

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

MALTRATO INFANTIL PARENTO-FILIAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
M A E S T R A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A:

PENÉLOPE BENÍTEZ DE LOS SANTOS

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. JAIME MONTALVO REYNA
FES IZTACALA-UNAM

COMITÉ TUTORIAL: DRA. JUANA BENGOA GONZÁLEZ
FES ZARAGOZA-UNAM

MTRA. NORA C. RENTERÍA COBOS
FAC. PSICOLOGIA-UNAM

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
FES IZTACALA-UNAM

MTRA. C. SUSANA GONZÁLEZ M.
FES IZTACALA-UNAM

MÉXICO, D.F.

AGOSTO, 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIA

*A mis padres, Alfredo e Irene, por su esfuerzo y dedicación para ser unos padres
suficientemente amorosos y buenos.*

A Erick, compañero, amigo, equipo y gran esposo.

A Keri Michelle y Yarel David, mi alegría, mi familia.

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM:

Por ser mi casa de estudio donde aprendo a ser autónoma en mi pensamiento e incluyente de las distintas formas de contemplar la vida y que en esta ocasión me ha brindado la oportunidad de desarrollarme profesional y personalmente, y con ello ser partícipe en construir una cultura de calidad de vida en mi amado México.

Gracias a mis profesoras/es durante mi formación en la Residencia de Terapia Familiar:

Ofe, Xóchitl, Susi, Lulú, Arturo, Diana, Laura, Argelia, Alexis, con su experiencia y compartir, me han permitido saber mis equivocaciones, descubrir mis capacidades, alertar mis sentidos, enfocar mis talentos y tenerme paciencia al aprender distintas maneras de conocer y descubrir cómo es que conozco.

A ti Mtro. Jaime:

Mi gratitud para contigo por tus lecciones, tu confianza, tu calidez, principalmente en mi situación del embarazo, y así con tu apoyo incondicional pudiera culminar este éxito.

A ti Mtra. Yanis:

Gracias por haberte tomado el tiempo y dedicación para haber revisado mi tesis. Aprendí mucho de tus observaciones, a tal grado que para mí, hacer las correcciones fue poder aclarar conocimientos pendientes y enriquecer mi formación como terapeuta.

A ti Mtra. Nora:

Gracias por hacerte presente en mi vida, por tu apoyo profesional, tiempo y disposición.

A mis amigas y amigo de la Residencia:

Abby, Cathy, Diana, Isra, Jessy, Lau, Lupita, Rosy y Rox, ha sido genial tenerlas como amigas y compañeras de vida. Sin cada uno de ustedes a mi lado, todo hubiera sido distinto. En especial gratitud a mi equipo terapéutico quienes fueron mi sostén, mis maestros, mi alegría.

Agradezco también a cada persona y familia que me han brindado la oportunidad de conocer un espacio de su vida y me han enseñado a aprender a ser una terapeuta con un sentido humano, responsable y con bondad.

Infinitas gracias a todos los autores revisados en el proceso de realización de esta tesis, por la aventura a formas distintas de contemplar el existir y cuyos conocimientos son invaluable para mí.

A mis padres:

Desde pequeña me han enseñado a saber que puedo y con su ejemplo de lucha me han alentado a dar lo mejor en cada paso de mi vida, me han hecho sentir amada y bendecida. Ahora les digo, ¡*gracias con toda el Alma!*, por su compañía, sus enseñanzas, su entrega incondicional y amor, para que haya podido culminar esta etapa de mi vida, ¡sin ustedes hubiera sido menos fácil!

A mi esposo:

Tu ejemplo y apoyo ha sido motor para poder lograr esta meta. Gracias, también, por la hermosa familia que hemos construido y donde aprendemos a ser padres.

A mis hermanas y hermano:

Juli, Yaz, Fredy, Angelita y Dani, saberlos a mi lado me ha dado fuerza y motivación, gracias por ser quienes son.

A mi familia:

Karen, Alan, Poncho, Rafa, Eva, Santiago, Iván, Lili, Ángel, Evagne, Fredy y Rosita, gracias por su paciencia, su alegría, sus enseñanzas y su disposición para cuidar de los pequeñitos y poder contar con tiempo para la realización de esta tesis.

A Dios:

Tú eres en mí y yo en ti, gracias Padre por acompañarme y guiarme para darle un sentido y un valor a mi labor profesional.

INDICE

Introducción	1
PARTE I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	
1.1 Análisis del campo psicosocial y problemáticas en las que incide el trabajo en terapia familiar.....	2
1.1.1 Características del campo psicosocial	2
1.1.2 Principales problemas que presentan las familias	8
1.1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativas para abordar la problemática señalada.....	12
1.2 Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.....	16
1.2.1 Descripción de los escenarios.....	16
1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios	18
1.2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico	19
PARTE II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Análisis del marco teórico-epistemológico que sustenta el trabajo	22
2.1.1 La terapia familiar sistémica y sus fundamentos epistemológicos	22
2.1.2 La terapia familiar posmoderna	33
2.2 Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y posmoderna.....	38

PARTE III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	
3.1 Habilidades clínicas terapéuticas.....	77
3.1.1 Trabajo clínico con familias	77
3.1.2 Descripción y análisis de la intervención realizada con las familias “Ramos” y “Paz”	79
3.1.2.1 Familia “Ramos”	80
3.1.2.2 Familia “Paz”	88
3.1.3 Discusión teórica sobre el maltrato infantil parento-filial.....	101
3.1.4 Análisis y discusión teórico-metodológica del trabajo clínico con las familias “Ramos” y “Paz”	112
3.1.5 Análisis del sistema terapéutico total	126
3.2 Habilidades de investigación	129
3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento.....	142
3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional	144
PARTE IV. CONSIDERACIONES FINALES	
4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	152
4.2 Incidencia en el campo psicosocial.....	153
4.3 Reflexión y análisis de la experiencia	154
4.4 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo	155
BIBLIOGRAFÍA.....	156

INTRODUCCIÓN

La Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica forma parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM. Tiene como objetivo formar profesionistas de la psicología de alta calidad en el campo de la salud, a través de una formación teórica-práctica supervisada en diferentes escenarios clínicos, que promuevan una visión integrativa para abordar problemas interaccionales entre individuo y sistemas familiares. Asimismo, desarrollar habilidades para llevar a cabo investigación aplicada, favoreciendo la formación de actitudes de servicio acorde con las necesidades sociales.

El presente reporte de experiencia profesional titulado “Maltrato infantil parento-filial”, describe y analiza los fundamentos teórico-epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna así como las actividades realizadas durante la Residencia. Pone especial énfasis en el análisis teórico-metodológico de la intervención realizada en dos casos clínicos vinculados a situaciones de maltrato infantil parento-filial, en el interés de conocer cuáles son los elementos que tiene que tomar en cuenta el terapeuta al tratar un caso de maltrato infantil desde una perspectiva sistémica, y cómo lograr que tanto los cuidadores como los niños puedan hacer uso de sus recursos resilientes ante el maltrato.

La lectura del presente escrito es una invitación a la apertura de nuevas posibilidades de conocer y comprender la práctica terapéutica, en el entendido de que el mundo, sus discursos y sus realidades cambian constantemente y nada está absolutamente definido.

PARTE I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y PROBLEMÁTICAS EN LAS QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR.

1.1.1 Características del campo psicosocial.

La palabra México proviene del náhuatl: *Mēxihco* [en el ombligo de la luna], es un país lleno de riquezas naturales, diversidad étnica y gente multifacética. Según INEGI (2012), en el censo de población y vivienda realizado en el 2010, el número de habitantes asciende a 112 336 538, cifra que nos coloca en el lugar 11 a nivel mundial. Esta realidad reclama una puntual organización y planteamiento del manejo de la economía del país por las consecuencias que se derivan de ello.

En este punto, el progreso económico de México como nación está sujeto a un proyecto de globalización consistente en la creciente integración de las distintas economías nacionales en una única economía de mercado mundial. De tal forma que el crecimiento económico de México depende de la Banca Internacional, principalmente de la de Estados Unidos de América. Para ejemplo de ello, en el Economista (2013), el director general de Investigación Económica del Banco de México (Banxico), Alberto Torres García, señaló que “la economía nacional comenzó a desacelerarse a partir del tercer trimestre de 2012 y esto se hizo evidente en las cuatro regiones del país, debido al debilitamiento de Estados Unidos y un menor dinamismo en el gasto público”.

Eric Maskin, premio nobel de economía 2007 en entrevista con Langner señala que:

Las crisis financieras surgen del conflicto existente entre los deseos de los bancos y lo que resulta bueno para la sociedad. Las instituciones bancarias toman riesgos como parte del negocio de hacer dinero. Esto está bien si se limitan los peligros al banco, el problema es que las eventualidades no están limitadas a los bancos. Si ellos toman una mala decisión que, en consecuencia, les afecte, dañan también a los demás, haciendo recaer ese daño en la economía de la sociedad (Maskin en: Langner, 2010, p. 49).

Al tener México una economía globalizada se requiere que sus habitantes sean competentes en aptitudes y actitudes para poder adaptarse a los constantes y rápidos cambios que se crean al estar en un mundo globalizado, y así pueda elevarse la productividad y mejorar el nivel de vida; para alcanzar esos objetivos será fundamental que la población mexicana cuente con una educación de calidad. Desafortunadamente, las estadísticas revelan que un significativo porcentaje de la población no tiene acceso a la educación; existe deserción de las instituciones educativas en muchas regiones del país; y en algunas regiones rurales, las instalaciones escolares son precarias y solamente se cuenta con un maestro para dar atención a toda una población.

Con respecto a esto, el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (2010) reportó que en 2008 de cada cien niños de seis a once años, 98 asisten a la escuela; lo anterior es cierto sólo para 89% de quienes tienen cuatro y cinco años; para 92% de los de 12 a 14, y para 65% de los de 15 a 17 años. Las cifras de los niños que no asisten a la escuela son significativas: poco más de 480 mil, para niños de cuatro y cinco años. Casi 240 mil en niños de seis a once años, 574 mil en niños de 12 a 14 años y 2.4 millones de adolescentes de 15 a 17 años. También se señala que el 98.3% de niñas y niños de seis a once años de edad asiste a la escuela primaria, pero que a pesar de ello sólo seis de cada 10 alumnos logran terminar ese nivel educativo en los ciclos escolares normativos. Los demás ocupan un mayor tiempo para cursar la primaria o abandonan las aulas. En primaria el problema es la repetición y en secundaria el abandono de los estudios. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (2007), se estima que de la población de seis a once años, a nivel nacional, aún no asiste a la escuela entre 1 y 2% por motivos de trabajo agrícola o debido a impedimentos físicos.

Entre los aspectos favorables en materia educativa, según el INEGI (2006, 2013a), tenemos que el porcentaje de mujeres analfabetas bajó de 29.6% en 1970 a 11.3% en 2000 y a 8.1% en 2010. Esto es importante porque el nivel de educación de las madres tiene un impacto directo, no solo en la sobrevivencia de los niños, sino también en su salud en general y la nutrición en particular. Otro indicativo, de acuerdo al INEE (2010), es que el porcentaje de niñas de 5 a 14 años que asisten a la escuela se incrementó de 60.7%

en 1970 a 93.7% en 2005, aspecto que es muy favorable porque a través de la educación se pueden transformar los patrones y premisas rígidas con respecto a los roles de género, a lo que debe ser y hacer una mujer, y a lo que debe ser y hacer un hombre, para fomentar una cultura a favor de la dignidad y equidad.

En este panorama breve sobre las condiciones educativas de niños y adolescentes en México, nos percatamos que existe el reto de la oportunidad de la educación, es decir, poder contar con los medios económicos, estructurales y tecnológicos para que niños y adolescentes concluyan el nivel básico y medio básico, mínimamente. Maskin, en entrevista con Langner (2010, p. 49) puntualiza que “pobreza, educación e investigación están relacionadas entre sí. La llave para impulsar el desarrollo es a través de la formación. La razón por la cual persiste la pobreza, es que la gente no tiene oportunidades, pues no se les han brindado las herramientas para aprovechar todas las posibilidades que el mundo global provee”.

El contar con la oportunidad de educación de calidad no solo equivale a poder ser competitivos en un mundo globalizado, sino también al desarrollo de una conciencia sobre el sentido del ser humano que conlleve el reconocimiento de los valores humanos y permita una convivencia social equitativa entre hombres y mujeres, igualitaria y justa en la aplicación de los derechos y obligaciones, así como respetuosa y tolerante ante la diversidad de credos y prácticas de vida.

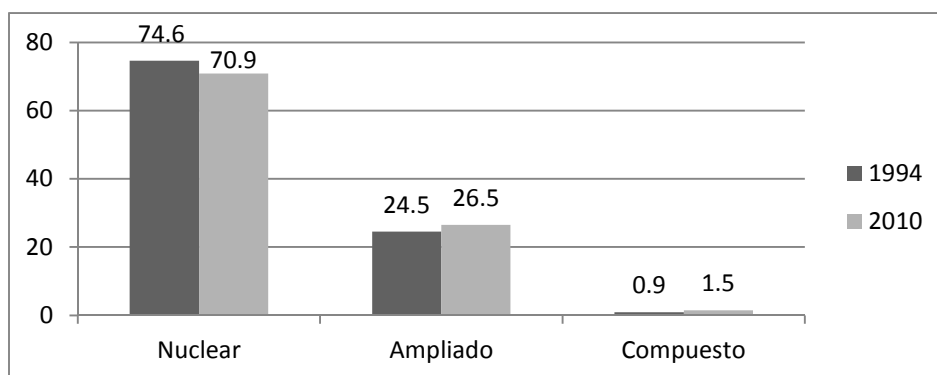
Uno de los principales lugares donde la educación se vuelve fundamental es en la familia, porque es en ésta donde generalmente se inicia el proceso de crecimiento y desarrollo de un ser humano, es donde se despliegan lazos de afecto, solidaridad y empatía, se transmiten valores y se crea una conciencia social, se configura la división del trabajo de acuerdo a necesidades, normas culturales y características de los integrantes. Maldonado (2003) define a la familia como el grupo social en el que hay permanencia, pertenencia, interacción significativa. Tiene historia y expectativa de futuro, y facilita la transmisión transgeneracional de cultura y valores.

En México, este grupo social ha cambiado tanto en su composición como en sus relaciones de cercanía y de comunicación debido a los avances científicos y tecnológicos, a la situación político-económica del país, al incremento demográfico, a los cambios en los patrones de comunicación y de los valores, a la aceptación cultural de la diversidad, a los movimientos sociales, principalmente.

Para análisis estadísticos, se han derivado tres clases de hogares de familia de acuerdo a la composición familiar, misma que parte de las relaciones de parentesco que se establecen entre el jefe y los miembros del núcleo familiar, los cuales son:

- Hogares nucleares:
 - a. Biparental, formado por la pareja con al menos un hijo.
 - b. Monoparental, formado por el jefe/a con sus hijos.
 - c. Pareja sin hijos.
- Hogar ampliado: Consanguíneo, formada por el jefe/a y otros parientes.
- Hogar compuesto: formado por el jefe/a, otros parientes y personas que no guardan ningún parentesco con el jefe/a.

La gráfica 1 muestra la distribución porcentual de los hogares familiares según su clase, comparando los resultados arrojados en los censos de población y vivienda de 1994 y 2010 (INEGI, 1999, 2010a y b).

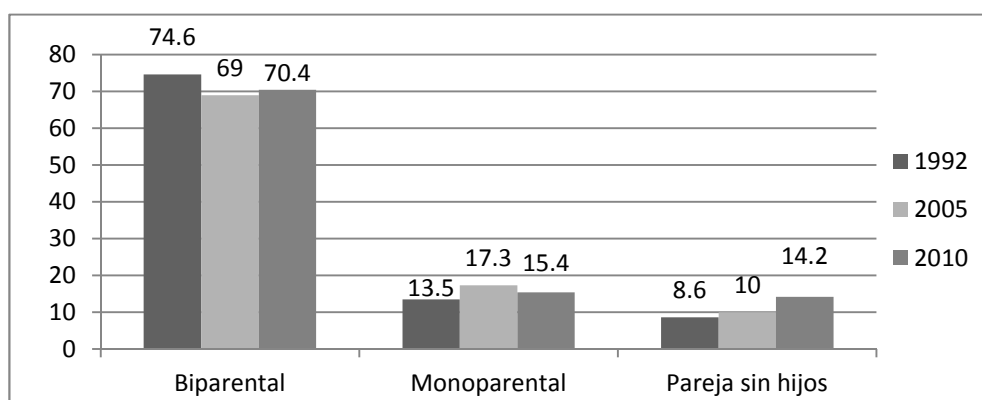


Nota: La suma puede ser menor a 100 debido al no especificado.

GRÁFICA 1. Distribución porcentual de los hogares familiares según su clase.

Como notamos, tanto en 1994 como en 2010 los hogares nucleares predominan; en segundo los ampliados, y por último los hogares compuestos. También se distingue una diferencia mínima entre porcentajes de cada clase, marcándose en el año 2010 una disminución del porcentaje de hogares nucleares e incrementándose los hogares ampliados y compuestos.

La gráfica 2 muestra la distribución porcentual de los hogares familiares nucleares según su tipo, comparando los resultados reportados en los censos de población y vivienda de 1992, 2005 y 2010 (INEGI, 2005, 2013b).



Nota: La suma puede ser menor a 100 debido al no especificado.

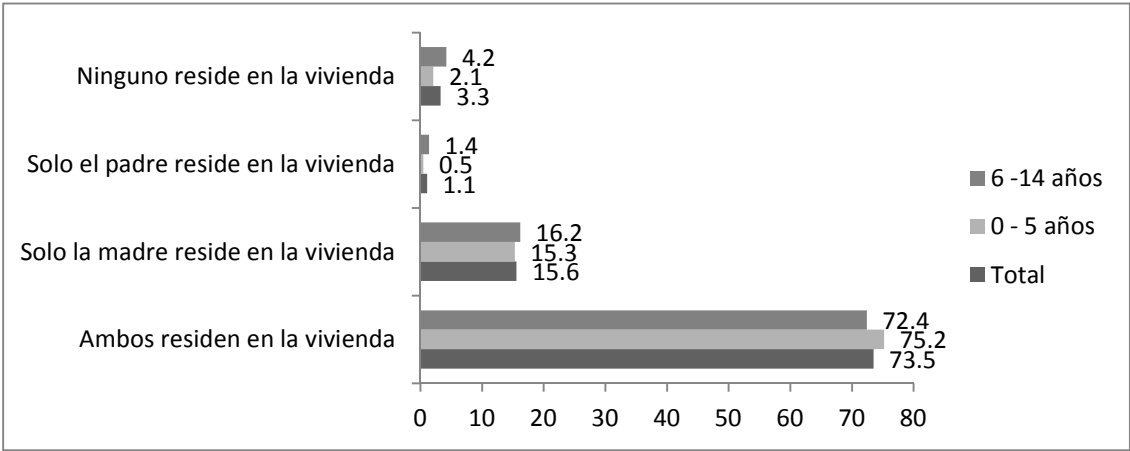
GRÁFICA 2. Distribución porcentual de los hogares familiares nucleares según su tipo.

En México, los hogares familiares biparentales de 1992 para 2010 han disminuido en un porcentaje poco significativo. El número de hogares monoparentales en 2005 tuvo su mayor índice con 17.3%. Y finalmente, el número de hogares sin hijos, ha ido en incremento, en 1992, correspondió a 8.6%; en 2005 al 10% y en 2010 al 14.2% de la población.

En los últimos años, las familias son más pequeñas y aspectos asociados a la migración, viudez, divorcios y separaciones ocasionan que el número de mujeres que dirigen un hogar sea mayor. Según el INEGI (2013b), las jefas del hogar, en su mayoría (57.1%) se encuentran separadas, divorciadas o viudas, 13.8% son solteras y 29.0% están casadas o en unión libre.

De acuerdo con Herrera (2011), los hogares encabezados por mujeres se han incrementado rápidamente en el último cuarto de siglo, al pasar de poco menos de uno de cada ocho en 1976 a más de uno de cada cinco en el 2000. La jefatura femenina es un fenómeno fundamentalmente urbano (ocho de cada diez jefas residen en estos contextos) y se concentra en etapas tardías del ciclo vital, ya que cerca de seis de cada diez hogares con jefatura femenina corresponden a mujeres que tienen 45 años o más, esto implica el que ya se tiene una familia conformada y son ellas las que se encargan de la educación y formación de las y los hijos, de las labores domésticas y, aparte, de sus empleos. Algunos de los datos más significativos en cuanto a las mujeres trabajadoras, sólo para poner un ejemplo, son sus condiciones familiares, donde la responsabilidad de los hombres en las tareas domésticas sigue siendo mucho menor que la de las mujeres, lo cual significa que éstas enfrentan dobles y triples jornadas de trabajo.

Otro aspecto que resulta importante destacar es la identificación de ambos padres al interior del hogar. La gráfica 3 muestra que según el censo de población y vivienda de 2010, 73.5% de los niños menores de 15 años cohabita en el hogar con ambos padres, 15.6% sólo con la madre, 1.0% sólo con el padre y 3.3% ninguno reside en la vivienda. Al desagregar en dos grupos de edad a esta población, de 0 a 5 y de 6 a 14 años, resulta que en este último grupo, es mayor el porcentaje de niños que viven en un hogar en el que ni la madre ni el padre están presentes (INEGI, 2010b, 2013b).



GRÁFICA 3. Distribución porcentual de la población infantil (0 a 14 años) en hogares censales según condición de presencia de los padres.

1.1.2 Principales problemas que presentan las familias.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Familia y Vulnerabilidad de 2007, realizada por el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia y el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, los principales riesgos que enfrentan las familias mexicanas son los problemas económicos, la falta de convivencia y de comunicación, y el maltrato (INFONACIONAL, 2009).

Un nivel socioeconómico bajo puede crear inestabilidad, inseguridad e incertidumbre en todos los integrantes de la familia. Los adultos no encuentran las maneras de ejercer su responsabilidad económica y los niños no tienen la certeza de recibir lo indispensable para su supervivencia. Las limitaciones económicas también propician el hacinamiento, donde varios miembros de una familia extensa llegan a cohabitar en un solo espacio. Esto puede favorecer, en muchas ocasiones, la promiscuidad y el abuso que lastiman la percepción que los niños pueden tener de sí mismos. Otra de las consecuencias de la baja economía puede ser la criminalidad ejercida por uno o ambos padres, lo que puede convertirlos en figuras ausentes, y promueve, junto con las carencias, un gran sentimiento de temor y de vulnerabilidad en todos los niños (Rivas, 2007).

Por otra parte, la convivencia en la familia disminuye cuando ambos padres trabajan, con el propósito de lograr una estabilidad económica, y por otro lado, existe un creciente involucramiento de la mujer en el trabajo profesional, lo que le implica crear las condiciones necesarias para que sean compatibles la vocación de madre y la vocación de profesionista, con la interrogante implícita de cómo conciliar vida profesional y laboral (Abascal, 2010). Cuando los roles que se establecen en la relación de pareja siguen un patrón tradicional, el hombre como proveedor y la mujer encargada de las tareas del hogar, sin una coparticipación en el cuidado de los hijos, esa situación puede llegar a propiciar sentimientos de depresión en la madre o de sentirse incapaz de dar respuesta por una postura de sumisión ante una figura amenazante, lo que desintegra el importante eje de apoyo que debe representar para sus hijos. Cuando la pareja no logra conciliar sus

diferencias y optan por el divorcio, muchas mujeres enfrentan el reto de ser papá y mamá a la vez, proveedoras y educadoras.

Otras de las problemáticas en la familia que aún no se logra erradicar es la violencia hacia la mujer. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (CONAPO, 2013), se estima que en México el 46.1% de las mujeres de 15 años y más han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de la relación con su última pareja. La violencia más recurrente es la emocional (42.49%), seguida por la violencia económica (24.5%), la violencia física (13.5%) y la sexual (7.3%). Por otro lado, de las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia, el 59% son mujeres casadas o unidas, el 25.7% alguna vez unidas y las nunca unidas representan el 15.3%.

El asunto de la violencia hacia la mujer madre de familia adquiere gran relevancia en la atención del mismo porque no solo la enmarca a ella como sujeto de la violencia, sino que circunscribe también a otros integrantes de la familia, entre ellos, los hijos pequeños. Según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (CONAPO, 2013), el 38.2% de las mujeres de 15 años y más, unidas o alguna vez unidas, ejercían violencia física hacía sus hijos cuando ellas sufrían algún tipo de violencia (emocional, económica, física o sexual) por parte de su pareja en los últimos 12 meses; en las mujeres sin incidentes de violencia este porcentaje disminuye a 19.3%. En razón de esto, a continuación se describen datos epidemiológicos sobre el maltrato infantil que se padece dentro de los hogares.

Breve panorama del maltrato infantil en México.

Los resultados derivados de las encuestas aplicadas en 16 países de América Latina y el Caribe –incluido México–, por parte de UNICEF y CEPAL (2009), plantearon que el maltrato físico y psicológico es socialmente aceptado como un método de educación, socialización y disciplina para los menores.

De acuerdo a la UNICEF, México mantiene la tasa más alta de pobreza y desnutrición infantil entre los miembros de la OCDE y ocupa los primeros lugares en violencia física, abuso sexual y homicidios de menores de 14 años, violencia infligida principalmente por

sus padres o progenitores. En su estudio "Violencia Infantil", el organismo internacional destaca que más de 700 niños son asesinados en México cada año, lo que implica dos homicidios diarios. En los menores de cuatro años, la muerte se presenta principalmente por asfixia, quemaduras, envenenamiento, golpes o negligencia, y entre los 5 a 14 años por golpe contuso, acuchillamiento o disparo de arma de fuego (Milenio Semanal, 2009).

De acuerdo al Instituto Nacional de las Mujeres (2009), el tipo de maltrato que se ejerce en contra de los menores está determinado por algunos factores familiares:

En el caso de los niños:

- El maltrato físico y físico severo es más alto entre niños varones que viven con otros familiares, y en donde no hay presencia de padre ni de madre (22.3% y 30.9%).
- El maltrato emocional es más común en hogares donde hay mamá y padrastro (61.6%).
- El maltrato por negligencia y abandono es más frecuente en los hogares donde vive el papá y la madrastra (22.4%).
- El abuso sexual tiene una prevalencia más elevada en los hogares de papá y madrastra (7.1%).

En el caso de las niñas es:

- El maltrato físico y físico severo presenta prevalencia más alta en las niñas que viven con otros familiares (25 % y 20%).
- El maltrato emocional por negligencia y el abuso sexual son más frecuentes en hogares donde viven mamá y padrastro (66.3%, 10.6% y 15.3% respectivamente).

Ramos (2009) señala que existe una diferencia entre el tipo de agresiones que sufren los niños de las que sufren las niñas, diferencia que probablemente no sólo tiene que ver con una diferencia biológica sino con un orden social sexista, y un desprecio hacia la mujer en un contexto de misoginia. En el que los abusadores asumen una identidad de género que les dice que pueden hacerlo con mujeres y niños, y desde un sentido de derecho de propiedad: ¡ella es mía! Entre los datos que ha encontrado, descubre que los niños

quienes recibe maltrato antes de los dos años, tiene una relación cercana con el agresor; después de los dos años de edad, el perpetrador no está tan cercano a la víctima y es más agresiva la manera en que recibe el abuso. Encontrando que en una población de 13 niños entre las edades de 2 a 3 años, el 85% la relación con el agresor era un familiar; y en una población de 12 niñas entre las edades de 4 a 5 años, el 93% la relación con el agresor era un desconocido. También encontró en esas mismas poblaciones, que a los niños se les provoca la muerte ante el abuso y a diferencia de las niñas, a éstas se les deja vivas.

La Secretaría de Seguridad Pública (2010), señala que en México el maltrato infantil carece de cifras oficiales que muestren la realidad del fenómeno. Al ser considerado como un problema doméstico, los casos de los que se tiene conocimiento son aquellos que derivan de una denuncia, sin embargo, se considera que por cada caso que conocen las autoridades, existen 100 más que no se registran, lo que revela la magnitud del problema; además, de los casos que son denunciados muy pocos reciben atención o seguimiento oportuno. Para ejemplo de ello, tenemos que para agosto del 2009 se habían presentado 268 denuncias por maltrato infantil ante la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), sin embargo, el sistema Locatel recibió durante el primer semestre de ese año, 486 llamadas con reporte de maltrato infantil: 230 relacionadas con niñas y 256 a niños, concentrándose en las delegaciones Iztapalapa, Gustavo A. Madero y Álvaro Obregón. La disparidad en las cifras que presentan ambas instituciones deja ver que no todos los casos llegan a ser denunciados ante instancias judiciales.

Lamentablemente, también se dan los casos que son denunciados pero en donde no procede la denuncia. El Universal.mx (2009), nos brinda un ejemplo claro de lo anterior, en el caso de “Santiago”, un menor atendido en el Hospital Pediátrico de Tacubaya y por la Fiscalía para Delitos contra el Menor de la Procuraduría del DF, descrito como un niño de un año y seis meses que presenta lesiones en cara, abdomen, espalda y tórax, así como raspaduras en todo el cuerpo. También presenta un cuadro de desnutrición severa por falta de alimentación –de acuerdo a su edad debía pesar 13 kg, pero solo tenía 9 kg- lo que podría generarle secuelas neurológicas y dificultades en su desarrollo motriz. A pesar de que Santiago presenta el síndrome del niño maltratado, no muestra la apatía general

que se presenta en estos casos, dijo José Luis Anguiano (asistente de la dirección del Hospital arriba mencionado), “es un niño ávido de cariño, que te ve y te abraza”.

Las autoridades determinaron que las lesiones que presentaba Santiago, síntomas claros de maltrato, eran “no graves”, por lo que fue dado de alta. Los médicos descartaron fracturas, pero encontraron huellas de maltrato anterior, entre ellas una raspadura en la nariz que pudiera dejarlo marcado para el resto de su vida. Tanto el padre como su pareja, presuntos responsables de las lesiones, podrían quedar liberados de los cargos e incluso llevarse el menor a casa, donde seguramente continuarían con el maltrato (Op. cit., 2009).

De acuerdo al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (2008), los principales responsables del maltrato suelen ser, en este orden: la madre, el padre, ambos padres, padrastro, madrastra, tíos y abuelos. Las estadísticas indican que poco más del 60% de las madres de familia que sufrieron maltrato, ahora maltratan a sus hijos. Por otra parte, debido a que la mayoría de los niños maltratados son devueltos a sus progenitores, muchos casos terminan con la muerte del menor por las lesiones infligidas. Para dicha institución, las principales causas que originan el maltrato se encuentran: en embarazos no deseados, producto de uniones extramatrimoniales, de uniones anteriores o por adopción.

Los hechos violentos tienen enorme repercusión en la salud de la población y en las instituciones encargadas de atenderla, no sólo porque es a estas instituciones donde llegan las y los afectados para atender las consecuencias de la violencia; sino porque este sector juega un papel clave en el diseño de intervenciones técnicas y humanitarias tendientes a paliar el sufrimiento de quienes son víctimas de la violencia en cualquiera de sus formas (Secretaría de Salud, 2006).

1.1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativas para abordar la problemática señalada.

Las problemáticas familiares antes abordadas plantean diversos retos que la sociedad organizada en conjunto con las instituciones públicas debe abordar. Desde el sector salud, en específico, de la asistencia psicológica, esa respuesta se compone de varias estrategias

de atención a nivel de prevención, tratamiento, intervención y rehabilitación, con el objetivo común de fomentar la calidad de vida de las personas, entendida ésta como el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida (Cabrera, Agostini, López y Victoria, citados en: Victoria, 2005).

Este propósito representa un reto enorme que implica a nivel social, un cambio en las estructuras de atención a las problemáticas familiares, una aplicación expedita de normas, leyes y reglamentos vinculados a las mismas y una transformación de las concepciones de usuarios y prestadores de servicios de salud para comprender las problemáticas que viven las familias mexicanas y contribuir a su prevención y control.

Por otra parte, en la atención terapéutica inherentemente está el propósito de resolver los conflictos de los seres humanos para que puedan lograr una existencia y realización plena. En el caminar de las prácticas terapéuticas, a lo largo de los años, han existido transformaciones tanto por las formas de entender y conocer lo que se entiende por “verdad y conocimiento”, así como por los desaciertos que se encuentran en el ejercicio de las mismas. Los caminos que se han tomado son infinitamente diversos, por lo que en particular trataremos uno de tantos caminos, que ha sido la Terapia Familiar Sistémica.

La Terapia Familiar Sistémica empieza a tener sus bases teóricas aproximadamente por los años cincuenta del siglo pasado, como: a) una contra respuesta a la filosofía mecanicista y positivista imperante en esa época que concebía a la enfermedad mental en términos lineales, con explicaciones históricas y causales del padecimiento; b) así como por los desaciertos que emergían en la práctica terapéutica enfocados a la exploración de la vida intrapsíquica del individuo, concibiendo a éste como el “asiento de la patología”, erigiendo una frontera artificial entre el individuo y su medio; c) indirectamente, por el desarrollo de nuevas disciplinas como la antropología y la sociología que desplazaron el foco de atención de los procesos intrapsíquicos a prestar atención a los procesos interpersonales y sociales, y d) por el desarrollo de la Ecología, la Cibernética, las teorías

de la Comunicación, y las Ciencias de los Sistemas que ponen las bases para un nuevo paradigma denominado Sistémico, en las ciencias de la conducta (Pereira, 1994; Hoffman en: Anderson, 1997; Instituto Bateson, 2013).

En este sentido, tanto en Europa como en Estados Unidos, diversos investigadores de diferentes áreas como psiquiatras, psicoanalistas, antropólogos y expertos en comunicación, consideraron e incluyeron a otros miembros de la familia en la explicación y resolución del problema de un individuo, aquí cabe señalar que principalmente, las investigaciones se realizaron en el trabajo con familias con un miembro esquizofrénico. Fueron muchos profesionales quienes dieron apertura a la Terapia Familiar, por lo que solo mencionaremos cuatro cuyo trabajo tuvo mayor trascendencia y relevancia para el desarrollo de la terapia familia.

- Nathan Ackerman, desde su trabajo como psiquiatra infantil, publica en 1937 su libro "The family as a social and emotional unit", abriendo con esto una puerta a la comprensión de la dinámica familiar en la patología del paciente.

- Murray Bowen, psiquiatra infantil, quien en 1954 ingresó al National Institute of Mental Health (NIMH) donde se le permitió tener a la madre durante la hospitalización del paciente con esquizofrenia. Se observó que las familias que ingresaban a terapia familiar conjunta presentaban mayores avances que las familias que continuaban en terapia individual (Bowen, citado en: Instituto Bateson, 2013).

- El Grupo de Filadelfia, capitaneado por Ivan Boszormenyi-Nagy, y que incluye a James Framo, Gerald Zuk y David Rubinstein, cuyas principales contribuciones fueron en 1965, *Terapia Familiar Intensiva*, pero quizá su trabajo más conocido sea el libro editado en 1973 *Lealtades Invisibles*, en el que desarrolla una teoría familiar basada en la ética y en la óptica transgeneracional (Pereira, 1994).

- El Mental Research Institute (M.R.I), es una de las instituciones de psicoterapia más emblemáticas de los Estados Unidos. Se fundó bajo la iniciativa de Donald Jackson, alrededor del año 1959 en la ciudad de Palo Alto, y es el lugar donde se gestó el modelo

sistémico de la terapia familiar como resultado del intercambio de las investigaciones realizadas con el grupo liderado por Gregory Bateson (Escuela Sistémica Argentina, 2013).

Por la década de los cincuentas del siglo pasado, en México la orientación dominante era la del psicoanálisis y se iniciaba el enfoque del Psicoanálisis Humanista que enseñaba Erich Fromm, siendo hasta 1972 y 1984, correspondientemente que se crean dos institutos para la formación de especialistas en la disciplina de Psicoterapia Familiar, los cuales son: el Instituto de la Familia, Asociación Civil, fundado por el Dr. Raymundo Macías, junto con sus colegas Roberto Derbez, Lauro Estrada y Leopoldo Chagoya; y el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A. C., fundado por el Dr. Ignacio Maldonado.

Este nuevo paradigma de trabajo psicoterapéutico comprende al individuo como una persona en una red de interacciones producidas en el seno familiar. El individuo es creador de realidades y comunicante en todo su ser, y el terapeuta no está exento de ello, por lo que su papel dentro de la terapia es determinante en el proceso de la misma.

Tiempo después, surgen los enfoques posmodernos en terapia familiar, que asumen que no hay una realidad única o universal, sino muchas maneras de entender las conductas, las interacciones y los eventos; el lenguaje sirve como vehículo primario para la transmisión de los significados y las comprensiones. Además ponen el acento en la supremacía de las relaciones humanas y en las ventajas de los enfoques no patologizantes del proceso terapéutico, a través de la conversación, se co-construye el significado y surgen otras opciones como posibilidades (Friedman, 2001; Limón, 2005).

En la actualidad, la Terapia Familiar Sistémica está conformada por una diversidad de perspectivas, donde cada terapeuta le da un matiz diferente, unos se centran en el conflicto, otros en la solución y otros en la estrategia. Por otra parte, los aportes de la terapia posmoderna, llevan a una profunda reflexión sobre las relaciones de poder que se manifiestan en la sociedad y que implícita o explícitamente son incorporadas en la práctica profesional terapéutica. Lo importante de ambas es que el pensamiento sistémico y relacional une voces que aparentemente están dispersas y se ofrecen como una alternativa de trabajo en la prevención e intervención terapéutica para la adaptación de la

familia en su propio ciclo vital y en su adaptación a la realidad social cambiante, incluyendo la comprensión de los diversos contextos en que se desenvuelve y desde sus propios marcos de realidad.

1.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO.

1.2.1 Descripción de los escenarios.

El trabajo clínico con las familias se llevó a cabo en los tres siguientes escenarios:

- *La Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FESI).*

Fue inaugurada en el año 2002 y se ubica en el primer piso del edificio de Endoperiodontología de la FESI, ubicada en Av. De los Barrios s/n, en el municipio de Tlalnepantla, Estado de México. Consta de un espacio para actividades de planeación o discusión y de un cubículo equipado para video grabar las sesiones terapéuticas, dividido por un espejo de visión unilateral, de un lado se observan las sesiones, y en el otro se crea la relación terapeuta-cliente. El equipo tecnológico con el que se cuenta es una línea telefónica con sistema de intercomunicación, video cámara, micrófono ambiental, video casetera VHS, pantalla de televisión y un equipo de cómputo. En la clínica se atiende a todo tipo de persona que requiera el servicio, y en caso de que la situación de la familia amerite la atención de otras disciplinas se les orienta dándoles la información pertinente. Generalmente, la población atendida es canalizada por la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), por el Departamento de Evaluación y Diagnóstico de la FESI y por instituciones educativas de nivel básico y medio básico. También se cuenta con un buzón exterior a la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, en donde la comunidad en general puede colocar su solicitud de atención.

- *La Clínica de Medicina Familiar “A”, del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).*

Se encuentra ubicada en Av. Chilpancingo s/n, esquina con la calle de Xalapa, en la Colonia Valle Ceylan, en Tlalnepantla, Estado de México. Mediante un convenio jurídico entre el ISSSTE y la FESI, se ofrece el servicio de terapia familiar supervisada, desde 1994, como parte de las actividades formativas del Diplomado en Terapia Familiar de la División de Educación Continua de la FESI. A partir del 2002 los estudiantes del programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la FESI, realizan en este lugar el trabajo clínico con las familias. Esta clínica dispone de un cubículo para video grabar las sesiones terapéuticas en el cual la relación terapeuta-cliente se lleva a cabo en presencia del equipo de terapeutas. La población atendida son derechohabientes canalizados por la encargada del área de psicología, misma que evalúa la pertinencia de tratamiento en terapia familiar.

- *La Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco.*

El CCH se encuentra ubicado en la Avenida Aquiles Serdán No. 2060, Colonia Ex Hacienda el Rosario, delegación Azcapotzalco, en la Ciudad de México. A finales del año de 2003 el servicio se proporciona en un salón ubicado en el edificio del SILADÍN, que fue equipado para otorgar el servicio de terapia familiar. Este salón cuenta con sistema de intercomunicación telefónica, videocámara, micrófono ambiental, video casetera VHS y televisión, lugar donde se ubica el equipo de terapeutas y la supervisión. Dicha sección se encuentra dividida, mediante un espejo de visión unilateral, del área de atención. La población atendida es canalizada por el Departamento de Psicopedagogía de la Institución, acudiendo los estudiantes o sus padres; también asisten empleados del área administrativa, intendencia y docentes. Los interesados llenan una solicitud, la cual es atendida por quienes brindan el servicio de terapia familiar.

1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios.

Uno de los supuestos teóricos que rigen la formación de terapeutas es que los sistemas están interrelacionados, se influyen y se retroalimentan, y están incluidos en un contexto más amplio. Podríamos decir que en el contexto social en el que están inmersos los tres escenarios clínicos, está consensuada y validada la terapia como algo positivo y benéfico; sin embargo, en cada escenario, la búsqueda de la misma puede tener propósitos distintos.

El escenario de la *Clínica de Terapia Familiar de la FESI*, está incluido en un contexto estudiantil profesional, con diversidad ideológica y teórica, en donde se imparten distintas formas terapéuticas, por lo que nos encontrábamos con motivos de consulta relacionados con evaluación psicológica, evaluaciones para juzgados, y en ocasiones, los solicitantes se sorprendían de que la atención pudiera incluir a varios miembros de la familia. En este escenario clínico se tiene la responsabilidad de solicitar una cuota mínima a la familia atendida, independientemente del número de integrantes que acudan, con el propósito de seguir equipando y manteniendo la clínica. La cuota pudiera crear un mayor compromiso en la familia por dar solución a su problemática.

