de los seminarios de integración que nos permitió conocer un poco más de las personas con las que colaborábamos.

La experiencia de ser parte del equipo entiendo da un panorama de acción diferente al que surge de estar al frente. El equipo da el espacio para hacer zooms de la sesión, calibrar las emociones emergentes dentro del equipo, comentar sobre lo que uno haría estando al frente, y escuchar los comentarios de los



compañeros y del supervisor, lo cual al ser parte del equipo no trasciende tanto, en comparación del impacto que causa al ser el terapeuta del caso. Pienso en este sentido que la función del equipo de aportar diferentes distinciones es enriquecedora; sin embargo el lenguaje que se utiliza para expresar estas distinciones es fundamental para no generar un efecto imposibilitador en el terapeuta.

Aterrizando lo anterior en mi participación como terapeuta dentro de los procesos me parece fundamental el retomar la idea de Bateson respecto a nada fuera de la relación, ya que considero que las relaciones establecidas con mis compañeros, eran el marco a través del cual se filtraban las aportaciones hacia los casos que llevé, al igual que las mías hacia sus casos. En este sentido un eje fundamental de mi práctica fue el retomar de las aportaciones del equipo acordes con mi resonancia ante la familia; los efectos de esto en algunos casos fueron satisfactorios, útiles para la familia; pero en otros casos considero que esto bien pudo coartar las posibilidades de la familia al ser limitadas por mis propios filtros. Es por esto que considero me resultó una tarea complicada equilibrar entre la mirada del equipo, mi mirada y la del supervisor, y que este pasaje se facilitó al pensar todo en términos de totalidad y las ideas de Maturana y Varela sobre la multiplicidad de puntos de vista.

En cuanto a la relación con los supervisores, fue un proceso complicado deshacerme del prejuicio de que sus palabras eran “la posibilidad única y verdadera”, las lecturas y las reflexiones generadas a partir de ellas me ayudaron a ir más allá de esta idea y comenzar a confiar en mi propio sentir de la terapia. Los procesos en que me sentí con mayor posibilidad de pensar diferente al supervisor e incluso al equipo mismo considero que fueron procesos en los que me desempeñé de una mejor manera, más libre, espontánea y con mayor sensibilidad; pensándolo en términos de la diferencia que hace una diferencia, esto no me resulta tan descabellado.

Al mirar el trabajo personal durante la maestría y mirar el de mis compañeros, sonrió satisfactoriamente, pues me veo con una buena caja de herramientas ante un camino con múltiples senderos, confiada en que sea cual sea que tome, cuento con las herramientas para caminarlo; entiendo que los resultados



obtenidos no hubieran sido posibles sin la combinación tan peculiar que se dio en nuestra generación hablando en términos de personalidades, horarios, coordinadora, carga de trabajo, sedes, supervisores, docentes, programa de estudio, en fin a todos los elementos del sistema perfecto que se gestó dentro de esta novena generación.



Referencias



- Ahumada, Y. (n.d.). *Rasgos de personalidad asociados a la soltería en mujeres con éxito*. Recuperado de <http://www.uad.edu.mx/CentroInv/Libros/matricula2.pdf>.
- Alborch, C. (1999). *Solas. Gozos y sombras de una manera de vivir*. Madrid: Alianza.
- Alvarado, A. (2001). *Estudio comparativo del contenido de la comunicación en parejas donde ambos miembros trabajan remunerada mente y en parejas donde solo el hombre lo hace*. (Tesis de Licenciatura) UNAM, FES-Iztacala.
- Andersen, T. (1987). Reflecting Team: Dialogue and me dialogue in clinical work, *Family Process*, 26, 415-428.
- Andersen, T. (1990) Relationship, Language and Understanding in the Reflecting Processes, *A.N.Z.J. Fam. Therapy*, 13, 87-91.
- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En S. McNamee y K. Gergen (Eds.). *La terapia como construcción social* (pp.77-91). Barcelona: Paidós.
- Andersen, T. (2001). Ver y oír, ser visto y ser oído. En S. Friedman (comp) *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2001). En la montaña rusa: un enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración. En S. Friedman (comp). *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (2003) Postmodern social construction therapies. En G. Weeks, T. L. Sexton y M. Robbins (Eds.) *Handbook of family therapy* (pp. 125-146). Nueva York: Brunner-Routledge.

