



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**

CONYUGALIDAD Y PARENTALIDAD: UN DILEMA DE LAS PAREJAS

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

YU HING VALERIA CHUEY ROSAS

TUTORA PRINCIPAL:

**MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

COMITÉ TUTOR:

**DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
DRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

MÉXICO, D. F., NOVIEMBRE DE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Muchísimas gracias a mi hermosa familia, a mi papá y a mi mamá, no hay palabras para describir todo lo que les agradezco, son mi inspiración; a mi hermana y a mi hermano, a Paolo y a Emiliano, por siempre estar conmigo en todo momento; los quiero muchísimo.

Gracias a toda mi gran familia, tías, tíos, primas, primos, sobrinas y sobrinos, a todos los que viven en el norte de la Ciudad y muy en especial a la familia González Rosas por haberme recibido en su casa con los brazos abiertos.

Agradezco a mis más grandes amigas y amigos por acompañarme en este camino y compartir su tiempo conmigo.

Gracias a las fantásticas nueve personas que tuve la oportunidad de conocer durante esta experiencia: María Fernanda, Ligia, Alma, Aura, Alondra, Alejandra, Fabiola, Norberto y Ulises; agradezco todo lo que he aprendido de ustedes y sin dudar sé que juntos tuvimos una experiencia única en la Maestría.

Muchas gracias a todas mis maestras y maestros de la Maestría, por su generosidad y por compartir siempre sus experiencias que enriquecieron mi formación.

Susi, muchísimas gracias por tu apoyo incondicional, no sólo a nivel académico sino también personal, te agradezco todo el aprendizaje y la gran fortuna de haber trabajado contigo.

Muchas gracias a mi comité tutorial: al Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, a la Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky y a la Dra. María Rosario Espinosa Salcido; muy en especial a la Dra. Xóchitl Galicia Moyeda por sus atinadas observaciones y dedicación a sus alumnos.

Y agradezco como siempre a la Universidad Nacional Autónoma de México y también a mi nueva casa de estudios, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala por brindarme la mejor educación que puedo recibir.

Finalmente, te dedico este trabajo Jesús, es la culminación de uno de nuestros planes y así seguiré cumpliendo mis sueños porque sé que siempre me acompañarás, ¡hola de nuevo!. ¡TE AMO PARA SIEMPRE!

**No era más que un zorro semejante a cien mil otros.
Pero yo le hice mi amigo y ahora es único en el mundo.**

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY, El principito.

ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	
1.1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados	8
1.2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	15
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención en terapia familiar sistémica y/o posmoderna que sustentan los casos presentados	21
2.1.1. Modelo Estructural	21
2.1.2. Modelo de Terapia Breve Orientada a las Soluciones	33
2.1.3. Modelos Posmodernos	47
2.1.3.1. Terapia Narrativa	47
2.1.3.2. Enfoque Colaborativo	57
CAPÍTULO 3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	
3.1. Habilidades Clínicas Terapéuticas	68
3.1.1. Casos atendidos	69
3.1.2. Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en la que atendió como terapeuta	72
3.1.3. Análisis y discusión del tema o temas que sustentan los casos presentados	86
3.1.4. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con las dos familias elegidas	106
3.1.5. Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico	132
3.2. Habilidades de Investigación	140
3.2.1. Reporte de investigaciones	140
3.2.1.1. Metodología cuantitativa	140
3.2.1.2. Metodología cualitativa	145

3.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria	148
3.3.1. Productos tecnológicos realizados como manuales, videos, programas, libros, capítulos en libros, folletos, etc., que sirvan para la atención de los usuarios o para programas de prevención en la comunidad, o bien para los programas de formación de los terapeutas	148
3.3.2. Programas de intervención comunitaria realizados	153
3.3.3. Asistencia y/o presentación de trabajos en foros académicos	154
3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional	157
3.4.1. Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional	157
CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES FINALES	
4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	165
4.2. Reflexión y análisis de la experiencia	167
4.3. Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo de trabajo	172
REFERENCIAS	174

INTRODUCCIÓN

La Terapia Familiar Sistémica permite abordar las problemáticas del ser humano de una manera en la que se pueden tener diversas visiones y por lo tanto diferentes maneras de intervenir. Cuando pensamos en la familia como un sistema, podemos acercarnos a entender cómo son las relaciones entre cada uno de los miembros y cómo el contexto en donde se desenvuelven juega un papel importante; asimismo son significativas las creencias y los patrones a su alrededor.

Como parte de mis estudios de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar y que se imparte en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, tuve la oportunidad de trabajar en diferentes sedes clínicas, cuestión que me permitió tener contacto directo tanto con las diversas problemáticas que el sistema familiar experimenta como con su búsqueda de solución a las mismas.