La *Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE*, representa un espacio vinculado con el ámbito de la salud, de tal forma que los sistemas familiares podrían representar el acudir a terapia como el “estar sano”. Igualmente, el terapeuta tiene que reflejarse como un profesional de la salud, al usar su bata blanca. En otro aspecto, el vínculo con la psicóloga responsable del área de psicología es importante porque ella es quién tiene una entrevista inicial con las familias y aporta desde su percepción elementos sobre la familia y el interés de la misma para tomar terapia. Los casos atendidos eran de derechohabientes, por lo que hay una mayor responsabilidad social y administrativa en la atención de los casos por la Institución que se está representando.

El escenario de la *Clínica de Terapia Familiar del CCH* está vinculado con el ámbito juvenil, caracterizado por la búsqueda de definir su identidad, la relación de pareja y el proyecto de vida, por mencionar algunos aspectos. La atención de los alumnos dentro de la clínica

implica directa o indirectamente el apoyo en su rendimiento académico, ya que principalmente son remitidos por el Depto. de Psicopedagogía, a su vez, los profesores son quienes le canalizan los casos a ese departamento. En algunas ocasiones, es importante dar informe al profesor de la asistencia del alumno para que se le otorgue permiso de acudir a consulta. En este escenario existe una responsabilidad administrativa encaminada a dar informe del seguimiento de los casos atendidos a la responsable del Depto. de Psicopedagogía, y una responsabilidad social para crear un espacio seguro, efectivo y esperanzador para los alumnos.

1.2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.

El trabajo terapéutico se realizó dentro de un sistema de formación terapéutica denominado supervisión. Troya y Aurón (1988) mencionan que la supervisión es un espacio de integración teórico-técnico en el que se diagnostica a la familia y al sistema terapéutico, se deciden las modalidades de intervención adecuadas, se retroalimenta y acompaña al terapeuta para optimizar su desempeño en el sistema terapéutico y se da continuidad al proceso.

El sistema de formación terapéutica está constituido por subsistemas; de acuerdo a las mismas autoras, los subsistemas se organizan de la siguiente manera:

1. Sistema familiar + terapeuta = sistema terapéutico.
2. Equipo de supervisados + supervisor = sistema de supervisión.
3. Sistema de supervisión + terapeuta = sistema de terapeutas.
4. Puntos 1 + 2 = sistema terapéutico total.

El proceso de trabajo podríamos resumirlo de la siguiente manera:

El terapeuta en formación contacta vía telefónica a una familia que ha sido canalizada para su atención, con el fin de hacer de su conocimiento la forma de trabajo en la Residencia de Terapia Familiar y obtener su consentimiento. Una vez que la familia ha aceptado, se recaba una primera información sobre el motivo de consulta y antecedentes generales. Cuando la familia acude a las sesiones terapéuticas, en las Clínicas de Terapia Familiar de la FESI y del CCH, el sistema de supervisión se encuentra ubicado en uno de los espacios divididos por el espejo de visión unilateral y, en el otro, se encuentra el sistema terapéutico. En la Clínica de Medicina Familiar, sin el espejo unilateral, el sistema de supervisión se ubica detrás del terapeuta y de frente al sistema familiar, en algunas ocasiones esta forma de trabajo también se aplica en los dos escenarios anteriores.

Previamente a la sesión terapéutica hay un análisis y planeación del caso, dirigido por el supervisor y enriquecido por el equipo de supervisados. Una vez en sesión, el sistema de supervisión observa el trabajo del terapeuta en su relación con el sistema familiar y, en su transcurso, le imparte sugerencias a través de una pizarra o de teléfonos intercomunicados. Del otro lado, el sistema familiar se comunica verbal y analógicamente, recibiendo la información del terapeuta y retroalimentándolo también. Minutos antes de que finalice el tiempo de la sesión, el terapeuta se reúne con el equipo de supervisión y conjuntamente elaboran un mensaje de cierre de la sesión que será comunicado a la familia. En este momento, el terapeuta será el que considerará la pertinencia del mensaje, ya que el espejo de visión unilateral tamiza las emociones y el equipo de supervisión no puede distinguir cosas que el terapeuta sí. Posteriormente al mensaje dado, se agenda la siguiente cita.

La secuencia de la intervención terapéutica presentó consistencia en todos los escenarios donde se llevó a cabo la práctica clínica, mismo que se dividió en cinco momentos: pre-sesión, sesión, reunión del terapeuta con el sistema de supervisión, cierre y post-sesión.

El sistema de formación en competencias profesionales representa un proceso gradual en cada uno de los cuatro semestres; mi participación en el mismo, se conformó de la siguiente manera:

En el primer semestre, los diez alumnos de la maestría fuimos divididos en dos equipos para poder dar atención en los diferentes escenarios clínicos. Durante el primer semestre, mi equipo participó en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE como observadores del trabajo terapéutico desarrollado por compañeros alumnos del tercer semestre, quienes contaban con más experiencia práctica de la terapia familiar sistémica, y ello nos permitió conocer la supervisión en vivo y la relevancia que adquiere la observación y retroalimentación del papel del terapeuta.

En el segundo semestre, en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, como equipo tuvimos la función de terapeutas y junto con el supervisor formamos el sistema de supervisión, compartiendo la responsabilidad en todos los casos atendidos.

En tercer semestre, nuestro equipo realizó la formación terapéutica en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE y en la Clínica de Terapia Familiar del CCH, a la cual se incorporaron los alumnos de nuevo ingreso a la maestría como observadores de nuestra propia práctica clínica.

En cuarto semestre, nuestro equipo dio atención en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, los observadores dejaron de estar presentes y la supervisión redujo su participación, otorgándonos mayor responsabilidad en la atención de las familias.

PARTE II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANÁLISIS DEL MARCO TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO.

2.1.1 *La terapia familiar sistémica y sus fundamentos epistemológicos.*

Uno de los enfoques que desde hace 60 años ha adquirido gran relevancia en la atención psicológica de las familias es, la Terapia Familiar Sistémica. Se le conoce como enfoque sistémico por considerar a la familia como un sistema y conceptualizar los problemas en términos de relaciones, funciones y parámetros del sistema (Feixas y Villegas, 1990). La Terapia Familiar Sistémica se propone desde un marco epistemológico que coloca especial énfasis en la interacción y el contexto donde ésta ocurre al tratar con totalidades, a diferencia de una epistemología lineal o progresiva que hace referencia a una lógica analítica que proporciona explicaciones unicasales de los eventos psicológicos, los cuales obedecen a cadenas de causa y efecto.

A continuación revisaremos cómo se fue dando este cambio epistemológico para tener una mejor comprensión de la magnitud del mismo.

El origen etimológico de la palabra “epistemología”, proviene del griego *episteme*= conocimiento y *logos*= discurso. Se le considera una rama de la filosofía que estudia cómo se genera y se valida el conocimiento de las ciencias, tratando de dar respuesta a ¿qué es el conocimiento?, ¿cómo llevamos a cabo los seres humanos el razonamiento? y ¿cómo comprobamos que lo que hemos entendido es verdad?

Ceberio y Watzlawick (1998), señalan que a lo largo de la historia del conocimiento han existido diferentes paradigmas epistemológicos que pautaron la forma de conocer. Por ejemplo: en la Grecia Antigua, el hombre desde una visión antropocéntrica y organicista, explicaba los fenómenos de las enfermedades mentales a través de los humores del cuerpo y de distintas localizaciones en lo que él llamaba «soma». En el Misticismo,

explicaban los fenómenos atribuyéndoles un significado divino, y polarizando lo bueno y lo malo a través de la moral eclesiástica.

Es en el período del Renacimiento (finales del siglo XIV al XVII) donde se rompe con la escolástica y la tradición teológica como formas de obtención del conocimiento y surge la ciencia clásica o formal que pretende alcanzar el conocimiento de forma ordenada y sistematizada a través del método científico que estudia hechos objetivos, observables, medibles, cuantificables, verificables y predecibles. Se dice que en este periodo se da el descubrimiento del hombre por el hombre y el Yo pensante se convierte en el centro del mundo.

La ciencia clásica está caracterizada por fundamentarse en una epistemología lineal-progresiva, al tener como supuestos la existencia de una realidad tangible y objetiva, con causalidad lineal, que se puede fraccionar en partes sin perder sustancia (reduccionismo) y donde las instancias del observador y lo observado son independientes.

La ciencia clásica hoy en día sigue dando aportaciones a la humanidad, sin embargo, en el siglo XX se empezó a cuestionar sus postulados, Eguiluz (2001) hace referencia a algunos de ellos:

- *La objetividad.* Al hacer como válido este concepto se está considerando que existe un orden inalterable y el dato sensible o dato empírico es conocimiento verdadero, sin considerar la participación del observador; por lo que se cuestiona la idea de que exista un conocimiento completamente independiente del hombre que hace la formulación, pues el observador de acuerdo a su marco teórico será lo que detecte, es decir, lo detectado corresponde más al observador que al dato puro tal como se presenta en la naturaleza. Albert Einstein (1935, p. 67; citado en Eguiluz, op. cit.) ya decía: “La ciencia, como algo existente y completo, es la cosa más objetiva que el hombre conoce. Pero la ciencia en su hechura, es tan subjetiva y condicionada psicológicamente como cualquier otra rama del esfuerzo humano”.
- *La definición operacional de un objeto o evento.* Se cuestiona que la definición tenga un solo significado porque la palabra en sí, designa partes de la realidad y no tiene

referentes directos, lo que significa que entre la palabra y el objeto nombrado no hay relación directa y unívoca.

- *La cuantificación.* Se cuestiona que el cuantificar un evento no lo hace más verdadero, simplemente ayuda a su manejo. No nos dice cómo se comporta cada uno de los individuos, sino que simplemente señala el comportamiento del grupo en su totalidad.
- *La linealidad.* La mecánica newtoniana consideraba que una causa antecede a un efecto, pero el pensamiento lineal corre el peligro de generar el mito de una instancia sobrenatural de control.

El antropólogo y epistemólogo inglés Gregory Bateson (1904-1980) fue uno de los teóricos principales quien cuestionó la objetividad, la predecibilidad, el control, la linealidad, la verdad. De su libro “Espíritu y Naturaleza” (1982), resumimos algunos de sus argumentos sobre ello:

- *La percepción y la diferencia.* Toda percepción opera sobre la base de la diferencia y toda percepción de diferencia está limitada a un umbral, al umbral de lo que puedo conocer, es decir, mi conocimiento está en función del umbral de mi percepción, donde lo más pequeño es difícilmente distinguible. De esta manera, el conocimiento está en función de los umbrales medios de percepción con que contamos. En razón de ello, se puede decir que la ciencia indaga nunca prueba nada, porque lo que quiere probar es solo una percepción y no una realidad, o una verdad.
- *Nada puede provenir de la nada.* Un cero dentro del contexto puede ser significativo y alguien crea el contexto. En este sentido, en toda percepción o comunicación de una percepción hay una transformación, una codificación entre la cosa sobre la cual se informa. La verdad es una correspondencia entre lo descrito y la descripción, la verdad no puede ser asequible.
- *No hay experiencia objetiva,* sino subjetiva porque es el cerebro o el espíritu el que fabrica las imágenes percibidas, es el cerebro quien media el proceso de construcción y creación de las imágenes, y este proceso es inaccesible porque es inconsciente y sin libre albedrío. En tal medida, los objetos son creación mía y mi experiencia de ellos es

subjetiva, no objetiva. Lo que es consciente es el producto de los procesos, es decir, las imágenes y eso lo que se llamaría verdad.

- *La causalidad* no opera hacia atrás, pues ésta indica que a toda acción corresponde un efecto, una causa tiene un efecto. Desde la causalidad, una causa provoca un efecto. Desde la circularidad, el efecto puede ser un motivo de la causa.

El conocer cuál es nuestra epistemología que abarca nuestro ámbito personal y terapéutico, es importante porque nos permite entender y cuestionar nuestra forma de dirigirnos y estar en este mundo. Keeney (1998) señala que el cambio epistemológico es el más profundo que los seres humanos son capaces de manifestar, ya que significa transformar la propia manera de vivenciar el mundo.

La transición hacia una epistemología sistémica de los conflictos humanos tiene como fuentes teóricas importantes: la Teoría Cibernética, la Teoría General de los Sistemas y la Nueva Teoría de la Comunicación. Dichas teorías surgieron después de la segunda guerra mundial, época en la que se propiciaron grandes cambios sociales, económicos y políticos, y que a continuación revisaremos.

LA TEORÍA CIBERNÉTICA.

La teoría cibernética se conforma por las aportaciones de Norbert Wiener, matemático estadounidense quien en 1948 publicó su libro “Cibernética o el control y comunicación en animales y máquinas”; de Arturo Rosenblueth, investigador, médico y fisiólogo mexicano con quien Wiener escribió el libro “Conducta, finalidad y teleología”; y de Julian Bigelow, ingeniero americano.

Wittezaele y García, relatan que a finales de los años treinta:

Norteamérica entra en guerra [y Wiener], como los otros científicos, debe participar del esfuerzo común de lucha contra el enemigo. Los progresos de la aeronáutica, y en especial el aumento de la velocidad de los aviones, han dejado anticuadas las piezas de artillería antiaérea. Se encarga a Wiener que estudie la cuestión. Él se da cuenta que es necesario *integrar en el aparato de control* el tratamiento de todas las operaciones

necesarias. Así, con la ayuda del ingeniero americano J. Bigelow, Wiener se aplica a construir un aparato que permita tener en cuenta el desplazamiento del avión blanco (y las características de previsión que esto necesita), así como la reducción del error del tiro. Wiener dice: Bigelow y yo mismo llegamos a la conclusión de que un factor muy importante de la actividad voluntaria es lo que los ingenieros del control llaman *feed-back* (o retroacción). Cuando se desea que un movimiento siga un modelo dado (por ejemplo una trayectoria definida para que un misil alcance un blanco), la *desviación* entre este modelo y el movimiento realmente efectuado, es utilizada como un nuevo dato (*feed-back*) para hacer que la parte que se desplaza siga una trayectoria más próxima al movimiento previsto por el modelo (Wittezaele y García, 1994, pp. 57 y 58).

Marcelo Pakman explica que:

Wiener encontró que había tres elementos fundamentales que tales artefactos debían tener: entre los dos polos que una máquina tiene, a los que podemos llamar “entrada” y “salida”, o polo receptor y efector, debía haber un *sensor* que informara al mismo artefacto sobre el estado de los efectores, y un elemento que *comparara* dicho estado con un estado ideal o *meta*, generando así las correcciones necesarias para disminuir la discrepancia entre estado actual de los efectores y estado ideal (meta, propósito). La posibilidad de operar esa comparación entre la información provista por el sensor y la meta prevista implicaba un enlace *circULAR* de los elementos de la máquina y su *retroalimentación* con datos provenientes de su polo efector. Todo esto hubiera sido nada más que un avance en el campo de la ingeniería, si no fuera que el tratamiento teórico, conceptual, del fenómeno resultó útil no solamente para construir máquinas basadas en esa comprensión, sino para explicar sistemas biológicos, naturales (Pakman en: Von Foerster, 1996, p.20).

Fueron Gregory Bateson y Margaret Mead quienes llevaron las nociones de la cibernética al campo de las ciencias sociales. Keeney (1998) menciona que a juicio de Bateson la cibernética podía proporcionar una base epistemológica y un lenguaje apropiado para referirse al cambio personal y social.

Conceptos de la cibernética.

Retroalimentación (feed-back): es el método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. El control o acción correctiva es puesta en movimiento por la *diferencia*; en la jerga de los ingenieros, el sistema esta 'activado por el error', por cuanto la diferencia entre algún estado presente y algún estado 'preferido' activa la respuesta correctiva.

Retroalimentación positiva: se llama así cuando la acción correctiva o desviación es amplificante, es decir, lleva una dirección hacia el cambio.

Retroalimentación negativa: opera a modo de corregir o contrarrestar la desviación en una dirección distinta, es decir, lleva una dirección inversa a la del cambio inicial que la produjo, permitiendo la estabilidad.

Estabilidad y cambio: son dos entidades inseparables, porque no es posible cimentar un cambio si no se cuenta con un techo de estabilidad sobre él, y a su vez, la estabilidad descansa en los procesos de cambio que están por debajo. Por otra parte, los sistemas complejos envuelven una jerarquía recursiva de retroalimentaciones. Lo que a veces parece ser una "retroalimentación positiva" es en verdad parte de una retroalimentación negativa de orden superior. De tal manera que los procesos de cambio determinan diversos órdenes de estabilidad o de control.

Cambios de primer orden: son cambios continuos, cuantitativos y constantes en un sistema, que provocan una corrección de la desviación y conducen a un equilibrio estático (homeóstasis). Es un cambio que no cambia. Por ejemplo: el cambio de temperatura, el cambio de día a noche, y las soluciones que siempre se intentan y no modifican.

Cambios de segundo orden: son cambios discontinuos y cualitativos dentro de un circuito que amplifican la desviación y conducen a un acomodamiento de los procesos de desarrollo que impliquen la modificación de la misma (morfogénesis). Es un cambio del cambio porque cambian el conjunto de reglas que organizan y dirigen el orden interno de la estructura de un sistema. Por ejemplo: los cambios de velocidad en un auto.

Auto-organización del sistema: los sistemas cibernéticos tienen esta particularidad porque todos sus elementos constitutivos se hayan vinculados entre sí.

La importancia de la cibernética para la terapia familiar radicó en el hecho de que permitió considerar el comportamiento de los miembros de una familia en función de sus interacciones y el significado de estos comportamientos en su contexto, pasando así de lo intrapsíquico a lo relacional (Wittezaele y García, 1994).

Ahora bien, las ideas originales de la Cibernética evolucionaron al buscar entender “máquinas” o sistemas autoorganizadores, es decir, que no han sido organizados por nosotros, o que nosotros somos integrantes o participantes del mismo. Lo anterior conlleva a dos nociones: la de *autonomía*, el hecho de que estos sistemas están regidos por sus propias leyes, teniendo en consideración que están en interacción con un ambiente que posea orden y energía disponibles; y la de *autorreferencia*, una operación lógica por la cual una operación se toma a sí misma como objeto, por ejemplo, que el observador siempre participa en lo que observa (Pakman en: Von Foerster, 1996).

En el interés hacia el estudio de los sistemas autoorganizadores emerge la cibernética de segundo orden o “Cibernética de la cibernética”. El término fue acuñado por Heinz Von Foerster en el discurso a la “Sociedad Americana de Cibernética”, titulado “Cybernetics of cybernetics”, distinguiendo que la cibernética de los sistemas observados es una cibernética de primer orden; y la cibernética de los sistemas observantes es de segundo orden, pues estudia no solo el sistema o concepto cibernético, sino también al cibernista, es decir, al observador, como parte del sistema mismo.

A este respecto Von Foerster señala:

Si yo asumo que soy la única realidad, resulta que yo soy parte de la imaginación de algún otro que, a su vez, asume que *él* es la única realidad [...] podría resultar interesante subrayar que la realidad aparece como un marco de referencia consistente para al menos dos observadores. Esto se vuelve particularmente transparente, si nos damos cuenta de que mi “demostración” fue moldeada exactamente sobre el “principio de relatividad”, que esencialmente establece que si una hipótesis que es aplicable a un conjunto de objetos se sostiene para un objeto y se sostiene para otro objeto y se sostiene, entonces,

para ambos objetos simultáneamente, será entonces aceptable para todos los objetos del conjunto (Von Foerster, 1996, pp. 43 y 44).

De tal manera, que una realidad es realidad por ser construida por dos observadores que la definen como tal. En este sentido, el observador de un sistema lo puede estar validando o invalidando, de acuerdo a su propia observación o realidad que hace del mismo, y a su vez, el sistema observa al observador e igualmente lo valida o invalida de acuerdo a su propia observación o realidad que hace sobre éste.

Desde esta perspectiva, el observador de un sistema distingue, observa como distingue y puede observar como distingue que distingue. Es decir, hace una distinción de la distinción de la distinción.

Conceptos de la cibernética de la cibernética.

Doble descripción: es la yuxtaposición de las visiones correspondientes a los dos lados de la relación a fin de generar una idea de relación en su conjunto y totalidad.

Recursividad cibernética: es cuando A traza una distinción sobre B y B traza una distinción de la distinción trazada por A, y a su vez, A puede trazar una distinción de la distinción, de la distinción de B. Las distinciones siempre son trazadas sobre otras distinciones.

Complementariedad cibernética: se refiere a un modelo de relación en el que las descripciones de los individuos se amoldan mutuamente conformando una interacción, pasando de un orden de conducta a un orden de contexto.

Sánchez y Gutiérrez (2000) menciona que las implicaciones terapéuticas de esta nueva perspectiva fueron que el terapeuta no es ya un agente que opera cambios en el sistema familiar, sino que es un receptor de la realidad de la familia, siendo su función el introducir diferencias significativas que puedan facilitar el surgimiento de nuevas alternativas para lograr el objetivo terapéutico.

LA TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS.

La Teoría General de los Sistemas (TGS) ya estructurada, salió a la luz hasta el término de la Segunda Guerra Mundial, alrededor de 1947 y se atribuye formalmente al biólogo y filósofo austríaco Ludwing von Bertalanffy (1901-1972).

La TGS surge como parte del cambio paradigmático en la forma de conocer. Von Bertalanffy (1986) señala que la unificación de la ciencia está basada en la resolución final de todos los fenómenos en acontecimientos físicos; sin embargo para él, el mundo, o sea la totalidad de los acontecimientos observables, puede verse como una gran organización porque exhibe uniformidades estructurales que se manifiestan por rastros isomorfos de orden en los diferentes niveles o ámbitos. En este sentido, propone a través de la Teoría General de los Sistemas, la formulación y derivación de aquellos principios que son válidos para los “sistemas” en general, sea cual fuere la naturaleza de sus elementos componentes y las relaciones o “fuerzas” reinantes entre ellos.

Postulados.

De acuerdo con von Bertalanffy (1986), un *sistema* es entendido como “complejo de elementos interactuantes”. Interacción significa que elementos, p , están en relaciones, R , de suerte que el comportamiento de un elemento p en R es diferente de su comportamiento en otra relación R' . Si los comportamientos en R y R' no difieren, no hay interacción, y los elementos se comportan independientemente con respecto a las relaciones R y R' . Por otra parte, los elementos pueden distinguirse en tres tipos, a saber: de acuerdo con su número, de acuerdo con sus especies y de acuerdo con las relaciones entre elementos.

Los sistemas se clasifican en cerrados y abiertos:

Sistema cerrado: De acuerdo a la cinética, estos sistemas se encuentran aislados de su medio circundante, es decir, no entra ni sale de ellos materia. De acuerdo con el segundo principio de la termodinámica en un sistema cerrado, cierta magnitud, la entropía, debe aumentar hasta el máximo, y el proceso acabará por detenerse en un estado de equilibrio. De acuerdo al principio de equifinalidad, es decir, la tendencia a un estado final

característico a partir de diferentes estados iniciales y por diferentes caminos, en estos sistemas, el estado final está inequívocamente determinado por las condiciones iniciales.

Sistema abierto: De acuerdo a la cinética y termodinámica, en estos sistemas hay importación y exportación de materia con el medio circundante, constituyendo y demoliendo componentes, sin alcanzar, mientras la vida dure, un estado de equilibrio químico y termodinámico, sino manteniéndose en un estado uniforme, es decir, la composición del sistema se mantiene constante, a pesar del continuo intercambio de componentes. De acuerdo a la equifinalidad, en estos sistemas puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos.

Los conceptos utilizados por la TGS, han servido a los diferentes modelos en Terapia Familiar Sistémica para poder estudiar a las familias como totalidades y de esta manera, explicar los procesos autocorrectivos de éstas que buscan neutralizar “el ruido” y por lo tanto, impedir el cambio (retroalimentación negativa). Dichas explicaciones sirvieron en su momento, para crear conceptos como “reglas familiares”, “mitos familiares”, “patrones interactivos”, que intentaban dar cuenta de los procesos a través de los cuales, las familias neutralizan las intervenciones terapéuticas, así como para entender la aparición de un miembro sintomático, como un elemento que el sistema produce para impedir el cambio (Zavala, 2007).

LA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA.

En 1949, Claude Shannon y Warren Weaver proponen una teoría de la comunicación con bases tecnológicas, centrada en el estudio de las condiciones ideales para la transmisión de información y en los límites y las perturbaciones de los sistemas artificiales de comunicación, por lo que más adelante se le consideró como teoría de la información.

Es gracias a Gregory Bateson y a los diversos investigadores del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California, Estados Unidos, por quienes se fue perfilando la base conceptual del *modelo interaccional o pragmático de la comunicación humana*, centrado ya no en el estudio de las condiciones ideales de comunicación sino en el estudio de la interacción tal cual se da de hecho entre seres humanos.

Watzlawick, Beavin y Jackson (1981) en su libro “Teoría de la Comunicación Humana” proponen que la comunicación afecta la conducta y éste es un aspecto pragmático que se da como un fenómeno de interacción, donde lo que hace A afecta a B y todo lo que hace B influye sobre la acción siguiente de A, y que ambos sufren la influencia del contexto en que dicha interacción tiene lugar y, a su vez, influyen sobre él. Ahora bien, si observamos que la conducta *a* –cualquiera que sean sus “razones”- efectuada por un comunicante provoca la conducta *b,c,d*, o *e* en el otro, al tiempo que evidentemente excluye las conductas *x*, y *z*, entonces es posible postular un teorema comunicacional que implica secuencias de interacción humana que están gobernadas estrictamente por un complejo conjunto de reglas que se observan en la comunicación eficaz y se violan en la comunicación perturbada. En razón de lo anterior, con sus investigaciones dichos autores desarrollaron cinco axiomas exploratorios de la metacomunicación, que enseguida se señalan.

Axiomas.

Axioma 1. No es posible no comunicarse.

Axioma 2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.

Axioma 3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.

Axioma 4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación. Por el contrario, el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

Axioma 5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

A partir de los axiomas arriba señalados, Watzlawick, Beavin y Jackson examinan de qué maneras y con qué consecuencias puede verse distorsionada la comunicación humana; y otra de sus propuestas gira en torno al cómo está organizada la interacción humana.

La Teoría de la Comunicación Humana no pretende negar la realidad de lo intrapsíquico o de la validez de las teorías genéticas, hereditarias, metabólicas o de otro tipo acerca de la conducta humana, sino contribuir con una dimensión adicional para la utilidad clínica y terapéutica.

2.1.2 La terapia familiar posmoderna.

Para poder facilitar la comprensión y caracterización de los modelos de terapia familiar posmoderna es importante conocer cuáles son los fundamentos del período o filosofía conocida como modernidad, y de esta manera comprender cómo se han ido transformando las concepciones acerca del conocimiento y lo verdadero.

Podríamos pensar que el ser humano a lo largo de la historia se ha cuestionado sobre su existencia y sobre el mundo en el que existe, sin embargo, esto no ha sido del todo así. Orozco (2013) explica que el periodo comprendido entre el siglo III después de Cristo hasta René Descartes en el siglo XVII, se conoce como escolástico, es decir, el pensamiento cristiano fundamentado en las enseñanzas de Santo Tomás de Aquino, en ese periodo solo se repetía lo que decía Santo Tomás, si alguien cuestionaba eso se consideraba como pecado o se decía que no tenía razón. No se ponía en duda la fe y no se hacía experimentación, como hacen los científicos ahora para llegar a un conocimiento. Es Descartes quien se atreve a dudar profundamente, pero llega al dilema de que si duda de todo, de todo aquello que le han dicho, si duda de su cuerpo y de su pensamiento, no puede dudar de que esta dudando, porque si duda de que duda ya esta dudando; él no podía poner en duda su propia duda, porque si de algo estaba cierto es de que dudaba. Concluyó que si dudaba significaba que estaba pensando, porque evidentemente los animales y plantas no dudaban, pero él sí, por tanto pensaba, y si pensaba, de alguna manera tenía que existir.

Orozco (op. cit.) nos dice que para los pensadores medievales la existencia era parte de la esencia, en la esencia de Dios perfecto estaba la existencia, pero Descartes decía que dudaba de todo excepto de su existencia y que no requería de Dios para encontrar su existencia; por primera vez se centra el concepto de existencia en el hombre. Así se da el cambio a la modernidad, con las tres certezas del conocimiento: la duda, el pensamiento y la existencia, resumido en la frase “Dudo, pienso, por lo tanto existo”. No obstante, Descartes no solo se queda en que él es una cosa que piensa, sino que sabe que está tocando la mesa que pone en duda, a menos que un genio maligno como el demonio haga que dude de todo, sin embargo, Dios que es perfecto y por lo tanto bueno, no puede engañarlo, no puede permitir que el demonio lo engañe. Dios garantiza que el mundo existe por la fe y Descartes garantiza que existe por la duda, esto da paso al famoso dualismo de Descartes: alma-cuerpo, mente-cuerpo. Pensar por un lado que hay una sustancia inmaterial pensante que es el alma, y por otro lado, el cuerpo que es parte de la sustancia extensa o material porque en ella todo ocupa un lugar en el espacio. Desde este dualismo se desprende algo muy importante para Descartes, que de todo lo que hay en el universo puede dudar porque las ideas que tiene sobre las cosas son ideas oscuras y confusas, es decir, que no le quedan claras del todo. Para Descartes, todos estamos modificando permanentemente nuestras creencias oscuras, que son corregibles y que jamás se llegará a una certeza total respecto del otro, de nosotros y del mundo; ahí comienza la ciencia moderna porque siempre se tienen que probar las hipótesis, porque lo que yo creo puede no ser verdad, de esta manera, el concepto de ciencia es lo que admite que puede ser falso.

De acuerdo con Anderson (1997) el modernismo representa el ideal renacentista de la humanidad como centro y dueña del universo, y también los conceptos cartesianos de objetividad, certidumbre, cierre, verdad, dualismo y jerarquía. Pero también podemos pensarla como una forma de acercarse al conocimiento a partir de ciertas tradiciones histórico-culturales que le rodean y condicionan lo que pregunta, lo que entiende, lo que ve. En el modernismo, el conocimiento es representativo de un mundo objetivo, que existe con independencia de la mente y los sentimientos; es objetivamente observable y

verificable; y es universal y acumulativo. Desde esta perspectiva, el sujeto cognoscente es autónomo y separado de aquello que observa, describe y explica. El individuo que conoce es la fuente de validación de todo conocimiento. El individuo es privilegiado y el lenguaje es el medio para el conocimiento; es decir, el conocimiento se comunica a través del lenguaje. La función del lenguaje (palabras y símbolos, verbales y no verbales), igual que la del conocimiento, es ofrecer un cuadro correcto que represente el mundo y nuestras experiencias en el mundo, referido a lo que es real.

Continuando con Anderson (op. cit.), el modernismo ha elevado al terapeuta a la posición de un observador independiente con acceso privilegiado al conocimiento de la naturaleza humana, las personalidades individuales, la vida de relación, las conductas normales y anormales, los pensamientos, sentimientos y emociones. Este conocimiento permite a los terapeutas observar, describir y explicar objetivamente los comportamientos. Con esta autoridad de conocimiento y verdad, los terapeutas mantienen una posición dualista y jerárquica, y es así como su saber predomina sobre el saber marginal, cotidiano, no profesional de los clientes.

En el desacuerdo con estas concepciones en la práctica terapéutica, surgió una posición teórica diferente llamada Terapia Familiar Posmoderna que tiene sus bases en el constructivismo y el construccionismo social, que son dos posiciones filosóficas con coincidencias y diferencias, que a continuación revisaremos.

CONSTRUCTIVISMO Y CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

El planteamiento de base del constructivismo es que el individuo es una construcción propia que se va produciendo como resultado de la interacción de sus disposiciones internas y su medio ambiente y su conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción que hace la persona misma. Esta construcción resulta de la representación inicial de la información y de la actividad, externa o interna que desarrollamos al respecto (Carretero, citado en: Navarrete y Sánchez, 2005).

Las estructuras biológicas del sujeto cognoscente son críticas para el constructivismo; por ejemplo, la relación entre los procesos mentales interiores y las experiencias con el mundo exterior. Todo constructivismo pone el acento en el entendimiento del individuo. El constructivismo radical considera que la realidad es una construcción de la mente y pone el acento en la autonomía del propio ser y del individuo como productor de sentidos (Anderson, 1997).

Por otra parte, el construccionismo social se aleja de la idea de la mente constructora individual y cuestiona la noción del individuo autónomo. Para el construccionismo social, es el contexto interaccional y comunal el que produce significación; la mente es relacional, y el desarrollo de sentido es discursivo (Anderson, op. cit.). Gergen (2006, p. 24) lo expresa así: “todo lo que damos por real y bueno se considera –tanto si nos referimos a la ciencia como a la vida cotidiana- el producto de una relación humana”.

De acuerdo con el construccionismo social, los significados que atribuimos a las cosas, los acontecimientos, la gente, y a nosotros mismos, son el resultado del lenguaje que usamos: del diálogo social, el intercambio y la interacción que construimos socialmente. La comprensión ocurre dentro de una pluralidad compleja y en constante cambio de relaciones y procesos sociales, y dentro de dominios, prácticas y discursos locales y más amplios (Anderson, 1997).

Si yo digo “esta soy yo” o “eso es”, es porque el contexto donde estoy inmersa me ha “enseñado” a nombrar la realidad de cierta manera, y al nombrarla también la estoy interpretando y dándole un significado. Hoffman (en: Anderson, 1997) menciona que la realidad no existe “allí afuera” de modo independiente, sino que su sentido se concibe colectivamente. El conocimiento no es un producto del sistema nervioso individual, sino que surge de la viva y cambiante red de sentidos donde se insertan todos nuestros haceres.

Entre las coincidencias del constructivismo y el construccionismo social, encontramos que ambas: a) rechazan la noción del conocimiento como reflejo de una realidad ontológica, y definen el conocimiento como una construcción y b) rechazan la noción de que la mente

refleja la realidad. Ambos concuerdan con la afirmación del filósofo Richard Palmer (citado en: Anderson, 1997, p. 79) de que “la perspectiva que uno tiene sobre una persona es una función de los propios supuestos sobre la realidad”. Es decir, si me miro al espejo puedo decir “esa soy yo” porque estoy viendo la imagen, y con esta misma idea, pareciera que a lo que mire le puedo decir, “eso es”, simplemente porque lo veo. Sin embargo, las dos posiciones filosóficas arriba mencionadas nos dicen que detrás de poder decir “esa soy yo” o “eso es”, previamente tuvo que existir una construcción y unas bases de lo que yo considero realidad; y el cómo se da esa construcción, es la diferencia entre ambas posturas.

En lo particular creo que el modernismo y el posmodernismo son dos maneras de entender, de querer comprender, y la forma que adoptan está relacionada con el contexto social y cultural de ese momento. El modernismo da respuesta a muchas interrogantes y en específico, en el área de la salud permite grandes avances médicos, lo que me lleva a preguntarme ¿cómo sería la visión posmoderna en las ciencias médicas? Considero que los principios del modernismo nos han dejado grandes aportaciones científicas y tecnológicas, lo desafortunado es que sus planteamientos se proponen como verdades universales y no como producciones locales, cerrándose a otras posibilidades.

Gergen señala que:

Sólo poniendo todas las realidades entre paréntesis se pueden evitar todas las calamidades que derivan de la tendencia natural de las comunidades humanas a presentar lo que son sus realidades como algo bueno y necesario para ellas en toda ocasión o como algo indispensable y beneficioso para cualquiera, siempre y en cualquier lugar. El construccionismo [...] admite que la objetividad, la racionalidad y el bien proceden de una necesidad esencial. No nos sentimos culpables por el hecho de tener tradiciones, pues, sin ellas, tampoco dispondríamos de un mundo propio, preferimos reconocer las limitaciones de lo que existe, del mismo modo en que somos conscientes también de que nuestras tradiciones se inscriben en un mundo de realidades alternativas, concurrentes y contradictorias a las cuales resulta esencial acomodarse (Gergen, 2006, p. 31).

2.2 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.

EL MODELO ESTRUCTURAL

Representante principal.

El modelo estructural de terapia familiar ha sido desarrollado por Salvador Minuchin, médico psiquiatra nacido en Argentina en 1921, en el marco de una familia judía que emigró a los Estados Unidos al inicio de la década de los sesenta.

Origen y desarrollo.

La terapia familiar desde el modelo estructural, intenta modificar la organización estructural de la familia, que conlleva consecuentemente a modificar las posiciones y experiencias de sus miembros. De acuerdo con Minuchin (1989), esta propuesta teórica contrasta con otros modelos terapéuticos en los que:

1. El terapeuta se coloca en una posición de poder (hacerme obedecer), delimitando su relación con el cliente.
2. Evalúa solo al individuo.
3. Crea una intervención unidireccional.

Pasar de la visión del individuo como centro de un mundo psicológico hacia una visión de la familia como un sistema de interacciones, en el que el terapeuta se desenvuelve y se mira como parte de ese sistema familiar, no fue un salto sencillo.

Minuchin, Nichols y Lee (2007) mencionan que los primeros terapeutas se enfrentaron a la familia como un adversario. La llegada de la terapia familiar pudo haber sido un avance científico pero también había fondos morales y políticos. Por ejemplo, anteriormente la locura era ignorada, condenada o encerrada. Ahora estaba localizada en la familia donde la responsabilidad, o culpa, podían ser mostradas. Los terapeutas de familia rescataron a

los esquizofrénicos de las invalidaciones psiquiátricas al haber demostrado que su conducta de locura en un sentido era una solución desesperada de la familia. No era el paciente solamente, la familia completa estaba perturbada. Además, como Minuchin (1994, p. 39) bien señala: “la experiencia de sentarse con un individuo, o con grupos de adolescentes, no tenía nada que ver con el impacto que producía el encuentro con una familia”.

Principios básicos.

De acuerdo con Minuchin (1989), la terapia estructural sistémica se basa en tres axiomas:

1. La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción.
2. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
3. Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia del paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Terapeutas y familia forman en conjunto un nuevo sistema terapéutico que gobierna en la conducta de sus miembros.

La *familia*, de acuerdo con Minuchin (op. cit.), es concebida como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos y tiene tres componentes:

1. la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
2. la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración.
3. la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

También señala que la familia opera a través de pautas transaccionales, es decir, operaciones repetidas. Cuando una madre le dice a su hijo que beba su jugo y éste obedece, esta interacción define quién es ella en relación con él y quién es él en relación con ella, en ese contexto y en ese momento. Las transacciones repetidas establecen

pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Así, tenemos que la *estructura familiar* es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Los elementos propuestos para la evaluación de la estructura familiar son los siguientes (Minuchin, 1989; Desatnik, 2004):

1. *Subsistemas*: permiten la diferenciación de los miembros de la familia y el desempeño de funciones. Pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Entre los principales subsistemas están el conyugal, el parental, el fraterno y el individual.
2. *Límites*: están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Existen tres tipos de límites: claros, difusos y rígidos. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros.
3. *Jerarquía*: se refiere a los distintos niveles de poder que poseen los miembros dentro del sistema familiar, en los que aprenden habilidades diferenciadas y por tanto se hace una distinción de roles.
4. *Alianzas*: designa una afinidad positiva entre dos miembros de un sistema.
5. *Coaliciones*: hace referencia cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema; generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero. La oposición contra un tercero puede expresarse por medio del conflicto, de la exclusión, entre otras formas.
6. *Triángulos*: tienen como función dentro de un sistema equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas, es decir, el conflicto entre dos personas que se desvía a un tercero, dando por resultado el encubrimiento o la desactivación del conflicto.

Los *síntomas* de un miembro de la familia, según Minuchin (1989), son por lo general lo que conduce a una familia a terapia. Se trata del paciente identificado, al que la familia rubrica como “el que tiene problemas” o “el que es el problema”, pero los demás miembros también tienen una etiqueta o definición, en la que tal vez como contraparte, sean los “buenos” o los “sanos”. En base a esas definiciones cada miembro de la familia va construyendo y contándose una historia particular que tiene sus raíces en el mismo seno de esa familia, sin embargo, en ocasiones la familia no se ha percatado que esas definiciones les pueden limitar o abrir posibilidades. Será labor del terapeuta identificar la posición que cada miembro ha tomado o le han asignado en la familia y como esa posición está construyendo una historia particular. Minuchin (1989, 1994) claramente indica que el terapeuta considerará al paciente identificado simplemente como el miembro de la familia que expresa, del modo más visible, un problema que afecta al sistema en su totalidad.

El *cambio*, señala Minuchin (op. cit.), se produce a través del proceso de asociación con la familia y reestructuración de ésta en una forma cuidadosamente planificada, para poder transformar así las pautas transaccionales disfuncionales.

En este sentido, el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema. En primer lugar, una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio. En segundo lugar, el sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. En tercer lugar, el sistema familiar tiene propiedades de autooperpetuación y autoregulación, de tal manera que el proceso que el terapeuta inicia en la familia será mantenido aún con la ausencia del terapeuta.

El papel del terapeuta.

Minuchin (1989) menciona que la función del terapeuta de familia consiste en ayudar al paciente identificado y a la familia, facilitando la transformación del sistema familiar ante las pautas transaccionales que han bloqueado toda posibilidad de alternativas. Este proceso incluye tres pasos:

1. El terapeuta se asocia a la familia en una posición de liderazgo, que implica responsabilidad en lo que ocurre.
2. Saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente, con el fin de desarrollar objetivos terapéuticos.
3. Crea circunstancias que permitirán la transformación de esta estructura.