- Anderson, H. (2003b) A postmodern collaborative approach to therapy: Broadening the possibilities of clients and therapists. En Y. Bates y R. House (Eds.), *Ethically challenged professions: enabling innovation and diversity in psychotherapy and counseling*. Herefordshire, UK: PCCS Books.
- Anderson, H. (2001). Un enfoque postmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia “.desde dentro”. En, G. Limón Arce (Comp.), *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas*. México: Pax.
- Anderson, H. y Goolishian, H (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En. S.McNamee y K. Geergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp 45-59). Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Buenos Aires, Paidós.
- Ariza, M., Oliveira, O. (2001). Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición. *Papeles de Población*, abril-junio, 28. Universidad autónoma del Estado de México, Toluca 9-39.
- Banus, E. (2000). *El espacio social femenino*. Pamplona: Newbook.
- Barberá, E. (2005). *Género y diversidad en un entorno de cambio*. Valencia: Servicio de Publicaciones de la UPV.
- Barbera, E. y Martínez, I. (2004). *Psicología y género*. Madrid: Pearson/Prentice Hall.
- Bartra, R. (1987). *La jaula de la melancolía*. México: Grijalbo.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé.
- Bateson, G. Foreword (1979): A formal approach to explicit, implicit, and embodied ideas and to their forms of interaction. In C.E. Sluzki & D.C. Ransom (Eds.) *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family*. New York; Dutton.
- Bateson, G. y Ruesch, J. (1984). *Comunicación: La matriz social de la psiquiatría*. Barcelona. Paidós.

- Baxter, L. A y Dindia, K. (1990). Marital partner's perceptions of marital maintenance strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 187-208.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los procesos reflexivos. En L.L.Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp 197-223). México: Pax.
- Berg, I.K. y Miller, S.D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- Bertalanffy, L. Von (1986). *Teoría General de los Sistemas*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando , P. y Toffanetti, D. (2000). *Historia de la terapia familiar: Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Biever, J., Bobele, M., Gardner, G. y Franklin C. (2005). Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En, G. Limón Arce (Comp.), *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas*. México: Pax
- Bleichmar, E. (1989). *El feminismo espontaneo de la historia*. México: Fontamara.
- Boscolo L., Cecchin G., Bertrando P. y Bianciardi M. (2003). Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin en entrevista con Paolo Bertrando y Marco Bianciardi. *Postfacio de Clínica Sistémica*.. Milán, Italia: Bollati Boringheri
- Boscolo L., y Bertrando, P. (1992). El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*, 31, 119-130.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bruner, J. (1986). *El habla del niño: cognición y desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Bustos, M., Loredó, A., Perea, A. y Trejo, J. (2002). Violencia contra la mujer. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 45, 6.
- Cade, B. y O'Hanlon, H.W. (1993). *Guía Breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Carter, S. y Sokol, J. (1996). *El temor al compromiso. Como superarlo en las relaciones de pareja*. Madrid: Vergara.
- Castorina, J. A. y Lenzi, A. (2000). *La formación de los conocimientos sociales en los niños*. Barcelona: Gedisa.
- Cazés, D. (1998). *La perspectiva de Género*. México: Porrúa-CONAPO.
- Cazes, D. (2000) *La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*. México: CONAPO/CONMUJER.
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998). *La Construcción del Universo*. Barcelona: Herder.
- Ceberio, M. (1999). Ciencias modernas, complejidad y psicoterapia. En G. Nardone y P. Watzlawick (Comp.), *Terapia breve. Filosofía y arte* (pp 25-34). Barcelona: Herder.
- Cecchin G. (2005.) El misterio del respeto. *Connessioni*, 16, Febrero.
- Cecchin, G., Lane G. y Ray, W. (2003). *Irreverencia: Una estrategia de supervivencia para los terapeutas*. Barcelona: Paidós.