Es así que la mayoría de las solicitudes de atención psicológica que recibimos de las familias tiene que ver con problemáticas en la relación entre padres e hijos, por lo que me pareció sumamente interesante abordar este tema tomando en cuenta la propuesta que hace Juan Luis Linares (2006) sobre la conyugalidad y la parentalidad, que respectivamente reflejan por una parte la relación que mantienen entre sí los miembros de la pareja y por otra, la relación que los une a sus hijos; además estas dimensiones son vistas como variables ecosistémicas, debido a que están sometidas a la evolución del ciclo vital de la familia y a la influencia de diversos factores ambientales.

El Reporte de Experiencia Profesional es parte de los resultados de la Maestría en Psicología y cuyo propósito es conjuntar tanto el aprendizaje adquirido a lo largo de dos años de trabajo, como las habilidades y competencias desarrolladas durante nuestra formación, así como presentar los productos que realizamos

desde diversas perspectivas y teorías. Por lo tanto, al seleccionar dos familias con las que tuve la fortuna de trabajar durante la Residencia, el objetivo de este trabajo es poder analizar sus problemáticas desde el marco de la parentalidad y la conyugalidad, no como una forma de clasificarlas en un esquema sino con la intención de tener una visión distinta y así encontrar diferentes formas de intervenir.

El reporte se encuentra dividido en cuatro capítulos, en el primero desarrollaré el análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos elegidos, así como la caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico. En el segundo capítulo abordaré los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención en la Terapia Familiar Sistémica y/o Posmoderna que sustentan los casos presentados, por una parte el modelo estructural y el de terapia breve orientada a las soluciones y por otra, los modelos posmodernos como la terapia narrativa y el enfoque colaborativo. Ya en el tercer capítulo presentaré el análisis del desarrollo y aplicación de las competencias profesionales adquiridas, que incluye las habilidades clínicas terapéuticas, las de investigación, las de enseñanza y difusión del conocimiento, las de atención y prevención comunitarias y las de compromiso y ética profesional. Por último, en el cuarto capítulo desarrollaré mis consideraciones finales respecto a la experiencia total de la Maestría en Psicología, no sólo de manera profesional sino también personal.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados

Como profesionales de la salud es importante tener en cuenta el contexto político, económico y social de nuestro país para poder acercarnos a lo que experimentan quienes requieren de nuestros servicios. Al referirnos al campo psicosocial en el que actuamos, es decir lo que implica la influencia mutua entre las personas, siempre será relevante hablar de lo que sucede en la zona metropolitana del Valle de México, lugar en donde se desarrolló nuestro trabajo y donde transita la vida cotidiana de las personas que nos consultan, lo que implica que revisemos un pasado común y a la vez un futuro previsible.

Nuestra sociedad atraviesa por diversas situaciones complejas, como lo es la cuestionada alternancia en el poder, la crisis económica que desde hace 30 años nos aqueja, la incesante violencia que presenciamos todos los días en los medios de comunicación, el desempleo, la inseguridad social y los desastres naturales que últimamente han afectado de manera significativa a muchas comunidades a lo largo y ancho de la República Mexicana.

Las repercusiones que ha provocado el modelo económico dominante en las familias mexicanas están a la vista de todos, según el Consejo de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) casi la mitad de la población del país se encuentra viviendo en condiciones de pobreza y una cuarta parte en *pobreza extrema* (2012). Ante ello la respuesta del gobierno ha sido débil, puesto que los últimos programas implementados al combate de la pobreza como Solidaridad, Progresá, Oportunidades, entre otros, han sido solamente paliativos que han acarreado otros problemas como lo es el desempleo; según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) la tasa de desempleo aumento de 5.2% en 2012 al 5.12% en lo que iba del 2013 (casi cinco millones de personas en edad de trabajar), afectando en primer lugar a la población de mayor instrucción, los cuales no tienen otra alternativa más que la de sumarse al trabajo informal.

Al pensar en educación y aunque el analfabetismo ha disminuido a través de los años, la situación económica del país exige que se trabaje y que ya no se dedique tiempo al estudio, lo que implica la falta de preparación, conocimientos y por lo tanto de cultura, así como de respeto, necesarios para una sana convivencia. Cifras de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) sobre el derecho a la educación, señalan que en México, 34 millones de personas están en rezago educativo, 7 millones son analfabetas, 1.4 millones de niños no asisten a la escuela y más de 1,324 tienen menos de cuatro años de estudio; además hay un número inestimable de analfabetas funcionales.

Respecto a la salud en México, uno de los principales obstáculos es la alta marginación que existe en el país, hay zonas donde los servicios de salud escasamente llegan, para los niños la desnutrición continúa siendo una de las principales causas de mortalidad (quinto lugar), problema definitivamente asociado con la pobreza, además en 2010 el CONEVAL reconoció que 40.7% de los mexicanos no tenían acceso a ninguna institución o programa de salud pública o privada. Por otra parte, las principales causas de muerte en la población en general se han modificado, las infecciones comunes y los problemas relacionados con la desnutrición y reproducción han sido desplazados por enfermedades no transmisibles y las lesiones, por lo que ahora se requiere nuevas políticas públicas en materia de salud; por ejemplo, la diabetes mellitus se ha vuelto la principal causa de muerte en el país. En 2011 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), señaló que México ocupó el primer lugar en obesidad a nivel mundial, el 30% de la población padece obesidad y el 70% sobrepeso, aunado a que la obesidad infantil también es particularmente alarmante.