Para aliarse a un sistema familiar, el terapeuta debe aceptar la organización y estilo de la familia y fundirse con ellos. Debe experimentar las pautas transaccionales de la familia y la fuerza de estas pautas. El terapeuta entrará en un proceso de unión y acomodamiento. Unión cuando el terapeuta tiende directamente a relacionarse con los miembros de la familia o con el sistema familiar. Acomodamiento cuando pone el acento sobre las adaptaciones tendientes a lograr la alianza. Este proceso no puede ser unilateral: del mismo modo que el terapeuta se acomoda para unirse a la familia, la familia también debe acomodarse para unirse a él.

La comprensión y conocimiento de una familia de este modo íntimo y experimental constituye un elemento vital de la terapia familiar. Todo aquél que emprende una terapia familiar se ve constantemente presionado por la enorme dificultad que existe para transformar un sistema familiar. La familia se modifica solamente si el terapeuta ha logrado incorporarse al sistema de un modo sintónico a éste.

Técnicas de la Terapia Estructural.

Las técnicas están agrupadas en tres categorías: reencuadre, reestructuración y construcción de la realidad, mismas que se pueden aplicar simultáneamente y que a continuación se describen:

Categoría I: Reencuadre.		
<i>Objetivo:</i> Cuestionamiento del síntoma, con el fin de ampliar la definición del problema.		
<i>Técnica</i>	<i>Descripción de la técnica</i>	<i>Formas en que se puede lograr</i>
Escenificación	El terapeuta pide a la familia que dancen en su presencia, para poner en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia.	-Interacciones espontáneas. -Provocar interacciones. -Interacciones alternativas.
Enfoque	El terapeuta selecciona y destaca un aspecto de la interacción familiar y organiza los hechos de tal manera que posean pertinencia terapéutica.	
Intensidad	El terapeuta interviene de manera que la familia "oiga" el mensaje.	-Repetición del mensaje o de interacciones isomórficas. -Modificación del tiempo y de la distancia y resistencia a la presión familiar.
Categoría II. Reestructuración.		
<i>Objetivo:</i> Cuestionamiento de la estructura. Diferenciar y delinear las fronteras de los holones familiares a fin de hacer sitio a la flexibilidad y el crecimiento.		
<i>Técnica</i>	<i>Descripción de la técnica</i>	<i>Formas en que se puede lograr</i>
Fijación de fronteras	Modifica la participación de los miembros de diferentes holones. Regula la permeabilidad de las fronteras que separan a los holones entre sí.	-Crear distancia psicológica o proximidad. -Ordenamiento del espacio. -Prestar atención selectiva. -Con corolarios cognitivos.
Desequilibramiento	Modifica jerarquías de personas dentro de un holón. Cambia el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema.	-El terapeuta puede formar alianzas o coaliciones, o ignorar.
Complementariedad	Cuestiona la idea íntegra de jerarquía lineal. Permite que los miembros vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual.	Cuestionando: -el problema y la certidumbre del paciente individual. -el control lineal introduciendo reciprocidad. -el modo de recortar sucesos, ampliando el tiempo.
Categoría III. Construcción de la realidad.		
<i>Objetivo:</i> Cuestionamiento del modo en que la familia valida su realidad, para edificar un ordenamiento nuevo, dando una visión más flexible y plural.		
<i>Técnica</i>	<i>Descripción de la técnica</i>	
Símbolos universales	Aludir a valores o a premisas validadas socioculturalmente.	
Verdades familiares	Prestar atención a las justificaciones que la familia aduce para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento.	
Consejo profesional	Ofrecer una explicación distinta de la realidad familiar y basarla en su experiencia o conocimiento.	
Paradojas	Intervención que tiene como consecuencia lo opuesto de lo que se pretende. A través de una redefinición, prescripción, restricción, inversión o el coro griego.	
Lados fuertes	Hacer evidentes los recursos y logros de la familia o algún miembro.	

Cuadro 1. Técnicas de intervención de la terapia familiar estructural, adaptado de Minuchin y Fishman (1984) y Minuchin (1989).

EL MODELO ESTRATÉGICO

Representantes principales.

Los principales representantes de este modelo son Jay Douglas Haley (1923-2007) nacido en Wyoming, Estados Unidos y Cloé Madanes, nacida en 1945, Buenos Aires, Argentina. Madanes se unió al trabajo de Haley y juntos desarrollaron conceptos sobre la formación de terapeutas y dirigieron el “Instituto de Terapia de la Familia”, en la ciudad de Washington (Galicia, 2004).

Origen y desarrollo.

Es en 1973 cuando Haley propone una nueva forma de hacer terapia, enunciando:

Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. [...] El terapeuta ha de ser muy sensible hacia el paciente y su medio social. [...] No es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente (Haley, 2007, p.7).

En esta propuesta de Haley, se identifican tres influencias principales: su trabajo realizado con Gregory Bateson, la observación del trabajo de Milton Erickson y su participación en la “Philadelphia Child Guidance Clinic” al lado de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo.

En enero de 1953, Haley es empleado por Gregory Bateson para trabajar en el proyecto sobre la comunicación, mismo que operó en Palo Alto (más específicamente en Menlo Park) de 1952 a 1962. El proyecto era dirigido por Bateson y el grupo estaba conformado por Jay Haley y John Weakland, y con dedicación parcial como consultores psiquiátricos, Don D. Jackson y William F. Fry (Haley, 2005). El proyecto dio como producto la publicación de abundantes trabajos sobre la paradoja en la comunicación, la esquizofrenia, la hipnosis y la terapia (Galicia, 2004). Más aún, en el interés de Bateson por conocer en otros ámbitos lo relacionado con las paradojas que surgen en el proceso

de comunicación, dio plena libertad a Haley y Weakland para realizar la búsqueda (Haley, 2005).

En esta búsqueda, tuvieron un encuentro con Milton Erickson, quien por esos años era el psiquiatra e hipnoterapeuta más reconocido en Estados Unidos, pero sobre todo era famoso por su forma tan particular de hacer terapia, que se basaba en estrategias inusitadas y opuestas a los procedimientos psicoterapéuticos clásicos, de los que se diferenciaba no sólo por su originalidad operativa, sino también por sus eficientes resultados (Vargas, 2007).

En 1953, Haley asistió a un seminario sobre hipnosis, impartido por el Dr. Erickson. A partir de este seminario, el trabajo de investigación de Haley incluyó los aspectos comunicacionales de la relación hipnótica y junto con Weakland continuó visitando regularmente Phoenix, donde Erickson ejercía en forma privada (Haley, 2007).

El modo particular de Erickson para hacer terapia representó para Haley y Weakland un material clínico fundamental. Observaron que el gran terapeuta, de una manera intuitiva y empírica, había preparado y utilizado estrategias terapéuticas que venían a ser la aplicación directa y antecedente de muchas de las formulaciones teórico-prácticas que el grupo de Bateson y Jackson habían formalizado como modelos (Vargas, 2007). Pero Erickson no se preocupaba de conceptos tales como la homeostasis, la función o el desplazamiento del síntoma, para él la pregunta esencial era “¿de qué modo, como terapeuta, puedo inducir un cambio en la persona que está ante mí?” (Wittezaele y García, 1994, p. 253). De esta manera, al observar a Erickson, el punto de interés de Haley pasó del interés teórico sobre los elementos que se configuraban en la creación de una situación problemática, a cómo se producía un cambio terapéutico.

Otro aspecto que influyó sobremanera en su concepción terapéutica sobre la familia, fue su trabajo realizado en 1967 en la “Philadelphia Child Guidance Clinic”, además de viajar todos los días en auto con Salvador Minuchin, director de la misma, y conociendo a Braulio Montalvo con quien mantuvo a lo largo de los años, centenares de pláticas sobre la naturaleza del cambio terapéutico y el aspecto ético de la terapia (Haley, 2005).

Principios básicos.

La *familia* es una organización social, y al estar organizada sigue modos de conducta estandarizados y redundantes y existen dentro de una jerarquía. La organización familiar incluye personas de diferentes generaciones, de diferentes ingresos y de diferentes grados de inteligencia y destreza. Estas complicadas líneas jerárquicas guardan relación con las múltiples funciones de una familia (Haley, 2005).

Un *problema* puede definirse en diferentes unidades sociales. Es un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas. Por ejemplo, catalogar a un niño como “delincuente” o afectado por una “disfunción cerebral mínima” o a un adulto como “alcohólico” o “esquizofrénico”, significa participar en la creación de un problema en forma tal que puede dificultar aún más el cambio deseado. El modo en que clasificamos un dilema humano puede cristalizar un problema y volverlo crónico.

Un *síntoma* es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social, es una etiqueta que se le adosa. También, un síntoma indica un problema en una jerarquía. Es decir, cuando dos personas se reúnen se forma una estructura jerárquica de comunicación y, en consecuencia, se plantea un problema de poder. Resolver el síntoma requiere el examen de dichas estructuras jerárquicas y puede exigir un cambio en la estructura.

Para que *el cambio* se produzca es necesario actuar y el terapeuta es quien debe prescribir una directiva, sea directa o metafórica. La comprensión de uno mismo y/o la conversación en terapia, no presupone que provoquen el cambio. En el fondo, ese tipo de intervención puede ser contraproducente en muchas situaciones porque los clientes cambian sin comprender y a muchos de ellos no les gustan las interpretaciones.

El papel del terapeuta.

Un terapeuta ha de considerarse a sí mismo un miembro más de la unidad social dentro de la cual está contenido el problema. Su papel es asumir una co-responsabilidad con la familia en la definición y solución del problema; planear una estrategia particular a fin de resolver el problema, y prescribir directivas directas o metafóricas. Las personas que

acuden a terapia no es que no comprendan el problema que les aqueja, sino que ignoran la forma de resolverlo, por ello, el objetivo de un terapeuta es resolver problemas o hacer desaparecer síntomas. El terapeuta, al aceptar su manera de presentarlo y ofrecer un cambio en ese marco de referencia es señal de respeto hacia ellos, y si logra el objetivo ha cumplido su misión y ganado su paga.

Si lo considera necesario, trata con los colegas que pueda haber en la periferia de un caso y con los grupos étnicos implicados. Finalmente, no se centra en abusos, traumas y culpas del pasado, no se dedica tiempo a recordar. A menos que se dé alguna circunstancia especial, o si al paciente le es importante hablar del pasado, se vincula eso con el problema actual.

La intervención desde el Modelo Estratégico.

De acuerdo con Haley (2005), el objetivo principal de la terapia estratégica es hacer que la gente se comporte de manera diferente, para que tenga así experiencias subjetivas diferentes. Las directivas son un medio de provocar esos cambios, así como para intensificar la relación entre cliente y terapeuta, y obtener información.

Los pasos de la intervención estratégica son:

1. Se define el problema abarcando al menos dos personas del grupo familiar.
2. Se intenta discernir quiénes y de qué manera se encuentran involucrados en el problema.
3. Se describe en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente.
4. Se pone especial cuidado en el lugar donde se sitúa el terapeuta para no formar coaliciones con los miembros que ocupan los escalones inferiores.
5. Se dan directivas para ejecutarse dentro y fuera de la situación clínica.

La terapia estratégica parte de que se debe diseñar una estrategia específica para cada problema, tomando en cuenta el contexto social donde se halla la persona sintomática; además, se considera que toda terapia es directiva y que al terapeuta le es imposible

evitarlo porque en las gestiones que elige comentar, en sus inflexiones de voz, en un ademán o un silencio oportuno deslizados durante la conversación, hay directividad.

Las principales formas de intervención en el modelo estratégico se describen someramente en el siguiente cuadro:

<i>Tipos de directivas:</i>	<i>Consiste en:</i>
Directiva directa 1	Decirle al cliente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan, y generalmente va acompañada de una postura de experto por parte del terapeuta.
Directiva directa 2	Pedirle al cliente que haga algo diferente a lo usual.
Tarea Paradójica	Presentar siempre dos mensajes, transmitidos a niveles diferentes: “cambien”, y, dentro del marco del mensaje “no cambien”. Se puede realizar involucrando a la familia en un sentido global o solo a una parte de ella.
Tarea metafórica	Que el terapeuta descubra la metáfora implícita en la conducta perturbada y en la interacción familiar en torno de dicha conducta, y expresarla con palabras y/o acciones.
Ordalía	Establecer una tarea más severa que el problema para que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma, de tal forma que a la persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo; la ordalía debe ser algo que la persona pueda ejecutar, no le cause daño, y que sea una experiencia voluntaria y beneficiosa.

Cuadro 2. Formas de intervención en la terapia estratégica, adaptado de Haley (2005).

EL MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN PROBLEMAS

Representantes principales.

Este modelo fue elaborado por John Weakland (1919-1995) nacido en Charleston; por Paul Watzlawick (1921-2007) nacido en Austria; Richard Fisch (1926-2011) nacido en Brooklyn, New York; y Arthur M. Bodin.

Origen y desarrollo.

Los autores antes mencionados pertenecían al Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California, que Don D. Jackson fundó en 1959 con el objetivo explícito de estudiar la esquizofrenia y a la familia. Las investigaciones en el MRI estaban basadas principalmente en las aportaciones teóricas de Gregory Bateson y de Donald DeAvila Jackson, así como en el tipo de comunicación que empleaba el psiquiatra estadounidense Milton Erickson.

Los cambios terapéuticos que Erickson provocaba en su práctica privada ejercieron una influencia determinante en el MRI, porque el foco de las investigaciones pasó del estudio de la familia como sistema homeostático al propio proceso de cambio.

A partir de la influencia de Erickson, los integrantes del MRI marcaron una diferencia entre el modelo explicativo y el proceso de cambio que se supone que el modelo explica: para ellos, se trataba ahora de actuar de modo que el terapeuta fuera eficaz en su papel de agente de cambio, y la teoría era un simple “lenguaje” que favorecía la transmisión de sus conocimientos pero no determinaba la eficacia de las intervenciones (Vargas, 2007).

Para encuadrar sus reflexiones sobre el cambio, los autores recurrieron a la teoría de los grupos y a la teoría de los tipos lógicos. La primera ofrece una analogía que permite ilustrar el hecho de que ciertas acciones, ciertas actitudes que se supone que aportan un cambio benéfico no hacen más que poner en marcha unos mecanismos reguladores homeostáticos que restablecen el equilibrio anterior. La segunda permite comprender la relación de los elementos con la clase y el cambio que constituye el paso de un tipo lógico a otro, que implica una discontinuidad y que es un cambio en sí mismo “del mayor interés teórico y [...] de la mayor importancia práctica, porque permite salir del sistema” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1994, p.28).

Después de la muerte de Don D. Jackson, los cuatro representantes de este enfoque establecieron el Centro de Terapia Breve (entre finales de 1966 y principios de 1967) y publicaron dos textos con la perspectiva de intervenciones breves. Estos textos relevantes fueron: “Change Principles of Problem Formation” (1974) y “The tactics of change. Doing Therapy Briefly (1982)”.

El Centro de Terapia Breve (CTB) de Palo Alto se alejó completamente de la concepción tradicional de los problemas psicológicos y de la psicoterapia. Su tarea se limitó a que los pacientes hallaran lo más rápidamente posible los medios de continuar su marcha sin encontrarse constantemente frente a las mismas dificultades (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1994).

Principios básicos.

La *familia* es un sistema de interacción social (Vargas, 2007).

Distinción entre una “*dificultad*” y un “*problema*”. Weakland y cols. (citado en: Ochoa, 1995) interpretan los pasos transicionales normales en la vida familiar como las “*dificultades cotidianas*” más comunes e importantes que pueden derivar en problemas. De acuerdo con Watzlawick, Weakland y Fisch (1994) los requisitos para que una dificultad se haga problema son:

- Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad; es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.
- Intentar un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente, es decir, se emprende una acción cuando no se debería emprender.
- Cometer un error de tipificación lógica, se intenta un cambio 1 cuando se requiere un cambio de tipo 2, o viceversa, ejemplo: se da un cambio de actitud en vez de determinado cambio de conducta. En este caso la acción es emprendida a un nivel equivocado.

Puesto que los problemas consisten en una conducta presente indeseada, se atribuye escasa importancia a los hipotéticos factores subyacentes en el pasado o en las profundidades de la mente del enfermo. Se concede importancia, en cambio, a una clara identificación de la conducta problemática: qué es, en qué aspecto es considerada como problema, y por quién (Fisch, Weakland y Segal, 1988).

El *cambio* en muchas ocasiones no se logra porque *las soluciones mantienen y refuerzan el problema que se intenta resolver*. Es decir, las soluciones intentadas son inadecuadas o inapropiadas cuando se “hace más de lo mismo”, tratando de manera sencilla y “lógica” de resolver un problema, que muy a menudo, acaba con la dificultad pero puede también conducir a la gravedad del problema y no a su resolución (Wittezaele y García, 1994). Por consiguiente, el objetivo terapéutico es ahora el cambio de esas “soluciones intentadas” disfuncionales por otras que sean funcionales (Nardone y Watzlawick, 1999).

El papel del terapeuta.

Asume una co-responsabilidad con el paciente en la definición y resolución del problema. Emplea el “lenguaje” del paciente y comprende su posición para utilizar lo mejor posible los elementos que trae consigo, y así poder imaginar y crear un cierto tipo de orden de un comportamiento que le dé un giro de 180° a la reacción habitual del paciente.

La intervención desde la Terapia Breve Centrada en el Problema.

El equipo del MRI elabora una práctica de intervención en cinco tiempos, los cuales son:

1) Determinar quién es el “que se queja”; 2) definir el problema; 3) examinar las “soluciones” empleadas; 4) definir un objetivo accesible y 5) formular y poner en ejecución un proyecto o táctica de cambio (Wittezaele y García, 1994).

Entre las estrategias terapéuticas están las siguientes:

1) Definición operativa de los objetivos que se pretende lograr con el tratamiento; 2) elección de un cambio mínimo; 3) la estrategia efectiva se aparta 180° del impulso básico o clase de soluciones intentadas hasta entonces; 4) utilización de la postura del paciente – su lenguaje, sistema de valores, actitud ante el problema, la terapia y el terapeuta- para persuadirle de que lleve a cabo la intervención sugerida; y 5) el terapeuta busca permanentemente una posición “inferior”, evitando la confrontación, que le posibilite intervenir en cualquier condición que presente el paciente (Ochoa, 1995).

El modelo plantea dos grandes categorías de intervenciones: A) las principales y B) las generales.

A) Las principales.

1. El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.		
<i>Consiste</i>	<i>Aplicable en:</i>	<i>Solución diferente (giro de 180°)</i>
El paciente cree que la solución que él aplica es el único modo lógico o razonable de afrontar el problema.	Actividades humanas de orden mental o corporal, que normalmente el rendimiento de estas actividades es fluctuante.	Conseguir que el paciente sencillamente renuncie a sus intentos de auto-coacción y deje de esforzarse demasiado.
2. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.		
<i>Consiste</i>	<i>Aplicable en:</i>	<i>Solución diferente (giro de 180°)</i>
El cliente especula sobre el problema y se alarma al pensar que podría reaparecer en circunstancias mortificantes, peligrosas o humillantes para él.	En dolencias autorreferenciales, en quejas de estados de terror o de ansiedad y en bloqueos en el rendimiento.	Dar directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio o un dominio incompleto.
3. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.		
<i>Consiste</i>	<i>Aplicable en:</i>	<i>Solución diferente (giro de 180°)</i>
El sujeto A sermonea al sujeto B sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas.	Conflictos en una relación interpersonal, centrado en temas que requieren una mutua colaboración.	Hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad.
4. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.		
<i>Consiste</i>	<i>Aplicable en:</i>	<i>Solución diferente (giro de 180°)</i>
El cliente quiere que la otra parte haga con gusto lo que el cliente quiere que haga.	Problemas conyugales, problemas de crianza infantil y esquizofrenia.	Que el solicitante lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.
5. La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.		
<i>Consiste</i>	<i>Aplicable en:</i>	<i>Solución diferente (giro de 180°)</i>
El sujeto A formula acusaciones acerca del sujeto B, y éste responde mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa que suele confirmar las sospechas de A.	Infidelidad, exceso de bebida, delincuencia, falta de honradez.	Que el defensor acepte las acusaciones, sobre todo si tal aceptación se lleva en un grado obviamente absurdo.

CUADRO 3. Intervenciones principales del modelo de terapia breve centrado en el problema, adaptado de Fisch, Weakland y Segal (1988).

B) Las generales.

<i>Tipo</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Consiste en:</i>
1. No apresurarse.	Provoca en el paciente una implícita necesidad de colaborar con cualquier consejo o sugerencia que formule el terapeuta.	Ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir deprisa: el cambio, aunque sea para mejor, exige una adaptación.
2. Los peligros de una mejoría.	En el paciente: - Aumentar su motivación, darle tranquilidad ante su tensión por conseguir el cambio y presionarlo para que obedezca a nuevos encargos, después de que no ha cumplido uno que antes se le había formulado.	Preguntar al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema, es decir, mencionarle inconvenientes dotados de credibilidad.
3. Un cambio de dirección.	Retomar los objetivos terapéuticos y la capacidad de maniobrabilidad por parte del terapeuta.	Variar de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, ofrecer al cliente una explicación acerca de dicha variación. También puede llevarse a cabo haciendo referencia a la consulta con otro terapeuta "más experimentado".
4. Cómo empeorar el problema.	Causar un mayor impacto en el proceso terapéutico y obtener colaboración por parte del cliente.	Ofrecer una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren, o en prescribir aquello que el paciente ha estado haciendo, pero sin presentarlo como sugerencia para que las cosas empeoren.

CUADRO 4. Intervenciones generales del modelo de terapia breve centrado en el problema, adaptado de Fisch, Weakland y Segal (1988).

MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN SOLUCIONES

Representantes principales.

El impulsor de este enfoque terapéutico es Steve de Shazer (1940-2005) nacido en Milwaukee, sumándose a su labor, autores como William Hudson O'Hanlon, Michele Weiner-Davis y Matthew Selekman.

Origen y desarrollo.

La TBCS fue concebida originalmente y desarrollada en el "Brief Family Therapy Center" (Centro de Terapia Familiar Breve-CTFB) que se funda en 1978, en Milwaukee, Wisconsin, a fines de la década de los setenta. Mientras que las intervenciones del MRI apuntaban a interrumpir las pautas interaccionales que los terapeutas identificaban como intentos imperfectos de solución, el enfoque ecosistémico del CTFB recurría más a la colaboración y se basaba en el supuesto de que "la familia tiene la solución". Se consideraba que los terapeutas y los clientes constituían en conjunto un suprasistema terapéutico que genera nuevas pautas interaccionales no problemáticas para el sistema familiar (Lipchik, 2004).

Los representantes principales de este enfoque reconocen la influencia de muchas personas a lo largo de los años, entre éstas: Jay Haley y Thomas Szasz les dieron la idea de que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, porque cuando las personas son tratadas como gente normal, tienden a actuar de modo más normal. Por otra parte, Jay Haley y Richard Rabkin fueron los primeros en escribir sobre la negociabilidad de la definición del problema; como también, Bandler y Grinder han subrayado la importancia de obtener imágenes e información clara sobre el resultado como forma de crear ese resultado (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Entre sus precursores más influyentes está Milton Erickson, de quien retoman: la ausencia de una teoría psicopatológica, su interés en el procedimiento que utilizan las personas para corregir su error y no en los detalles de cómo había cometido el error, el empleo en la terapia de todo lo que el cliente le presenta, el considerar que los clientes tienen en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales los recursos necesarios para realizar los

cambios que necesitaban hacer, confiar en las capacidades de los clientes para proporcionar las claves e información con las que organizar la psicoterapia, la técnica de pseudo-orientación en el tiempo y el reconocimiento que hace del impacto de la comunicación del terapeuta sobre el proceso de evaluación, entre otros aspectos (O'Hanlon y Weiner-Davis, op. cit.).

Más recientemente, de Karl Tomm adoptaron el tipo de preguntas reflexivas para alterar la epistemología de las personas y, por consiguiente, cierta predilección por generar cambio en la sesión misma mediante preguntas que lo induzcan (Ochoa, 1995).

Principios básicos.

De Shazer (2004) menciona que la magia de la terapia breve sólo actúa si el terapeuta pasa por alto muchos indicios falsos o distracciones, y centra su atención en los indicadores contruados por él y su cliente como una señal de cumplimiento exitoso de una tarea. Los profesionales de la terapia breve han elaborado algunas pautas simples para diferenciar las pistas falsas de las verdaderas. Continuando con De Shazer, tres reglas constituyen la filosofía básica en que se apoya esta tradición:

1. *Si no está roto, no lo arregle.* Todo aquello de lo que el cliente no se queje enérgicamente, no le concierne al terapeuta.
2. *Una vez que sepa qué funciona bien, haga más de eso.* Cuando el terapeuta y el cliente descubren alguna excepción notable dentro de la queja (por ej., en qué momentos se viola la regla de que "eso sucede siempre"), es probable que la solución radique en convertir la excepción en una nueva regla.
3. *Si no funciona bien, no lo repita. Haga otra cosa.* Si uno ignora lo que funciona bien, al menos puede saber qué funciona mal. Esto último debe evitarse a toda costa. Cualquier cosa distinta tiene probabilidades de modificar la situación.

Las tres reglas anteriores, se sostienen a partir de unos supuestos orientadores con vistas a la solución, que de acuerdo con O'Hanlon y Weiner-Davis (1990), Selekman (1996), De Shazer (2004) y Lipchik (2004) son los siguientes:

1. La resistencia no es un concepto útil.
2. La cooperación es inevitable.
3. El cambio es inevitable.
4. Sólo se necesita un pequeño cambio; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
5. Los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos.
6. Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos.
7. No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo.
8. Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento.
9. La realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la cocreación de la realidad del sistema terapéutico.
10. Existen muchas maneras de enfocar una situación pero ninguna es más “correcta” que las otras.

Desde este modelo se concibe a la *familia* como un sistema de interacción social (Vargas, 2007).

O’Hanlon y Weiner-Davis (1990), mencionan que el hecho de tener un *problema* no indica la conveniencia de iniciar un tratamiento; muchas personas tienen dificultades y nunca hacen terapia. La terapia, entonces, empieza cuando alguien se queja de algo y otra persona decide que el motivo de su queja atañe a la terapia. En consecuencia, la terapia puede terminar en forma satisfactoria sencillamente cuando la persona que se quejaba de algo, sea quien fuere, deja de hacerlo. Esto sucede de dos maneras: 1) el motivo de queja ya no se percibe como un problema; 2) el motivo de queja ya no se presenta, o no sucede, con la frecuencia o la intensidad suficientes para que esa persona lo considere un problema, de tal manera que el grado de logro alcanzado en terapia se mide por lo que informe el cliente.

El papel del terapeuta.

El terapeuta se coloca en una posición “One down” (uno abajo) que considera al cliente experto de su propia vida, aunque en ocasiones actúa como experto; retoma y refleja la postura del cliente; y toma un papel muy activo en la definición de objetivos que deben hacerse en términos de descripciones alcanzables y lo bastante concretos para saber que se han alcanzado.

La intervención desde la Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Las intervenciones del terapeuta están encaminadas a encontrar recursos y fortalezas en las personas y a identificar excepciones, es decir, aquellos eventos u ocasiones en que la queja está ausente (Ibarra, 2004).

El siguiente cuadro incluye los distintos tipos de técnicas de la terapia breve centrada en soluciones así como el objetivo de las mismas.

Directrices generales	
<i>Técnica</i>	<i>Objetivo</i>
Validar	Lograr la empatía entre terapeuta y cliente, de tal manera que éste último se sienta en el proceso terapéutico comprendido, escuchado y respetado.
Redefinir	Presentar una interpretación alternativa o significado nuevo para una conducta o situación determinada.
Normalizar	Es una redefinición de que lo que preocupa a los consultantes es algo normal y esperable, y que por lo tanto no debería ser considerado un “problema”. Exige un proceso previo de evaluación que confirme que el nuevo significado de que el problema “no es un problema” es correcto.
Tipo de preguntas de intervención	
De cambio pretratamiento	Indagar todas aquellas mejoras que se han producido en el problema de los consultantes entre el momento en el que éstos pidieron cita y la primera entrevista.
De excepciones	Demostrar nuestra certeza de que sí pasan cosas buenas, amplificar los cambios y excepciones previas al tratamiento, convencer al paciente de la inevitabilidad del cambio, descubrir el objetivo del paciente y co-crear con éste una realidad futura libre de problemas.

De avance rápido u orientadas al futuro	<p>Generar una descripción detallada de las metas de los consultantes, proporcionando dirección al trabajo terapéutico y también indicadores de cuándo éste se ha completado de forma exitosa. Otro objetivo es generar esperanza en los consultantes y motivación para alcanzar sus metas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pregunta del milagro.
De consolidación y ampliación del cambio	Reunir información sobre lo que hizo el paciente para superar el problema y atribuirle su mérito.
Sobre la secuencia pesimista	Crear un contexto para el cambio, mediante el reflejo de la postura pesimista de las familias que no responden bien a la búsqueda de excepciones o a las preguntas orientadas al futuro.
De afrontamiento	Identificar recursos en situaciones especialmente negativas, sin minimizar ni quitar importancia a las dificultades que están atravesando los clientes.
Sobre el manejo del problema	Rastrear secuencia de eventos con el fin de tener una imagen clara de las interacciones que rodean lo que se califica como problema, así como explorar soluciones intentadas.
De escala	Obtener una medición cuantitativa del problema familiar antes y durante del tratamiento, y también del lugar en donde desearían colocarse los miembros de la familia al cabo de cierto tiempo. Concretar las metas de la terapia o redimensionarlas si es necesario.
Prescripciones para el cambio	
Intervenciones sobre el patrón de la queja	Bloquear la secuencia de conductas en la que se inscribe el problema, para que los clientes puedan generar otras alternativas de comportamientos que les acerquen a las soluciones.
Intervenciones sobre el patrón del contexto	Identificar y alterar las pautas personales o interpersonales regulares que rodean o acompañan la queja y así producir un cambio en el contexto de la queja, llevando a su resolución.
Prescripción de soluciones	
<p>-Tarea de fórmula de la sesión.</p> <p>-Tarea de la sorpresa.</p> <p>-Tarea genérica.</p>	<p>Iniciar cambios al fomentar nuevas conductas y percepciones al crear la expectativa de cambios en el futuro. Orientar la atención de los clientes hacia las soluciones.</p>

CUADRO 5. Técnicas de intervención del modelo de terapia breve centrado en la solución, adaptado de O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) y Beyebach (2006).

EL MODELO DE MILÁN

Representantes principales.

Los principales representantes de este enfoque son Mara Selvini Palazzoli (1916-1999), Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin (1932-2004) y Giuliana Prata, todos de nacionalidad italiana.

Origen y desarrollo.

Las ideas, concepciones y aportaciones a la terapia familiar sistémica desde la aproximación de Milán, ha estado en constante evolución. Tomm (1984) indica que el desarrollo histórico de la aproximación de Milán puede dividirse en cuatro periodos:

El *primer periodo* comenzó en 1967, cuando Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia en Milán e invitó a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata a unirse. El grupo se proponía tratar a niños gravemente perturbados, junto con sus familias; empero, su orientación era psicoanalítica y al principio, se debatieron con el problema de la manera de aplicar los conceptos analíticos a las familias.

Con el paso de los años se unen otros psiquiatras conformando un equipo de siete a diez profesionales involucrados. Sin embargo, este equipo, entre 1970 y 1971 sufrió varias vicisitudes que terminaron en escisión y posterior reorganización, quedando conformado solo por Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994), a quienes se les refería como el “Equipo de Milán” o “el Grupo de Milán”. De esta manera, comenzó *el segundo período*.

Durante la transición a este segundo periodo, ellos se acercaron en gran medida a los escritos de Haley de 1976 “Problem-Solving Therapy. New Strategies for Effective Family Therapy”; y de Watzlawick, Beavin y Jackson de 1967 “Pragmatics of Human Communication”. De hecho, invitaron a Watzlawick a Milán por tres visitas para obtener su supervisión y consultoría. Poco a poco, sin embargo, ellos desarrollaron sus ideas y técnicas que fueron diferentes de las del “Mental Research Institute”. Trabajaron cada vez más coherente y consecuentemente en la aplicación de sus propias ideas orientadas a

los sistemas. Fue durante esta fase que formularon por primera vez algunos de sus conceptos más creativos e intervenciones (Tomm, 1984; Rodríguez, 2004).

El grupo de Milán siempre consideró a los sistemas con características tanto de estabilidad (homeostasis) y cambio (transformación). Sin embargo, durante este segundo período ellos consideraron a los sistemas familiares como predominantemente homeostáticos. Había una búsqueda de un patrón homeostático “patológico” que podría ser considerado como un punto nodal, el cual, si cambiaba permitiría a la familia transformarse a sí misma. El punto nodal era un patrón redundante, a menudo paradójico, que la familia creaba para sí misma como una solución provisional. Así, el equipo de Milán ideó intervenciones destinadas a romper ese patrón contradictorio, mediante la introducción de algo que iba en contra o en contra de la paradoja de la familia. En otras palabras, la intervención fue “contraparadójica”, la cual estaba destinada a anular el doble vínculo patógeno y podría ser paradójica o no paradójica (Tomm, op. cit.).

El *tercer período* comenzó alrededor de 1975, cuando ellos empezaron a leer “Steps to an ecology of mind” de Bateson en 1972. Les impresionó sobre todo su noción de la circularidad cibernética como modelo de sistemas vivos. Empezaron a ver los sistemas como predominantemente evolutivos más que como homeostáticos. La familia que solo parecía estar atrapada, en realidad siempre estaba cambiando. Ellos empezaron cuidadosamente a diferenciar entre el nivel de significado y el nivel de acción. Dado que el significado se deriva del contexto, una atención mayor fue puesta al contexto, a los marcadores contexto, así como al mensaje transmitido por los comportamientos dentro de cualquier contexto determinado. No importó cómo la nueva “información” era introducida, fue orientada para estimular a la familia a crear nuevos patrones de ellos mismos. El terapeuta no rompía los patrones desadaptativos sino que actuaba más como una “enzima” que provocaba en la familia una experiencia de mayor libertad para un cambio espontáneo en su continua evolución en sus patrones de comportamiento y creencias (Tomm, 1984; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Fue durante este período que Boscolo y Cecchin comenzaron sus actividades de formación. Para su sorpresa, encontraron que los estudiantes estaban más interesados en

la comprensión de su comportamiento como terapeutas que en la familia como un sistema. Esto resultó en el equipo centrándose en los efectos de la actividad del terapeuta (y equipo) en interacción con la familia. Ellos se empezaron a observar a sí mismos, observando a la familia. Así, ellos empezaron a desarrollar una perspectiva cibernética de segundo orden del proceso terapéutico. Con el tiempo diferenciaron tres principios de la entrevista que se describen en uno de sus más importantes documentos, titulado: "Hipótesis, circularidad y neutralidad: tres guías para la conducción de una sesión" (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

El *cuarto periodo* comenzó cuando Boscolo y Cecchin se separaron de Selvini y Prata, se dieron la denominación de "Asociados de Milán" y continuaron centrándose en la formación de terapeutas, en tanto que Selvini y Prata se dedicaban a la investigación.

Principios básicos.

El equipo de Milán propone tres principios básicos que guían al terapeuta para conducir la entrevista: hipótesis, circularidad y neutralidad (Selvini, et al., 1980).

Hipotetizar: se refiere a la formulación que el terapeuta hace de una hipótesis basado en la información que posee en cuanto a la familia que está entrevistando. Su función consiste en dar una guía para obtener nueva información por medio de la cual se puede confirmar, refutar o modificar.

Circularidad: se refiere a la capacidad del terapeuta para conducir su investigación en base a la retroalimentación recibida de la familia en respuesta a la información que él solicita acerca de vínculos y, por lo tanto, de diferencias y cambios.

Neutralidad: se refiere al efecto pragmático realizado por el terapeuta al evitar ser parcial con las personas que está en contacto, las preferencias, las coaliciones con algún miembro de la familia o la adopción de ciertos valores morales o sociales, y también se refiere a una postura del terapeuta.

Otro de los elementos que se han incorporado en el contexto terapéutico es la concepción del Tiempo, tanto en la familia, como en el terapeuta y el equipo de observación. En una primera sesión, la investigación con la familia está en el tiempo presente, es decir, en el

aquí y el ahora; posteriormente se amplía para abarcar todo el horizonte temporal, dirigiendo la curiosidad del terapeuta hacia el pasado: ¿Cómo, en el tiempo, el sistema ha motivado a las situaciones actuales en lugar de las demás?, conforme avanzan las sesiones, la atención se centra en el futuro, en la exploración de una perspectiva de futuro y la evolución de la relación que actualmente existe. Las preguntas de futuro introducen alternativas, nuevas opciones y posibilidades, por lo que están más propensas a desencadenar el cambio (Boscolo y Bertrando, 1992).

La intervención desde el Modelo de Milán.

Los recursos técnicos propuestos para el cambio han ido variando paralelamente a la evolución histórica del Grupo de Milán (Ochoa, 1995). A continuación se describen las principales intervenciones creadas desde la aproximación de Milán.

Técnica	Descripción
<i>La connotación positiva.</i>	Es una forma de acceder al sistema familiar, consiste en connotar positivamente tanto el síntoma del paciente designado como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros, diciendo, por ejemplo, que todos los comportamientos observables aparecen inspirados por el común deseo de mantener la unión y la cohesión del grupo familiar.
<i>Los rituales.</i>	Se trata de una acción o de una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. Es precisado por los terapeutas, a menudo por escrito: la modalidad a la que debe responder su realización, horario, eventual ritmo de repetición, quién debe pronunciar las fórmulas verbales, con qué secuencia, etcétera. Son útiles para derrumbar o mostrar los efectos de los mitos. El mito familiar expresa convicciones compartidas que conciernen tanto a los miembros de la familia como a sus relaciones, convicciones que se deben aceptar a priori desafiando flagrantes falsificaciones; además prescribe los roles y los atributos de los miembros en sus interacciones recíprocas.
<i>La prescripción en la primera sesión.</i>	Apuntala a varios objetivos, tales como: constituir una marca de contexto terapéutico designándolo como tal; provocar en la familia una reacción que ilustre sobre su disponibilidad y motivación con respecto a un eventual tratamiento; delimitar un campo de observación; así como estructurar y ordenar la sesión siguiente.
<i>La prescripción ritualizada: días pares e impares.</i>	Está específicamente ideada con el fin de bloquear la interferencia, cualquiera sea el tipo de "síntoma" que el paciente identificado pueda mostrar. Consiste en formular dos opiniones o mensajes contradictorios e impartir la directiva de que en los días pares se considerará verdadero uno de ellos y, en los impares, el otro. Aunque las formalidades temporales son especificadas en los detalles más pequeños, ninguno de los contenidos son especificados, es decir, no se dice nada

	acerca de cómo los involucrados deben actuar, se les deja completamente libres en sus decisiones. Esto puede tener el efecto de crear nuevos patrones transaccionales entre los miembros de la familia, contrariando algunas costumbres de comportamiento que se han vuelto rígidas con el tiempo.
<i>La prescripción invariable.</i>	También es denominada “universal”, elimina la necesidad de establecer hipótesis al presuponer que en todas las familias de esquizofrénicos el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filial, con la consiguiente ausencia de emancipación mutua entre el hijo y los padres. La pretensión de la intervención es separar de forma gradual los dos subsistemas, introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites intergeneracionales, evitando coaliciones progenitor-hijo que mantienen el juego de las familias psicóticas.

CUADRO 6. Técnicas de intervención del modelo de Milán, adaptado de Selvini, et al. (1978, 1994), Boscolo, et al. (1987) y Ochoa (1995).

LA TERAPIA COLABORATIVA

Representantes principales.

Sus representantes son: Harlene Anderson (1942-) y Harold Goolishian (1924-1991), ambos de nacionalidad estadounidense, quienes fundaron el “Houston Galveston Institute”.

Origen y desarrollo.

Anderson (1997) señala que desde un paradigma posmoderno, surge la terapia colaborativa misma que realiza tres cuestionamientos o críticas importantes relacionadas a:

- A) la noción de una realidad objetiva.
- B) una definición representacionista del lenguaje.
- C) la idea de un self autónomo y observable.

La terapia posmoderna, en particular la colaborativa, se propone como un espacio para fomentar un sentido de comunidad y dar voz a los saberes de la red social del paciente (Hoffman, citada en: Ibarra, 2004). Es una postura del terapeuta más que un modelo teórico que explique una porción de la realidad a través de conceptos y técnicas

propuestas. Se da a través de la conversación y diálogo entre terapeuta y paciente, donde a través de esta conversación se construyen significados.

Principios básicos.

Anderson (1997) señala que el enfoque colaborativo posmoderno se basa en las siguientes premisas filosóficas:

1. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
2. Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyen realidad.
3. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
4. La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.
5. El lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.
6. El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera (Anderson, 1997, p. 29).

Como podemos notar, se propone al lenguaje como el producto de consensos grupales, en donde las palabras y las “verdades” son sólo una manera de describir el mundo. Por ejemplo, si un indígena que ha habitado durante la mayor parte de su vida lejano a la ciudad y llega a ésta ¿reconocerá un automóvil Astra, 2014? Llamar a algo automóvil Astra 2014, no refleja una realidad real, sino una manera de describir algo en cierta época y en cierto contexto. La significación es un proceso interactivo e interpretativo generado a través del lenguaje. De tal manera, el lenguaje se considera constructivo o creativo, donde cuando me describo o me describen eso tiene consecuencias. En este mismo sentido, se cuestiona el Yo autónomo independiente concebido como un átomo con capacidad de razón, por el contrario lo ve como un Yo en relación y construcción con otros Yo.