- Cecchin G. , Lane G. y Wendel R. (1997) *Verità e pregiudizi*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Cecchin, G. (1994). Construccinismo social e irreverencia terapéutica. En D.F. Schnitman. (Comp.), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, (pp333-346). Buenos Aires: Paidós.
- Charles, M. (1993). Construcción de la identidad de género en la comunicación masiva. En Bedolla, P., Busto, O., Delgado, G., García y García B, *Estudios de Género y Feminismo II*. México: Facultad de Psicología UNAM-Fontamara.
- Cirillo, S., Berrini, Cambiaso, G.,y Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Coddou F. y Maturana M. (2004) La constitución de lo patológico. En Maturana, H. *Desde la biología a la psicología*. Buenos Aires: Lumen.
- Córdoba, A. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Univ. Psychol. Bogotá*, 6, 2 pp.285-293.
- Cronen V. y Pearce B. (1985). Toward an explanation of how the Milan method works: an invitation to a systemic epistemology and the evolution of family systems.”. En Campbell D. y Draper R. (Eds.), *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach* . (69-84), Orlando: Grune and Stratton.
- De Beauvoir, S. (1988). *El segundo sexo*. Madrid: Era.
- De Shazer, S. (1984). The death of the resistance. *Family Process*, 23(1), 11-17.
- De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia breve: Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1988). *Claves en psicoterapia breve: una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.

- De Shazer, S. (1994a). ¿En que radica la eficacia de la terapia breve?. En J. Zeig, y Gilligan (Comp.), *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*. (pp 122-132). Buenos Aires: Amorrortu.
- De Shazer, S. (1994b). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25 (2), 207-221.
- De Shazer, S., Miller, G., (2000). Las emociones en la terapia centrada en la solución: un reexamen. *Sistemas familiares*. 16(2), 7-33.
- Dell, P. (1985). Understanding a Bateson and Maturana; Toward a biological foundation of the social science. *Journal of Family and Marital Therapy*.11, pp 1-20.
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En L.L.Eguiluz (Comp), *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp 49-79). México: Pax.
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (1999). Supervisión y entrenamiento en supervisión. *Psicología Iberoamericana*, 7, 2, pp 5-8.
- Díaz, L. (1999). *Antología psicosocial de la pareja*. Distrito Federal: Porrúa.
- Dorola, E. (1992). La naturalización de los roles y la violencia invisible. En Giberti, E. y Fernández, A. M. (Comps.). *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Eguiluz, L., L. (2001). *La teoría sistémica: Alternativa para investigar el sistema familiar*. Tlaxcala: UNAM.
- Ellis, A. (1990). El amor y sus problemas. En A. Ellis y Bernard (Comps), *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Epston, D. (1989). Discursos internalizados versus discursos externalizados, en *Catching up with David Epston: a collection of Narrative practice-based papers*, Adelaide: Dulwich Centre Publications,.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: Norton
- Espeland, P., Kaufman, G. y Raphael, L. (2005). *Cómo enseñar autoestima*. México: Pax.
- Espinosa, M. R. (2009). Panorama de las relaciones en la época actual. En M. E. Murueta y M.O. Guzmán, *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. (pp 23-43). México: Amapsi.
- Espinosa, M.R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones. En L. Eguiluz (Comp). *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp 115-137). México: Pax-Mex.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. España: Desclée de Brouwer
- Fernández, M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bordieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 7-31.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fishman, H. y Rosman, B.L. (1990). *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Barcelona: Gedisa.
- Florenzano, R., Pino, P., Kaplan M. y Alvarado M. (1994). Estrés familiar y conductas de riesgo en adolescentes. *Familias en terapia*. Instituto Chileno de Terapia Familiar, 2, 4.
- Foucault, M. (1970). *El orden del discurso*. México. Tusquets.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.

- Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.
- Fruggeri, (1992). El proceso terapéutico como construcción social de cambio. En S. McNamee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Páidos.
- Fruggeri, L. (2011). Different levels of psychotherapeutic competence. *Journal of Family Therapy*, 2-15.
- Fruggeri, L. (2011, mayo). *La investigación como proceso relacional en las diferentes configuraciones familiares*. Ponencia presentada como parte del Seminario “diferentes Normalidades” del Centro Milanés de terapia familiar, en su representación en México.
- Galicia, X. (2004). Terapia estratégica. En L.L. Eguiluz (comp). *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. (pp 81-113) México: Pax.
- Galindo, J. (1995). La cultura de Género en México: Un apunte desde los años ochenta. *GénEros*, 2,5, 32-37.
- Galperin C. y Jeroz, A., (1992). *El ciclo vital familiar*. Buenos Aires: El ateneo.
- García, B., Oliveira, O. (2006). *Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas*. México: El Colegio de México.
- García-Moreno, C. (2000). Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. *Harvard Center for Population and Development Studies*,6, 1-41.
- Garrido, M. y Fernández-Santos, I. (1997). Dimensión formal de la técnica del equipo reflexivo en modelos de intervención en psicoterapia sistémica constructivista. *Sistémica*, 3, 161-181.
- Garro, E. y García, E. (2005). Construcción del erotismo y la feminidad desde el punto de vista evolutivo. *Fundamentos en Humanidades*. Universidad Nacional de San Luis, VI, I, 185-191.