Desde este enfoque, el *paciente* es una persona cuya identidad o forma de narrarse a sí misma se ha conformado en relación con otras personas con identidades diferentes que se construyen mutuamente, es decir, él o ella influye en la identidad de los otros y viceversa. El cliente es una persona con la capacidad que diferencia al ser humano de los animales y es la de interpretar y dar significado, y en razón de ello, como cliente él o ella misma puede formular y reformular sus significados.

A la *familia*, no se le piensa como un grupo de individuos independientes sino como una combinación fluida de individuos dialógicos (Anderson, 1997). Se conceptualiza a las familias como sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significado y organizadores de problemas (y no como sistemas en los que los síntomas desempeñan funciones) (Lax, 1996).

De acuerdo con Anderson (1997, p. 115) “los *problemas* son acontecimientos o posiciones lingüísticas que suelen interpretarse y describirse de manera conflictiva”. Por ejemplo, cuando alguien habla del “maltrato” está atribuyendo un significado que ha sido creado socialmente y está sostenido por conductas mutuamente coordinadas en el lenguaje, de tal forma que un problema sólo tiene significado en el contexto social donde ocurrió y se le definió como tal; en esta idea, lo que una persona percibe e interpreta como “maltrato”, para otra puede ser “una forma de mostrar amor” y para otra puede no ser problema, sino “cuestiones disciplinarias”.

Anderson dice:

Yo prefiero pensar y hablar sobre cualquier problema desde una perspectiva de realidades múltiples, en lugar de conceptualizarlo como una realidad discreta. Un terapeuta no puede descubrir en qué *consiste* el problema *verdaderamente*. Cada suceso o experiencia del que el terapeuta toma conocimiento es sólo *un* relato de una historia, *un* recontar de la historia, *una* verdad dentro de una gama policromática de verdades (Anderson, op. cit., p. 115).

En la terapia colaborativa se considera que el problema 1) no es una entidad objetiva, localizable y 2) por ende factible de resolver. Primeramente, como dicen Gergen, Hoffman y Anderson (citados en: Anderson, 1997, p. 118) “los sistemas diagnósticos dan un sentido

de legitimidad, confianza y predecibilidad tanto al profesional como al cliente". Sin embargo, podemos reconocer que el vocabulario diagnóstico y de la psicopatología, limita la forma de abordarlos y favorece a ciertos sistemas de poder. Desde este enfoque terapéutico, Gergen, Hoffman y Anderson (citados en: Ibarra, 2004) señalan que se cuestiona esos vocabularios, en particular de los efectos que tienen sobre las vidas de las personas. Segundo, Anderson (1997, p. 134) indica que "desgraciadamente, en nuestra cultura de terapia la palabra *problema* tiene una connotación fija y es conceptualizada como algo que requiere una solución. Solución tiene la connotación de arreglar algo. Creo que una terapeuta ni resuelve problemas ni arregla nada. La exploración del problema en el curso de la terapia lleva a su disolución en el lenguaje, no a una solución".

Por último, creo es importante señalar que la terapia colaborativa no se cierra a encarar "el problema" desde puntos de vista determinados, por ejemplo: "La depresión se disminuye trabajando con los procesos cognitivos", sino que pone énfasis en la forma como se habla de algo, no en su foco o contenido.

El papel del terapeuta.

El terapeuta se sabe parte de una tradición histórica-cultural y de un contexto particular con los que se acerca al paciente, mismos que lo limitan en este encuentro con el otro, pues aunque el paciente este inserto en la misma tradición y en un contexto similar, la experiencia, interpretación y significado son diferentes para cada uno y, por tanto, la comprensión que pueda lograr el terapeuta del paciente no será absoluta. Por otro lado, el terapeuta se coloca en una postura de cuestionamiento a las verdades universales o metanarrativas que conllevan el ejercicio de un poder que determina lo que es real, correcto o verdad y, por ende, excluye posibilidades distintas de significar. Es un poder que está presente en el contexto terapéutico porque lo coloca en una posición de experto, de poseedor de conocimientos verdaderos y donde muchas veces estar en esta posición provoca que el terapeuta sienta que el paciente no sigue su ritmo, o bien, el paciente sienta que el terapeuta no lo logra comprender, por lo que con la consideración de las implicaciones de la posición de experto, toma una posición de "no saber" en su relación

con el paciente, considerando a éste el experto de su propia vida y de la disolución de su “problema”.

Hoffman (en: Anderson, 1997) indica que el terapeuta colaborativo asume una postura legítima de “no saber” en dos sentidos:

- 1) porque busca saber más de la vida del otro, como espacio de múltiples puntos de vista.
- 2) porque refrena su impulso a controlar, evita imponer una comprensión superior y permite que emerjan soluciones decididas con mutualidad.

El terapeuta no descarta la posición de experto que social y culturalmente se le da, sino que cuestiona y evalúa los efectos positivos y los riesgos que puede tener esa posición, porque como pueden haber efectos positivos, también puede silenciar voces al ser parte de sistemas sociales, políticos y culturales que crean construcciones sociales consensuadas que impongan una idea de lo que es ser persona, familia, salud, enfermedad, etc., que tanto determinen un lugar en la sociedad según ciertas clases o características, como una forma de abordarlos terapéuticamente, actuando con prejuicios.

Hoffman (1992) señala que los terapeutas en sus discursos terapéuticos pueden encarnar supuestos opresores acerca de los déficits de personalidad. Pueden ofrecer al cliente un salvador. Las concepciones espiritualistas de la terapia suelen tratar de sanar a través de la palabra, pero todo ello coloca al cliente en un lugar de sumisión.

En este sentido, el terapeuta colaborativo reflexiona sobre cómo las relaciones de dominio y sumisión están incorporadas a los supuestos básicos de su práctica profesional y se afirma como diría Hoffman (en: Anderson, 1997, p. 18) a ser “una voz que supone que sólo puede dar poder a otros, si traiciona su propia identidad profesional – esto es, si se *despoja de poder*”.

Las características que debe tener el terapeuta son:

- *Responsabilidad*. El terapeuta es un participante más dentro de la red conversacional. No obstante, su participación no está exenta de intencionalidad o responsabilidad. Se

ubica en una posición de responsabilidad abierta, en la que da cuenta de los sesgos que informan su trabajo y acciones.

- *Respeto.* Respeta el lugar de las personas y su manera de ver las cosas. Respeta las ideas de los miembros del sistema acerca de *qué* es importante para la conversación terapéutica y *quién* debe ser incluido en ella.
- *Curiosidad.* Una actitud de querer conocer no sólo los hechos o eventos relatados por el paciente, sino también las interpretaciones y significados que les da el paciente.
- *Apertura.* El terapeuta comparte lo que piensa, puede preguntar al paciente cuáles son sus expectativas respecto a la terapia o invitarlo a hacer preguntas sobre la forma de trabajo.
- *Escucha activa.* Implica la realización de preguntas conversacionales.

Relación terapeuta-paciente.

El terapeuta debería de crear una relación con sus pacientes en la que se favorezca que éstos hagan latentes sus significados de ciertos eventos que consideran “problemáticos”, las relaciones personales, sociales y culturales que favorecieron elaborarlos de esa manera, así como las implicaciones o efectos de esos significados en alguna área particular de la vida de los pacientes.

El terapeuta colaborativo crea una *forma de ser en relación con el otro*, a través de una posición de reflexión sobre sus propios conocimientos y sesgos (Anderson, 1997); de esta manera, diluye las distinciones jerárquicas entre él y el paciente, así como una relación de dominio-sumisión, al no considerarse como poseedor de un conocimiento real y objetivo que lo coloque como experto frente a un paciente inexperto.

Según Ibarra (2004) y Anderson (op. cit.), entre las características de esa relación tenemos:

- a) La relación terapéutica desde el enfoque colaborativo abre espacio para la construcción de conocimiento, de nuevos significados.
- b) El habla y la escucha aparecen como posiciones que organizan el intercambio.

- c) Las expresiones y acciones del terapeuta varían de acuerdo al paciente y al contexto.
- d) Se resalta la mutualidad entre terapeuta y paciente para las decisiones acerca de quiénes deben participar en las sesiones, cuándo, y de qué hablar, sesión por sesión, conversación por conversación.
- e) No existen técnicas porque lo más importante es la relación que se crea entre terapeuta y paciente, en una relación de conexión, colaboración y construcción.
- f) Existe un objetivo terapéutico pero es maleable, buscando que el paciente tenga mayor responsabilidad, voz y presencia.
- g) Pueden darse tareas o sugerencias al paciente, pero éstas son generadas por la conversación dada y consensuadas por terapeuta y paciente.
- h) El cambio se evalúa colaborativamente, por ej. “¿cómo te vas a dar cuenta de que ya no necesitas venir aquí?”. Harlenne Anderson decía que el cambio se da: “Cuando las personas que tenían necesidad de hablar de los problemas ya no necesitan hablar de ellos”.
- i) Los sistemas terapéuticos y de problemas son abiertos, fluidos y cambiantes. La participación cambia a medida que cambia la charla y la gente entra y sale de la conversación. Cambia a medida que cambian las definiciones del problema, las preocupaciones y los motivos de alarma, las narrativas.
- j) El sistema terapéutico no tiene una composición determinada (por ejemplo, la pareja) y no se reúne en momentos predeterminados (por ejemplo, todos los martes a las nueve de la mañana).

LA TERAPIA NARRATIVA

Representantes principales.

Los representantes de la corriente narrativa son Michael White (-2008) originario de Australia y David Epston (1944-) originario de Nueva Zelanda.

Origen y desarrollo.

White y Epston han escogido deliberadamente la palabra *narrativa* para definir su práctica clínica, sin embargo, para ellos, su trabajo es un conjunto de prácticas en constante desarrollo colaborativo, no un método para ser aprendido (Payne, 2002).

El interés de estos dos autores para enfocar la terapia en las narraciones o relatos de la persona, tuvo que ver con la formación de Epston como antropólogo; con el interés en la teoría literaria, en particular, lo referente a la analogía del texto; con las conclusiones que extrajo White de la epistemología de Bateson; con la experimentación de ambos en los recursos escritos en su trabajo terapéutico; con las aportaciones de Michael Foucault sobre el poder, el conocimiento y el “método interpretativo”; con las ideas de la teoría feminista; con las aportaciones de Derrida en lo que se refiere a los mecanismos de deconstrucción; y en la filosofía de la ciencia, especialmente en el fenómeno de la revolución científica dentro de la comunidad científica (White y Epston, 1993; Payne, 2002).

Principios Básicos.

La vida como relato o narrativa.

Se propone que no se puede tener un conocimiento objetivo y directo del mundo, que todo lo que las personas sabemos de la vida lo sabemos a través de la “experiencia vivida”, la cual recobra un significado particular en el hecho de relatarla.

Las personas para entender nuestra vida y trazar un sentido a la misma, organizamos nuestra experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales y a través de un proceso de selección, en el conjunto de hechos de la experiencia, se dejan de lado los hechos que no encajan en los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollamos

acerca de nosotros mismos y del mundo que nos rodea. Al interactuar con otros en la representación de nuestros relatos, modelamos nuestra vida y relaciones.

Narración dominante y relatos alternativos.

Sólo una fracción de la experiencia vivida puede relatarse y expresarse en un determinado momento, de tal manera que una gran parte de la experiencia queda inevitablemente fuera de la narración dominante acerca de la vida y las relaciones con los demás, lo que constituye una fuente, llena de riqueza y fertilidad, para la generación, o regeneración de relatos alternativos. Erving Goffman (en: White y Epston, 1993) ha llamado a los aspectos de la experiencia vivida que caen fuera del relato dominante “acontecimientos extraordinarios”.

Vida y mantenimiento del problema.

White y Epston (op. cit.) no consideran que el problema sea de algún modo requerido por las personas o por el “sistema”, más bien, se interesan por las exigencias del problema para su supervivencia, y por el efecto que tienen esas exigencias sobre las vidas y las relaciones de las personas. Ellos proponen que las respuestas de los miembros de la familia a las exigencias del problema, tomadas en su conjunto, constituyen inadvertidamente el sistema de apoyo a la vida y mantenimiento del problema.

Se concibe que el problema radica en los efectos reales de las maneras de ser y pensar de sí mismo y de los otros, y que estos efectos son vividos como negativos (White, 1997). En este sentido, se busca saber cómo las personas organizan su vida alrededor de ciertos significados, y cómo, al hacerlo, mantienen el problema.

Externalización del problema.

De acuerdo con White y Epston (1993), los síntomas estarían vinculados a ciertas narraciones evocadoras del discurso social del poder y desaparecerían en el trabajo de externalización, cuyo lugar fuera ocupado por nuevas narraciones no relacionadas con el problema. Se propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente.

La persona no se ve como el problema; en vez de identificarse como “neurótica”, se dice que la ira, el miedo o la desconfianza la tienen atrapada. El problema, entonces, se convierte en una entidad separada, sin que por ello se sugiera una actitud irresponsable o desinteresada de la persona que vive con ese problema (Suárez, 2004).

La intervención desde la Terapia Narrativa.

El enfoque narrativo concibe la terapia como un contexto de curiosidad y asume la forma de un empeño cooperativo y una indagación de nuevas posibilidades. La terapia toma así una dirección única en la que los miembros de la familia son incitados a poner al día al terapeuta en cada sesión sobre el cambiante cuadro de sus vidas y de sus relaciones (White, 1997).

La intervención desde la terapia narrativa se basa principalmente en un proceso de interrogar con preguntas de *influencia relativa*. Dichas preguntas invitan a la persona o los miembros de una familia a derivar dos descripciones diferentes del sí mismo, de los demás y de las relaciones, y de su relación con el problema que presentan en terapia, con el propósito de que la persona o miembros de la familia establezcan nuevas distinciones, las cuales provocan nuevas respuestas.

A continuación se describen los dos momentos principales del proceso de interrogar en la terapia narrativa:

<p>MOMENTO 1: Indagar la influencia del problema sobre la vida de los miembros de la familia. <i>Objetivo:</i> Externalización de conversaciones, vivencias y del problema.</p>		
<i>Tipo de preguntas</i>	<i>Consiste en que los miembros de la familia:</i>	<i>Ejemplos:</i>
<p>De externalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sobre el problema y sus efectos. - Sobre aspectos del estilo de vida que son promovidos por el problema. - Sobre hábitos específicos de que depende ese estilo de vida para perdurar. 	<p>Den cuenta de los efectos que tienen en sus vidas los problemas que las aquejan.</p> <p>Señalen la influencia que esas concepciones o percepciones tienen en sus vidas.</p> <p>Evalúen si las consecuencias de esa relación son aceptables o se sentirían más tranquilos si pudieran librarse de la tiranía del problema.</p>	<p>¿Qué efecto ha estado teniendo la esquizofrenia en sus vidas y relaciones?</p> <p>¿De qué manera se sintió usted empujado a un rincón por la esquizofrenia?</p> <p>¿De qué manera la esquizofrenia provocó ese estilo de vida de “sentirse arrinconado”?</p> <p>¿De qué hábitos ha dependido más ese estilo de vida de “sentirse arrinconado”?</p>
<p>MOMENTO 2: Indagar la Influencia de los miembros de la familia en la persistencia del problema. <i>Objetivo:</i> Que los miembros de la familia conciban nuevas descripciones de sí mismos, de los demás y de sus relaciones.</p>		
<i>Tipo de preguntas</i>	<i>Consiste en que los miembros de la familia:</i>	<i>Ejemplos de manera directa e indirecta:</i>
Sobre logros aislados	Disciernan aquellas intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada de problemas de la vida de la familia, que de otra manera, habrían pasado inadvertidas.	<p>¿Puede usted recordar una ocasión en la que pudo caer en el problema pero no cayó en él?;</p> <p>¿Qué aspectos de estos nuevos cambios cree usted que <i>a mis colegas</i> les parece más impresionante?</p>
Relativas a la explicación única	Den sentido al logro aislado, localizándolo dentro de una pauta o clase de sucesos que están relacionados en el tiempo y el espacio.	Son preguntas relacionadas con el: <i>cómo logró, cómo pudo, cómo se dio cuenta, qué ocurrió, qué otra cosa advirtió.</i>
Relativas a la redescrición única	Den significación a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la redescrición de sí mismos, de los demás y de sus relaciones.	<p>¿En qué medida <i>saber esto</i> sobre usted influye en la manera en que se <i>percibe a sí mismo?</i>”,</p> <p>¿De qué modo estas realizaciones de su hijo modifican la manera de percibirlo?</p>
Sobre posibilidades únicas	Especulen sobre el futuro personal y de sus relaciones. A descubrir qué nuevos y valiosos destinos o metas podrían acompañar las explicaciones únicas y las redescriciones únicas; y sobre los pasos específicos ofrecidos por esas posibilidades.	<p>¿Cómo podría hacer para...?</p> <p>¿Cuándo estaría preparado para intentar...?</p> <p>Explorar éstas nuevas oportunidades ¿cómo afectarán la apreciación de usted mismo?</p> <p>¿Esta nueva visión de sí mismo en qué medida afectará su relación con...?</p>

CUADRO 7. El proceso de interrogar en la terapia narrativa, adaptado de White (1997).

EL EQUIPO REFLEXIVO

Representante principal.

El iniciador y representante principal de este enfoque terapéutico es Tom Andersen (-2007), de origen Noruego quien realizó estudios de medicina en la ciudad de Oslo. Fue psiquiatra y profesor del Institute of Community Medicine (Instituto de Medicina Comunitaria), Sección de Psiquiatría Social, de la Universidad de Tromso, Noruega.

Origen y desarrollo.

El equipo reflexivo, según Hoffman (en: Andersen, 1994, p. 14) “es una posición terapéutica que ofrece una forma de desmedicalizar una profesión que en sus diversas manifestaciones (psiquiatría, trabajo social, psicología) se ha visto obligada a tratar cada vez más con evaluaciones concebidas de manera objetiva”.

Tom Andersen describe cómo surgió el equipo reflexivo:

Se presentó un caso en el que durante una sesión donde el consultante era un joven médico que pasaba por un período de depresión, el equipo de terapia pidió reunirse con el terapeuta un par de veces para encauzar la terapia a la conversación sobre aspectos positivos de la vida del cliente, sin embargo, este reencauzamiento no tuvo el efecto esperado, por lo que se percibía a la sesión como “estancada”. Entonces pensamos que sería buena idea permitir que el sistema “estancado” pudiera ver más acerca del proceso terapéutico. Nos tomó tres años atrevernos a permitirles que nos vieran trabajar. Era fácil pensar que a menudo, cuando hablábamos con la gente, estábamos cargados con demasiados pensamientos negativos sobre ellos, los que podrían “salir a la luz” si eventualmente hablábamos de ellos mientras nos escuchaban. Revertimos la luz y el sonido y ahora la familia podía oírnos y vernos, y nosotros a ellos no. Surgieron las ideas y lentamente proseguimos una discusión sobre lo que podría ocurrir si algunos de esos caminos fueran utilizados. El revertir la luz y el sonido le daba una libertad sorprendente a la relación entre nosotros y la familia. Ya no éramos *los únicos* responsables, sólo éramos una de las dos partes (Andersen, 1994, p. 13).

De acuerdo con Andersen (1994, 2005) son cuatro las principales conceptualizaciones teóricas que permitieron el sustento del equipo reflexivo como enfoque terapéutico, entre las que tenemos:

- Las ideas de *Gregory Bateson* respecto al cambio y la diferencia que hace una diferencia.
- El trabajo fisioterapéutico realizado por *Bülow-Hansen*, quien trabajaba *en relación con el otro*, es decir, ella miraba, oía y, quizás, hasta olía cómo respondía el otro a sus manos antes de que estas continuaran trabajando.
- Las aportaciones de *H. Maturana* y *F. Varela* sobre la comprensión biológica del ser humano, es decir, de que una persona está fuertemente determinada desde el punto de vista estructural biológico. De tal forma que una persona sólo puede reaccionar a una situación determinada de una de las maneras que tiene en su repertorio, sin embargo, puede cambiar a lo largo del tiempo cuando algunas maneras viejas desaparecen y otras nuevas emergen.
- El sistema de observación sobre el que habla *Heinz von Foerster*, en el que Andersen, al observar las respuestas de los pacientes a su observación pueden transformarse indirectamente en un observador de su propia observación.

Principios básicos.

Andersen (2005, p. 43) considera que “hay tres diferencias, de las cuales sólo una hace una diferencia. Lo excesivamente habitual no hace diferencia alguna. Lo excesivamente insólito no hace diferencia alguna. Lo adecuadamente insólito hace una diferencia. Estos matices pueden aplicarse holgadamente en muchas situaciones y circunstancias, incluidas las conversaciones”.

Andersen (1994) señala que las conversaciones son una fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes. Él sugiere para la terapia las conversaciones reflexivas y abiertas. Reflexivas porque se desarrollan diálogos internos durante el proceso de escuchar a los demás y de hablar y escucharse a sí mismo. Abiertas porque todo lo que se dice es escuchado por los demás participantes.

Proceso de realización del Equipo Reflexivo (ER).

El objetivo terapéutico es establecer un diálogo para comprender la forma en que las personas crearon sus descripciones y explicaciones; a través del intercambio de ideas y de las preguntas formuladas por el terapeuta o el equipo de reflexión, se abre la posibilidad de que el paciente vea otras alternativas de explicación que no haya percibido antes (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Generalmente, las personas parecen fascinadas por el proceso de escuchar las conversaciones de los profesionales acerca de ellos y a la vez, sienten que sus “voces cuentan”.

Para realizar el Equipo Reflexivo, se proponen tres momentos básicos (Andersen, 1994):

Primer momento: los miembros del ER pueden estar detrás de un espejo o bien en el mismo espacio que los clientes y la terapeuta, y se mantienen en silencio.

Segundo momento: el terapeuta a cargo, invita a la persona o familia a ponerse en una posición de escucha (o bien de descanso) ante las reflexiones realizadas por parte del ER que ha escuchado la conversación. Los miembros del equipo hablan (especulan) a partir de algo que hayan visto u oído durante la conversación entre la familia y el terapeuta. Se evitan las declaraciones, las opiniones y los significados para que las familias no se sientan criticadas.

William D. Lax sugiere algunas preguntas que los miembros del ER pueden intercambiar sobre sus comentarios y pensamientos: “¿Qué aspecto o momento de la entrevista activó sus ideas?, ¿Vio u oyó algo determinado que lo llevó a hacer estos comentarios?, ¿Alguna de las ideas o valores que sustenta influyó en sus comentarios?, ¿Se sintió tocado personalmente por algo de lo que se dijo?, Entre las experiencias de su vida, ¿hubo algunas que, tal vez, le inspiraron esos pensamientos y, de ser así, estaría dispuesto a hablar de ellas ahora?” (Lax, 2005, p. 198).

Tercer momento: el terapeuta le pregunta a la persona o a la familia si ¿hay algo de lo que ha escuchado sobre lo que le gustaría hacer algún comentario o hablar?, o ¿desea que aquí termine la conversación? De acuerdo a lo que diga la familia, puede darse otro momento de reflexiones o terminar la sesión.

PARTE III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS.

El programa de Residencia en Terapia Familiar contempla una visión integrativa para abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad, etc.), así como desde el Construccinismo Social y los modelos que se derivan de esta perspectiva.

A través de la práctica clínica supervisada, en la aplicación teórica y metodológica derivada de los diferentes modelos terapéuticos, el estudiante desarrolla habilidades clínicas, tales como la observación del sistema familiar y la observación del terapeuta en su interacción con el sistema familiar, detección, creación del vínculo terapéutico, intervención, evaluación de resultados, seguimiento del caso, elaboración de reportes, por mencionar algunas.

En la presente sección se mostrará la experiencia adquirida en el desarrollo de las habilidades arriba mencionadas. Para su mejor comprensión, primero se muestran los casos clínicos atendidos durante la Residencia en Terapia Familiar; en segundo lugar se describe y analiza la intervención realizada en dos familias atendidas; en tercer lugar se realiza una discusión teórica sobre el maltrato infantil parento-filial; y finalmente, se realiza el análisis y discusión teórico-metodológica del trabajo clínico con las familias elegidas para su estudio.

3.1.1 Trabajo clínico con familias.

Durante la Residencia participé como terapeuta principal con 11 familias, con sistema de supervisión; mismas que a continuación se esquematizan señalando, el escenario clínico, el motivo de consulta y el proceso seguido.

CUADRO 1. Familias atendidas durante la Residencia en Terapia Familiar, como terapeuta principal.

SEM.	SEDE	FAMILIA ATENDIDA	MOTIVO DE CONSULTA	SESIONES Y ALTAS	MODELO DE INTERVENCIÓN
2º.	FESI	Mujer de 21 años	Vulnerabilidad e inseguridad ante las críticas	4 sesiones: alta	Estructural
2º.	FESI	Mujer de 52 años y nieto de 8 años	Situación de violencia y drogadicción en su ámbito familiar	8 sesiones: alta	Colaborativo y Estructural
2º.	FESI	Niña de 9 años de edad	Comportamiento hostil en su escuela y desobediencia a sus padres	4 sesiones: baja	Estratégico
3º.	CCH	Adolescente mujer de 17 años	Bajo rendimiento escolar por motivo de violencia entre sus padres	2 sesiones individuales y 5 grupales (taller):alta	TBCS
3º.	CCH	Adolescente mujer de 17 años	Bajo rendimiento escolar y problemas en su salud física	1 sesión: Baja	TBCS
3º.	ISSSTE	Mujer de 35 años	Depresión con intento de suicidio	5 sesiones: alta	TBCS
3º.	ISSSTE	Abuelo, abuela, nieto y nieta de 62, 59, 3 y 2 años correspondiente mente	Inquietud en su conducta y desconocimiento por parte de los abuelos para establecerles límites	2 sesiones: baja	TBCS y estructural
3º.	ISSSTE	Mujer de 29 años	Desgaste psicológico a raíz de una demanda legal contra ella	3 sesiones: Alta	TBCS
4º.	FES	Hombre de 23 años	Inestabilidad emocional por la violencia entre sus padres y la separación de estos	3 sesiones: baja	TBCS y estratégico
4º.	FES	Mujer de 28 años	Violencia en su relación de pareja, desacuerdos sobre la educación a su hijo y comportamiento poco sociable por parte del niño	7 sesiones: Alta	Colaborativo y TBCS
4º.	FES	Papá, mamá, hijo e hija, de 42, 39, 14 y 8 años.	Consumo de marihuana	5 sesiones: alta	TBCS

3.1.2 Descripción y análisis de la intervención realizada con las familias “Ramos” y “Paz”.¹

Este apartado tiene como objetivo presentar la intervención terapéutica y el análisis de dos de los casos que fueron atendidos durante la Residencia en Terapia Familiar. La elección de los casos radica en que ambos muestran situaciones de maltrato infantil parento-filial, sin embargo, como el lector podrá darse cuenta, la situación de maltrato infantil parece diluirse y puede ser un aspecto secundario para los consultantes durante el proceso terapéutico, sin dar relevancia al maltrato que sufre el niño de manera directa o indirecta por parte de sus familiares. Como revisaremos más adelante, en muchas ocasiones el maltrato hacia los niños, es un maltrato que está en la penumbra y no llega a salir a la luz a menos de que las evidencias de maltrato físico se hagan evidentes.

¹ Los nombres y apellidos fueron modificados para respetar la confidencialidad de los miembros de las familias.

3.1.2.1 FAMILIA RAMOS.

El motivo de consulta de los padres de la familia Ramos hace referencia a un comportamiento de su hija quien muestra escasas habilidades sociales en sus relaciones, hecho que es principalmente identificado en la escuela por la maestra de la niña. El equipo terapéutico, al adentrarse en la dinámica familiar observó indicios de que la menor se encontraba triangulada por sus padres, es decir, incorporada al conflicto conyugal de éstos. La posición de la niña en dicha dinámica relacional revestía para ella características de un maltrato psico-emocional y de castigos físicos, razones por las que se toma en consideración la queja de la maestra.

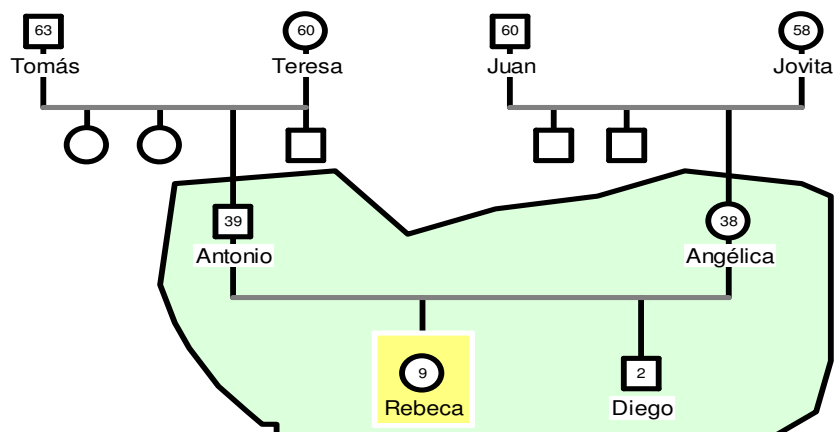
A. DESCRIPCIÓN DEL CASO.

- **Conformación familiar.**

Se trata de una familia nuclear integrada por el padre, Antonio de 36 años, la madre, Angélica, de 35 años. Ambos tienen dos hijos: Rebeca de 9 años, cursa el tercero de primaria y Diego de 2 años quien aún no asiste a la escuela. Antonio se dedica a la mecánica automotriz y Angélica se dedica a las labores del hogar y la crianza de sus hijos, y es quien pasa la mayor parte del tiempo con ellos.

La familia de origen de Angélica está conformada por su madre Jovita de 58 años y su padre Juan de 60 años quienes viven a tres casas de la familia Ramos; y dos hermanos mayores que ella. La familia de Antonio está conformada por su madre Teresa de 60 años y su padre Tomás de 63 años. Tiene dos hermanas mayores y un hermano menor que él.

Familiograma:



- ***Motivo de consulta.***

Angélica solicitó el servicio de la Clínica de Terapia Familiar, argumentando que la profesora de Rebeca le había sugerido que la niña fuera tratada por un psicólogo, debido a que presentaba problemas de conducta en la escuela, a saber: llevarse muy pesado con los niños, esconderles las cosas, ser chismosa, no poner atención y no obedecer.

- ***Descripción de la problemática.***

De acuerdo a la opinión de Angélica, desde hace tres meses, la maestra le echa a su hija la culpa de muchas cosas, no la deja hablar, sólo la acusa, de tal manera que la niña se queda quieta y ya no dice nada porque se siente atacada; considera que la maestra ya le encontró el modo de acusarla al quedarse la niña callada. También señaló que en segundo año de primaria, la profesora en turno la mandó a psicología en el DIF de Santa Mónica, asistiendo sólo un mes, el motivo era similar al actual, relacionado a su forma pesada de llevarse con los niños.

Se le explicó la forma de trabajo durante las sesiones, consistente en el apoyo del equipo terapéutico, su consentimiento para videograbar las sesiones y la posibilidad de que todos los miembros de la familia pudieran acudir a las sesiones, a lo cual, accedió.

A la primera sesión asistieron Antonio y Angélica con sus dos hijos. Antonio menciona que “supuestamente” el problema es por el comportamiento negativo de su hija, pero que no le parece que la maestra por cualquier cosa se lo atribuya a la niña, aunque él sabe que su hija niega las cosas malas que hace. Angélica, por su parte, dice que la maestra acusa a su hija de chismosa y desobediente, y que ella no está de acuerdo en que la culpe de eso y no deje que la niña explique cómo sucedieron las cosas. Rebeca dijo que ella les pega y da patadas a sus compañeros, no tan fuerte sino quedito para que no la acusen, pero que también la maestra le echa la culpa de todo, no la escucha y sus compañeros también le dan patadas, la espantan y le quitan sus cosas.

Ambos padres mencionaron que el comportamiento de Rebeca en casa es levantarles la mano a ellos, ponérseles al tú por tú, reclamar cuando no se le da lo que quiere, quejarse

cuando se le pide que haga algo. Antonio dijo estar poco tiempo en casa por cuestión del trabajo, y su manera de relacionarse con la niña es a través de darle premios aunque no obedezca, pues como está poco tiempo en casa de esa manera la apoya; en otras ocasiones, ya enojado, le grita o la ignora como ella lo ignora a él. Angélica dijo que cuando Rebeca no la obedece y está de rezongona o le pega a su hermano, le pone un hasta aquí agarrándole la mano, gritándole, pegándole con una chancla, metiéndola al baño 5 min. y si ha tomado cosas que no son suyas le pone sus manos cerca del fuego de la estufa.

A lo largo de las sesiones terapéuticas se develó la existencia de diferencias y desacuerdos en la relación de pareja, vinculados con la división de las tareas del hogar, el tiempo y dedicación a los hijos, el ingreso económico y la relación con sus familias de origen.

- ***Estructura de la familia.***

Es una familia que atraviesa por la etapa de crianza de un niño pequeño y una hija en edad escolar, que implica que la pareja defina nuevos modos de relacionarse sentimental y sexualmente, y que establezca acuerdos para diferenciar sus funciones en cuanto a las tareas de crianza, educación y atención que necesitan brindar a sus hijos. Para la hija mayor, en su ámbito familiar tiene que adaptarse a la convivencia con un nuevo miembro de la familia que quita parte de la atención que sus padres y otros familiares tenían hacia ella; en su ámbito escolar, conocerá a otras familias con otros estilos de vida que le permitirán hacer comparaciones con su propia familia. Además, esta etapa escolar, llega a implicar una prueba para los padres porque el medio escolar con sus exigencias, evalúa la eficiencia del niño así como los valores y límites que sus padres le inculcaron.

En base a lo referido por la familia, el subsistema parental está conformado por Antonio, Angélica, y los abuelos maternos que ejercen funciones parentales cuando Angélica les pide cuide de los dos niños para poder encargarse de actividades de la casa y para distracción de los niños. De tal manera que la jerarquía está repartida en estas cuatro personas, repercutiendo en desacuerdos en el subsistema conyugal. En el subsistema parental formado por Antonio y Angélica existe dificultad en el establecimiento de límites

entre ellos y para con los hijos. Pudiese suponerse, existe un triángulo entre Angélica y Antonio cuya relación está agobiada de conflictos e incluyen a Rebeca junto con su comportamiento para desactivar su conflicto. Ellos como pareja mencionaron que su hija está al tanto de sus discusiones que se vuelve como un réferi. También podríamos pensar en un triángulo de coalición entre Angélica y Rebeca contra Antonio, en el sentido de estar aliadas para hacerle ver a Antonio que su participación en casa no es la esperada, esto en relación al comentario de Angélica sobre que la niña le dice a Antonio que él no es su padre, que su abuelo Juan es su padre. Por otro lado, el sistema fraterno presenta una jerarquía clara, donde la hermana mayor funge como tal con su hermano menor, sin embargo, los límites son difusos con características de agresión entre ellos.

- ***Hipótesis sistémica.***

Rebeca muestra conductas violentas hacia sus compañeros, al parecer su maestra se siente rebasada por el comportamiento de la menor, en ocasiones ignorándola y en otras acusándola, y es probable que sus compañeros prefieran no juntarse con ella. Por su parte, los padres no le establecen consecuencias claras y consistentes ante su comportamiento, por lo que prefieren hacer un frente unido con su hija en contra de la maestra, mientras la niña se muestra indefensa ante otros pero recibe defensa por parte de sus padres. Los papás la defienden porque si no fuera así, aceptarían ante la maestra, su dificultad para ponerle límites claros hacia su hija, lo que a su vez sacaría a la luz un posible conflicto de acuerdos en su relación conyugal. Al defender a Rebeca propician que ella se perciba desvalida en su entorno escolar, y esta indefensión, con la premisa de que es “atacada” posibilita que sus padres continúen desviando en ella su conflicto conyugal.

- ***Objetivos.***

Los objetivos establecidos a lo largo del proceso terapéutico fueron: a) Explorar y evaluar la estructura familiar y b) Observar la interacción familiar y reforzar la jerarquía del subsistema parental, estableciendo límites claros y definidos entre subsistemas.

- ***Modelo de trabajo.***

Se consideró oportuno trabajar con las aportaciones del modelo estratégico, por ser el modelo revisado en el semestre de formación.

- ***Intervenciones terapéuticas y técnicas empleadas.***

Describiremos esta sección de acuerdo a la propuesta de Haley (2005) sobre las etapas que recorre la entrevista al presentarse la familia a terapia.

La etapa social.

Esta etapa tiene por objetivo saludar a todos los miembros de la familia haciéndolos sentirse cómodos y buscando obtener alguna respuesta “social” por parte de ellos. La tarea del terapeuta será observar: su comunicación analógica, las relaciones existentes entre padres e hijos y qué miembro de la familia intenta ponerlo a él de su parte.

En la primera sesión se saludó a todos los miembros de la familia y se les invitó a sentirse en un lugar seguro donde se tratan los problemas que se presentan en la vida y donde sus comentarios o respuestas no serían juzgadas o criticadas, ante lo cual se les observó tranquilos. En la firma del consentimiento, se les hizo ver que la participación de todos en la terapia era importante y Diego a su manera también firmó. Los lugares que ocuparon en las sillas fueron en este orden: Antonio, Diego, Angélica y Rebeca. Ambos padres mostraron gestos de agrado y cariño hacia sus hijos. En este primer momento, Antonio refirió que era la maestra quien les había pedido acudir a terapia.

La etapa de planteo del problema.

El propósito de esta etapa es indagar por qué han venido o qué problema le aqueja a la familia.

Para conocer la problemática de la familia, se inició con una afirmación general y ambigua: “Los escuchó” dirigiendo la mirada hacia el padre por parecer estar más desligado del problema y contar, en un futuro, con una mayor involucración de él en la resolución del mismo. Primeramente él, y después su esposa, expusieron los motivos que la maestra refería para que la niña fuera atendida psicológicamente y su desacuerdo en la actitud de

la maestra hacia la niña. Aunque sabían que existía un comportamiento problemático en la niña, no se responsabilizaban del todo por el mismo, sino que asumían que la maestra era quien no manejaba bien la situación.

La etapa de la interacción.

Consiste en hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema, con el fin de detectar la organización de la familia, así como sus secuencias y pautas de conducta.

Los elementos sugeridos en este tercer momento se efectuaron cuando los padres hablaron con su hija sobre qué pensaban del comportamiento de Rebeca en la escuela, y ella a su vez, les decía qué era lo que pasaba cuando su maestra le llamaba la atención. No obstante, tanto los padres como la niña, sacaban a relucir que era la maestra quien atacaba a la niña y no la escuchaba. Por lo que muy seguramente era necesario, incluir en el diálogo alguna posible postura de la maestra, por ejemplo, si la maestra estuviese aquí en la sesión, ¿qué diría sobre qué es lo que más le preocupa de que la niña esté pateando a sus compañeros?

Definición de los cambios deseados.

El objetivo es establecer un contrato con la familia sobre las metas a alcanzar en la terapia, una vez que el problema haya sido formulado claramente.

Aunque los padres reconocían que su hija mostraba desobediencia en casa y había ocasiones en que no decía la verdad, además que en esa primera sesión la niña reconoció que sí les pegaba a sus compañeritos y sus padres dijeron que eso nunca lo había dicho, los padres no aceptaban tomar responsabilidad sobre los comportamientos violentos de Rebeca que señalaba la maestra, por lo que definir los cambios deseados aún no se lograba.

Conclusión de la entrevista.

Esta última etapa contempla: a) la concertación de una nueva cita; b) tener en consideración si se citará a otro u otros miembros de la familia y c) considerar alguna directiva.

La familia estuvo de acuerdo en acudir otra siguiente sesión, por el momento no se contempló la participación de algún otro miembro familiar y la directiva elaborada por el equipo terapéutico consistió en pedirles a los papás que cuando notaran que Rebeca estaba usando la fuerza especial de ayudar, ellos se lo harían notar diciéndole: ¡gracias!, ¡felicidades!, ¡qué bien lo hiciste!; y se le pidió a Rebeca que pensara en varias maneras de utilizar esa fuerza especial de ayuda.

Al final de la segunda sesión se empleó otra directiva. El equipo terapéutico al observar que ambos padres traían una imagen de San Judas Tadeo, preguntó sobre su creencia en San Judas Tadeo, quienes mencionaron que sí creían, y se les invitó a pedir a este Santo, patrono de las causas difíciles, las cualidades que ellos creyeran necesitar para hacerse obedecer. Ellos aceptaron pedir a ese santo cualidades de paciencia y fuerza, de tal manera que cuando dieran una orden hicieran que se cumpliera desde la primera vez. Finalmente se les dijo que era una tarea difícil porque sería algo nuevo que no están acostumbrados a hacer, pero si daban menos órdenes era más posible que se hicieran escuchar.

Además de las directivas, se empleó la técnica estratégica “siembra de ideas” consistente en subrayar ciertas ideas para preparar alguna intervención posterior. Se le dijo a la niña: “Si tú fueras muy fuerte pero más fuerte que tus papás, ¿cómo utilizarías esa fuerza?” La niña dijo que pegaría y maltrataría a sus compañeros y a sus papás también, además de que les daría patadas y les diría de groserías. Después se le señaló: “Hay personas que son muy fuertes y con esta fuerza ayudan a otros, sostienen a otros. Con esta fuerza ¿cómo puedes ayudar también?” La niña mencionó que en casa ayudándole a su mamá en los quehaceres, a barrer y a hacer la comida, a su papá en su trabajo pasándole las herramientas. Y en la escuela, ayudaría a sus compañeros a escuchar bien, a no jugar a las

luchas y les diría “¡no peleen porque si no la maestra los va a regañar!”. Con esta siembra de ideas se logró construir una de las directivas arriba indicadas.

Con el propósito de establecer límites y reforzar la jerarquía de los padres se les preguntó si ¿estarían dispuestos a trabajar como equipo de padres en beneficio de sus hijos? y ¿cómo concebían que debe ser la educación en cuanto a darles de manera medida y con límites?

En cuanto hacer evidente el castigo físico empleado para disciplinar, en el mensaje final se les invitó a reflexionar sobre: ¿hasta dónde van a llegar esos castigos? y ¿cómo va a repercutir en la niña y en ellos como padres?

También se empleó la técnica de coro griego propuesta por Peggy Papp (1983) cuyo objetivo es abrir en terapia la posibilidad del no cambio tanto al paciente como al cliente, se presenta así la alternativa de perpetuar la condición por la cual asisten a terapia, haciendo evidentes las consecuencias de continuar así. Se emplea cuando hay resistencia al cambio, y cuando la familia no percibe las consecuencias de permanecer en la situación que los trajo a consulta. Consistió en decirles a la familia lo siguiente: “El equipo terapéutico quiere conocer quién de los dos tiene más paciencia y sabiduría en casa ante algún desacuerdo, por lo que sus opiniones se encuentran divididas, dos personas del equipo dicen que será usted Antonio y cuatro personas dicen que será usted Angélica”.

Como resultado de las intervenciones anteriores, ambos padres empezaron a reconocer los conflictos en su relación conyugal y cómo estos repercutían en la manera de relacionarse con sus hijos, en particular con Rebeca, y a la vez, cómo ellos en situaciones de desacuerdos y conflictos le permitían a la niña que se dirigiera hacia ellos con conductas de altanería y violencia.

La familia dejó de asistir argumentando que Angélica se había fracturado una pierna por una caída y el doctor le había recomendado reposo. Se hizo la invitación a Antonio para que continuara con el proceso terapéutico, accedió pero no asistió por cuestiones laborales. Ambos solicitaron una siguiente cita pero no acudieron.

3.1.2.2 FAMILIA PAZ.

La atención terapéutica que se le brindó a la familia Paz empezó como una situación emergente, pues Rita acudió a la Clínica de Terapia Familiar manifestando un comportamiento agitado, nervioso, confuso y con llanto, solicitando ser atendida en el momento. Durante el proceso terapéutico se observó una dinámica relacional familiar con características de violencia y drogadicción, e involucrado en esta dinámica Kevin, el nieto de Rita, cuyos padres manifestaban un deterioro en sus funciones parentales con desinterés, poca implicación y empleo de castigos físicos. La violencia presente en esta familia se enmaraña de tal forma que pareciera poco fácil vislumbrar una hebra que permita claridad, seguridad y protección ante la violencia, asimismo se refleja la participación de personas significativas en la protección de un niño que vive situaciones de maltrato.

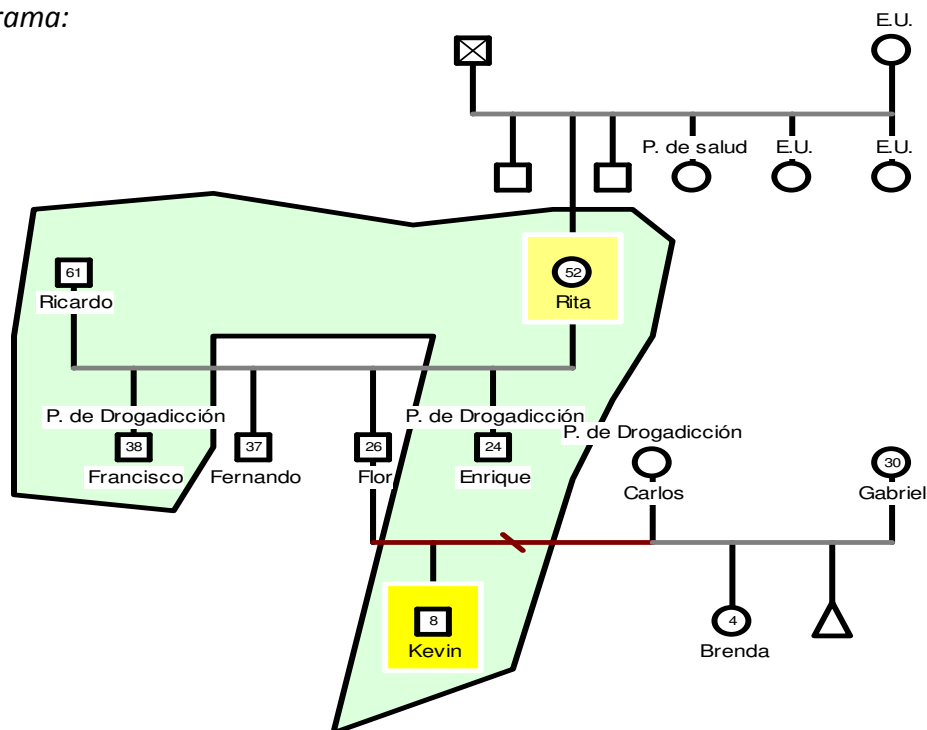
A. DESCRIPCIÓN DEL CASO.

- ***Conformación familiar.***

Se trata de una familia con hijos adultos, conformada por dos padres, Ricardo de 61 años quien está pensionado y Rita de 52 años quien tiene terrenos y de la venta de éstos mantiene su economía. Ambos tienen cuatro hijos, el mayor es Francisco de 38 años, no trabaja y no cuenta con certificados de estudio; el segundo es Fernando de 37 años quien radica en Estados Unidos y no cuenta con un trabajo estable; la tercera es Flor de 26 años, quien radica en un municipio del Estado de México y labora como empleada; y el cuarto es Enrique de 24 años a quien de pequeño se le diagnosticó un problema de inmadurez neurológica por lo que no estudió y actualmente no trabaja. Flor y Carlos son padres de Kevin de 8 años, actualmente están separados, la decisión fue de ella debido a los problemas de adicción a la droga por parte de éste. Después, Flor ha mantenido una relación de pareja con Gabriel de 30 años de edad, con quien procreó a Brenda de 4 años y actualmente tiene un embarazo de 4 meses. Desde que nació Kevin hasta sus 7 años ha estado principalmente bajo el cuidado de Rita y en otras temporadas de su madre según

como ésta lo disponga. Actualmente Kevin no asiste a la escuela por haber reprobado el segundo año de primaria antes de que concluyera este grado.

Familiograma:



- **Motivo de consulta.**

Rita en compañía de su esposo llegó a la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, por una crisis que presentaba en ese momento, a saber: desconcierto, llanto, temor, hipersensibilidad, temblor del cuerpo, pensamientos confusos, precipitados y con cierta distorsión temporal. Ricardo quien la acompañaba, decidió no entrar a la sesión, alegando con el equipo terapéutico quiénes éramos para entrometernos en la vida de ellos, no obstante, Rita pidió ser recibida. Por la situación emergente en la que se presentó, inicialmente fue atendida por el supervisor a cargo, después se realizó co-terapia con la terapeuta autora de este trabajo, y finalmente, la terapeuta se quedó a cargo del caso. A mitad del proceso terapéutico con Rita, ella solicitó el apoyo para saber manejar la situación con su nieto en cuanto a sus actividades de aprendizaje, por lo cual se hizo partícipe a Kevin dentro de las sesiones. El niño participó en dos sesiones, porque finalmente volvió a quedarse bajo el cuidado de su madre.

- ***Descripción de la problemática.***

Rita comentó que desde se casó con Ricardo, él la ha agredido físicamente y aunque ahora ya no le da golpes ni la ceta, sí la insulta cuando ella no le da dinero para cubrir las deudas económicas que ambos tienen y que él alega no puede pagar por tener una pensión mínima, además de que la insulta diciéndole que no le sirve como mujer. También refirió que sus dos hijos que viven en casa son drogadictos y seguido le piden dinero para poder obtener su droga y cuando no les da, ambos hijos se dedican a robar. Francisco ha sido fichado por robar y Enrique ha estado en granjas de recuperación. A lo largo de las sesiones mencionó los problemas con su familia extensa en cuanto a la venta de terrenos y la documentación de los mismos. Refirió no contar con el apoyo de su familia de origen, su padre ya falleció, su madre y una hermana radican en Estados Unidos y su otra hermana vive en Xochimilco pero está con problemas de salud. Sus dos hermanos varones no la quieren y le dicen que se va a morir pronto.

En la sesión 4 del proceso terapéutico, Rita mencionó que su hija Flor le volvió a dejar a su cargo a su nieto Kevin porque fue reprobado en la escuela antes de que terminara el ciclo escolar, ante lo cual Rita aceptó. En el tiempo que Kevin estuvo con Rita, lo llevó a atención médica en la clínica 72, los médicos le dieron el diagnóstico del Síndrome del niño maltratado, y en esa misma clínica en el área de psicología mencionaron un posible diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención, que aún está por confirmar. Además lo llevó a clases de regularización. También es importante mencionar que el niño tiene conocimiento del problema de drogadicción y robo por parte de sus tíos.

- ***Estructura de la familia.***

Es una familia donde los padres están atravesando la salida de los hijos del hogar, también conocido como la etapa de nido vacío, dos de sus hijos han partido del hogar y los otros dos continúan con ellos. El reto que implica esta etapa para la familia está en su capacidad para desprenderse de los hijos e incorporar a nuevos individuos como el cónyuge y la familia política. Otra de las características de esta etapa, es el cese de la vida laboral de Ricardo, y junto con Rita, asumir el nuevo rol de abuelos.

Por otra parte, tanto Francisco como Enrique no se han desarrollado adecuadamente en las etapas de desarrollo que les corresponden de acuerdo a las aportaciones de Erickson (citado en: Fernández, 2000). Francisco en la adultez media se encuentra en el polo del estancamiento frente a la generatividad, y Enrique en su etapa de adultez temprana se encuentra en el polo del aislamiento frente a la intimidad. Sumado a esto, la adicción presentada por Francisco y Enrique afecta a la familia y, paradójicamente, pareciera ser que la familia ha producido un sistema de conductas que apoyan el desarrollo de la adicción.

La familia presenta límites rígidos al exterior, no permitiendo la introducción de otras personas en la dinámica familiar, no existe flexibilidad o capacidad de reestructuración, y, generalmente, se mantienen alejados de su familia de origen por conflictos con ellos. Sin embargo, Rita mantiene límites adecuados a su exterior, permitiendo el apoyo por parte de otros subsistemas. El subsistema parental presenta límites difusos ya que no existen reglas claras entre los padres ni para con los hijos. El padre con sus hijos suelen hacer alianza y coalición en contra de la madre, Rita mencionó que su esposo le llega a dar dinero a sus hijos intentando que ella no se dé cuenta y les dice a sus hijos que le pidan dinero a ella porque sí tiene; Ricardo contradice las órdenes que Rita da a sus hijos, y aunque su esposo se da cuenta de los malos tratos de sus hijos hacia ella, él no les dice nada. Pareciera ser que los hijos que viven en el hogar tienen una posición jerárquica superior a los padres.

- ***Modelo de trabajo.***

Es importante aclarar que el proceso terapéutico llevado a cabo con la familia Paz incorporó elementos sistémicos y posmodernos conforme a la distinción de dos momentos de intervención, a saber:

1. La intervención con Rita se realizó desde una postura posmoderna ya que se llevó a cabo en forma de co-terapia entre terapeuta y supervisor, donde este último asumía una visión posmoderna en su práctica clínica y fue enseñando a la terapeuta el ejercicio de esta forma terapéutica.

2. La intervención con Kevin se realizó sin co-terapia desde una postura sistémica con el empleo del modelo estructural.

- ***Hipótesis sistémica.***

Se realizó una hipótesis sistémica en el aprendizaje de la concepción de la familia como un sistema, elaborándose de la siguiente manera:

La forma en que Rita hace frente a la violencia que ejercen sus dos hijos y su esposo hacia ella es mantenida por una indefensión aprendida probablemente asociada a una historia de violencia en su infancia, dicha indefensión ha repercutido en que aumente la violencia hacia ella. El tener dinero para darles a su esposo e hijos, es la forma que encuentra ella para parar momentáneamente las agresiones físicas y verbales. El cuidado de su nieto hace que ella se sienta en compañía y protegida, aparentemente, ante la violencia que vive, ya que al estar llevando a Kevin a revisiones médicas, de apoyo pedagógico y psicológico, son formas para salir de su casa y evitar la violencia, sin embargo, el riesgo ahora no sólo la alcanza a ella, sino también a su nieto como un testigo de la violencia en casa.

- ***Objetivos.***

A lo largo del proceso terapéutico se elaboraron tres objetivos principales con Rita: 1) definir formas de protección ante la violencia ejercida por sus hijos, 2) definir y aplicar formas de protección hacia Kevin, ante la violencia ejercida por los tíos como por Rita cuando ésta hace recuento de la problemática familiar y de la historia de abandono de Kevin por parte de su madre, 3) establecer una estrategias de rutina y disciplina que Rita pueda brindarle a su nieto, con el fin de apoyarlo en la cuestión del aprendizaje escolar, y 4) formar una alianza entre abuela y nieto para protegerse de la violencia.

- ***Intervenciones terapéuticas y técnicas empleadas.***

A continuación se describen los dos momentos de intervención antes señalados.

1. Intervención terapéutica realizada en colaboración con Rita.

El propósito de la terapia desde una postura colaborativa es abrir posibilidades de acción, pensamiento o emoción que permita a la persona mayor libertad y capacidad para influir en su vida, es decir, posibilidades de ser y actuar en cualquier circunstancia. Para lograr ese propósito, se da una conversación terapéutica que implica un proceso de participación conjunta, donde cada persona habla “con” el otro, en lugar de hablar “al” otro, y donde el factor distintivo es la forma como se habla de algo, no su foco o contenido. El terapeuta no “sabe”, a priori, cuál es la intención de ningún acto, sino que debe confiar en la explicación que le da el cliente. A la vez que aprende, es curioso y toma en serio los relatos, así, el terapeuta se une al cliente en la exploración de la comprensión y la experiencia de éste (Anderson y Goolishian, 1996).

Para una mejor comprensión de la intervención realizada, distinguimos cinco momentos del proceso terapéutico.

El problema.

Inicialmente se buscó conjuntamente con Rita saber cuál era el problema y en qué o de qué manera le podíamos apoyar. Al observar que su conversación se desplazaba a diferentes problemáticas tanto pasadas como actuales, así como de problemas cuya solución parecía no depender de ella, al final de la primera sesión se le preguntó sobre qué le parecería si realizaba una lista de las 10 cosas que pudiera cambiar y que estuvieran en su control, o que más le preocuparan, mencionándole que eso nos ayudaría a saber de qué manera le podíamos apoyar, a lo cual ella asintió.

Se dejó ésta tarea consensuada por ambas partes, con el propósito de que en un futuro tanto ella como el sistema terapéutico nos pudiéramos dar cuenta de cómo el discurso problemático tenía una disolución en el lenguaje, pues como Anderson (1997) lo señala, los problemas son acontecimientos o posiciones lingüísticas que suelen interpretarse y describirse de manera conflictiva. Así, la exploración del problema en el curso de la terapia lleva a su disolución en el lenguaje, no propiamente a una solución.

Rita realizó dos listas, una sobre sus preocupaciones y otra sobre las cosas que podía cambiar, se conversó sobre ellas y se le preguntó que de esas opciones que daba cuál creía que era más fácil cambiar o por cuál se podía empezar. Ella respondió que un poco de todas.

Se consideró importante que se hablara de un problema concreto en la terapia para poder darnos cuenta tanto al sistema terapéutico como a la paciente del cambio, es decir, que ella y nosotros nos pudiéramos dar cuenta de que ya no necesitaba acudir a terapia. Anderson (1997), señala que la terapia termina cuando las personas que tenían necesidad de hablar de los problemas ya no necesitan hablar de ellos. Por lo que se realizaron diversas preguntas, tales como: “¿cuál de esas situaciones que le preocupan cree que se puedan cambiar?”, “de las cosas que le gustaría que cambiaran ¿hay una por la que quiera empezar y que a usted no la ponga en riesgo?”, “usted nos cuenta muchas cosas y parecería que por todos lados está tan complicado, si está tan complicado, ¿en qué le podemos ayudar nosotros, usted cree que en algo le podríamos ayudar?”

El riesgo de y en la violencia.

En la primera sesión, Rita hizo mención de que en el pasado su esposo la agredía físicamente y en la actualidad sólo la celaba y le exigía dinero; mientras que sus hijos que vivían en casa, la insultaban, le exigían dinero, la llegaban a jalonear o cachetear y se drogaban dentro de la misma. Por lo que se le hizo saber que si se encontraba en una situación de violencia ella podía llamar a “INMUJERES” de Tlalnepantla; a la “UAVIS” de Azcapotzalco o a la asociación de abogadas “VEREDA TEMIZ”, dándole las direcciones y teléfonos correspondientes de las organizaciones.

Durante el proceso terapéutico, dos de las preocupaciones del sistema de terapeutas era saber con qué estrategias u opciones contaba para protegerse y cuidarse de la violencia que se presentaba en su casa, y a quién o quiénes podía acudir ante una situación de emergencia.

Ella mencionó que encerrándose en su cuarto poniéndole chapa a su cerradura se alejaba de los malos tratos de sus hijos y esposo, además de que sabía que cuando sus hijos

estaban drogados ella corría el riesgo de que le pudieran hacer algo, pero ella consideraba que no le iban a hacer nada porque les daba dinero cuando éstos le pedían. El equipo terapéutico quiso saber si esa opción le ayudaba a resistir la violencia o la ponía más en riesgo, a lo que ella pensaba que esa era su opción porque en una ocasión que intentó llamar a una patrulla, los policías le dijeron que el muchacho era su hijo y que ella tenía que arreglarlo. Otra de sus opciones era irse a los Estados Unidos donde tenía familiares, pero que aún no sabía cómo hacerle para irse y que tendría que ser hasta que vendiese una propiedad que tenía en el Estado de México.

Se observó que las redes de apoyo de Rita por parte de familiares eran escasas, sin embargo, entre sus fortalezas resilientes encontrábamos su interés por cuidarse y conocer maneras de salir adelante ante la situación de sus hijos, así como su sabiduría para distinguir lo que estaba bien de lo que no. Sus redes de apoyo estaban conformadas por doctores, terapeutas, grupo de mujeres, sacerdotes, grupo de deportes, grupo de Alanon y una vecina; por lo que se le hizo saber que nos parecía muy positivo su acercamiento a diferentes opciones de ayuda.

La voz de la paciente.

Cuando estábamos hablando con Rita, sobre sus preocupaciones, en cierto momento, aclarábamos que sobre aspectos legales no la podíamos apoyar que tendría que asesorarse con un abogado y en otras situaciones probablemente sí le podíamos apoyar. Entonces Rita se disculpó si la había regado diciendo que no sabía hablar muy bien. Se le dijo que no la había regado en nada porque cada quien habla como puede y ella estaba haciendo el esfuerzo por compartirnos su tiempo y su vida, que no había eso de regarla o no, porque lo que dijera estaba bien.

De acuerdo a la postura colaborativa el terapeuta asume una posición de “no saber” porque muchas veces, las voces de los clientes pueden quedar silenciadas, cuando uno como terapeuta considera que sabe por dónde tiene que dirigirse la terapia y qué es lo que necesita hacer el paciente, de tal forma que el terapeuta tomaría una posición de

poder, como la cultura misma lo es, en la que está determinado cómo se tiene que hablar y de qué se tiene que hablar.

Un ejemplo más de la posición de “no saber”, lo encontramos cuando en la lista de Rita sobre las cosas que podría cambiar, tres cosas estaban relacionadas con callarse, ser paciente y no enojarse cuando fuera maltratada por su esposo o hijos, por lo que se le dio a saber que parecería que todas las opciones tenían que ver con callarse y se le preguntó sobre qué le parecía esa opción en cuanto que implicara o no un riesgo para ella.

Esta posición de “no saber”, podríamos entenderla como un acto de irresponsabilidad o falta de ética. No obstante, desde esta postura teórica y filosófica, la ética no queda limitada o encuadrada en el cumplimiento de un código, si no que se le concibe a ésta como una convicción y compromiso personal hacia el respeto de la identidad e historia del Otro, tiene que ver con el entendimiento de que el terapeuta es un ser humano que crea relaciones con otros seres humanos y cuestiona el tipo de relaciones que está creando, así como el impacto de la relación en él y en el Otro. La ética desde este enfoque trasciende el trabajo en el consultorio, es una convicción y cuestionamiento cotidiano y constante en lo cambiante e incierto de la vida, en este sentido, la ética no está asegurada por un conocimiento experto sobre lo correcto e incorrecto.

Viéndolo de esta manera, algunas de las acciones no éticas serían:

- Concebir a los pacientes con etiquetas o juicios sobre su conducta o pensamientos.
- Tener prejuicios sobre lo correcto o aceptable para la vida de los pacientes.
- Dirigir el cambio del paciente hacia lo correcto o aceptable para la sociedad.
- Asumir verdades universales tales como: la posición del terapeuta como experto ante la vida del Otro; la idea de que en la experiencia humana hay esencias, como por ejemplo: la ansiedad, la inseguridad, la esquizofrenia, el maltrato o violencia, y éstas son “problemas” que están en el interior de la persona; o la determinación del pasado de una persona en las acciones presentes del paciente.

La responsabilidad del terapeuta.

En cierto momento de la conversación cuando se hablaba sobre el tema de su protección y cuidado, ella dijo que para que lo denunciaba si los abogados solo querían sacar dinero y no le iban a hacer caso como en otras ocasiones; por lo que se le aclararon dos aspectos, uno, que el equipo terapéutico no le pedía que denunciara la situación de maltrato por parte de sus hijos o de su esposo, que esa era una opción que podía tomarla, lo importante era que si se presentaba una situación de emergencia ella tuviera un plan de lo que debía hacer; y dos, que también existían instituciones públicas o asociaciones civiles con abogados de oficios que no cobran, o bien, su cuota es mínima de acuerdo a un estudio socioeconómico que se realiza.

Con este ejemplo de la sesión, podemos notar que el terapeuta deja que el cliente decida los caminos que ha tomar, pero tiene la responsabilidad de estar en una posición de “saber”, en la forma que tomará su intervención terapéutica y en su conocimiento de los procesos existentes en otros contextos sociales, en este caso, sobre el ámbito jurídico.

La ayuda terapéutica.

Después de tres sesiones, como equipo terapéutico no teníamos completa claridad sobre cuál era el problema concreto en que la podíamos apoyar, no obstante, ella seguía acudiendo, por lo que nos preguntábamos de qué manera le estábamos ayudando y le preguntamos sobre si las tres veces que nos habíamos encontrado le había servido. Ella dijo que se sentía mejor y en otro momento escribió que la terapia le estaba ayudando a aprender a no contestarles a sus hijos, ni enojarse ni hacer coraje como antes porque solo se enfermaba y no tenía caso, además de que también había aprendido a ignorar cuando le levantan falsos, aunque la situación seguía igual con sus hijos y esposo, tratándola mal. Nos preguntábamos si la terapia sólo le daba un alivio momentáneo y ella señaló que había aprendido a defenderse saliéndose o metiéndose a su cuarto.

Las voces del equipo.

La terapia se apoyó de las intervenciones del sistema de supervisión y una de las maneras en que se realizó la intervención fue a través de un mensaje que reflejaba las distintas

voces del sistema de supervisión. El mensaje fue el siguiente: “cada uno del equipo piensa algo diferente, una persona dijo que es una mujer que tiene muchas fortalezas que ha sabido resistir y salir delante de situaciones muy difíciles y complicadas; otra persona está muy preocupada por el riesgo en casa y se pregunta sobre qué es lo peor que podría pasar y esa persona dice que es importante que usted aprenda a cuidarse más y protegerse, y haga las cosas no para no contestar sino para protegerse. Otra persona dice que aunque esté muy difícil divorciarse, se pregunta si para usted es posible salirse de esa casa e irse a vivir a otro lado y que si tomara esa decisión tendría que tomar ayuda legal para que un abogado le asesore de los pasos que se tienen que tomar”.

Esto se realizó en el entendido de que escuchar es un proceso de interacción activa (Anderson, 2005), y como lo señala Andersen (2005), los miembros del Equipo Reflexivo escuchan algo, lo hacen suyo y piensan antes de dar una respuesta.

Igualmente White (2002), propone que el trabajo con un Equipo Reflexivo se puede entender como una especie de “ceremonia de definición” en la que los miembros del ER son “testigos externos” que validan las historias y las identidades preferidas de los clientes. El equipo promueve también una “autoconciencia reflexiva” en la que las personas tienen una mayor conciencia de cómo se ven a sí mismos y pueden darse cuenta de opciones para darle forma a su vida.

Intervención terapéutica realizada con la presencia de Kevin.

Un segundo momento de la intervención realizada en el caso de Rita, fue sobre su situación con respecto a que su nieto Kevin podría estar bajo su cuidado. En esta parte, el sistema terapéutico empleó principalmente elementos del modelo estructural:

Definición de límites entre subsistemas: el subsistema familiar de Rita con respecto al subsistema familiar de su hija.

Con este propósito se conversó con ella sobre qué tan buena opción era que su nieto se quedara con ella o si sería mejor con su madre y padrastro, y qué implicaciones tenía una opción y la otra.

Ella consideraba que si el niño se quedaba bajo el cuidado de ella, correría su nieto el riesgo que ella estaba corriendo al estar con sus dos hijos drogadictos y que la manera de no correr tanto riesgo era teniéndolo junto a ella en todo momento, y por otra parte, estando con su madre y padrastro, recibiría malos tratos físicos y verbales. Se encontraba en ese dilema pues ella quería ayudarlo porque su hija y el padrastro del niño ya no lo querían con ellos. Se le hizo saber que cualquier abuelita estaría muy preocupada si un nieto se encontraba en una situación así, y se le preguntó cómo podría estar lejos y a pesar de la distancia, cercana a los niños.

Fijación de fronteras.

En este caso, se empleó la fijación de fronteras con el fin de que Rita y Kevin conformaran un equipo de apoyo, donde ella sería la “generala”, es decir, la que indicaría lo que se debe o no debe de hacer y la que estaría alerta de no involucrar a Kevin en más violencia de la que ya ha vivido y presenciado. A través de la metáfora de “un equipo comandado por una generala”, se plantearon cuestiones sobre: ¿cómo iban a hacer para trabajar en equipo?; ¿cómo generala cómo podía proteger al niño de la situación de sus hijos drogadictos?

Establecimiento de límites protectores.

En las sesiones, el niño mencionó darse cuenta de la drogadicción y robos de sus tíos, situaciones que le generaban desconfianza al estar con ellos y que encerrado en el cuarto de su abuela con chapa, él se sentía mejor. Con el propósito de establecer con el niño estrategias de autoprotección se empleó la metáfora de los superhéroes: “Tal vez eres como spider man (su súper héroe favorito), que tiene su guarida secreta de tal manera que nadie sabe dónde está, y esa guarida la utiliza para protegerse, para que no lo descubran. Tú tienes la guarida del cuarto de tu abuelita para protegerte y eso es muy bueno. Te vas a tu guarida secreta (sonríe Kevin). Spider man tiene sus habilidades como sacar sus telarañas y está muy atento cuando un enemigo que se acerca. En tu caso, esa desconfianza que sientes es tu aliado que te alerta, entonces cuando sientas la desconfianza es bueno porque esa desconfianza es un foquito rojo que te alerta, y te dice

“¡vete, vete a tu guarida secreta!”. También cada súper héroe es muy creativo. Batman inventó su batimóvil, Spider man hizo su traje especial y así también es importante que pienses e inventes otras cosas que puedas utilizar o hacer para protegerte de los enemigos de la droga”.

Escenificación provocando interacciones.

En la terapia, se abrió un espacio para que Kevin compartiera su sentir y pensar sobre el estar bajo el cuidado de su abuela y sobre la relación con sus tíos. Al final de su compartir se le preguntó si también sentía la necesidad o quería compartírselo a su abuela y mencionó que sí. Se preparó el momento, explicándole a Rita que Kevin quería decirle algo y que como generala del equipo podía escucharlo. Ambos voltearon sus sillas para quedar de frente y que Rita escuchara el sentir de Kevin.

Lados fuertes.

Se utilizó la técnica de lados fuertes, haciendo evidentes los recursos de ella para protegerse y estar tranquila, tales como: el amor de su nieto, su asistencia a pláticas de desarrollo humano, su comunicación con profesionales de la salud, su asistencia a la iglesia, al grupo de “Deportes”, el salir con su vecina y su forma sincera de decir lo que no le parece; mismos que en un principio negaba o desconocía tener, pero que posteriormente fue contemplando en su plan de acción.

Al término del proceso terapéutico, Kevin se quedó con su mamá y Rita consideró la opción de escribir cartas a su nieto para expresarle sus afectos y pensamientos, y poderse las entregar cuando lo volviera a ver y de esa forma darle a entender que aunque ella estuvo lejos, estuvo también cercana a través de las cartas.

Para la última sesión, se le preguntó a Rita que en una escala de 0 a 10 donde 0 es mal y 10 es mejor, ella en qué número consideraba que estaba cuando llegó y en qué número consideraba que ahora se encontraba; ella dijo que llegó en un 0 y ahora se encontraba en un ocho.

3.1.3 *Discusión teórica sobre el maltrato infantil parento-filial.*

En nuestra sociedad occidental subsiste la idea de que la naturaleza humana es primitivamente violenta, egoísta y dotada de un instinto agresivo para asegurar la supervivencia. La consecuencia de esta forma de pensamiento justifica los actos violentos en nombre de haber nacido predestinado, con ello, legitimando creencias de dominio y territorialidad.

Investigaciones desde diversas áreas del conocimiento como la antropología, arqueología, biología y psicología (Montagu, 1983; Contreras, 1990; Linares, 2002; Barudy, 2005; Maturana y Nisis, 2007; Rosemberg, 2013) afirman que la naturaleza de la condición humana es el afecto, el cuidado mutuo y el altruismo social; características en la relación dinámica de nuestros ancestros, que si no se hallaran presentes dichas características, la especie humana se habría extinguido inexorablemente. Esto no quiere decir que en el tiempo de la prehistoria haya sido todo amor, se identifican conductas violentas que no entrañan ningún sentimiento de rudeza y brutalidad, sino acomodadas a los avances técnicos y al dominio de la naturaleza que conllevó a un proceso de establecimiento de relaciones de poder en su propia sociedad.

En este sentido, la condición violenta se halla presente en la naturaleza humana no como instinto primario, sino como resultado de una evolución histórica y relacional. No se niega la existencia de la agresividad, pues como señala Echeburúa:

La agresividad [que] representa la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros potenciales procedentes del exterior. Desde esta perspectiva, la agresividad es una respuesta adaptativa y forma parte de las estrategias de afrontamiento de que disponen los seres humanos. En cambio, la violencia, por el contrario, tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos y supone una profunda disfunción social. La violencia se apoya en los mecanismos neurobiológicos de la respuesta agresiva. Todas las personas son agresivas, pero no tienen, afortunadamente, por qué ser necesariamente violentas (Echeburúa, 1994, p.33).

Rosemberg (2013, p.41) plantea que “hay una biología de la violencia, pero los mensajes que liberan, inhiben o dirigen el comportamiento humano en su totalidad no están

biológicamente implantados, sino que son culturalmente aprendidos en el curso de la interacción y la comunicación humana; es decir, la violencia está y es un bucle espiral eco-bio-psico-antropo-social”.

La violencia es un fenómeno complejo y diverso en el que el ser humano se encuentra inmerso, siendo receptor de la misma o gestando la violencia hacia otros. Desafortunadamente, es algo tan presente y constante en situaciones actuales que dejamos de “mirar” y hacemos “oídos sordos”, reconfortados con el pensamiento de que es “algo ajeno a mí”, sin darnos cuenta de la interconexión entre los seres humanos, eso que te sucede a ti tiene una repercusión en mí, y eso que me afecta a mí, tiene una repercusión para ti, para tu familia, la comunidad y el país.

La violencia hacia los niños.

La violencia está presente en las diferentes etapas de la vida y en distintos sectores de la sociedad, siendo los niños, las mujeres, los ancianos, las minorías étnicas y los discapacitados, las personas más vulnerables a ser receptores de violencia.

El interés del presente escrito versa sobre la violencia hacia los niños en el seno familiar por resultar una violencia impactante, dolorosa y oculta, en muchas ocasiones. Finkelhorf (citado en: SanMartín, 2005) señala que los niños tienen relativamente menos posibilidades de escoger con quién se relacionan. Los niños no escogen a sus familias, vecinos, ni sus escuelas. Cuando los niños viven en familias que los maltratan no tienen la libertad ni la capacidad para marcharse, están paralizados.

Por las características idiosincrásicas de la infancia como son el pensamiento egocéntrico (es decir, el niño no posee la capacidad cognitiva para diferenciar lo que le corresponde a él mismo y lo que corresponde a los otros) y la dependencia respecto de los adultos (donde la relación entre adultos y niños es completamente asimétrica, el adulto siempre tiene más poder en la relación), generalmente los niños no pueden denunciar la violencia y poner un alto, convirtiéndose fácilmente en receptores de ésta.

En la atmósfera familiar se gesta el secreto y los niños suelen sufrir en silencio, con temor de hablar por miedo a ser castigados o a causa de la vergüenza.

Formas de maltrato infantil en la familia.

Sanmartín (2005) opina que desafortunadamente se carece de un concepto de maltrato infantil que sea unívoco porque por una parte, no hay una distinción clara entre lo que es maltrato de lo que no lo es, por ejemplo, dar un bofetón a un hijo, unos dicen que sí es maltrato y otros dicen que no; y por otro lado, se dice que el daño al niño debe ser intencional para definir el acto como maltrato, siendo que en ocasiones el maltratador considera que sus acciones o inacciones no persiguen el objetivo de dañar, asombrándose si se les acusa de maltrato.

Para una mejor comprensión de la conceptualización del maltrato infantil nos basaremos en la Organización Mundial de la Salud (2002, p.65), que lo define como: “el maltrato o la vejación de menores abarcando todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido, negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo y dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

En el presente texto haremos énfasis sobre las formas de maltrato infantil en el ámbito familiar, no dejando de reconocer que la violencia hacia los niños adopta muchas formas, como son: desnutrición y hambre, discriminación, abandono, trabajo infantil, niños de y en la guerra, de y en la calle, niños en la pornografía, migrantes forzados, tráfico y trata de niños, etcétera.

El cuadro 2 muestra las características de las formas de maltrato cometidos u omitidos por los padres u otras personas a cargo.

CUADRO 2. Formas y características del maltrato infantil.

FORMA DE MALTRATO	CARACTERÍSTICAS
<i>MALTRATO FÍSICO</i>	Es entendido como todo acto de agresión intencional, repetitivo, en el que se utilice cualquier parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control. Estos acometimientos pueden ocasionar lesiones permanentes, llegando algunas veces hasta la muerte.
<i>CASTIGO FÍSICO</i>	Se define como el uso de la fuerza física con la intención de que el niño experimente dolor, sin dejarle lesiones físicas, y con la intención de controlar o corregir el comportamiento del niño.
<i>MALTRATO PSICO-EMOCIONAL</i>	Es una forma de agresión expresada a través de prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias y de abandono, que provocan en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación en su autoestima, su capacidad de expresarse y de relacionarse, en sus emociones y facultades, es decir, en su estructura de personalidad.
<i>ABUSO SEXUAL</i>	Comprende los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. Los contactos se caracterizan por penetración vaginal, oral o anal, penetración digital o caricias sin agresión o intimidación, pero en todos los casos sin consentimiento. También puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (agredido) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o control sobre otro menor.
<i>NEGLIGENCIA</i>	Comprende aquella situación en la que las necesidades físicas, afectivas y educativas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.
<i>PONER AL NIÑO EN EL LUGAR QUE NO LE CORRESPONDE</i>	Implica no considerar la edad del niño, sus capacidades o sus afectos y ponerlo en actividades o situaciones que no le corresponden y repercuten en su forma de pensar, sentir y actuar. Por ejemplo: ponerlo física y emocionalmente en medio de los padres; manipularlo a partir del conflicto de lealtades y ponerlo en contra de otra persona.

El impacto de la violencia hacia los niños y niñas.

No existe una relación lineal causal entre maltrato y deterioro, pues el ser humano cuenta con fortalezas propias y apoyos de su contexto que le permiten manejar la vivencia de maltrato de manera singular. De tal manera que no es posible predecir con exactitud qué efectos tendrá la victimización en la vida y el desarrollo de un niño o una niña, ni el modo

en que se manifestarán. A continuación, en el cuadro 3 se presentan los efectos que con mayor frecuencia se presentan en los niños y niñas que son receptores de violencia.

CUADRO 3. Efectos del maltrato en niños y niñas, adaptado de SanMartín (2005) y Castañer (2008).

EFECTOS	DESCRIPCIÓN
<i>Sensación de desvalimiento.</i>	Es la reacción casi inmediata, ante la adversidad de renunciar a creer que podemos hacer algo, de pensar más bien que, hagamos lo que hagamos, ya nada tiene solución.
<i>Atrapamiento en el silencio, la culpa y la responsabilidad por lo sucedido.</i>	El mantenimiento del silencio se sustenta en el hecho de que, por lo general, la niña o niño víctima no logra percibirse a sí mismo como víctima, sino como culpable o partícipe del delito. Este hecho se basa no sólo en la dinámica propia de la victimización, sino también en el pensamiento propio de la infancia, que es concreto y egocéntrico. La conjunción de estos factores hace que la niña o el niño no posea las herramientas cognitivas ni emocionales necesarias como para poder percibirse como víctima, reconocer que la victimización es intolerable e inmerecida y por lo tanto, tampoco considerarse merecedor de protección y reivindicación.
<i>Confusión y percepción distorsionada de la realidad.</i>	Si el agresor es una persona significativa y que mantiene un vínculo afectivo con la víctima, puede literalmente volverla loca si contradice sistemáticamente sus percepciones, afirmando que él es quien tiene la verdad y la razón sobre la realidad. Aparecen frases como “seguramente lo soñaste” o “te habrá parecido pero no fue así”, etc. La estabilidad mental de una persona se quiebra si pierde la orientación que le dan sus propias percepciones y queda sumida en la confusión.
<i>Dificultades para entablar vínculos interpersonales.</i>	La victimización genera en el niño víctima una intensa desconfianza hacia los demás. El aislamiento social es una de las mayores amenazas para el desarrollo de un niño porque lo priva de oportunidades para aprender habilidades fundamentales que normalmente se adquieren con el contacto social regular y lo deja sin alternativas para acudir en busca de orientación y apoyo social.
<i>Obstáculo para la percepción de la vida futura.</i>	El secreto, la culpa, la negación, la disociación, el aislamiento, que son efectos de la victimización, interfieren en la capacidad de orientarse al futuro, en encontrar una explicación y un sentido a las cosas y en la sensación de conexión con algo que está más allá de uno mismo (un poder superior, la humanidad, la comunidad) que es fuente de esperanza. Todos estos elementos son fundamentales para la percepción de una vida futura, con posibilidades, libre de los efectos de la victimización.

Aunado a las características arriba mencionadas, de acuerdo al tipo de maltrato también existen repercusiones en la salud física y corporal del niño, que generan dolor y cuyas consecuencias son más graves de lo que queremos ver.

El maltrato infantil parento-filial.

Podemos llegar a entender que un individuo que no tiene parentesco alguno con un niño, lo dañe. Lo que nos resulta incomprensible es que lo hagan sus propios padres. Muchas veces en la creencia de que sus hijos son su propiedad, y por tanto, como padres tienen derechos ilimitados, situación que ha impregnado diferentes períodos de la humanidad. Por otro lado, la formación cultural con predominancia de un sistema patriarcal también ha contribuido a que los métodos empleados en el maltrato infantil sean vistos como prácticas aceptables con fines educativos, políticos e incluso religiosos (Soria, 2006; Secretaría de Seguridad Pública, 2010).

Otro de los efectos de los mandatos culturales patriarcales es que privan la conciencia de desigualdad en los hogares y emerge la violencia sexista hacia las mujeres en el ámbito laboral, en su vida conyugal, situaciones que las dañan y en ocasiones, ellas también dañan a sus hijos (Rocha, 2010).

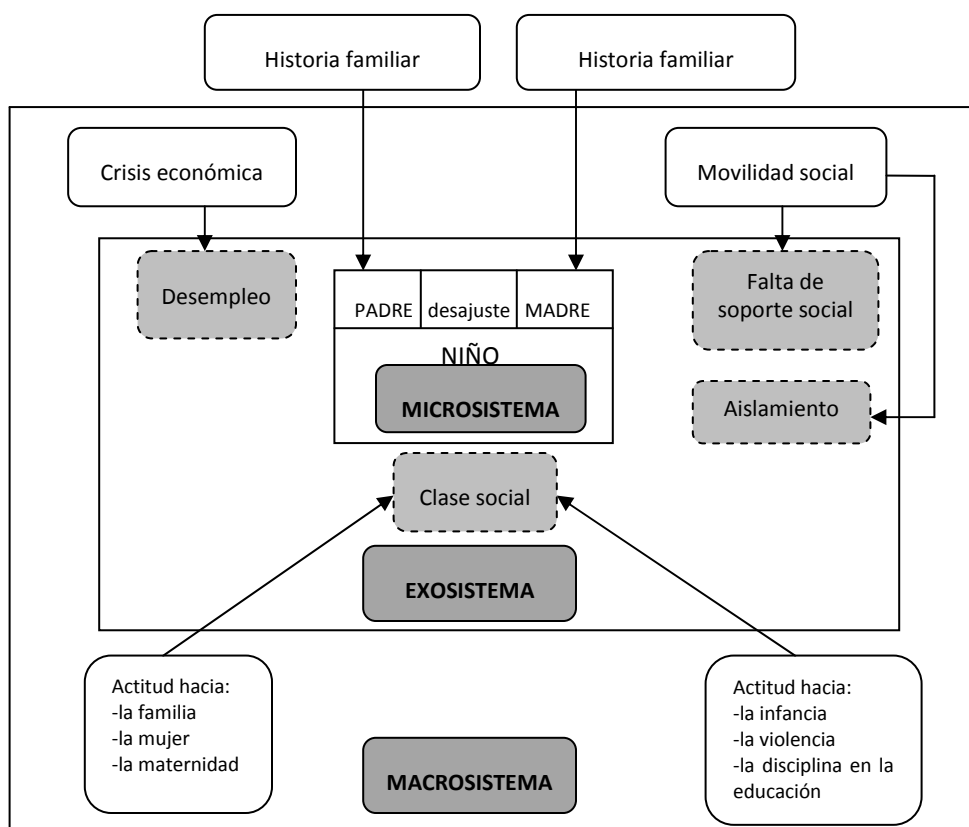
Existe también el ciclo transgeneracional de la violencia familiar, donde un porcentaje significativo de los padres y madres que violentan a sus hijos fueron precisamente niños o niñas maltratados que no fueron adecuadamente protegidos ni ayudados por la sociedad para superar el daño de estas experiencias (Barudy, 2005).