- Gergen, J. K. (2006). *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gerstein, E., Crnic, K, Blacher, J. y Baker. B.(2009). Resilience and the course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*. 53, 12, 981-997.
- Giddens, A. (2000). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo*. Madrid: Cátedra.
- Gil C., E. (2000). *Medias Miradas. Un análisis cultural de la imagen femenina*. Madrid: Anagrama.
- Gil, F., y Rubio J.M. (2000). *Habilidades sociales: Teoría, investigación e intervención*. Barcelona: Síntesis.
- Giroud, F. y Levy, B.H. (2000). *Hombres y mujeres*. Madrid: Temas de Hoy.
- Guerra, G. (2004). La elección de pareja .*Revista virtual CEDECOG*.
- Gutiérrez, L. A. y Castillo, F. I. (2009). Consumo de Drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Enero-Junio.
- Guzmán, D. (1998). *Análisis de los conflictos de pareja en el matrimonio abordado desde el punto de vista sistémico* (Tesis de Licenciatura). UNAM. ENEP-Iztacala.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984). *Terapia de Ordalía: Caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu
- Hernández, A.L. (2007). *Prácticas y significados de la maternidad en mujeres indígenas y no indígenas universitarias guatemaltecas* (Tesis de maestría en estudios de Género), El Colegio de México, México.
- Hidalgo, M y Menéndez, S. (2002). La familia ante la llegada de los hijos. *Familia: Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 24, 23-42.
- Hidalgo, R. (2003). La Medea de Eurípedes. Hacia un psicoanálisis de la agresión femenina y la autonomía. *Subjetividad y Cultura*, 19, 37-56.
- Hoffman, L (1981). *Fundamentos de la Terapia Familiar*, D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1990). Construcción de realidades: Un arte de lentes. *Family Process*, 29, 1-12.
- Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. McNamee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Hollinger, R. (1994). *Posmodernism and the Social Sciences*. Thousand Oaks, Sage.
- Ibarra, G. L., Ibarra, C. J. y Segura, V. H. (2009). *Discapacidad y Salud*. Distrito Federal: Trillas
- Inglese, M. y Elder, J. (2009). Caring for children with autism spectrum disorder, part I: Prevalence, etiology, and core features. *Journal of Pediatric Nursing*, 24, 41-48.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2002). *Censo general de población*. Recuperado 25 de enero de 2010 en

- <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med/aasp>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2008). *Estadísticas a propósito del 14 de febrero, matrimonios y divorcios datos nacionales*. Recuperado 14 de Junio de 2010 en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/matrimonios10.asp?s=inegi&c=2751&ep=28>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Los hogares en México, de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/siec2010/pdf/10_01a.pdf.
- Jiménez, C. A. (2002). *Triunfar en el arte de comunicarse*. México: Alfa Omega.
- Joffre, V., García, G., Saldivar, A., Martínez, G., Lin, D., Quintanar, S. y Villasana, A. (2011). Bullying en alumnos de secundaria. Características generales y factores asociados al riesgo. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 68, 3, 193-202.
- Karisi, C. y Sigman, M. (1997). Linking parental perceptions to interactions in young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27 (1) 39-57.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Keeney, B. (2007). *Construcciones de terapias familiares sistémicas: Espíritu en la terapia*. Buenos aires: Amorrortu.
- Kelli, W. A. (1982). *Psicología de la educación*. Madrid: Morata.
- Kuhn, T. (1990). *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Fondo de cultura económica.
- Lagarde, M. (1997). *Claves feministas para el poderío y autoafirmación de las mujeres*. Managua: Puntos de Encuentro.
- Lagarde, M. (s/f). *Identidad femenina*. Revista OMNI. 20. 04. Fecha de recuperación 9 de marzo del 2011 de:

- <http://www.posgrado.unam.mx/servicios/productos/omnia/anteriores/20/04.pdf>
- Lamas, M, (1995).Cuerpo e identidad. En L. Arango, M. León y M. Viveros (Comps). *Ensayos sobre lo femenino. Facultad de ciencias humanas.* Universidad Nacional de Colombia.
- Lamourere, O. (1998). *Los que vivimos solos: la soledad ya no es lo que era.* Barcelona: Paidós.
- Light, M., Keller S. y Calhoun, T. (1991). *Sociología.* Bogotá: McGraw Hill.
- Limñana, R. (2007). Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. *Anales de Psicología, 23,2,* 201-206.
- Limón, A., G. (2005). *El giro interpretativo en terapia. Terapia, narrativa y construcción social.* México: Pax.
- Lipchick, E., (2002). *Terapia centrada en la solución: Más allá de la técnica.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Lipovetsky, G. (2007). El cambio de la identidad femenina, según Lipovetsky. *Rev. Fac. Med. UNAM, 50,* 6.
- Maan,C. (1996). Stress, coping and adaptation in families with young autistic children. *Dissertation Abstracts Internacional. The sciences and engineering,56.*
- Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia.* México: Paidós.
- Madanes, C. (1984). *Terapia Familiar Estratégica.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Martínez, M.M y Bilbao, L. M.C. (2008). Approaching the children' families with autism.*Intervención Psicosocial, 17 (2)* 215-230.
- Martínez, M. (2007). La construcción de la feminidad; la mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo. *Actualidades en Psicología, 21,* 108, pp 79-95.

- Martorell, J., L. (2005). El Constructivismo. En L. Martorell y J., L. Prieto (comps.). *Fundamentos de psicología*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces S.A.
- Maslow, A. (1997). *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairos.
- Maturana, H. y Varela, F. (1980) *Autopoiesis y cognición*. Boston: Riedel.
- Maturana, H. (1970). *Neurofisiología de la cognición*. Nueva York: Spartan.
- Maturana, H. (1976). Biología del lenguaje: la epistemología de la realidad. En J. Miller y G. Lennemberg (Comp). *Psicología y biología del lenguaje*. Nueva York: Spartan.
- Maturana, H. (1993). *La realidad ¿objetiva o construida?* Barcelona: Anthropos.
- McNamee, S. y Gergen, K.J. (1996). *La Terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós.
- Mejía, J.M. (2006). *Violencia familiar e identidad femenina: una estrategia de intervención terapéutica*. Instituto Politécnico Nacional: México.
- Méndez, S.,(2003). La evaluación de varones y mujeres de sus papeles como cónyuges y padres y madres: análisis de las relaciones entre ambos roles. *Anuario de Psicología*, 34, 1, p 81-99.
- Miller, G. A. (1980). *Psicología de la Comunicación*. Barcelona. Paidós.
- Minuchin, S. (1989) *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. (1982). My many voices. En J. Zeig (comp). *The Evolution of Psychotherapy*. New York: Brunner-Mazel.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1994) *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin,S., Lee, W-Y., y Simon, M. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

- Molina, P. C., (1992). Lo femenino como metáfora en la racionalidad postmoderna y su (escasa) utilidad para la Teoría Feminista. *Isegoría*, 0(6): 129-143.
- Montesinos, Rafael. 1995, "Cambio cultural y crisis en la identidad masculina", en *El Cotidiano*, México, UAMA,68, marzo-abril, 20-27.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Australia: Dulwich Centre Publications.
- Murueta, M.E, (2009). Familia y proyecto social en la teoría de la praxis. En M. E. Murueta y M. Osorio. *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. (pp23-43), México: Amapsi
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Navarro, J. y Pereira, M. J. (2000). *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona. Paidós.
- Neuburguer, R. (1998). *Nuevas Parejas*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, H. W. (1989). *Raíces profundas: Principios básicos de la terapia e hipnosis de Milton Erickson*. Buenos Aires: Paidós.
- O'Hanlon, H. W. (1994). Una gran teoría unificada para la terapia breve: situar problemas en un contexto. En J. Zeig, y S. Gilligan (Comp) *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas*. (pp 109-121), Buenos Aires: Amorrortu.
- O'Hanlon, H.W. (1989). *En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, H.W. (1999). *Desarrollar posibilidades: Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. España: Paidós.
- Oakley, A., (1977). *La mujer discriminada: biología y sociedad*. España: Debate.
- Ochoa de Alda, I., (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