Por otra parte, el maltrato suele aumentar cuando el nivel de estrés que experimentan los padres es superior a su capacidad para afrontarlo (Strauss y Kantor, citados en: Bringiotti, 2000). El estrés no es causa necesaria o suficiente para que se produzca el maltrato infantil, sin embargo, los casos de extrema pobreza, las dificultades para satisfacer las necesidades básicas de la familia, el desempleo, las condiciones inadecuadas de la vivienda o ser padre único, se transforman en situaciones específicas productoras de estrés (Bringiotti, op. cit.).

Cómo se ha explicado el maltrato de padres a hijos.

Han surgido distintos modelos explicativos (unicausal, sociocultural, transaccional, de dos componentes, ecológico-ecosistémico, de la teoría de procesamiento de la información social, de la teoría del estrés y afrontamiento) para comprender el por qué del maltrato infantil. En este trabajo, consideramos que el modelo ecológico-ecosistémico, cuyos principales representantes son Garbarino y Belsky quienes se apoyan que en el modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner (en: Bringiotti, 2000), proporciona una guía útil para integrar y considerar simultáneamente los distintos contextos implicados en la ocurrencia del maltrato infantil.

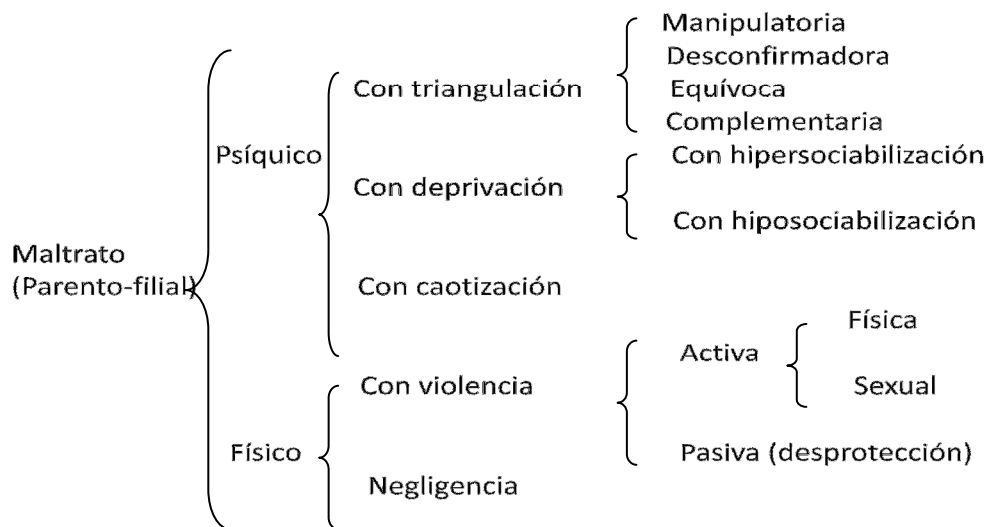
Cuadro 4. Modelo ecológico-ecosistémico (Belsky citado en: Bringiotti, 2000).



Belsky ejemplifica este proceso de maltrato infantil intrafamiliar con las siguientes palabras:

Al tiempo que los padres entran en el microsistema familiar con una historia evolutiva que puede predisponerles a tratar a los niños de manera abusiva o negligente, existen factores generadores de estrés, tanto en la familia inmediata como más allá de ésta, que incrementan la posibilidad de ocurrencia de un conflicto entre padre-madre e hijo. El hecho de que la respuesta de un padre o una madre a este conflicto y estrés tome la forma de abuso infantil es una consecuencia tanto de la propia historia de crianza de los padres, como de los valores y prácticas de crianza infantil que caracterizan a la sociedad o subcultura en la cual el individuo, la familia y la comunidad se encuentran inmersos (Belsky, citado en: Bringiotti, 2000, p.78).

Ahora bien, podríamos decir que a nivel del microsistema, Linares (2002, p. 12) realiza una propuesta interesante sobre el maltrato de padres a hijos comprendiéndolo como un bloqueo del amor, él señala: “el maltrato es la primera y más directa consecuencia de la interferencia del amor. El ser humano maltrata cuando no se siente amado y cuando está más interesado en dominar que amar, estableciendo con ello una cadena sin fin en la que la víctima de hoy es verdugo mañana”. Linares propone una distinción artificial de las principales modalidades de maltrato de padres a hijos, que se representa en el esquema siguiente:



Siguiendo con Linares, él nos explica que para comprender el maltrato psíquico es importante considerar que en la familia coexisten dos dimensiones relacionales independientes: la conyugalidad y la parentalidad.

La conyugalidad, en una pareja con vocación de familia, los miembros negocian un acuerdo que implica reconocimiento, valoración, cariño, ternura, deseo, sexo y otros elementos pragmáticos, en un nivel de mutualidad que exige el intercambio. La parentalidad, se apoya en una relación básicamente complementaria en la que el dar y el recibir no pueden nunca estar equilibrados. Los padres dan a los hijos y así devuelven lo que, a su vez, recibieron de sus propios padres. Ahora bien, la intersección de ambas funciones muestran sus repercusiones sobre el maltrato psicológico y físico.

El maltrato psíquico con triangulación implica la incorporación de los hijos, o alguno de ellos, a los juegos relacionales de los padres, fenómeno que se suele producir mediante alguna modalidad de alianza transgeneracional (Minuchin, citado en: Linares, 2002). De tal forma que la parentalidad inicialmente está conservada y secundariamente deteriorada por el impacto de una conyugalidad disarmónica.

En el maltrato psíquico deprivador existe una armonía conyugal combinada con un deterioro de las funciones parentales, con un desinterés, una desimplicación o incluso una hostilidad para con los hijos de carácter primario.

En el maltrato psíquico caotizante existe una disarmonía conyugal y una parentalidad deteriorada. Los hijos vagan, abandonados a su suerte, en un desierto nutricional surcado por violentísimas tempestades conyugales.

El maltrato físico se produce cuando la interferencia del amor parento-filial implica directamente en la situación de riesgo al cuerpo del niño. Cuando es con violencia, el peligro responde a una conducta explícita relacionada con la organización disfuncional de la familia, pero suelen ser familias muy estructuradas, en las que la agresión al niño se convierte en el núcleo en torno al cual se vertebran las relaciones familiares. Cuando es con negligencia, el riesgo viene asociado a una conducta implícita de los padres, que

descuidan o dimiten sus responsabilidades sociabilizadoras. Las familias negligentes suelen ser desestructuradas.

La resiliencia en el maltrato infantil parento-filial.

La resiliencia es una capacidad que tenemos todos los seres humanos para hacer frente a las adversidades, saliendo transformados de ellas y que nos permite reconstruirnos. Es una capacidad potencial porque cada persona la desarrolla de manera distinta, utilizando sus propios factores protectores; no es exclusivamente innata sino que se crea en interacción con el entorno de la persona; y nunca es absoluta ni terminantemente estable.

Álvarez señala que:

la terapia familiar podría aumentar su eficacia, si lograra identificar los procesos fundamentales para la *resiliencia*, y estimulara los esfuerzos realizados por la propia familia para alcanzar su recuperación y crecimiento. Se hablaría de una educación de la *resiliencia familiar*, al preparar a las familias y sus integrantes de manera preventiva, para las futuras crisis por las que posiblemente tendrán que pasar como fruto del desarrollo y los cambios del ciclo vital que todas las familias y sus miembros enfrentan a lo largo de la existencia, que puede traer consigo inesperados sucesos cargados de adversidad: enfermedad, accidentes, muerte, problemas económicos, separaciones, migraciones (Álvarez, 2009, p. 101).

Sumadas a las adversidades propias del ciclo vital, las familias que viven situaciones de maltrato infantil parento-filial, se encuentran más expuestas a enfermedades físicas, al estrés, a la separación de la familia, a los sentimientos con una energía negativa, etc. En este sentido es importante y necesario que los psicoterapeutas que atendemos casos relacionados con el maltrato infantil parento-filial conozcamos sobre resiliencia. Más aún, que podamos construir una actitud y una postura resiliente en nuestro ser de terapeutas.

Tener una postura resiliente, nos sensibiliza para empatizar con el dolor, sufrimiento y emociones de quien ha recibido o generado violencia, y nos permite generar espacios para que las personas encuentren sus recursos, sus fortalezas y qué pueden hacer y en quién se pueden apoyar ante lo sucedido. De tal forma que podemos mantener una posición más neutral, es decir, ni de victimización ni de reproche o repudio hacia el agresor o agresora.

Boschi (2005) al respecto señala que la ética propone reemplazar los contextos agresivos por contextos flexibles que incluyan los intereses de todos con el menor daño posible. Cuando el ofensor tome conciencia de su ofensa ante los otros, apoyado por el terapeuta, parientes y amigos, tal vez funde una nueva ética, o, por lo menos, decida qué nuevos valores compartirá con su entorno. La familia que aprende a sostener a este miembro trasgresor favorece su cambio axiológico y conductual.

Walsh (citada en: Álvarez, 2009) menciona que familias de muy variada configuración pueden tener éxito. Lo que importa para un funcionamiento saludable y el desarrollo de la resiliencia no es la forma que adopta la familia sino los procesos que se dan en su seno.

Hemos revisado de manera global aspectos teóricos que nos permiten claridad y una mejor comprensión de las situaciones de maltrato infantil parento-filial, por lo que a continuación se realizará un análisis y discusión teórico-metodológica del trabajo realizado con las familias “Ramos” y “Paz”, en el interés de conocer cuáles son los elementos que tiene que tomar en cuenta el terapeuta desde una perspectiva sistémica y posmoderna, al tratar un caso de maltrato infantil parento-filial y cómo lograr que tanto los padres y/o cuidadores como los niños, puedan hacer uso de sus recursos resilientes ante el maltrato.

3.1.4 Análisis y discusión teórico-metodológica del trabajo clínico con las familias “Ramos” y “Paz”.

El siguiente apartado se divide en cuatro temáticas que tomaron relevancia durante el proceso terapéutico con los dos casos elegidos para analizar.

1. La intervención terapéutica en el maltrato infantil parento-filial desde una perspectiva sistémica.

Desde la terapia familiar sistémica, los actos violentos de una persona hacia otra persona, no se consideran como un síntoma que mantiene o cumple una función en el sistema familiar, porque si como terapeutas corresponsabilizamos a la víctima de “estar haciendo algo” para estar en esa situación, entonces validamos el acto violento.

En el trabajo con situaciones de violencia se plantea que no existe circularidad en la comunicación verbal y analógica, por ejemplo, no es justificable señalar: “tú me haces ser violento” o “yo hice tal cosa, y por eso el Otro me violentó”. La persona que ejerce violencia es responsable de su acto.

En el caso de la familia Ramos, en una de las sesiones, Angélica comentó que en la semana se le habían perdido \$10, por lo que le preguntó a Rebeca si los había tomado, hecho que la niña negó, por lo que Angélica insistió a que dijera la verdad o si no le iba a dar unos manazos. Poco después encontró el dinero en la mochila de la niña.

Angélica: Siento mucho coraje con ella porque tomó algo que no se le dio y porque no se les niega nada [a Rebeca y Diego],...por eso le puse sus manos en el fuego de la estufa para que le calentara tantito. *Ella hace que yo sea así con ella, ¿por qué me miente?, a mí que soy su madre.*

Cuando el ofensor responsabiliza al receptor de provocarlo, podemos conectar circularidad pero en otro nivel, por ejemplo, el terapeuta pregunta al padre de familia: “¿tu hija puede hacer algo para que tú te sientas bien?”, “entonces, si esperas cierta actitud por parte de ella, ¿cómo tendría que ser tu trato?”.

En el caso de la familia Ramos se podría conectar circularidad en la comunicación de la siguiente forma: “Si se volviese a presentar una situación en la que tu Angélica supones te está mintiendo, ¿cómo tendría que ser tu trato hacia ella para que tuviera la confianza para decirte lo que ha ocurrido y la seguridad de que no va a ser lastimada físicamente?”.

También a través de las preguntas se puede cuestionar o reflexionar sobre las premisas de la realidad que los padres tienen sobre el maltrato hacia un hijo. Por ejemplo, cuando los padres señalan “le pego por su bien”, surgen cuestiones sobre: ¿Qué cosas buenas tiene el niño cuando le pegan?, ¿le han preguntado a su hijo o hija cómo se siente cuando le pegan ustedes?, ¿habría otra manera de enseñarle “el respeto a las cosas ajenas”, sin la necesidad de pegarle?, ¿qué sería mejor para ustedes, que “el respeto” lo aprenda con golpes o alentando sus acciones cotidianas respetuosas?

Es común encontrar en los ámbitos terapéutico y jurídico, a padres o cuidadores que no asumen la responsabilidad de sus actos violentos, como Sanmartín (2005) lo señala, por desconocimiento o por considerar que se les provoca a actuar así. En estos casos, es importante dirigir el tema sobre quién recae la responsabilidad del acto ofensivo por dos razones. La primera es con el propósito de que la parte ofensiva lo asuma. En este sentido, los terapeutas y autoridades competentes de los sistemas de apoyo social, deben tener un trato respetuoso, cercano, claro, firme y justo con quien ha ejercido el maltrato, para que en ese clima acepten lo ocurrido y se de apertura a reparar lo sucedido, ya sea terapéuticamente o con la penalización correspondiente. La segunda razón es para que los niños y niñas ofendidos no se adjudiquen la culpa. Ravazzola (citado en: Castañer, 2008), dice que los niños y niñas tienden a culparse, a sentirse implicados o cómplices. La niña o niño víctima de agresión tiene la disposición a concluir que su propia persona y sus propias conductas son negativas y, en cambio, la acción de ese otro a quien ama y respeta (o la de cualquier adulto que simplemente por ser adulto tiene más autoridad y por lo tanto debería “saber”) es la positiva, verdadera y aceptable.

Si desafortunadamente por alguna razón los padres golpean a su hijo, Rodríguez (2014) dice que es preferible que el agresor en lugar de pedir perdón, reconozca su falta y se lo exprese a su hijo para que éste pueda darle un sentido a la experiencia dolorosa: “Te

pegué porque me desesperé con tu actitud y he tenido un mal día, pero no debí hacerlo”. “Sé que te lastimé y tu enojo hacia mí está justificado”. Dicho reconocimiento hace mucho bien al niño, porque le permite entender que él o ella no tiene la culpa de los comportamientos impulsivos y explosivos de sus padres, sino que cada quien es responsable de sus sentimientos y conductas.

Como revisamos en el apartado anterior, los actos violentos de padres hacia hijos pequeños tienen efectos devastadores en la identidad de los niños y niñas, en su percepción de la realidad y en la formación de sus vínculos interpersonales. En razón de ello, en la terapia familiar sistémica se considera necesario identificar el tipo de violencia que existe en la dinámica familiar y hacerla evidente a la familia para poner un alto a la violencia. Como dice Haley (2006, p. 121) “en los casos de violencia, el objetivo de la terapia es garantizar que nadie vuelva a sufrir ningún daño”.

En el caso de la familia Ramos se identificó que los padres estaban empleando el castigo físico como una medida disciplinaria por lo que el equipo terapéutico se preguntó: ¿el tipo de castigo que está empleando Angélica rebasa los límites disciplinarios llegando al maltrato físico?

Para dar respuesta a esta cuestión en Martínez (2007) encontramos que algunos estudios están a favor del castigo físico, bajo determinadas condiciones por tener efectos beneficiosos para los hijos como el aprender a respetar a la autoridad, que si no lo hubiese, incrementaría el nivel de violencia y discordia en la sociedad. Sin embargo, otros estudios indican que el castigo físico es ineficaz para producir cambios duraderos y significativos y funciona como un fuerte predictor del comportamiento agresivo en los hijos. Se ha hipotetizado que esta asociación se produce debido al modelado: al ver a sus padres comportarse de manera agresiva con ellos, los hijos legitimarían este tipo de violencia y tenderían a imitar el comportamiento de sus padres. Por lo que la autora sugiere el empleo del castigo físico en un contexto familiar de apoyo porque no adquiere el mismo significado cuando es administrado por un padre hostil, que cuando lo utiliza un padre afectuoso.

Nuestra respuesta fue que el castigo físico no estaba llegando a un maltrato físico al no existir lesiones físicas observables en ese momento; sin embargo, ello no quería decir que no hubiese un maltrato psico-emocional en las formas de castigo físico que estaban aplicando, éstas sin el uso de razonamiento y motivadas por un estado emocional alterado de los padres, lo que fácilmente se convierte en una práctica violenta e intrusiva.

Rodríguez (2014) hace énfasis en que a los niños se les pega por razones que poco o nada tienen que ver con su conducta y mucho con la personalidad y condiciones del adulto, donde éste aspira a que la disciplina se cumpla en un acto y no como resultado de un proceso. Este mismo autor señala y estoy de acuerdo con ello en que:

Urge prevenir y erradicar el castigo corporal, entre otras cosas, porque este tipo de violencia siembra las bases de la legitimidad normativa de todas las formas de violencia, es decir, la aceptación social de una práctica disciplinaria dañina, común y cotidiana siembra el permiso para múltiples prácticas perniciosas sociales que nos deshumanizan, nos hacen perder el respeto y la sensibilidad no solo por las otras personas, sino por todo lo vivo (los animales, la naturaleza, el medio ambiente) (Rodríguez, 2014, pp. 18-19).

Con el propósito de contar con la disposición de los padres de Rebeca para poner un alto al maltrato que ejercían hacia su hija, en una parte del mensaje final de la sesión se les dijo lo siguiente:

Terapeuta: [...] Notamos también, que han buscado por todos los medios poner disciplina pero como se han topado con que la niña no les ha obedecido han puesto castigos, pero es necesario que se pregunten ¿hasta dónde van a llegar esos castigos? y ¿cómo van a repercutir en la niña y en ustedes como padres? También nos preguntamos si ¿estarían dispuestos a trabajar como *equipo de padres* en beneficio de su hija Rebeca?

En el caso de la familia “Paz”, Kevin se encontraba en una situación de negligencia por parte de su madre biológica y su padre adoptivo, quienes cubrían sus necesidades físicas pero afectivamente y en lo relacionado con su educación y su salud optaban por deslindarse de su responsabilidad, dejando que la abuela materna cumpliera esas funciones, sin contemplar que en el ambiente familiar en que lo dejaban (con la abuela) el niño estaba siendo testigo de violencia, adicciones y actos de delincuencia, es decir, se

encontraba en un lugar que no le correspondía y repercutía en su forma de pensar, sentir y actuar.

A lo largo del proceso terapéutico con ambas familias, fue útil encontrarnos con la propuesta de Linares (2002) que se abarcó en el apartado anterior, ya que nos permitió una comprensión de la organización y dinámica familiar en situaciones de violencia. De acuerdo con su propuesta teórica, identificamos que en la familia Ramos los padres ejercían un maltrato psíquico con triangulación que implica la incorporación de los hijos, o alguno de ellos, a los juegos relacionales de los padres, fenómeno que se suele producir mediante alguna modalidad de alianza transgeneracional. De tal forma que la parentalidad inicialmente está conservada y secundariamente deteriorada por el impacto de una conyugalidad disarmónica. Sobre este aspecto, en una de las sesiones se hicieron preguntas a la familia, tales como:

Terapeuta: ¿se habían dado cuenta de que su hija está al tanto de su situación de tal manera que se vuelve como un réferi entre ustedes?, ¿qué va a pasar en un futuro si la niña y el niño continúan viendo las discusiones entre ustedes?

En la familia Paz, siguiendo con Linares, existía un maltrato psíquico deprivador donde la armonía conyugal está combinada con un deterioro de las funciones parentales, con un desinterés, una desimplicación o incluso una hostilidad para con los hijos de carácter primario; aunado a un maltrato físico hacia Kevin, según lo referido por Rita.

Rita: [Refiriéndose a cuando Kevin vivía con sus padres] Con un cinturón lo azotaba el padrastro y mi hija también lo azotaba, y el niño llorando me llamaba por teléfono y me decía que fuera por él, que me lo trajera a mi casa.

De acuerdo con autores que parten de una visión sistémica como Minuchin (1989) y Haley (2006), en el trabajo terapéutico es importante identificar jerarquías y posiciones de los miembros de la familia para modificarlas, clarificarlas, reforzarlas y evaluar alternativas disponibles. Asimismo, también es importante detectar el tipo de comunicación entre los diferentes holones o subsistemas que componen la familia, así como entre ésta y otros sistemas. Por ejemplo, en la familia Paz, tuvo un gran impacto, desde el modelo estructural realizar una fijación de fronteras entre subsistemas de tal manera que Rita y

Kevin conformaran un equipo de apoyo y protección ante la violencia presenciada y recibida.

Por último, una de las tareas más esenciales en la terapia familiar sistémica es que el terapeuta realice una observación de sí mismo dentro del sistema familiar que está participando, y una observación de esta observación. Por ejemplo, analizando mi intervención en la familia Ramos contemplo que mi conversación giró principalmente en torno a por qué la niña se comportaba de esa manera y qué se hacía para remediarlo, al observar mi actuar observo que ese momento tenía una visión lineal del problema en el sentido de estar buscando las causas del problema y considerando que la solución tendría que surgir de una nueva manera disciplinaria que efectuaran los padres como el aprendizaje de una técnica, sin considerar que desde las interacciones comunicacionales que los miembros de la familia mantenían en la sesión, entre ellos y conmigo, se podía generar una forma funcional de manejar la obediencia que los padres pedían a sus hijos, por ejemplo, en una de las sesiones con la familia, Diego se levantó de su asiento y fue a mover y tirar la cámara de grabación y Rebeca ante ese hecho se rió desenfrenadamente. Los padres se alteraron y zangolotearon a Diego. En mi posición de terapeuta podría haber utilizado ese hecho y preguntar a los padres: “¿Cómo podrían dirigirse a Diego con un tono de voz firme para que haga lo que le están pidiendo, que se esté sentado?”.

2. La intervención terapéutica en el maltrato infantil parento-filial desde una visión posmoderna.

De manera similar a la visión sistémica, los actos violentos son considerados como una responsabilidad por parte de quien los ejerce. La manera de abordarlos en terapia tiene unas características muy particulares. En la idea de dar voz, presencia y responsabilidad o una agencia personal a todas las personas participantes dentro de la conversación terapéutica, se abre la posibilidad al diálogo. Como señalan Anderson y Goolishian (1997), hay una gran diferencia entre verse a uno mismo como un criminal, un alcohólico o una víctima y considerarse una persona que, entre muchos otros atributos, ha sido violenta, ha bebido demasiado o ha sufrido abusos. De igual modo, hay una gran diferencia entre

verse como un experto en curación de trastornos mentales y considerarse un profesional que crea una atmósfera propicia a la conversación y la comunicación entre todas las partes involucradas en el sistema definido por el problema.

Por ejemplo, en la familia Paz, las situaciones de violencia expresadas por Rita se presentaban como un tejido enmarañado donde uno como terapeuta se pregunta ¿dónde encuentro el primer hilo para desenmarañar?, y donde seguramente para los pacientes llega a ser similar. En el equipo terapéutico, la percepción inicial que teníamos de Rita era que se encontraba perpleja y abrumada por tantas situaciones que no se le hacía fácil decidir por dónde empezar; idea que le expresamos y que ella nos decía: “Quiero cambiar un poquito de todo”. En retrospectiva reflexiono que fue muy importante abordar con ella el tema sobre con qué íbamos a empezar, de esta manera, el proceso terapéutico generó bienestar y aportó en la calidad de vida de un ser humano. A esto le sumamos que Rita fue una paciente muy participativa, las reflexiones que se le expresaban en el mensaje final siempre las anotaba y las respondía por escrito, acudiendo a todas las sesiones.

Desde esta postura, también se da cabida a una consideración y cuestionamiento más reflexivo sobre los mandatos culturales que influyen en las narrativas de las personas. Asimismo, el terapeuta se vincula con los miembros de la familia en una posición de apertura, vulnerabilidad y transparencia de sus pensamientos y sentimientos siempre en favor del respeto a la conversación con ellos y a la apertura de que se generen nuevas posibilidades para lo que ellos es “problema”.

Freeman, Epston y Lovobits (2001) desde un enfoque narrativo, mencionan que cuando los terapeutas se preguntan si los padres tienen una conducta negligente o de malos tratos, es mejor optar por afrontar esos temas con ellos en una conversación exteriorizadora donde las preocupaciones del terapeuta sean transparentes. Por ejemplo, si la conducta de malos tratos de los padres es algo instrumental en los miedos o el mal genio de los niños, se exteriorizan esos hábitos violentos y la base sociocultural en que se asientan. Las cuestiones de la responsabilidad personal y de convivencia con esos hábitos se convierten en objeto de comentario y de toma de decisiones.

Continuando con Freeman, et al. (op. cit.), ellos señalan que las diferencias culturales pueden influir en el terapeuta en su forma de percibir a los padres. Las familias tienen ya su propio mundo de ideas, emociones y comportamientos, basados en su historia y sus tradiciones exclusivas. Y el que el terapeuta suponga que conoce automáticamente qué es la paternidad “buena” y “mala” en una familia de cultura distinta a la suya revela una falta de respeto por ese mundo, y sus efectos pueden ser más dañinos que beneficiosos.

No obstante, una vez que se ha detectado que en la familia existe una situación de abuso o maltrato hacia un menor, se considera importante la protección del niño o niña.

3. Una óptica ecológica-sistémica del maltrato infantil parento-filial.

Un análisis posterior a la intervención realizada con ambas familias, desde el modelo ecológico-sistémico de Garbarino y Belsky (citados en: Bringiotti, 2000) permitió una comprensión de los distintos contextos que confluyen para dar pie a situaciones de maltrato infantil en el seno familiar.

Se identificó en la familia Ramos que a *nivel del desarrollo ontogenético* faltó considerar e indagar sobre la propia historia de crianza de los padres, así como el tipo y calidad de atención que recibieron en su infancia, lo cual adquiere relevancia porque la violencia familiar puede tener un componente transgeneracional y si los padres pueden conectarse con sus vivencias de la infancia podrían sensibilizarse y mostrarse empáticos ante el dolor de sus hijos cuando son violentados por ellos, así como el considerar que el ejercicio de la autoridad se transforma en el tiempo. Si los padres no encuentran caminos para disciplinar a sus hijos y acercarse a ellos afectivamente, generan tristeza, culpa y más enojo, lo que disminuye su fuerza y poder como autoridad, continuando con lo mismo.

La mayor parte de las sesiones se centraron a *nivel microsistema*, es decir, sobre los comportamientos concretos de los miembros de la familia nuclear.

A *nivel de exosistema*, se pudo conocer que Antonio cambió de ámbito laboral, que la economía parecía no ser suficiente en casa, que los tiempos de trabajo le absorbían la mayor parte del día y estas situaciones generaban estrés en ambos padres, repercutiendo en la convivencia familiar.

El *macrosistema* se subdivide en variables socioeconómicas, estructurales y culturales. En estas últimas, se identificó que una creencia importante para Angélica era que la mujer se casa para siempre con el hombre que eligió en un principio, pues ella juró “toda la vida hasta que la muerte nos separe”, eso nos ayuda a comprender parte del papel que tiene ella dentro de la familia, que aunque tenga desacuerdos y discusiones con su pareja, ella continuará la relación. Por otra parte, una de las creencias que el terapeuta debe revisar es que culturalmente se hace énfasis en lo que es ser un “buen y excelente padre o madre”, de tal manera que si un padre o una madre emplea el maltrato en sus diferentes formas, no cumple los requisitos de esa categoría y su actuar lo oculta para no ser mal visto por la sociedad. Linares (2002) indica que si a los padres no se les sataniza, animaliza, ni se les persigue como a delincuentes, pueden aceptar sus errores y trabajar para enmendarlos. Los padres se equivocan y deben aprender mejor el no tan fácil oficio de ser padres.

Por otro lado, la familia Paz nos hace ver que el maltrato infantil es una situación que abarca a la familia nuclear, a la familia extensa, al contexto social inmediato y a patrones culturales, es decir, a nivel de micro, macro y exosistema. Para ser más clara, una cultura donde la responsabilidad de la educación de los hijos recae principalmente en la madre con poco o nulo involucramiento del padre; un contexto social donde entre vecinos pareciera ser preferible el alejamiento y poca o nula involucración en las familias llamadas “problemáticas”, y éstas a su vez, con su distanciamiento también. Un contexto social donde la participación legal o preventiva de la violencia está saturada de trámites administrativos que hacen menos sencillo los procesos de seguimiento de las denuncias de violencia. El desconocimiento por parte de servidores públicos como son los policías preventivos, de la forma de actuar ante las denuncias emergentes de violencia; la facilidad de conseguir droga. Una familia extensa en la que existía desligamiento entre sus miembros y conflictos relacionados con la herencia de terrenos. Y a nivel microsistema, una familia nuclear, con situaciones de salud importantes como el supuesto daño cerebral del hijo menor. Y la familia nuclear de Kevin con situaciones de drogadicción.

4. La relación terapéutica en una situación de maltrato infantil parento-filial.

Existen casos en que los padres junto con sus hijos acuden a consulta psicológica, solicitando apoyo para que ellos detengan el maltrato que ejercen hacia sus hijos. Sin embargo, en la mayoría de los casos se presenta al niño como el “problema”. Haley (2005, p. 165) señala que “si los padres pudieran admitir fácilmente sus dificultades maritales el niño no estaría exteriorizando el problema”.

Lo interesante aquí es que el terapeuta tiene que inicialmente detectar quién o quiénes de la familia están dispuestos a contribuir a mejorar la calidad en las relaciones de la familia y cómo conviene organizar las sesiones.

Lipchik (2004) señala que la participación de los niños en las sesiones pueden ser una valiosa fuente de datos, pero también un factor de perturbación, ya que quizá los padres posean información pertinente que no pueden o no quieren revelar en presencia de los miembros más jóvenes de la familia.

A este respecto, Montalvo y Haley (citados en: Andolfi, 1990) indican que si el terapeuta familiar renuncia a la contribución del niño, como regulador de la velocidad de la terapia, como moderador del ritmo del cambio – mediante el ‘cuándo y el cómo’ de la intensificación o de la disminución de los síntomas-, el niño no logrará cambiar.

De tal forma que es importante incluir al niño como parte del proceso terapéutico, más aún cuando los padres creen que el problema está en su hijo, pues son ellos quienes deciden si van a continuar o no la terapia. No obstante, si la participación del menor puede protegerse de temas que competen principalmente a los adultos y que al tratarlos ellos pueden entablar una relación más funcional con el menor, es una situación terapéutica más favorable.

La participación de los niños en la terapia plantea una posición de tolerancia, paciencia, creatividad, flexibilidad y soltura por parte del terapeuta. Éste, al entrar al sistema familiar se encontrará con una disparidad de edades, de intereses y de necesidades de los miembros de la familia. Según Andolfi (1990), debe considerar tanto a los adultos como al niño o niña como personas, con modalidades distintas de pensamiento: el mundo de los

adultos, rico en conceptos abstractos y en comunicaciones verbales, y el mundo de los niños, vibrante de expresiones no verbales y de imágenes concretas.

Erickson habla sobre la receptividad de los niños y niñas en terapia, señalando:

La presentación de ideas que llevemos a cabo, como terapeutas, necesita estar en consonancia con la dignidad del bagaje experiencial del paciente; no debe haber un diálogo terapeuta-paciente por debajo o encima de su nivel. Debe darse la presentación sencilla y sincera de una idea con el propósito de conseguir un entendimiento común y un objetivo común (Erickson en: Procter, 2002 p. 222).

Con los niños y niñas, el lenguaje del terapeuta tendrá que ser claro, fluido, utilizando conceptos, ideas e imágenes significativas para el niño y niña en términos de sus propios aprendizajes.

En este aspecto es importante recordar que la Teoría de la Comunicación Humana (ver, Watzlawick, et al. (1989) menciona que la comunicación se presenta de manera digital y analógica. Y de acuerdo con Andolfi (1990, p. 141) “los niños, aunque posean un vocabulario muy rico, se expresan mucho más que los adultos según una modalidad analógica”.

Haley (2005, p. 97) menciona que en terapia “la comunicación analógica incluye las categorías de los “como si”; también caen dentro de este estilo el “juego”, el “ritual” y todas las formas del arte. Lo análogo puede expresarse mediante un enunciado verbal, como un símil o una metáfora, o mediante una acción (mostrar cómo es algo “teatralizándolo”).

Por ejemplo, en el caso de la familia “Ramos” con Rebeca se enfatizó una comunicación analógica a través de un juego empleando las manos, sobre lo referente a dos tipos de fuerza: la fuerza para ayudar y la fuerza que lastima a otros.

Distintos modelos de psicoterapia llegan a incluir elementos analógicos en la comunicación terapéutica con propósitos distintos, por ejemplo, el modelo estructural en la construcción de realidades de la familia, el modelo narrativo en la externalización del problema y en la exploración de preguntas de influencia relativa, la terapia breve puede

utilizar un lenguaje metafórico para generar una mejor relación terapéutica y la hipnosis Ericksoniana para producir un trance hipnótico y la movilización interna.

En la familia “Paz”, con Rita y Kevin se empleó la metáfora de “un equipo comandado por una generala”, que desde el modelo estructural nos permitiera fijar fronteras en el subsistema conformado por la abuela y el nieto, y de ese subsistema con respecto al subsistema conformado por los tíos de Kevin.

También con Kevin se empleó la metáfora de los superhéroes como estrategia para la autoprotección y como bien lo señala Campillo (2010), el lenguaje metafórico es una comunicación en varios niveles, que permite que el contenido implícito movilice a la persona para que ella, de manera automática, al imaginar formas, sonidos, sensaciones, colores, imágenes, se contacte con lo relevante y se promueva la búsqueda de alternativas.

Cuando la relación terapéutica se establece con un pequeño o pequeña en situación de violencia en su ámbito familiar, se debe establecer un contexto terapéutico: a) seguro, que contemple el establecimiento de una relación no abusiva y b) confiable y bondadoso, que los niños y niñas puedan confiar en nuestro compromiso con la tarea de ayudarlos sin causarles daño; a través de un encuadre protector, el realce del paciente como persona, la explicitación del marco de la terapia y una flexibilidad terapéutica. Así, la relación terapéutica podría convertirse en una relación significativa para los niños desempeñando un papel importante en su recuperación emocional y afectiva (Durrant y White, 1993; Llanos y Sinclair, 2001; Lipchik, 2004).

El niño y la niña prontamente en la terapia expresan verbal o no verbalmente su sentir de la situación, sentimientos que son importantes tener en consideración y podría el terapeuta preguntar: “¿cómo te sientes hablando de estos temas en la terapia?”.

En una de las sesiones que se trabajó con Kevin, el equipo de terapeutas notó que se encontraba tenso y preocupado, por lo que se le preguntó:

Terapeuta: ¿Cómo te sientes viviendo en casa de tu abuelita?

Kevin: He visto a mi tío como se droga y ya no le tengo confianza... (llorando), tengo un poco de miedo.

Terapeuta: Te agradecemos Kevin el que nos hayas tenido confianza para expresarnos tus sentimientos y también nos preguntamos si esto que nos has dicho ¿te gustaría que tu abuelita también lo supiera?

Kevin: Sí, si me gustaría decírselo.

El espacio terapéutico es un espacio propicio para que los niños puedan expresar sus sentimientos y pensamientos, pero también se tiene que considerar que principalmente en su espacio de convivencia cotidiano los niños y niñas deben encontrar el espacio para poder platicar sobre sus sentimientos con la persona con quien más se sientan en confianza. Por ejemplo, el terapeuta podría indagar: “si en otro momento te sientes preocupado o preocupada, o, te sientes mal, ¿podrás hablar con tus papás?”.

Indagar qué hace el niño y cómo los demás miembros de la familia intervienen o podrían intervenir en el manejo de sentimientos y emociones del niño o la niña. Por ejemplo, en el sentimiento de tristeza se le podría preguntar: “¿cómo se te pasa la tristeza?”, “¿qué podrían hacer tus papás para ayudarte a que no te sientas triste?”

Las situaciones de violencia pueden generar también sentimientos de miedo y de dolor ante lo ocurrido, es importante validar, reconociendo el miedo o dolor del niño o la niña y normalizar esos sentimientos en el entendido de que nadie merece una situación abusiva o de maltrato y cuando ésta se da, surgen sentimientos como esos.

De acuerdo a cómo se lleve el proceso terapéutico y a la comprensión del menor es importante hablarle con sinceridad y no consolarle de manera contradictoria con respecto a sus ideas sobre la situación.

Se debe respetar a los niños como criaturas pensantes, con sentimientos, que poseen la capacidad de formular ideas y son capaces de integrarlas en su comprensión experiencial total. Pero deben hacerlo de acuerdo a su funcionamiento y capacidad de procesamiento actual. Ningún adulto puede hacerlo por ellos.

Agradecer la confianza por contar algo que es muy difícil teniendo en cuenta cuánto les ha costado romper el silencio. En este sentido, es fundamental hacerles saber que han dado el primer paso, el más importante y menos fácil.

Algunos padres no quieren intervenir en el proceso terapéutico, Lipchik (2004) señala que eso puede ser una señal de que se sienten derrotados y han perdido toda confianza en su aptitud como padres. Se puede ver al niño a solas y poco a poco incorporar a los padres, cuando se da de esta manera se puede trabajar en que el menor movilice sus propios recursos para autovalorarse y autoprotgerse.

Sobre este aspecto, puede resultar de utilidad la propuesta de Grotberg (citada en: Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Infante y Grotberg, 1998) sobre la posesión de condiciones que en el lenguaje se expresan a través del "Yo tengo", "Yo soy", "Yo estoy", "Yo puedo", mismas en las que aparecen los distintos factores de resiliencia, como la autoestima, la confianza en sí mismo y en el entorno, la autonomía y la competencia social. Por ejemplo, así sucede al recurrir a las características de "tengo" personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente, y personas que me ayudan cuando estoy en peligro; éstas pueden tratar al niño o adolescente en una forma que fortalezca las características de "soy" una persona digna de aprecio y cariño y de "estoy" seguro de que todo saldrá bien; las características de "puedo" hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan y también encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Lipchik (2004, p. 226) señala: "la tarea del terapeuta, en una situación como esta [solo con la participación del menor], consiste en proporcionar apoyo y facilitar las herramientas necesarias para alcanzar la independencia emocional. [...] Significa ayudarlo a que consiga satisfacer poco a poco sus necesidades fuera de la terapia, pero estar a su disposición en caso de que necesite apoyo".

3.1.5 Análisis del Sistema Terapéutico Total.

El terapeuta.

Al observarme como terapeuta, en mis observaciones comprendo que mi observación y actuar están conformados y ligados a mis raíces, a mi familia con sus mitos, tradiciones y valores, al mundo hispánico, a una cultura con predominancia patriarcal, a mi entorno social, a mi ser de mujer y en los papel que me he desenvuelto como hija, hermana, esposa, madre, amiga, en diferentes contextos que como dice Bateson (1998) “sin contexto no hay significado”.

Yo, y todas mis construcciones, significados y experiencias, siempre estarán presentes en mi ejercicio como terapeuta, y ahora desde esta epistemología sistémica puedo comprender la mutua influencia entre terapeuta y familia atendida, que juntos forman el Sistema Terapéutico.

El Sistema Terapéutico.

En este Sistema se dan características de unión y separación, por lo que es tarea de uno como terapeuta distinguir que de lo que estoy haciendo, pensando, diciendo verbal o no verbalmente, está influyendo en la familia, y cómo lo está haciendo; y a su vez, cómo soy influido por la familia; y cómo observo estas observaciones que estoy haciendo. Creo que la importancia de esta labor radica en poder distinguir lo que a mí como terapeuta me corresponde de lo que a la familia le corresponde, de tal manera que pueda darse un autocuidado a nuestra persona de terapeuta y una responsabilidad de la familia en la solución o disolución de su problemática. Esto es porque en ocasiones el sistema terapéutico puede quedar en simbiosis y no generarse ningún cambio, o bien, el terapeuta estar tan absorbido que empiece a afectarse hasta en aspectos personales.

Cito dos ejemplos que me dieron pauta para reflexionar en ello:

- En una ocasión observé como mi postura, mi gesto, mi entonación de voz, estaba siendo muy similar a la de mi paciente, y en la sesión no se reflejaba ninguna puntuación que generara una diferencia, y el darme cuenta de mis posturas físicas permitió que me

moviera de una manera distinta a como lo estaba haciendo, y el paciente también empezó a moverse en una dirección que creaba diferencia en su situación referida como problemática.