- Oizumi, J.J. (1997). Assesssing maternal functioning familias of children with autism. *Dissertation Abstracts Internacional. The sciencies and engineering*, 57.
- Oñate, M. P. (1989). *El autoconcepto, formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Madrid: Narcea.
- Ordaz, B. G., Monroy, L.L. y López, R., M. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. Distrito Federal: Incide Social
- Organización de las Naciones Unidas (2010). Informe del Coordinador Residente del Sistema de Naciones Unidas en México, http://www.onu.org.mx/inicio_ONU_Mexico.html recuperado el 2 de Agosto de 2011.
- Paré, D. (1995). De familias y otras culturas: el cambiante paradigma de la terapia familiar. *Family Process*, 34, 1-19.
- Pasini, W. (1996). *Los tiempos del corazón. Prisas y pausas en la vida, en el amor*. Barcelona: Grijalbo.
- Pask, G. (1969). El significado de Cibernetica en las Ciencias conductuales. En J. Rose (Comp.), *Progress in Cybernetics*, (pp 15-44). Nueva York: Gordon and Breanch.
- Pastor, P., Reuben, C., y Loeb, M. (2009). Funcional difficulties among schoolaged children: *United States, 2001-2007 (National Health Statistic Report, 19)*. Atlanta, GA: National Health Statistic Center.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: Una introducción para principiantes*. Barcelona: Paidós.
- Peña, N. V. (1998). *La autoestima en la relación de pareja*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

- Pérez, C. (1992). Crisis familiares no transitorias. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 8, 2, 144-151.
- Pérez, A. (2003). *Análisis de la vigencia o desaparición de los motivos que orillan a mujeres y hombres a formar un matrimonio y sus repercusiones en el trato de ambos integrantes, durante el ciclo vital de éste.* (Tesis de Licenciatura). UNAM. FES-Iztacala.
- Pérez, J. (2003). Una mirada ética desde la terapia familiar. En Araceli Gomez Alva (Coord.) *Ética en el diván*. Distrito Federal: Lumen.
- Pomar, S. y Martínez, G. (2007). Resignificación identitaria, trabajo y familia: Una disyuntiva para la mujer. Barcelona: Administración y organizaciones.
- Ramos, R. (2001). *Narraciones contadas, narraciones vividas: Un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Ravazzola, M. C. (2005). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Reséndiz, J. (2010). Modelo de Milán 1969-2009. *Psicoterapia y familia*, 23(1), 30-39.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En Luz de Lourdes Eguiluz (comp) *Terapia familiar: su uso hoy en día* (pp 169-195). México: Pax México.
- Rodríguez, D. & Torres, J. (2003). Autopoiesis, la unidad de una diferencia: Luhmann y Maturana. *Sociologías* [online], 3, 9, 106-140. Recuperado el 13 de Junio de 2010 en www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-.
- Rodríguez, V. B. (2002). Constructivismo y narrativas: un nivel diferente para la integración. En, A. Fernández y B. Rodríguez. (2002). *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Rojas, E. (1997). *El amor inteligente, corazón y cabeza: Claves para construir una pareja feliz*. México: Planeta.
- Rojas, L. (1998). *Remedios para el desamor*. México: Planeta mexicana.
- Rojas, O.L. (2000). *La paternidad y la vida familiar en la ciudad de México. Un acercamiento cualitativo al papel desempeñado por los varones en los ámbitos reproductivo y doméstico*, (Tesis de doctorado en Estudios de Población): Colegio de México: México.
- Romero, M. S., Jiménez, K., Díaz, B. y Balanzario, M., Indicadores del costo social del consumo de drogas. *Centros de Integración Juvenil*. Obtenido el 9 de Octubre de 2011, desde <http://cij.gob.mx/especialistas/pdf/c5-00-09.pdf>
- Rosen, S. (1989). *Mi voz ira contigo: Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Paidós.
- Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (2004). *La violencia contra las mujeres*. Madrid: Díaz Santos.
- Sager, C. (1980). *El contrato matrimonial y terapia de pareja*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Salguero, M.A. (2006). Significado y vivencia de la paternidad en algunos varones de los sectores socioeconómicos medios en la Ciudad de México, en Juan Guillermo Figueroa, Lucero Jiménez y Olivia Tena (Coords.)”*Ser padres, esposos e hijos: practicas y valoraciones de varones mexicanos*”. México: El Colegio de México.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, A. (2007). *Pasión romántica. Más allá de la intuición, una ciencia del amor*. Distrito Federal: Porrúa.