- En otra ocasión, observé cómo me aliaba a la visión de víctima que presentaba el paciente, sin identificar los recursos resilientes que le habían permitido salir adelante a pesar de los efectos negativos de la situación, fue entonces que contemple mis creencias con respecto al recibir abusos de otras personas y fue de ahí que pude rescatar el concepto de resiliencia.

El trabajo con la persona del terapeuta, está centrado en que el terapeuta tome una conciencia vivencial profunda, en el reflejo que tiene él/ella de sí mismo/a, en el reflejo que se tiene de él/ella en la familia, así como el reflejo que tiene de él/ella el resto del equipo terapéutico, para que con todo ello tome conciencia de lo que se está moviendo dentro de su persona, qué cosas de la interacción que se está dando, están resonando dentro sí mismo/a, se relacionan con su propia historia, con su familia de origen o con su familia actual, qué le está moviendo todo esto (Macías y Avilés, 2010).

El equipo de supervisados.

El haber podido contar con un equipo de terapeutas en formación, fue la parte más enriquecedora, tanto para las familias atendidas como para mí. Ya sea en el papel de equipo reflexivo o como equipo detrás del espejo unidireccional, sus comentarios y reflexiones que emergían de su desenvolvimiento en contextos distintos a los míos, abrieron nuevas posibilidades a mi manera de entender la realidad, quebraron mis certezas y el deseo de tener la certeza, lo que me ha abierto a considerar que la realidad puede definirse de distintas maneras.

Haber sido parte del equipo, para mí representó compromiso con el sistema terapéutico total, así como una constante reflexión de mis creencias y posturas en diversas temáticas, que en un principio sentía no poder dar alguna idea que fuera una aportación, y ahora veo que se me hizo menos fácil hacerlo porque no cuestionaba mis convicciones, ni comprendía que podían ser cambiantes en contextos distintos. Cuando me abrí a la

reflexión, a la transparencia y a un contacto más humano con la familia sentí y pude observar que mis comentarios eran tomados en cuenta por la familia y mi equipo de terapeutas.

El equipo de terapeutas, con el que se me asignó trabajar y compartir, fue y es valioso en mi vida porque fueron como maestros y ahora son mis amigas y amigo; y a través de esta relación de cariño, apoyo y guía, el cambio hacia una epistemología sistémica fue más sencillo de caminar.

El sistema de supervisión.

Comprendí que cada supervisor tiene su propia super-visión y sus habilidades particulares, conformadas por sus propias vivencias, aprendizajes y logros.

En un principio de la práctica supervisada consideraba que el supervisor tenía una posición jerárquica mayor a la de los alumnos, sin embargo, fui comprendiendo que las supervisoras reflejaban una postura experta en el interés de saber cómo los terapeutas en formación estábamos asimilando los nuevos conceptos teóricos, lo que no implicaba necesariamente una posición jerárquica superior. Sino como lo señala González (2011, p. 137) “Se requiere un notable grado de respeto y de mutua adaptabilidad, no existe, en efecto, una jerarquía, pero es necesario una definición de las recíprocas responsabilidades. Sus funciones son complementarias”.

Me resultó interesante que como parte del proceso de supervisión nos dejaban ejercicios prácticos que nos permitieran experimentar a qué se referían los conceptos de cambio, de diferencia, de auto-observación, de metáforas, de la circularidad, principalmente.

3.2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN.

Reporte de investigación cuantitativa.

“DIFERENCIAS ENTRE GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN UNA INTERVENCIÓN CON TERAPIA BREVE SISTÉMICA Y EQUILIBRIO ENERGÉTICO, EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DE TDA”.

María Guadalupe Hernández Cruz, Nalleli María Cedillo y Penélope Benítez de los Santos
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

RESUMEN

Este trabajo tuvo como propósito evaluar si la intervención con Terapia Sistémica Breve y equilibrio bioenergético disminuye el nivel del Trastorno por Déficit de Atención en niños con diagnóstico presuntivo de TDA. Se empleó un diseño experimental mixto. Participaron 15 niños con una media de edad de 7.8 años, asignados aleatoriamente, ocho para grupo control y siete para grupo experimental. La intervención para el grupo experimental consistió en la aplicación de retroalimentación energética con el Sistema L.I.F.E. y de la intervención en Terapia Sistémica Breve con el sistema familiar, además del protocolo de evaluación continua realizado a través de la escala ESAN, la prueba ADHDT y el Nivel de Disfuncionalidad; para el grupo control solo se realizó el protocolo de evaluación continua. Los resultados intra grupos mostraron que en el grupo experimental después de la intervención disminuyó el nivel del TDA en los niños de acuerdo a la escala ESAN, la prueba ADHDT y el Nivel de Disfuncionalidad Familiar, mientras que en el grupo control no hubo modificaciones. Los resultados entre grupos no revelaron diferencias estadísticamente significativas, excepto en el nivel de Disfuncionalidad Familiar.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención, equilibrio energético, Terapia Breve Sistémica.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad es uno de los trastornos del neurodesarrollo en el que diversas ciencias han centrado sus investigaciones, especialmente por la prevalencia que está teniendo. En Latinoamérica, se calcula que hay una población de 198 millones de niños y adolescentes, de los cuales 5% (casi 10 millones) presentarían el TDA/H (CEAL-TDAH, 2009); y particularmente en México, del 5 al 12 por ciento de los niños en edad escolar presentan TDA/H. De éstos, prácticamente el 10 por ciento corresponde a niños y el 2 por ciento a niñas (aproximadamente 1 millón 500 mil), teniendo como característica particular del trastorno, que por cada 3 niños que lo reportan, sólo hay una niña (De la Peña, 2009).

De acuerdo con el DSM-IV TR existen tres subtipos principales de TDA/H (APA, 1994):

1. Subtipo predominantemente de falta de atención. El individuo tiene sobre todo dificultades con la atención, organización y seguimiento.
2. Subtipo predominantemente hiperactivo/impulsivo. El individuo tiene sobre todo dificultades con el control de los impulsos, la inquietud y el autocontrol.
3. Subtipo combinado. El individuo tiene síntomas de falta de atención, impulsividad e inquietud.

No se sabe con precisión los factores que originan el TDA, sin embargo, se cuenta con el conocimiento de algunos de ellos. Entre los factores considerados están los hereditarios, los neuroquímicos y los psicosociales. Cabe resaltar que ningún

factor por sí solo explica el origen del trastorno.

De acuerdo con Ayora (2004), los avances de la ciencia nos explican que en la actualidad no se dispone de un tratamiento curativo para este trastorno, pero sí existen medidas terapéuticas eficaces para reducir las manifestaciones sintomáticas impidiendo que las mismas provoquen los severos problemas de adaptación a las demandas académicas y sociales, que son los que comprometen el bienestar del niño y su familia y complican el pronóstico. Frente a la problemática que presentan los niños y adolescentes con TDA/H, a nivel de las relaciones sociales se han venido empleando: terapias farmacológicas, terapia de modificación de conducta, terapia cognitiva y terapia familiar, con óptimos resultados en el proceso de resocialización.

El tratamiento farmacológico es muy solicitado, sin embargo, se han hecho consideraciones sobre el uso de fármacos en el TDA, mencionando que son “una solución pasajera e ilusoria, ya que por el solo hecho de medicarle, el niño no va a desarrollar habilidades y a obtener herramientas para funcionar adecuadamente cuando se retire el medicamento, además de que se corre el riesgo de posibles efectos secundarios y dependencia del fármaco” (Veracoechea, 2008, p. 184).

En gran parte de la comunidad científica se ha considerado que los medicamentos en el tratamiento del TDA producen una importante mejoría en un corto plazo, pero cuando se administran como único tratamiento no modifican el pronóstico de estos niños, comparándolos con los que no han recibido modificación, como lo han demostrado los estudios de seguimiento a largo plazo de grandes grupos de pacientes. De ahí la importancia de combinar la medicación con medidas psicoterapéuticas que operen en el nivel de los factores psicosociales intervinientes (Ayora, 2004).

Diversos autores (Ayora, op. cit.; Veracoechea, 2008) consideran que el tratamiento del TDA, debe ser multimodal, adaptado a las necesidades particulares de cada niño y familia. Aunque el tratamiento multimodal es el estándar por excelencia en el tratamiento del TDA, no todos los individuos pueden tolerar los medicamentos, y éstos no siempre son efectivos. Algunos individuos experimentan muchos efectos secundarios.

En esta investigación se propone la aplicación de equilibrio energético consistente en la utilización del “L.I.F.E. System” el cual es un sistema-software creado por Chris Kesser, médico homeópata americano. El sistema LIFE aparentemente es capaz de escanear y evaluar en forma precisa el desequilibrio bioenergético del cuerpo y además contribuye a balancearlo. Le proporciona al cuerpo la información y la energía necesaria para que el cuerpo se repare a sí mismo. De acuerdo con la descripción de su autor, este Sistema de Medicina Quántica y Energética da la capacidad de encontrar a nivel subconsciente las razones que provocaron el desequilibrio energético que se transforma en una enfermedad o problema psicológico. El sistema LIFE es uno de los primeros en su clase donde se utiliza el enfoque de doble testigo ciego (donde ni el operador ni el cliente pueden influir en el escaneo). De manera general, el sistema cuenta con 33 programas, de los cuales basta con una exploración general para que se tenga un breve diagnóstico del desequilibrio que presenta el paciente. Si esto fuera correcto y sumado a las estimaciones de la OMS donde entre el 5 y 8% de la población en edad escolar padecen el trastorno por déficit de atención (TDA) pero no se conoce la causa ni se acepta del todo el diagnóstico, los resultados del escaneo del sistema LIFE sobre el TDA favorecerían significativamente a la población que lo padece y el entorno en que se presenta.

De tal manera que se propone la aplicación del equilibrio bioenergético no como un tratamiento alternativo, sino complementario al tratamiento multimodal; no que cura el TDA sino que regula energéticamente al organismo.

De aquí, que el objetivo de la presente investigación sea evaluar si la intervención con Terapia Sistémica Breve y equilibrio bioenergético disminuye el nivel del Trastorno por Déficit de Atención en niños de siete a once años de edad, con un diagnóstico presuntivo del TDA.

La importancia que tuviera la presente investigación se ve fortalecida por dos razones: 1) con el enfoque terapéutico familiar sistémico y con el apoyo del sistema LIFE, se podrán cubrir las necesidades de la población en un menor tiempo y 2) se probaría que el TDA no es sólo un factor neurológico, biológico o psicológico de quien lo padece, sino un trastorno que llega a afectar la funcionalidad de la familia, pero que existen soluciones al respecto.

MÉTODO

Participantes.- Participaron voluntariamente 15 familias con un hijo diagnosticado presuntivamente con el Trastorno por Déficit de Atención. Entre los criterios de selección se contempló que fueran alumnos de escuelas públicas, con un rango de edad de los 7 a los 11 años y que vivieran con sus padres en zonas urbanas del Estado de México y del Distrito Federal. El grupo completo (N=15) que se formó para llevar a cabo esta investigación estuvo compuesto por 12 hombres y 3 mujeres; de estos niños 4 fueron hijos mayores, 1 hijo de en medio, 7 hijos menores y 3 hijos únicos; 11 fueron familias biparentales y 4 monoparentales. Se dividieron a los 15 niños en dos grupos. El grupo experimental estuvo conformado por 7 niños y el grupo control estuvo conformado por 8 niños.

Escenario.- La aplicación del proyecto se llevó a cabo en dos escenarios. La aplicación de los instrumentos en el grupo experimental se efectuó en los cubículos de la clínica INFASI, ubicada en Satélite, Naucalpan, Estado de México. Para el grupo control, se efectuó en los cubículos del Centro de Desarrollo Infantil (CEDEI), ubicado en Bosques del Valle, Coacalco, Estado de México.

Instrumentos de medición.- En ambos grupos se aplicó el siguiente protocolo de evaluación:

- La *Escala para la autoidentificación de síntomas del tda para niños en edad escolar (ESAN)*, de Ortiz (2006). La escala consta de 34 reactivos en escala likert, comprendidos en tres subescalas: trastorno de conducta, déficit de atención e hiperactividad.

- La *prueba de déficit de atención con hiperactividad (ADHD)*, de Gilliam (1995), la cual consta de 36 reactivos comprendidos en tres subescalas: hiperactividad, impulsividad y falta de atención. Esta prueba es contestada por los padres del menor.

- La *Guía de entrevista para identificar la estructura familiar*, de Montalvo y Soria (1997), que evalúa ocho áreas de la estructura familiar, a través de preguntas abiertas dirigidas al o los familiares más cercanos del niño y permite identificar el Nivel de Disfuncionalidad Familiar.

- Las *Escalas de Bienestar*, que constan de 10 autorreportes de los integrantes de la familia sobre su bienestar. Incluyen: el bienestar del paciente identificado en las áreas: personal, familiar y escolar; y el bienestar de los padres en las áreas: personal, familiar, de pareja, así como el bienestar personal que perciben del paciente identificado.

Aparatos.- "L.I.F.E. SYSTEM", que consta de una caja metálica pequeña conectada a cinco arneses y una resistencia metálica, uno utilizado en la cabeza de los sujetos, dos para las muñecas de las manos y dos para los

tobillos, la resistencia es introducida dentro de una botella de agua. El "L.I.F.E. SYSTEM" se conecta a un ordenador que ejecuta el software del instrumento.

Variables.- Como variables independientes se consideró la intervención terapéutica desde el modelo de Terapia Breve sistémica y el equilibrio energético mediante el "L.I.F.E. System". Como variable dependiente se consideró el Trastorno por Déficit de Atención.

Procedimiento.- En el grupo experimental: Se aplicó a los siete niños el equilibrio bioenergético mediante el "L.I.F.E. System", durante cuatro sesiones cuya duración oscilaba entre los treinta minutos cada una. Asimismo, con los integrantes de la familia se realizó la intervención terapéutica desde el modelo de Terapia Breve centrado en el problema. El lapso de tiempo entre la primera y segunda sesión fue de una semana, después de esta última, el lapso para las dos siguientes fue de quince días.

En el grupo control: No se llevó a cabo aplicación del equilibrio bioenergético mediante el "L.I.F.E. System", ni la intervención terapéutica.

En ambos grupos se aplicó el protocolo de evaluación en la primera sesión (evaluación inicial) y después de cinco semanas (evaluación final).

Tipo de análisis.- Se partió de un diseño experimental mixto (entre-grupos e intra-grupos). Para analizar las comparaciones intra-grupos en la evaluación inicial y en la evaluación final se utilizó la prueba de Rangos señalados de Wilcoxon.

En el grupo experimental se estableció el nivel de significancia para prueba de una cola cuando $p < 0.025$. Las hipótesis establecidas fueron:

Ho: El nivel del TDA de los niños no disminuirá con la aplicación de equilibrio bioenergético e intervención terapéutica.

Ha: El nivel del TDA de los niños disminuirá con la aplicación del equilibrio bioenergético e intervención terapéutica.

$$H_0 - X_1 = X_2$$

$$H_a - X_1 < X_2$$

En el grupo control se estableció el nivel de significancia para prueba de dos colas cuando $p < 0.05$. Las hipótesis establecidas fueron:

Ho: El nivel del TDA de los niños no será diferente en el protocolo de evaluación inicial y en el final.

Ha: El nivel de TDA de los niños será diferente en el protocolo de evaluación inicial y en el final.

$$H_0 - X_1 \neq X_2$$

$$H_a - X_1 = X_2$$

Para las comparaciones entre los grupos se aplicó el estadístico U de Mann-Whitney que evalúa el grado de veracidad en el sentido de que no existen diferencias significativas entre dos conjuntos de datos.

Con respecto a las Escalas de Bienestar se realizó una comparación de medias en los puntajes de ambos grupos.

RESULTADOS

1. Análisis estadístico de las diferencias intragrupos.

La tabla 1 muestra la media de los puntajes obtenidos en el protocolo de evaluación inicial y final, tanto para el grupo experimental como para el grupo control.

Como puede apreciarse en la misma, las medias del grupo experimental disminuyen después del tratamiento. El análisis comparativo revela que entre los dos momentos esta diferencia es estadísticamente significativa en la escala ESAN ($T=0$) y en el nivel de disfuncionalidad familiar ($T=0$) por lo que se acepta la hipótesis alterna, es decir, el nivel del TDA de los niños disminuyó con la aplicación del

equilibrio bioenergético e intervención terapéutica. No siendo de la misma manera para la prueba ADHDT (T=1).

En el grupo control, observamos una mínima diferencia en las medias de la evaluación inicial y la evaluación final. En el análisis comparativo entre los dos momentos, no existen diferencias estadísticamente significativas, por lo que se acepta la hipótesis nula que dicta: el nivel del TDA de los niños no será diferente en el protocolo de evaluación inicial y en el final.

Tabla 1. Media de los puntajes obtenidos en el protocolo de evaluación en el grupo experimental y el grupo control.			
Instrumentos De evaluación	Tiempo del Protocolo de Evaluación	Grupo EXP.	Grupo CONT.
1. Escala ESAN	Ev. Inicial	83.1	96.5
	Ev. Final	65.7	96
2. Prueba ADHDT	Ev. Inicial	54.5	55.1
	Ev. Final	43	52.1
3. Nivel de Disfuncionalidad Familiar	Ev. Inicial	9	10
	Ev. Final	3	10

2. Análisis estadístico de las diferencias entre grupos.

En la tabla 2 se presentan los resultados obtenidos mediante el estadístico U de Mann-Whitney, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa en el Nivel de Disfuncionalidad Familiar, excepto en la Escala ESAN y en la Prueba ADHDT, lo que nos habla de que la intervención con Terapia Sistémica Breve en el grupo

experimental disminuyó los elementos disfuncionales en las familias.

Tabla 2. Contrastación de puntajes totales del grupo experimental y control, mediante el estadístico U Mann-Whitney, en la escala ESAN, en la prueba ADHDT y en el Nivel de Disfuncionalidad Familiar.		
Instrumentos de evaluación	Tiempo del Protocolo de Evaluación	Z p<0.05
1. Escala ESAN	Ev. Inicial	.487
	Ev. Final	.064
2. Prueba ADHDT	Ev. Inicial	.817
	Ev. Final	.523
3. Nivel de Disfuncionalidad Familiar	Ev. Inicial	.445
	Ev. Final	.001

3. Comparación de Medias en las Escalas de Bienestar.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en los puntajes medios de la evaluación final comparados con los puntajes medios de la evaluación inicial.

A) Grupo Experimental.

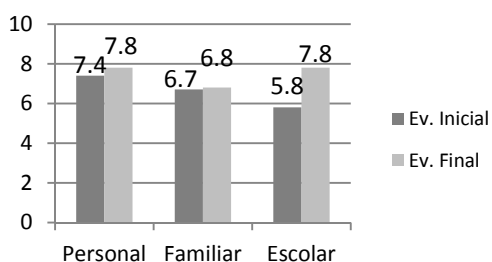
En el Bienestar reportado por los niños/as tenemos que: el Bienestar Personal y Familiar se mantuvo con un mínimo incremento mientras que el Escolar incrementó dos puntos.

En el Bienestar reportado por las mamás se observó un incremento desde cinco décimas hasta dos puntos en las cuatro escalas de Bienestar.

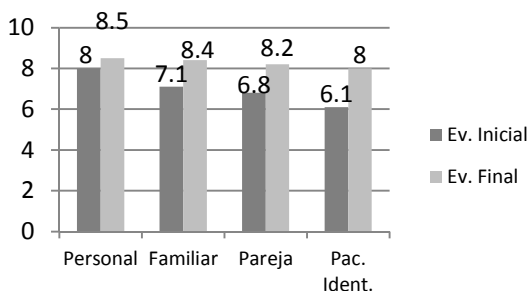
El Bienestar reportado por los papás se mantuvo en las escalas Personal, Familiar y de Pareja, mientras que se incrementó tres puntos en la escala de Bienestar del Paciente identificado.

Las siguientes gráficas muestran los resultados obtenidos en las Escalas de Bienestar para el grupo experimental.

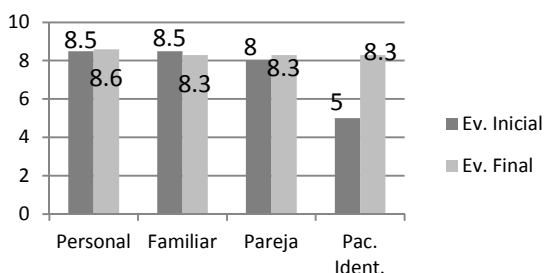
Gráfica 1. Puntajes medios de la evaluación inicial y final, en las Escalas de Bienestar Personal, Familiar y Escolar, reportadas por los **niños** en el grupo experimental.



Gráfica 2. Puntajes medios de la evaluación inicial y final, en las Escalas de Bienestar Personal, Familiar, de Pareja y del Paciente Identificado, reportadas por las **mamás**, en el grupo experimental.



Gráfica 3. Puntajes medios de la evaluación inicial y final, en las Escalas de Bienestar Personal, Familiar, de Pareja y del Paciente Identificado, reportadas por los **papás**, en el grupo experimental.



B) Grupo Control.

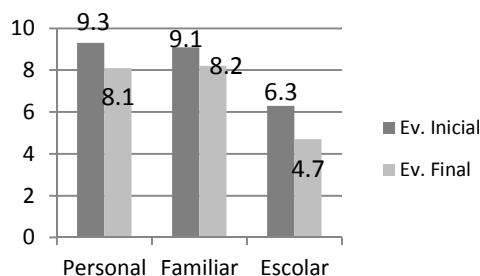
En el Bienestar reportado por los Niños/as tenemos que: el Bienestar Personal y Familiar decremento ligeramente siendo más evidente el decremento en la escala de Bienestar Escolar.

En el Bienestar reportado por las mamás tenemos que: el Bienestar de la Pareja se mantuvo y en las tres escalas restantes se dio un mínimo incremento.

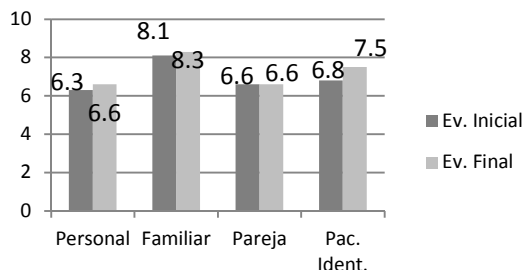
En el Bienestar reportado por los papás se presentó un mínimo incremento en las escalas Personal, Familiar y del Paciente Identificado y un decremento en la escala de Bienestar de la Pareja.

Las siguientes gráficas muestran los resultados obtenidos en las Escalas de Bienestar para el grupo control.

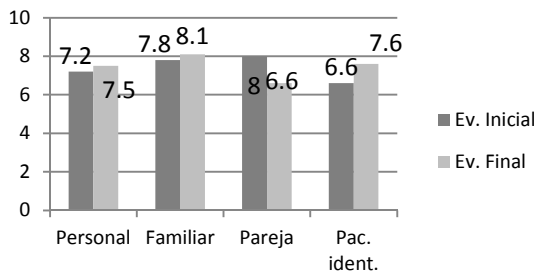
Gráfica 4. Puntajes medios de la evaluación inicial y final, en las Escalas de Bienestar Personal, Familiar y Escolar, reportadas por los **niños**, en el grupo control.



Gráfica 5. Puntajes medios de la evaluación inicial y final, en las Escalas de Bienestar Personal, Familiar, de Pareja y del Paciente Identificado, reportadas por las **mamás**, en el grupo control.



Gráfica 6. Puntajes medios de la evaluación inicial y final, en las Escalas de Bienestar Personal, Familiar, de Pareja y del Paciente Identificado, reportadas por los papás, en el grupo control.



CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos establecer que el nivel de TDA en los niños del grupo experimental disminuyó con la aplicación de equilibrio bioenergético a través del L.I.F.E. SYSTEM y con la intervención terapéutica a través de la Terapia Sistémica Breve; mientras que el nivel de TDA en los niños del grupo control se mantuvo de la evaluación inicial a la evaluación final.

En el análisis estadístico entre-grupos tenemos que en la evaluación inicial de ambos grupos no existen diferencias estadísticamente significativas. Con respecto a la evaluación final, se presenta únicamente una diferencia estadísticamente significativa en el Nivel de Disfuncionalidad Familiar, lo cual resulta substancial partiendo de que la intervención terapéutica desde la Terapia Sistémica Breve, genera cambios en la estructura familiar. Por otra parte, la contrastación de puntajes totales de la prueba ESAN está en un nivel crítico (0.64) cercano a $p < 0.05$, es decir, se dio una disminución de la percepción del nivel de TDA en el grupo experimental con respecto al grupo control, lo que sugiere que los niños tienen mayor flexibilidad para percibir los cambios positivos de su conducta. Por último, en la prueba ADHDT no se reveló una diferencia estadística significativa. Se deduce que no se encontraron diferencias

estadísticamente significativas en la Escala ESAN y en la Prueba ADHDT, debido a que no se contó con una muestra suficientemente amplia, por lo que los datos reportados en este estudio pueden ser tomados como indicadores que merecen ser replicados.

En cuanto a las Escalas de Bienestar, entre los aspectos más significativos encontramos que: en la evaluación final, los niños del grupo experimental, reportaron en el área escolar un incremento de bienestar mientras que los niños del grupo control, su bienestar disminuyó en esa área. También observamos que tanto los papás como las mamás de ambos grupos reportaron un aumento en el bienestar observado de su hijo/a, siendo significativamente mayor el bienestar reportado en el grupo experimental.

Otro aspecto importante fue que a partir de la intervención terapéutica se identificaron en las familias participantes puntos en común con respecto a su estructura y dinámica familiar, por ejemplo:

- Límites difusos en el sistema parental.
- En las familias biparentales, la jerarquía era asumida sólo por uno de los padres, donde el otro padre asumía funciones de hijo.
- En las familias monoparentales, donde la mamá se encontraba como jefa del hogar, su jerarquía era asumida junto con otro miembro donde los límites eran difusos entre ambas partes.
- Se notó una recurrencia en hablar sobre la sensación de ser superados por el problema del TDA, así como sentimientos de culpa por parte de los padres.

Finalmente, los resultados de esta investigación sugieren que en niños de siete a once años de edad, la intervención con Terapia Sistémica Breve y equilibrio bioenergético disminuye el nivel del Trastorno por Déficit de Atención, y aumenta la sensación de bienestar de los niños, principalmente en el área escolar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR*. 4th ed. Texto revisado. p.78-85, Washington.
- Ayora, F. A. (2004). Niños con déficit de atención e hiperquinesis. *Revista latinoamericana de psicología*. Vol. 36, No. 001, pp. 47-58. Bogotá Colombia.
- Comité internacional para el desarrollo y estudio del cuestionario para escolares y adolescentes latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (CEAL-TDAH). Construcción, descripción del instrumento y datos sociodemográficos y clínicos de la muestra. *Salud Mental* 2009. Vol. 32:S55-S62
- De la Peña, F. (2009). El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en México y Latinoamérica: Avances y retos para el diagnóstico, el tratamiento y la investigación. *Salud Mental*. Vol. 32 Supl. 1: S1-S2.
- Gilliam, J. E. (1995). Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder Test. A Method for Identifying Individuals whit ADHD. Madrid: Psymtec.
- Montalvo, R. J. y Soria, T. P. (1997). *Guía de entrevista para identificar la estructura familiar*. Revista electrónica de Psicología de Iztacala. UNAM
- Ortiz, L. J. A. (2006). *Identificación de síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños escolares*. Tesis de Doctorado. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Neurociencias de la Conducta. México: UNAM.
- Veracoechea, T. G. (2008). *El déficit de atención sin fármacos*. Madrid, España: Psimática.

Reporte de investigación cualitativa.

“LOS SIGNIFICADOS DE UNOS PADRES DE FAMILIA ANTE EL DIAGNÓSTICO DE TDA EN UN HIJO”

Benítez de los Santos Penélope
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

RESUMEN

El objetivo del presente análisis fue conocer los significados que tiene para unos padres de familia el diagnóstico de TDA en uno de sus hijos. Los datos se recolectaron a través de la entrevista a profundidad, creándose cuatro categorías de análisis: el rol de ser padres, la convivencia con el niño, el significado del diagnóstico y, el antes y el después del diagnóstico. Los resultados se analizaron por medio del programa de análisis de datos cualitativos Atlas.Ti. Los resultados mostraron que el significado de los padres ante el diagnóstico de TDA en uno de sus hijos, fue diferente para cada uno de ellos, mismo que se conformó a través de su participación en la labor de paternidad/maternidad, vinculado con sus vivencias de la infancia, y por sus creencias relacionadas con las expectativas sociales de los niños en edad escolar.

Palabras clave: significados, diagnóstico de TDA.

INTRODUCCIÓN

La etiología del trastorno por déficit de atención no es clara, se han podido delimitar algunas áreas cerebrales críticas en las cuales posiblemente se asienta el trastorno, que orientan hacia una disfunción de las vías neurales prefrontoestriatales, sobre todo, pero no exclusivamente, derechas, en los individuos con el TDAH si se comparan con sujetos normales. Por el momento sigue la incógnita de por qué estas estructuras cerebrales son más pequeñas en quienes sufren el trastorno, aunque se sospecha que la presencia de mutaciones de algunos genes muy activos en estas áreas cerebrales desempeñan un papel importante en este sentido (Vera, Ruano y Ramírez, 2007).

Sin embargo, la mayoría de expertos consideran que la heterogeneidad del TDAH sugiere vías causales complejas, de forma que los genes y el ambiente interactúan de múltiples maneras en el resultado final. La opinión general es que, si bien el trastorno es heredable en un 70-80%, la forma en la que se expresa y su evolución no puede comprenderse sin considerar las experiencias que tienen lugar en los sistemas sociales, y en particular en la familia como contexto

primario de socialización (Faraone et al., citado en: Presentación, Pinto, Meliá y Miranda, 2009).

Se habla de que existe una compleja influencia negativa que el TDAH tiene en el sistema familiar, por ejemplo, Presentación et al. (op. cit.) encuentran que los efectos en los padres de familia de niños con TDAH están: dificultad en su labor educativa, suelen sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima, cuando se comparan con los padres de niños sin TDAH se sienten más deprimidos, muestran sentimientos fuertes de desajuste entre las expectativas que tenían y las características reales físicas y emocionales de sus hijos, se consideran menos competentes en el desempeño de su papel de padres, consideran que su función de padres les limita y condiciona en gran manera su tiempo personal y valoran que su calidad de vida es poco satisfactoria. En este mismo sentido, Roselló, García, Tárraga y Mulas (2003) señalan que a menudo, están expuestos a críticas debido al comportamiento perturbador de los hijos, lo cual provoca finalmente el aislamiento social.

La conclusión más relevante para la práctica que se deriva de la literatura es posiblemente la relación positiva que existe entre el estrés que produce la crianza de niños con TDAH y la aplicación en la familia de técnicas de disciplina inadecuadas, aplicando estrategias más agresivas y autoritarias que potencian la gravedad de la sintomatología del TDAH y la aparición de trastornos de la conducta (Presentación et al., 2009).

En relación con lo anterior, la presente investigación parte del supuesto de que si bien existe una relación entre el TDA y los efectos negativos ocasionados en el ejercicio de la paternidad, estos podrían estar vinculados no sólo a un estrés familiar generado por el TDA sino también al significado que se le da al diagnóstico, el cual puede llegar a develarse con la consideración que realizan los padres nombrándose “padres de niños con TDA”. Además de que el significado que se le dé al TDA también estuviese vinculado con la percepción de un impacto familiar negativo, descartando el impacto positivo que pudiera tener en la familia.

A este respecto, Pedraza, Perdomo y Hernández (2009) señalan que las creencias sostenidas por los individuos construyen realidades y las realidades se mantienen a través de la interacción social, lo que, a su vez, confirma las creencias que, entonces, se originan socialmente. Análogamente cabe enunciar como la polideterminación multidimensional del TDAH y su papel en la experiencia vivida por las familias, se considera entonces como una construcción social; es decir, el que sea valorada como un hecho frustrante, así como los recursos que son posibilitados para afrontarlo, son mediados y viabilizados por las significaciones y prácticas sociales propias de los contextos sociales del sistema familiar. Para Goncalves (citado en: Pedraza et al., 2009) el fenómeno psicológico está en el nivel de la construcción activa de los

significados y del proceso mediante el cual dichos significados constituyen la realidad de los sujetos. Por lo tanto, entender el comportamiento humano es en esencia entender los sistemas de interpretación que los sujetos usan para desarrollar y dotar de significado a sus experiencias cambiantes.

La importancia del presente estudio tiene una vertiente clínica, en el sentido de que los padres de familia pueden recurrir a un psicólogo o psicoterapeuta en busca de ayuda para solucionar las dificultades con los hijos. Son estos profesionistas quienes socialmente tienen un papel de autoridad competente, y cuando emiten un diagnóstico de Trastorno por déficit de atención, la manera en que lo transmitan y como lo conciben, estará siendo parte de cómo los papás interpreten y den significado a tener un niño con ese diagnóstico.

Por consiguiente, el objetivo de la presente investigación es conocer los significados de unos padres de familia ante el diagnóstico de TDA en uno de sus hijos.

METODOLOGÍA

Tipo de metodología.

Investigación cualitativa.- Se parte de la idea de que las personas son actores, es decir, pertenecen a una cultura, y desde esa pertenencia actúan sobre sí mismos, sobre sus relaciones, y lo que les rodea, y no sólo es un resultado directo de agentes externos.

Método.

Entrevista cualitativa.

Instrumentos.

Grabadora de audio.

Muestra.

Se utilizó un muestreo de criterios específicos, que tiene como objetivo delimitar a priori qué características específicas deben tener las personas o escenarios estudiados.

Las características requeridas fueron las siguientes:

Se tomó como muestra a una familia biparental en la que a un hijo de 8 años se le diagnosticó el TDA desde hace 1 año.

A los participantes se les solicitó su consentimiento para ser grabados. Se realizaron 2 entrevistas, con una duración aproximada de 50 minutos cada una.

Tipo de análisis.

Análisis de contenido.- Se empleó el programa de análisis de datos cualitativos Atlas.ti que permitió a partir de la transcripción de la entrevista hacer las anotaciones, códigos, categorías y formación de redes conceptuales.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Categorías:

I. El rol de ser padres: Para ambos padres su paternidad ha significado cambio y crecimiento, en donde momento a momento han ido conociéndose en esta nueva faceta la cual conlleva acuerdos y desacuerdos.

La participación de la madre en su labor de maternidad ha sido más cercana, siendo ella quien es la mayor responsable del cuidado de los hijos y del establecimiento de límites, en donde el recuerdo de cómo fue educada y cómo fue ella misma en la infancia, han sido elementos importantes para ella para saber cómo educar a sus dos hijos. Por otra parte, en su familia de origen se ha gestado la creencia de que es la mujer quien debe estar más involucrada en la educación de los hijos, es una creencia que ella siente ejercer pero que también siente la necesidad de que su pareja también se involucre, por lo que constantemente se lo está pidiendo.

La participación del padre, es más distanciada siendo un factor importante en esto, el trabajo. La tensión que le genera el trabajo influye en su forma de establecer

límites para con el niño pues lo trata con gritos y lo llega a sujetar fuertemente de los brazos para llamarle la atención.

II. La convivencia con el niño: La mamá mencionó ser ella quien tiene mayor cercanía física y afectiva con su hijo, sin embargo, la forma en que ella se relaciona con su hijo en situaciones de juego, es uno de los principales desacuerdos entre ellos como pareja, porque ella juega con el niño conforme ella aprendió y por su convivencia principalmente con niñas, mientras que él quiere que el niño no juegue “a las muñecas”, sino a las luchas y que patee balones. Sin embargo, por el involucramiento que tiene en el trabajo considera que se encuentra distante del niño, a tal grado de sentir no conocerlo, y ver que ni en situaciones de juego coinciden, donde en los juegos él como padre siente rechazo o falta de interés por parte del niño, como si no hablaran “el mismo idioma”.

Por otra parte, la cercanía de ambos como padres hacia su hijo se ha visto afectada por la situación de su hija, dos años menor que el niño, quien presentó desde bebé una dificultad neurológica que posteriormente le diagnosticaron como Autismo lo que conllevó a que los padres estuvieran más atenta de ella, y que ambos la sigan definiendo cómo la que más necesita atención de los dos hijos. Para ambos, el que el niño viera la televisión, fue la manera más práctica de obtener la tranquilidad del niño, mientras atendían a la niña.

III. Significado que se le da al diagnóstico: Para la mamá, saber que su hijo tiene TDA ha significado algo positivo porque ahora sabe que no tiene que exigirle como a otros niños de su edad, pero también ha significado algo negativo porque tienen que estar siempre al pendiente de él de que no cometa errores en sus tareas, de estarle preguntando a la maestra qué se trabajó en clase para que no se atrase el niño, de estarle enseñando cómo relacionarse con sus compañeros y cómo defenderse. La mamá mencionó que aunque

sabe que el TDA del niño no tiene que ver con algo hereditario que ella se lo haya pasado, si llega a culparse pues como su hija menor también presenta un problema neurológico, ella piensa que tenía que ver con “su sangre”. Si su hijo no tuviera el TDA, es algo que no se imagina porque se ha hecho a la idea de que el niño está así y difícilmente podrá cambiar.

Para el papá, aunque el psicólogo y el maestro del niño indiquen que tiene TDA, él considera que la actitud del niño por no querer aprender y hacer bien las cosas, es porque la mamá lo tiene consentido, “no hay límites”, y es melosa con él, y si ella fuera más estricta el niño no tendría problemas y eso implicaría que podrían llevar una vida más armónica. Considera que independientemente del diagnóstico de TDA, necesitan ellos como padres ponerse de acuerdo para que no haya necesidad de los golpes para que entienda.

IV. El antes y el después del diagnóstico:

Para la mamá, antes de que sus hijos nacieran ella se imaginaba que sus hijos iban a ser niños capaces en la escuela y que podrían tener amigos igual que otros niños, y cuando empezó a notar que sus hijos tenían “modos de ser diferentes”, se dio cuenta de que no iba a ser así y se preguntaba si iba a ser capaz de sacar adelante a sus hijos. Cuando todavía no contaba con un diagnóstico de TDA de su hijo, se cuestionaba muy seguido qué era lo que ella estaba haciendo mal, y por otra parte, atribuía que la poca involucración de su esposo con el niño era lo que estaba perjudicando al niño.

Para ella significó un alivio saber qué es lo que le pasaba a su hijo, es decir, que tenía el TDA, pero por otro lado, ha implicado estar en constante atención con los maestros, en clases de regularización, con el psicólogo, situaciones que la hacen sentir cansada y donde hay momentos en que siente que el niño “la saca de quicio” y siente presión al estar con el niño, sumada a las presiones que

tiene de la casa, por lo que le grita “no agarres eso”, “acomoda bien las cosas”, “ponte atento”; y cuando el niño no hace lo que ella le pide le da manazos o coscorrones, sin explicarle el por qué, o le habla duro e incluso le pega con la chancla. Ella considera que como padres necesitan establecer espacios personales y momentos compartidos con cada uno de sus hijos para que la familia esté tranquila a pesar de los diagnósticos de TDA y de Autismo.

Para el papá, tanto antes como después del diagnóstico, la relación que mantiene con su hijo, es la misma. Una relación en la que él tiene una sensación de desconocerlo y por otro parte la necesidad de apoyarlo, pero como el niño también muestra desinterés hacia él, esto le representa un obstáculo para acercarse a apoyarlo en sus problemas académicos. El papá recuerda que cuando él era niño era inquieto, activo y responsable, por el contrario su hijo es muy tranquilo, pasivo, distraído e irresponsable, situación que le genera molestia al padre, porque él esperaba que su hijo actuara como él, como un niño normal.

DISCUSIÓN

Este trabajo permitió conocer el significado de unos padres de familia acerca del diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención en uno de sus hijos. Para ellos ha significado, por un lado culpa de haber transmitido por genes un problema neurológico, aunque no tienen la certeza de ello, tienen ese sentimiento porque a su segunda hija le diagnosticaron Autismo. Por otro lado, ha significado desgaste emocional en su relación de pareja porque la atención que los niños requieren hace evidentes sus diferencias en la forma de acercarse a ellos y de educarlos. También ha significado, que como madre se ha ido aislando de vecinos, de mamás de otros niños, por el sentimiento de no poder decir cosas buenas, en cuanto a la escuela, de su hijo como otras mamás sí lo

hacen. Para el papá ha significado, un sentimiento de impotencia y frustración al no poder hacer que su hijo se desenvuelva socialmente como otros niños o como él mismo fue de niño. El diagnóstico como tal, no lo acepta porque para él significaría aceptar que el niño tiene algo mal en su cabeza siendo que él considera que no es que tenga algo malo en su cabeza, sino que ha estado consentido por parte de la mamá y ya le tomó la medida a ésta.

Como podemos observar, el significado de los padres ante el diagnóstico de TDA en uno de sus hijos, es diferente para cada uno de ellos y se ha ido construyendo principalmente a través de su participación en la labor de paternidad/maternidad, vinculado con sus vivencias de la infancia, y por sus creencias relacionadas con las expectativas sociales de los niños en edad escolar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Presentación, M. J., Pinto, V., Meliá, A. y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*. Vol. 2 No. 3, pp. 18-26.
- Pedraza, V. S., Perdomo, C. M. F. y Hernández, M. N. (2009). Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH. *Universitas Psychologica*. Vol. 8 No. 1, pp. 199-214. [En Red] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64712168017.pdf>
- Vera, A., Ruano, M. y Ramírez, L. (2007). Características clínicas y neurobiológicas del trastorno por déficit de la atención e hiperactividad. *Colombia Médica*. Vol. 38, No. 004, pp. 433-439. [En Red] Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/>

Vol38No4/html%20v38n4/v38n4a14 .pdf

- Roselló, B., García, R., Tárraga, M. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 79-84.