- Sánchez, R. (2009). Expectativas, percepción de estabilidad y estrategias de mantenimiento en las relaciones amorosas: *Enseñanzas en investigación en psicología (en línea)*14.
- Sánchez, Y. y Torres, M. (2004). *Atracción interpersonal en la pareja y su relación con la construcción individual: un enfoque sistémico*.(Tesis de licenciatura), Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Sanders, J. L. y Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Dawn Síndrome: implications for the intervention. *Child and family behavior therapy*, 19(4), 15-32.
- Scheider, S. (2008). Microviolencia simbólica de género. *Primeras Jornadas de Filosofía Política. Democracia, tolerancia y libertad*. Departamento de Humanidades de la Universidad Nacional del Sur. Recuperado 3 de abril de 2011 en <http://www.cefysmdp.com.ar/mesas/2008/scheider.pdf>
- Schneider, D. (1982). *Percepción personal*. México: Fondo Educativo Interamericano.
- Secretaría de Educación Pública. UNICEF México. Informe Nacional Sobre Violencia de Género en la Educación Básica en México 2009. México: SEP.
- Selekman, M. (1997). *Abrir caminos para el cambio: solución de terapia breve para adolescentes con problema*. Barcelona: Gedisa
- Selvini M. (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*". Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.

- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1990). Hipotetizar-Circularidad-Neutralidad. *El proceso de la familia*, 19 (1), 60-67.
- Selvini, P., Cirillo, Selvini, M., y Sorrentino, A. (1988). *Muchachas anoréxicas y bulímicas: La terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Simón, F. B. Stierlin y L. C. Wynne (1988). *Vocabulario de terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Sluzki, C. (1983). Process, structure, and world views: Toward and integrated view of systemic models of family therapy. *Family Process*, 22, 4, 359-376.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*, Agosto, 65-69.
- Souza, S. M. y Cruz, D.M.(2010). Salud Mental y atención psiquiátrica en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 53,6, 17-23.
- Spencer-Brown, G. (1973) *Laws of form*, N.Y: Bantam Books.
- Stafford, L., Dainton, M. y Haas, S. (2000). Measuring routine and strategic relational maintenance: Scale development, sex versus gender roles, and the prediction of relational characteristics. *Communication Monographs*, 67, 306-323.
- Stewart A. J y Mc Dermott, C. (2004). Gender in psychology. *Annual Review of Pshychology*, 55, 519-544.
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. . En L. Eguiluz (Comp). *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp139-160). México: Pax-Mex.
- Sugiyama, M. y Vargas, B. (2005). *Investigación cualitativa para psicólogos. De la idea al reporte*. México. Porrúa.
- Sunkel, G. (2006). El papel de la familia en la protección social de América Latina, *serie políticas sociales* núm. 120, Santiago de Chile, CEPAL/División de Desarrollo Social.

- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en la solución. *Psicología Conductual*, 14, 3, 511-532.
- Tomm, K. (1989). Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En M. White, *Guía para una terapia familiar sistémica* (pp 9-17). Barcelona; Gedisa.
- Troncoso A.G.R. (1996). "El género masculino y su relación con la pareja". (Tesis de Licenciatura en psicología). Unam: Enep. Iztacala.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu
- UNAM. (2001). *Programa De Residencia En Terapia Familiar Sistémica*. Facultad de Psicología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala y Facultad De Estudios Superiores Zaragoza
- UNAM. (2011). Portal de la Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 9 de Octubre de 2011, de <http://www.unam.mx/acercaunam/es/unam/index.html>
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica, una aproximación a su tradición de investigación científica. En L.L. Eguluz (comp) *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Pax-Méx.
- Vargas, P. (2009). ¿Es sistémica la Terapia sistémica? Una aproximación histórico-conceptual. Recuperado el 31 de enero de 2012 en <http://www.afippsi.org.mx/PVA3.html>.
- Venguer, T. et al. (1998). *Violencia doméstica un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*. México: IMIFAP AC- Population Council.
- Verdugo, A. (1998). *Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitatorias*. Madrid. Siglo XXI.