3.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO.

Productos tecnológicos.

A lo largo de la Residencia en Terapia Familiar, se elaboraron diversos video-manuales didácticos de apoyo y consulta para terapeutas, tanto en formación como ya formados, entre los cuales tenemos:

VIDEO-MANUAL DE TÉCNICAS DEL MODELO ESTRUCTURAL. El objetivo del manual es explicar diferentes técnicas de terapia desde el modelo estructural propuesto por Salvador Minuchin, a través de diapositivas de texto y videos cortos que ejemplifican casos clínicos.

VIDEO-MANUAL DIDÁCTICO SOBRE EL MODELO ESTRATÉGICO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA. El objetivo del manual es poder brindar una herramienta pedagógica que permita a los usuarios del mismo, tener una visión más amplia e interactiva acerca de las técnicas que conforman el modelo estratégico.

VIDEO-MANUAL DIDÁCTICO SOBRE EL MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN PROBLEMAS. El objetivo del manual es brindar una introducción hacia el quehacer terapéutico desde este modelo, a través de diapositivas de texto y videos cortos que ejemplifican casos clínicos.

MANUAL DIDÁCTICO SOBRE EL MODELO TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES. El objetivo del manual es brindar una herramienta pedagógica que permita a los usuarios del mismo, tener una visión más amplia e interactiva acerca de las técnicas que conforman el modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.

POWER POINT- LA LINEA DEL TIEMPO. Contiene información teórica acerca de la historia de la terapia familiar en México y el mundo, con el objetivo de ilustrar con claridad diferentes momentos históricos relevantes, así como a los representantes principales con sus datos biográficos.

VIDEO-MANUAL SOBRE EL CICLO VITAL. Es un manual cuyo objetivo es presentar y explicar las características de las diferentes etapas del ciclo vital, a través de diapositivas de texto y videos cortos que ejemplifican dichas características.

Programas de intervención comunitaria.

Se realizó una plática informativa sobre: “Autoestima en la mujer”, con una duración de 15 min. Se llevó a cabo en La Clínica de Medicina Familiar “Tlalnepantla”- ISSSTE. Dicha plática tuvo como objetivo informar acerca de los factores sociales, biológicos y de historia personal, que influyen en la autoestima de la mujer, y de estrategias que favorecen una autoestima sana. Igualmente se promovió entre los oyentes, la búsqueda de ayuda profesional ante problemáticas de depresión, ansiedad o inestabilidad emocional.

Presentación de trabajos académicos.

1. Actividades en foros académicos como ponente.

FORO ACADÉMICO: IV Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología.

Lugar y fecha: En las instalaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México-UNAM. Realizado del 27 al 29 de Septiembre de 2010.

En la modalidad de ponencia presencial, se presentó el trabajo titulado: “Diferencias entre grupo control y experimental en una intervención con Terapia Breve Sistémica y equilibrio energético, en niños con TDA”.

FORO ACADÉMICO: XXIX Coloquio de Investigación “Investigación en la FES Iztacala: Desarrollo y Perspectivas”.

LUGAR Y FECHA: En las instalaciones del Centro Cultural de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México-UNAM. Realizado del 25 al 27 de Agosto de 2010.

En la modalidad de ponencia con cartel, se presentó el trabajo titulado: “La Terapia Breve Sistémica y el equilibrio energético, en niños con TDA”.

FORO ACADÉMICO: Exposición de carteles de investigación del CICS-UST.

LUGAR Y FECHA: En el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomás, del Instituto Politécnico Nacional- IPN. Realizado el 18 de Agosto de 2010.

En la modalidad de ponencia con cartel, se presentó el trabajo titulado: "Diferencias entre grupo control y experimental en una intervención con Terapia Breve Sistémica y equilibrio energético, en niños con TDA".

2. Actividades en foros académicos como asistente.

FORO ACADÉMICO: 7º. Congreso Internacional en: Psicoterapia familiar y de pareja: De la violencia al amor. Realizado por el Centro de Terapia Familiar y de Pareja, en Cholula, Puebla, los días 20,21 y 22 de Noviembre de 2009.

FORO ACADÉMICO: XXVIII Coloquio de Investigación, FES Iztacala. En la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Celebrado del 25 al 27 de agosto de 2009.

3.4 HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL.

La palabra *ética* proviene del latín *ethicus*, y éste del griego *ἠθικός*, o transcrito a nuestro alfabeto, "êthicos". Es preciso diferenciar al "êthos", que significa "carácter" del "ethos", que significa "costumbre", pues "ética" se sigue de aquel sentido, y no de éste. Desconocer tal diferencia deriva en la confusión de "ética" y "moral", pues esta última nace de la voz latina "mos", que significa costumbre, es decir, lo mismo que "ethos" (Coromines, 2008).

Para aclarar significado de la palabra *ética*, es importante distinguir que los valores morales, obedecen a contextos culturales y pueden cambiar con el tiempo en una misma cultura. Por ejemplo, en la sociedad occidental y de tradición judeo-cristiana, un hombre no puede tener más de dos esposas, si no, comete bigamia y al ir en contra de una costumbre moral será sancionado por la ley; pero un musulmán, en el medio oriente y de acuerdo a la Ley Coránica, puede tener 4 esposas y 52 concubinas legales.

Por otra parte, los valores éticos son universales y constantes a lo largo de la historia. Por ejemplo, la Honestidad es igualmente aplicable en México, Alaska, Japón e India. Se

estiman como importantes por todas las culturas para la sobrevivencia y el progreso, porque en el momento que se dejan de practicar, la supervivencia está en riesgo. La ética promueve los comportamientos deseables, es decir formar el carácter, de ahí su derivación etimológica.

Podemos decir, que la ética tiene que ver con la conciencia de hacer lo correcto. En este sentido, Portillo (2005), describe brevemente lo que Lawrence Kohlberg estableció como la escala de ética o moral, para determinar en qué nivel estamos los seres humanos con respecto a hacer lo correcto, la cual se conforma de seis niveles:

1. Hacer lo correcto en función de evadir un castigo y ser obediente. Las consecuencias físicas de la acción determinan su bondad o maldad, con independencia del significado o valor de tales consecuencias.
2. Hacer lo correcto en función de un premio a recibir. La reciprocidad consiste en “tanto me das, tanto te doy”.
3. Hacer lo correcto en función de cumplir con las expectativas sociales y la necesidad de sentirse una buena persona ante sí mismo y ante los demás, de tal forma que la buena conducta es la que agrada a los otros o les proporciona ayuda siendo así aprobada.
4. Hacer lo correcto en función de cumplir con el deber, mostrar respeto a la autoridad y acatar el orden social, porque es valioso en sí mismo.
5. Hacer lo correcto en función de la obligación de respetar el pacto social para cumplir y hacer cumplir las leyes en beneficio propio y de los demás, protegiendo los derechos propios y ajenos.
6. Hacer lo correcto se define por una decisión tomada en conciencia por cada persona de acuerdo con unos principios éticos universales como son la justicia, la reciprocidad, la igualdad de derechos, el respeto a la dignidad de la persona, etc.

Savater (1991), bien señala que el ser humano posee la libertad de elegir, misma que conlleva la posibilidad de la equivocación, procurar adquirir un cierto saber vivir que nos permita acertar, eso es ética. La ética es parte de todo impulso vital, que apela a la

conciencia para aprender a medir el uso de la libertad en el reconocimiento de la virtud o el defecto de las acciones, brinda la posibilidad de distinguir entre lo conveniente y lo no conveniente, entre lo bueno y lo malo, principalmente cuando lo malo parece resultar más o menos bueno y lo bueno tiene en ocasiones apariencia de malo. La ética es el arte del buen vivir que consiste en tratar a las personas como seres humanos, con dignidad.

La psicología en su doble vertiente, como disciplina científica y como profesión, se conduce desde una conciencia ética. Por una parte, como resultado de la Segunda Guerra Mundial, en donde se intensifica a nivel internacional, la consideración de la psicología como una profesión al servicio del bienestar humano; y por otra parte, la necesidad de regularla, ante la creciente formalización de la psicología como profesión a partir de las carreras de psicología en la década del cincuenta (Ferrero, 2000).

En este sentido, el psicólogo como persona, ciudadano, profesionista y miembro de una comunidad de profesionales de la salud y, en específico, de la psicología, se debe a la protección de los derechos humanos y a un actuar ético para beneficio propio y para quienes reciben sus servicios.

El constante ejercicio de una conciencia ética, ha sido parte del trabajo realizado en las prácticas clínicas durante la Residencia en Terapia Familiar. A continuación, expongo algunas reflexiones en cuanto a ello.

En la sociedad, existen sectores de personas que son marginadas por sus preferencias ideológicas, situación económica o características físicas, por lo que, uno de los valores éticos en el ejercicio de la práctica profesional es el respeto al paciente, a sus prácticas de vida e ideología. Es decir, el respeto al derecho del Otro a ser diferente de mí y de lo establecido por la sociedad. Cuando existe respeto en la relación del terapeuta con los pacientes, es más probable que se cree un vínculo de escucha atenta, de confianza y de consideración por ambas partes.

La atención de las familias en las distintas sedes clínicas contempla una no discriminación del solicitante, donde independientemente de su religión, género, nacionalidad, clase o preferencia sexual, son atendidas. Sin embargo, uno también podría preguntarse, si en

una familia con una situación de maltrato parento-filial, ¿esa acción puede y tiene que ser respetada?

Todas las ideas son respetables hasta las que nos parezcan más aversivas, sin embargo, cuando una idea de una persona o personas tiene una implicación en cómo se relacionan con los demás y ello genera repercusiones negativas y de mayor alcance, y más aún si es el motivo de consulta, es válido cuestionar la idea, porque puedo ser profundamente respetuoso y hacer un cuestionamiento de la idea y su práctica. El respeto no implica tener lástima o conmiseración hacia el Otro, sino, interés, compasión, responsabilidad y ser un profesional competente, donde esa competencia no implique mostrarme en un nivel moralmente superior queriendo llevar al paciente a mi lógica o categoría.

El respeto también va dirigido hacia la figura del terapeuta, en el sentido de que como terapeutas tenemos que distinguir nuestra responsabilidad de la responsabilidad del paciente hacia su problemática, reconocer las situaciones que terapéuticamente soy competente para trabajar de las que no, así como establecer límites protectores a nuestra salud mental ante conversaciones saturadas de violencia y que el escucharlas sea como permitir violencia hacia nuestra persona.

La conciencia ética está muy vinculada con lo propuesto por la Cibernética de Segundo Orden, la cual dice que en el estudio del sistema o concepto cibernético se incluya al observador como parte del sistema mismo, considerando que la realidad es construida al menos por dos observadores que la definen como tal, recíprocamente validando o invalidando sus observaciones de esa realidad. En este orden de ideas, el terapeuta no es ya un agente externo que opera cambios en el sistema familiar, sino que es un receptor de la realidad de la familia que introduce diferencias significativas, es decir, sus acciones tienen un efecto, y viceversa, las acciones de la familia tienen un efecto en él. De aquí la importancia que cuando la persona del terapeuta no tiene la conciencia de la propia dignidad como persona, conllevará a que sus acciones no consideren la dignidad del Otro, o se involucrará en las decisiones del Otro, o utilizará la relación personal en beneficio de él mismo, y en los casos más graves, se agredirá al paciente.

En el trabajo clínico con las familias atendidas, se mantuvo un respeto mutuo entre familias y terapeutas, así como la responsabilidad de iniciar y concluir el servicio brindado, y en el caso de que el motivo de consulta estuviera fuera de nuestra competencia, canalizamos y dimos orientación a la familia hacia las instancias pertinentes.

Aunque suene evidente, el terapeuta es un ser humano, con potencialidades y limitaciones, con necesidades y problemas, y es por ello, que en la formación brindada en la Residencia en Terapia Familiar, se toman las medidas necesarias para el cuidado del terapeuta en un sentido profesional. Por principio, es una responsabilidad propia del terapeuta su cuidado en los aspectos de salud física y emocional, por lo que se nos sugiere acudir a terapia personal si lo creemos conveniente.

Entre otra medida básica, está la práctica clínica asistida por un o una supervisora, quien asiste la formación de la personalidad terapéutica del alumno a través de una voz externa de apoyo, orientación y validación, que hace eco de la voz interna de cada supervisado en su proceso de formación, es decir, propicia que el terapeuta conecte el conocimiento con sus propios marcos de referencia.

Ejemplo de ello, menciono que los supervisores en diversos momentos de la práctica clínica nos hacían reflexiones y cuestionamientos como los siguientes: “No sé si notaste que no tocaste el tema de la violencia, pregúntate ¿qué tiene que ver contigo?”; “Me llamó mucho la atención que te dirigiste más a la niña que a su abuela, ¿cómo es tu relación con las figuras de autoridad?”; “Reflexiona sobre ¿qué estás haciendo para tener éxito en tus consultas? o ¿qué hiciste para que el sistema familiar se moviera a considerar las alternativas de solución?”

El supervisor ayuda y nos acompaña para que tengamos una conciencia de nuestra labor terapéutica enmarcada en un contexto ético, de tal manera, que construyamos con nuestros pacientes indagando en nuestras propias construcciones de la realidad y en la propia cosmovisión del paciente, en lugar de imponer nuestras ideas o juicios de valor. Es decir, en lugar de que el terapeuta señale: “las cosas deberían de ser de esta manera que digo, creo o pienso”, puede plantear: “yo lo veo así, ¿cómo lo ves tú?”.

La ética en los casos de niños que viven situaciones de maltrato.

Una de las preguntas de los profesionales ante los casos de niños y niñas que viven situaciones de maltrato es sobre: ¿Qué tan ético y conveniente es que un niño o niña que está expuesto constantemente a interacciones violentas en su ambiente familiar, sea retirado de su familia, en lugar de continuar en esa dinámica?

Como medidas drásticas ante el maltrato parento-filial, organizaciones como el DIF, separan al niño de su seno familiar instalándolo con parientes cercanos que se responsabilicen de ellos o en albergues de ésta misma institución. Sin embargo, como señala Linares (2002, p. 115): “separar al niño de su familia, siquiera sea temporalmente [...], es una medida extrema que solo debería ser tomada ante un riesgo de muerte o tras agotarse las posibilidades de inducir cambios terapéuticos”.

En el propósito de dar respuesta a la pregunta anterior, Franca-Tarragó (1996) señala tres responsabilidades éticas del psicólogo ante el maltrato infantil, una vez que lo ha detectado e identificado.

I. El primer deber profesional es buscar mantener la relación paterno-filial, pero sin que se vuelva a repetir el maltrato. Por dos razones fundamentales: 1. Porque siempre que sea compatible con un riesgo aceptable es preferible preservarle al niño el hogar familiar y los lazos fraternales y paterno-filiales, imprescindibles para el desarrollo afectivo, antes que exponerlo a instituciones que no siempre aseguran la dignidad y la autonomía. 2. Porque la supresión de la relación paterno-filial puede producir una muy perjudicial estigmatización social de la familia que debería evitarse, siempre que pueda garantizarse razonablemente la seguridad del niño.

II. Cuando hay suficientes evidencias de que no es posible lo anterior, el psicólogo se verá obligado a levantar una denuncia ante el Juez para que éste decida lo que deba hacerse con el niño o la niña. Esto puede suceder: a) cuando se ha llegado a hablar con el adulto responsable y hay evidencias de que el maltrato continuará, aún con un seguimiento especializado, b) cuando quien hace de “verdugo” ha rehusado hablar con el psicólogo y continúan los riesgos inminentes de que: se atente contra la vida del menor, c) cuando no

existe la posibilidad de que los lazos de dependencia puedan continuarse sin las ocasiones y los desencadenantes del maltrato.

III. El psicólogo tiene una responsabilidad de prevención, tanto instruyendo a los mismos niños para que defiendan su dignidad en la medida que estén en condiciones de hacerlo, como educando a los adultos.

Franca-Tarragó (op. cit.) menciona que algunas condiciones éticas mínimas como para intentar mantener los lazos de relación paterno-filial son:

1) Cuando existe la posibilidad real de que, en el diálogo entre el profesional y la víctima (niño/a), se pueda desarrollar en ésta, la capacidad suficiente de autodefensa como para eliminar el maltrato recibido.

2) Cuando existe la posibilidad real de que, en sucesivas entrevistas entre el profesional y el verdugo, aquél pueda desarrollar en el adulto actitudes de respeto hacia la víctima: a) a través de un lenguaje y una capacidad de comunicación que no haga necesario el uso de la violencia en las relaciones paterno-filiales, b) mediante la toma de conciencia del adulto de que sus males físicos o afectivos no pueden ser resueltos con el hecho de convertir al niño o niña en rehén de sus impulsos (sean estos agresivos o sexuales), c) desarrollando en el adulto una autoestima suficiente que suprima la necesidad de afirmarse por la degradación de una víctima inocente.

3) Cuando un asistente social o cualquier otro profesional de la salud, estén en condiciones de supervisar la continuidad de la relación sin que haya maltrato.

En la atención terapéutica con las familias “Ramos” y “Paz”, el sistema terapéutico se preguntó sobre la pertinencia de hacer una denuncia sobre el maltrato parento-filial, en particular en el caso de Kevin, sin embargo, no se consideró como una opción viable por la no existencia de lesiones físicas en el niño, además de que se contó con la participación y disposición de su abuela materna para encontrar medios de protección para el niño.

La ley obliga a que el ciudadano y los servidores públicos denuncien la violencia familiar, que de acuerdo a los códigos penales del Estado de México y del Distrito Federal, la pena que aplica es la prisión, de 2 a 6 años y de 1 a 4 años, correspondientemente. Si no se

denuncia el maltrato infantil, principalmente en casos de graves lesiones se puede estar perpetuando el maltrato, y si se denuncia, hay que tener en cuenta que se podría estar tomando una decisión unilateral que conlleve a que la familia se aleje de la terapia, y la dinámica familiar continúe en esos patrones de violencia.

En otro aspecto, si el terapeuta es partícipe en el dictamen de la familia y de éste dictamen se dimita la penalización, el terapeuta tendrá que averiguar su poder de acción y decisión, y aclarar frente a la familia su responsabilidad asumida y su postura imparcial, con ellos y con los tribunales. Y como bien lo señala Haley (2006) clarificando cuestiones tales como, por ejemplo, qué piensa develar y qué no develaría.

Linares (2002, p. 118) señala que “lo importante es que la estrategia que se lleve con la familia sea consensuada, y que controladores [trabajadores sociales] y terapeutas sepan lo que están haciendo recíprocamente, porque serán cosas diversas en cada situación”.

Dar respuesta a la pregunta inicial requiere una reflexiva consideración de la socioeconomía de la familia, de su estructura y dinámica, de sus recursos y de sus carencias, así como de las responsabilidades de ser terapeuta. Asimismo, implica una clara comunicación interdisciplinaria, a favor de la familia y para disminuir el desgaste profesional.

Como vimos anteriormente, el compromiso ético no sólo conlleva seguir unos lineamientos morales, eso se llamaría alineación, sino que implica el saberse persona con la dignidad inherente a ello, y consecuentemente, considerar a los demás como personas, principalmente cuando se trata de niños y niñas quienes se encuentran en situaciones aún más vulnerables que los adultos. Implica estar en constante revisión y cuestionamiento de mis prejuicios y preconcepciones, mismas que puedo reservarme en terapia o puedo introducirlas. Implica tener dudas y estarse preguntando si se está haciendo lo correcto, compartiendo las dudas con otros profesionales.

La búsqueda del bien propio se ve concretada en la búsqueda del bien del otro, no dejando de lado que en ocasiones uno se enfrenta ante la situación de elegir el bien del

otro o el bien propio, sin embargo, la conciencia ética permite que la elección sea lo más acertada.

PARTE IV. CONSIDERACIONES FINALES

4.1 RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS.

Antes de que ingresara a la Maestría en Terapia Familiar Sistémica, tenía el concepto de que ser terapeuta implicaba adquirir cada día mayores conocimientos que fueran los “verdaderos y correctos” para poder guiar a las personas con las intervenciones que realizara durante la terapia.

Para sorpresa mía, durante mi proceso dentro de la Maestría, descubrí que si me centraba en tomar mayor conciencia de mí, de mis cualidades de mis debilidades, de mi entorno, de cómo he construido mis creencias, de quiénes han estado presentes en esta construcción, de cómo sé que conozco, de mis emociones, de mis sentimientos y de mi historia personal, podría conectarme con honestidad y espontaneidad con otro u otros seres humanos en el espacio de terapia. Asimismo, con mayor soltura podría aplicar los conocimientos teóricos aprendidos en mi formación dentro de la Residencia.

Considero que ir logrando lo anterior fue para mí un proceso lento, tal vez por como dice Keeney (1998, p. 29) “Concebir un otro mundo requiere estar ya en ese otro mundo”.

Ahora creo, que me detengo cuando intento definir relaciones causales y opto por contemplar lo relacional y lo sistémico en cierta circunstancia o evento; puedo ser honesta y sentirme libre para expresar mi tristeza ante un hecho o divertirme con la familia en algún ejercicio durante la sesión; además de que sé cómo ser y tener responsabilidad en casos que impliquen un trabajo interdisciplinario; y ahora considero la importancia de que durante mi ejercicio profesional tenga supervisión y/o pueda compartir y apoyarme con otros terapeutas en los casos clínicos que esté llevando a cabo.

4.2 INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL.

Considero que ha sido relevante tratar el tema del maltrato parento-filial, porque desafortunadamente en nuestro México los índices de violencia están en aumento y tocando a los más pequeños de la sociedad, no sólo como receptores sino también como generadores de violencia.

Por ejemplo, la violencia escolar ha aumentado y a este respecto, Eljach señala que:

cuando para el niño o niña el menosprecio y el irrespeto se producen en casa, la marca es más grave por el origen, por la importancia afectiva del agresor o agresora, lo cual, entre otras consecuencias para la salud física y/o mental, revierte en una baja autoestima que les transforma en personas vulnerables frente a las agresiones en otros ámbitos; dicho de otra manera, si los progenitores respetan a su hijo o hija, es poco probable, por ejemplo, que estos permitan que en la escuela se les castigue (Eljach, 2011, p.78).

La violencia escolar es una extensión de la violencia que se vive en casa. Si los niños y niñas reciben maltrato por parte de sus padres o cuidadores, están entendiendo que eso puede ser aceptable y por ende no establecer límites cuando son agredidos o por el contrario, les sea fácil agredir ante una frustración o el estrés.

El centro de atención a la violencia doméstica CAVIDA-ILEF (2010, p. 11 y 12) hace referencia a que “los padres anhelan tener una crianza saludable para sus hijos, y al mismo tiempo se sienten impotentes al “no saber qué hacer, “cómo resolver” [...] Viven también el hecho de que muchas otras dificultades y preocupaciones se interponen entre su anhelo y la realidad. Las prioridades respecto de la crianza saludable de los hijos parece “difuminarse” en contextos de violencia, antes parece haber “muchas otras cosas que atender”. En este anhelo de los padres es importante que en el ejercicio de la labor profesional como terapeutas busquemos estrategias que promuevan la paternidad saludable para los hijos, de acuerdo al ámbito en que cada terapeuta se desenvuelva.

Por otro lado, como terapeutas tenemos que ser conscientes de la posición que tomaremos en nuestro ámbito laboral y de la responsabilidad con las familias atendidas. Hablo de ello porque en algunos sectores de atención a la salud, los terapeutas nos vemos

arrebasados por la cantidad de pacientes que se tienen que atender para cumplir con las metas solicitadas como parte de las programaciones anuales de número de pacientes atendidos. Situación más absurda, principalmente cuando se tratan casos de maltrato parento-filial que implican una intervención interdisciplinaria, así como incorporar las diferentes dimensiones relacionales.

Y por último, en mi particular realidad, conocer del maltrato parento-filial y tomar una postura ante ello, me permite como terapeuta ser más consciente de las intervenciones terapéuticas que realice y de mi relación con las familias, pues como dice Rodríguez (2014), hay psicoterapeutas que no solo aceptan el castigo corporal, sino que hasta lo promueven en sus intervenciones profesionales.

4.3 REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.

En mi labor como terapeuta durante la Residencia, ha sido difícil distinguir qué es lo que yo hice de lo que hicieron mis compañeros, de las aportaciones valiosas de las supervisoras, y hasta de lo que la misma familia aportaba, todo se ha conjuntado y el mérito es del sistema terapéutico total. Ha sido muy gratificante y enriquecedor que la Maestría en Terapia Familiar cuente con la práctica en escenarios clínicos, porque no solo se trata de absorber teorías o modelos, sino de tratar con personas, con sus corazones, con sus pensamientos, que son vivencias que llevamos grabadas en el corazón y, en muchos casos, esas familias también nos llevan grabados en su vida y quehacer cotidiano. Creo que no se trata de ser terapeuta “bueno”, sino de ser un “buen” terapeuta con voluntad, preparación, con la conciencia de que siempre habrá cosas que no sabemos y que la complejidad en los motivos de consulta de las familias, implica desenvolvernos de distintas formas y en distintos contextos.

4.4 IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO.

El acercarme a las familias desde una cibernética de segundo orden en la que me observo yo como terapeuta y puedo también observar cómo observo, creo que les puede permitir a las familias sentirse escuchadas, entendidas y capaces de salir adelante en sus situaciones problemáticas, porque reviso mi papel de terapeuta socialmente privilegiado, mis preconcepciones, mis sentimientos, mis dudas y mis temores, lo que conlleva a empezar a ver al paciente como un ser humano más allá de las categorías y clasificaciones, entendiendo la pluralidad en la identidad; conlleva que respete el proceso del paciente y no por buscar su “beneficio”, que le pueda perjudicar al llevarlo a una posición o lugar que él o ella no pretende; conlleva, el acallar mi deseo de poder o efectividad terapéutica que genera un sinfín de ideas y no me permite escuchar lo dicho y lo no dicho por la familia; y también conlleva saber qué es lo que estoy haciendo terapéuticamente y porqué lo estoy haciendo, sabiendo también como dice Papp (1994, p. 120) que “una hipótesis brillante o una intervención ingeniosa tendrán poco valor si el terapeuta no logra comunicarlas en un estilo que sea compatible con la familia”.

Aprender a ser terapeuta sigue representándome un gran reto porque significa conocerme y reconocermé en mí y en los demás, siendo transparente y reconociendo mi vulnerabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABASCAL, R. M. (2010). *Reflexionando sobre la familia mexicana*. Universidad Panamericana. Campus México. [En red] Disponible en: <http://www.up.edu.mx/document.aspx?doc=26871>
- ÁLVAREZ, A. M. (2009). *Terapia sistémica basada en la resiliencia. Programa psicoeducativo para personas migrantes latinoamericanas*. Tesis Doctoral. Universidad de Deusto. Bilbao, España. [En red] Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=14248>
- ANDERSEN, T. (2005). Procesos de reflexión: actos informativos y formativos. ¡Pueden tomar prestados mis ojos, pero no deben quitármelos! En: Friedman, S. (Comp.). *Terapia familiar con equipo de reflexión*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ANDERSEN, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- ANDERSON, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ANDERSON, H. (2005). Un enfoque postmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia “desde dentro”. En: Limón, A. G. *Terapias postmodernas*. México: Pax.
- ANDERSON, H. Y GOOLISHIAN, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: McNamee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- ANDOLFI, M. (1990). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. México: Paidós.
- BARUDY, J. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- BATESON, G. (1982). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BATESON, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- BEYEBACH, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. España: Herder.
- BOSCHI, I. (2005). La resiliencia en la terapia familiar del ofensor sexual. *Perspectivas sistémicas*. Año 17, No. 85.
- BOSCOLO, L. Y BERTRANDO, P. (1992). The reflexive loop of past, present and future in systemic family therapy and consultation. *Family Process* 31: 119-130.

- BOSCOLO, CECCHIN, HOFFMAN Y PENN (1987). *La terapia familiar sistémica de Milán. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BRINGIOTTI, M. I. (2000). *La escuela ante los niños maltratados*. México: Paidós.
- CAMPILLO, R. M. (2010). El cuento terapéutico: el método de la magia. En: Gutierrez, G. F. (comp.). *Terapia breve y familiar. Los caminos que se encuentran*. México: CEFAP.
- CASTAÑER, P. A. (2008). *La denuncia como elemento terapéutico para el niño víctima del delito*. Tomo III de la colección: "El niño víctima del delito frente al proceso penal". México. Ed. Oficina de defensoría de los derechos de la infancia-ODI.
- CAVIDA-ILEF (2010). *Una parentalidad sin violencia II: promoción de la atención de niños, niñas y adolescentes como herramienta para el trabajo terapéutico con sus padres y madres en situación de violencia*. México: Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal.
- CEBERIO, M. Y WATZLAWICK, P. (1998). *La construcción del universo*. Buenos Aires, Argentina: Herder.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO) (2013). *Día internacional de la mujer*. [En red]. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/8 de marzo de 2013 Dia Internacional de la Mujer](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/8_de_marzo_de_2013_Dia_Internacional_de_la_Mujer)
- DESATNIK, M. O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: Eguiluz, R. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: Pax México.
- DURRANT, M. Y WHITE, CH. (1993). *Terapia del abuso sexual*. España: Gedisa.
- ECHEBURÚA, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- EGUILUZ, R. L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativas para investigar el sistema familiar*. Tlaxcala, México: Universidad Nacional Autónoma de México FES-Iztacala y la Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- EL ECONOMISTA (2013). *Economía mejorará en segundo semestre: Banxico*. [En red]. Disponible en: <http://eleconomista.com.mx/finanzas-publicas/2013/09/12/economia-mejorara- segundo-semester-banxico//>
- EL UNIVERSAL.MX (2009). *Padre de niño maltratado en Cuajimalpa podría quedar libre*. [En Red] Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/96791.html>
- ENCUESTA NACIONAL DE OCUPACIÓN Y EMPLEO (2007). *Educación*. [En red]. Disponible en: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/educacion.html>

- ESCUELA SISTÉMICA ARGENTINA (2013). *Mental Research Institute*. [En red]. Disponible en: <http://www.escuelasistemica.com.ar/mental-research-institute-m-r-i.html>
- FEIXAS, G. Y VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona, España: Promociones y publicaciones universitarias.
- FERNÁNDEZ, L. E. (2000). *Explicaciones sobre el desarrollo humano*. Madrid. Ed. Pirámide.
- FERRERO, A. (2000). La ética en psicología y su relación con los derechos humanos. Fundamentos en humanidades. Diciembre año/vol. 1, núm. 002. Universidad Nacional de San Luis, San Luis. Argentina. pp. 17-31. REDALYC. [En Red] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/184/18400203.pdf>
- FISCH, R., WEAKLAND, J. H. Y SEGAL, L. (1988). *La táctica del cambio, cómo abreviar la terapia*. Barcelona, España: Herder.
- FRANCA-TARRAGÓ, O. (1996). *Ética para psicólogos*. España: Desclée de Brouwer.
- FREEMAN, J., EPSTON, D. Y LOVOBITS, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. España: Paidós.
- FRIEDMAN, S. (2001). *El nuevo lenguaje del cambio: colaboración constructiva en psicoterapia*. Barcelona, España: Gedisa.
- GALICIA, M. I. X. (2004). Terapia estratégica En: Eguiluz, R. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: Pax México.
- GERGEN, K. J. (2006). *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- GONZÁLEZ, M. C. S. (2011). La supervisión en terapia breve sistémica. En: Montalvo, R. y Espinosa, R. (comp.). *Supervisión y terapia sistémica: modelos, propuestas y guías prácticas*. México: Cree-Ser.
- HALEY, J. (2007). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HALEY, J. (2005). *Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HALEY, J. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.
- HERRERA, R. M. A. (2011). ¡Cuidado! Mujeres trabajando. *Gaceta de Iztacala-UNAM*. No.378. Enero 10.
- HOFFMAN, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En: McNamee, S. y Gergen, K. (eds.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

- IBARRA, A. (2004). ¿Qué es la terapia colaborativa? *Athenea Digital*, 5 En: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/128/128>
- INFONACIONAL (2009). *Crisis económica y maltrato, principales problemas de familias: DIF*. [En Red] Disponible en: <http://info7.mx/a/noticia/130895>
- INSTITUTO BATESON (2013). *Historia de la psicoterapia sistémica*. [En Red] Disponible en: <http://www.institutobateson.edu.mx/contenido/historia-de-la-psicoterapia-sistemica>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI) (1999). *Las familias mexicanas*. [En red]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/fmexicanas/1998/fmexicanas.pdf
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (2005). *Información sobre la familia mexicana*. [En red]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2005/familia05.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (2006). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Alfabetización*. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2006/alfabetizacion06.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (2010a). *Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario ampliado*. [En red]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. (2010b). *Principales resultados del censo de población y vivienda 2010*. [En red]. Disponible en: http://www.planetaj.cruzrojamexicana.org.mx/pagnacional/secciones/Juventud/Contenido/PlanetaJ/downloadfiles/CENSO2010_principales_resultados.pdf
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (2012). *Conociendo México*. [En red]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/mexcon/folleto_nacional_pliegos_baja.pdf
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2013a) *Cuéntame de México*. <http://cuentame.inegi.org.mx/default.aspx>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (2013b). *Estadísticas a propósito del día nacional de la familia*. [En red]. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/familia0.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES. (2009). *Maltrato Infantil. Sistema de Indicadores de Género*. [En Red] Disponible en: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Maltrato_infantil1.pdf

INSTITUTO NACIONAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN (2010). *El derecho a la educación en México. Informe 2009*. [En Red]. Disponible en: http://www.inee.edu.mx/archivosbuscador/2010/05/INEE-20100543-derechoeducacion_completob.pdf

KENNEY, B. (1998). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

LANGNER, A. (2010). Entrevista con el premio nobel de economía 2007. *Revista de la Universidad Iberoamericana*. Año II, No. 8 junio-julio, pp. 48-49.

LAX, W. D. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En: McNamee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós.

LAX, W. D. (2005). Formulación de las reflexiones. Algunas consideraciones teóricas y prácticas. En: Friedman, S. (comp.) *Terapia familiar con equipo de reflexión*. Buenos Aires: Amorrortu.

LIMÓN, A. G. (2005). Del constructivismo al construccionismo; una nueva perspectiva para la terapia familiar. En: Limón, A. G. (comp.) *Terapias postmodernas*. México: Pax.

LINARES, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona. Ed. Paidós.

LIPCHIK, E. (2004). *Terapia centrada en la solución: más allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Barcelona. Ed. Amorrortu.

LLANOS, M. T. Y SINCLAIR, A. C. (2001). Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos fundamentales. *Revista Psykhé*. Vol. 10, No. 2, pp. 53-70. [En Red] Disponible en: http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/violen/vp_llanos.pdf.

MACÍAS, R. Y AVILÉS, F. (2010). La supervisión autoreflexiva en la formación de terapeutas familiares. En: Gutiérrez, G. F. (comp.). *Terapia breve y familiar. Los caminos que se encuentran*. México: CEFAP.

MALDONADO, I. (2003). *Valores y familias. Mitos y realidades*. México. Causa Ciudadana. [En Red] Disponible en: http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S01_07_Familias%20y%20valores.pdf

- MARTÍNEZ, S. I. (2007). La violencia en la familia. La utilización del castigo físico por parte de los padres. En: Yubero, J. S. *Convivir con la violencia: un análisis desde la psicología y la educación de la violencia en nuestra sociedad*. España: Universidad de Castilla.
- MATURANA, R. H. Y NISIS, R. S. (2007). *Transformación en la convivencia*. Chile: Lom.
- MILENIO SEMANAL (2009). *Violencia física y pobreza, flagelo de la niñez en México*. 21 de junio del 2009. [En Red] Disponible en: <http://www.msemanal.com/node/731>
- MINUCHIN, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- MINUCHIN, S., NICHOLS, M. P. Y LEE, W. (2007) *Assessing families and couples. From symptom to system*. USA:Pearson.
- MINUCHIN, S. Y FISHMAN, H. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- MINUCHIN, S. Y NICHOLS, M. (1994). *La recuperación de la familia. Retos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós.
- MONTAGU, A. (1983, 14 de agosto). *La violencia innata de la naturaleza humana es un mito*. En: El País, México.
- MUNIST, M., SANTOS, H., KOTLIARENCO, M.A., SUÁREZ O. N.E.S., INFANTE, F. Y GROTBORG, E. (1988). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. OPS y OMS. Washington, USA. Organización Panamericana de la Salud.
- NARDONE, G. Y WATZLAWICK, P. (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. España. Ed. Herder.
- NAVARRETE, G. Y SÁNCHEZ, T. (2005). *Constructivismo: una respuesta a las dificultades de aprendizaje en matemáticas*. Tesis Licenciatura. FES Iztacala. UNAM.
- OCHOA, A. I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. España. Ed. Herder.
- O'HANLON, W. Y WEINER-DAVIS, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona, España: Paidós.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: OPS. Disponible en línea: http://www1.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_3.pdf
- OROZCO, G. J. M. (2013, 20 de junio). *René Descartes*. Asociación Latinoamericana de Desarrollo Humano. México. En conferencia.
- PAPP, P. (1983). *El proceso del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- PAYNE, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.

- PEREIRA, T. R. (1994). Revisión histórica de la Terapia Familiar. *Revista de psicopatología y clínica*. Madrid. 14 (1) 5-17. [En red]. Disponible en: http://www.robtopereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n_Hist%C3%B3rica_de_la_TF.pdf
- PORTILLO, F. C. (2005). La teoría de Lawrence Kohlberg. [En Red] Disponible en: http://ficus.pntic.mec.es/~cprf0002/nos_hace/desarrol3.html
- PROCTER, H. G. (comp.) (2002). *Escritos esenciales de Milton Erickson*. Vol. 2. Barcelona: Paidós.
- RAMOS, L. L. (2009). *La agresión y la violencia de género. El caso de los asesinos y abusadores sexuales de niñas y niños*. En congreso "Agresión y violencia. Cerebro, comportamiento y bioética". México.
- RIVAS, L. R. A. (2007). *Saber crecer. Resiliencia y espiritualidad*. México. Ed. Urano.
- ROCHA, J. L. M. (2010) Indicadores del proceso de empoderamiento de mujeres divorciadas. En: Gutierrez, G. F. (comp.). *Terapia breve y familiar. Los caminos que se encuentran*. México: CEFAP.
- RODRÍGUEZ, G. C. (2004). La escuela de Milán. En: Eguiluz, R. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: Pax.
- RODRÍGUEZ, J. G. (2014). *Cero golpes*. México: Producciones Educación Aplicada.
- ROSEMBERG, S. F. (2013). *Antropología de la violencia en la ciudad de México: familia, poder, género y emociones*. México: INAH.
- SÁNCHEZ Y GUTIÉRREZ, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. México: Manual Moderno.
- SANMARTIN, J. (2005). *Violencia contra niños*. Barcelona. Ed. Ariel.
- SAVATER, F. (1991). *Ética para amador*. México: Ariel.
- SECRETARÍA DE SALUD (2006). *Informe nacional sobre violencia y salud*. México. SSA. [En Red] Disponible en: [http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III\(1\).pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III(1).pdf)
- SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA (2010). *Maltrato y abuso infantil en México: Factor de riesgo en la comisión de delitos*. México. Vivir Mejor.
- SELEKMAN, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona, España: Gedisa.
- SELVINI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. Y PRATA, G. (1978). A ritualized prescription in family therapy: odd days and even days. *Journal of Marital and Family Therapy* (4) 3:3-9.

- SELVINI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. Y PRATA, G. (1980). Hypothesizing, circularity and neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process* 19 (1) 3-12.
- SELVINI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. Y PRATA, G. (1994). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (2008). *Estadísticas 2008*. [En Red] Disponible en: <http://procuradurias.dif.gob.mx/Procuraduria/Inicio.aspx>
- SORIA, T. P. (2006). Paternidad, maternidad y empoderamiento. *Revista electrónica de psicología iztacala*. Vol. 9 no. 3. [En red] Disponible en: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin.
- SUÁREZ, C. M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En: Eguiluz, R. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: Pax México.
- TOMM, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach: part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy* (10) 2.
- TROYA, E. Y AURÓN, F. (1988). *La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión*. II Congreso Nacional de Terapia Familiar. México.
- UNICEF-CEPAL (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio*. Núm. 9. [en red]. Disponible en: <http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/1/36731/boletin-desafios9-cepal-unicef.pdf>
- VARGAS, A. P. (2007). La visión orientada a los sistemas de interacción. El centro de terapia breve del MRI. En: García, M. (comp.) *Estrategias de evaluación e intervención en psicología*. México. Ed. Porrúa-UNAM.
- VICTORIA, C. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista electrónica de psicología de Iztacala*. Vol. 8, no. 2. P.p. 1-20.
- VON BERTALANFFY, I. (1986). *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- VON FOERSTER, H. (1996). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona, España: Gedisa.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, B. J., Y JACKSON, D. D. (1989). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. Y FISCH, R. (1994) *Cambio*. Barcelona: Herder.

- WHITE, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa.
- WHITE, M. (2002). *Reescribir la vida*. España: Gedisa.
- WHITE, M. Y EPSTON, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.
- WITTEZAELE, J. y GARCIA, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historias y evolución de las ideas esenciales*. España. Ed. Herder.
- ZAVALA, D. M. (2007). *La terapia familiar: construcciones, quehaceres y posibilidades*. Tesis Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.