- Von Foerster, H. (1981). La construcción de la realidad. En P. Watzlawick (comp). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Walker, L. (2005). La teoría del ciclo de la violencia. *Mujeres iberoamericanas*. Recuperado el 5 de noviembre de 2006 en http://www.mujeresenred.net/iberoamericanas/article.php3?id_article=14
- Watzlawick, P., Beavin, B. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación Humana*. Barcelona: Herder
- Watzlawick, P. (2000). La construcción de realidades clínicas. En P. Watzlawick y G. Nardone. *Terapia breve estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P. (2002). *El Lenguaje del Cambio*. Barcelona: Herder
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R., (1994). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (2009). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. En R. Fisch, W. Ray y K. Schlanger, (Comp) *Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center*. (pp 39-63). Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.
- Weakland, J., Fish, R., Watzlavick, P & Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Solution. *Family Process*, 13, 2, pp 141-168.
- White, M. (1988). *The process of questioning: A therapy of literary merit*. Adelaide: Dulwich Centre Publications
- White, M. (1994). *Guía para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2000). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D. W. (1965). *The family and individual development*. Londres: Tavistock Publications.

Wittezaele, J-J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas*. Barcelona: Herder

Wolf, L. C.; Noh, S.; Fisman, S. N. y Speechley, M. (1989). Brief report: Psychological effects of parenting stress on parents of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19 (1),157.

Apéndices



Anexo 1.

Formato de reporte de sesión Del Instituto Nacional de Rehabilitación



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN



Servicio de psicología y psiquiatría

INR

Terapia Familiar

Expediente:	Fecha:	Tels.:
Recibo de sesión:	Terapeuta (s):	
Familia:	No. Sesión:	
Derivado por:	Temas de la sesión:	
Motivo:		
Resumen de la sesión	Aperturas	
	Sistema significativo	
	Creencias familiares	
	Premisas	
Prejuicios de la terapeuta		



INR

Servicio de psicología y psiquiatría

Terapia Familiar

<i>Tiempos</i>	
<i>Hipótesis</i>	
<i>Comentarios o elementos terapéuticos (en la sesión)</i>	<i>Intervenciones y preguntas (realizadas en la sesión)</i>
<i>Posibles preguntas (en la siguiente sesión)</i>	
<i>Dudas</i>	
<i>Próxima cita:</i>	

Anexo 2.

Escala de Indicadores Femeninos para Establecer Relaciones de Pareja

Fecha: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Edo. Civil: (Marque con una X)

Soltera () Casada () Unión Libre () Divorciada () Separada ()
Viuda ()

Edad en la que inició su primera relación de pareja: _____ años.

Número de parejas a lo largo de su vida: _____

Tiempo de duración de su relación de pareja más larga: _____ _____
(Años) (Meses)

De qué tipo fue su última relación: (Marque con una X)

Noviazgo () Relación sin compromiso/ () Unión libre () Matrimonio ()
Abierta/ Free

Tiempo sin relación: _____ _____

INDICACIONES. Marque con una (X) la respuesta que considera va de acuerdo con su forma de pensar. No olvide contestar todas las preguntas.

		Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
1	Cuando se tiene una pareja hay que dejar de hacer cosas que antes se hacían.				
2.	Saludo a las personas con las que coincido comúnmente.				
3.	Todas las parejas son infieles por eso hay que evitar enamorarse.				
4.	Tengo habilidad para atraer a una persona.				
5.	Sonríó ante las personas que me gusta.				
6.	Es preferible estar sola a tener las responsabilidades que implica tener una pareja.				
7.	Expreso con detalles o palabras, mis sentimientos a las personas que me gustan.				
8.	La experiencia enseña que es mejor estar sola.				
9	Cuando alguien me atrae me esfuerzo en mi arreglo personal.				
10	La vida de soltera es mejor que la de casada.				
11	Soy coqueta con las personas que me gustan.				
12	Tener pareja es aceptar que te controlen.				
13	Soy capaz de conquistar a alguien que me gusta.				
14	Permito la cercanía física de los demás.				
15	Una pareja obstaculiza el desarrollo profesional o laboral.				
16	Tener una pareja implica dejar de ver a los amigos.				
17	Mi forma de ser resulta interesante a personas del sexo opuesto.				
18	Comparto intereses con personas que me atraen.				
19	El trabajo impide tener pareja.				
20	Tener un trabajo bien pagado es mejor que tener pareja.				
21	Es preferible una aventura amorosa que atarse de por vida.				

		Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
22	Es mejor estar sola que mal acompañada.				
23	Las relaciones de pareja sólo traen problemas.				