En cuanto a la violencia, ésta ha aumentado en México a niveles exponenciales, en la lucha contra el narcotráfico miles de personas han muerto, no sólo delincuentes y fuerzas federales, si no también civiles; asimismo, ante las

estrategias del gobierno los grupos dedicados al trasiego de droga, han recrudecido sus acciones y se han vuelto cada vez más sanguinarios. Dicha cuestión influye en la población ya que al presenciar tantas historias de terror la violencia se incrementa, dentro del hogar, la escuela y el trabajo, el INEGI (2012) informó que la tasa de delitos en el país aumentó 16.9% en 2012 respecto a 2011, considerando que uno de cada tres mexicanos resultó afectado, dichas cuestiones conllevan a que las personas busquen de diferentes maneras encontrar un bienestar personal.

Una de las formas de encontrar dicho bienestar es recibir atención psicológica y de ahí surge la importancia de abordar la problemática de nuestro país en el presente reporte, debido a la manera en que estas dificultades influyen en nuestras vidas. Considerando a la familia como la unidad básica de la sociedad, se ha comprobado que muchos de los comportamientos perjudiciales de los individuos hacia la sociedad surgen dentro de la familia, ejemplo de ello es la violencia de género y precisamente en nuestra zona de acción tenemos el caso particular del Estado de México, que desde hace ya algún tiempo es la entidad con más feminicidios del país, por encima de Ciudad Juárez, Chihuahua. Cabe mencionar que en 2011 el INEGI reportó que en el área metropolitana de la Ciudad de México, 72 de cada 100 mujeres de 15 años y más, han padecido algún incidente de violencia, ya sea por parte de su pareja o de cualquier otra u otras personas.

De esta forma es primordial tener en cuenta como han evolucionado las familias mexicanas, Montalvo, Espinosa y Pérez (2013) mencionan que las relaciones en las mismas se han visto notoriamente afectadas por una serie de cambios, debido por ejemplo al incremento en el índice de divorcios y la proliferación de familias reconstruidas, al incremento de relaciones extramaritales y la cohabitación, así como por el aumento del nivel educativo de las personas y las uniones en los distintos tipos de familias. Tomando en cuenta lo anterior y al considerar dos de nuestras sedes clínicas, las familias del Estado de México presentaron

primordialmente problemas de índole económicos; el dinero no es suficiente para la manutención de la familia y ha llevado a que ambos padres tengan que salir a trabajar para conseguir el sustento suficiente para sobrevivir, lo que implica que en ocasiones los niños tengan que pasar tiempo al cuidado de otros familiares o en el peor de los casos que estén solos en su hogar, con el riesgo siempre presente de caer en adicciones o en las redes de la delincuencia. Un factor a considerar en la búsqueda de atención psicológica por parte de las familias es la falta de dinero, es por ello que fue evidente que muchas de las personas que se acercaron a nosotros, se comprometieron y se sintieron agradecidas por el servicio que se les brindó, en ocasiones por una mínima aportación.

Como se había señalado, la violencia cada vez aumenta más y se ha hecho parte de la vida de muchas familias, siendo está problemática otra razón de suma preocupación; en México la violencia intrafamiliar cobra vidas a diario y la dificultad para aceptar y enfrentar el problema limita nuestra capacidad como profesionales de la salud para actuar ante ello. Durante nuestra formación en la residencia varias de las familias que acudieron a solicitar nuestros servicios reportaron algún tipo de violencia dentro de su contexto, lo que conllevó a tomar acciones distintas en el manejo de la misma, ya que es un tema sumamente complejo.

Otra de las problemáticas que afectan a las familias que solicitan los servicios de Terapia Familiar son las constantes dificultades con los hijos, la mayoría de las quejas tienen que ver con problemas de conducta, principalmente en la escuela pero también algunas veces en el hogar. Los padres muestran desesperación y en ocasiones frustración al no saber cómo educar a sus hijos; muchas veces existen desacuerdos entre la pareja debido a la disciplina en casa, se observa que las madres son quienes pasan el mayor tiempo en el hogar y quienes tienen que ejercer la disciplina, pero contradictoriamente dejan que sea el padre quien tome las decisiones fuertes, como el que regañe o castigue, generando ambivalencias y confusión dentro de la familia.

Además, la incesante lucha de las familias mexicanas por salir adelante genera un desgaste en los lazos familiares provocando un quiebre de los mismos, aún cuando el matrimonio se considera la forma de unión más común entre la población mexicana, es importante señalar que en el presente muchas parejas ya no buscan el matrimonio como lo más importante en su vida y que contrariamente, las separaciones van en aumento, aún cuando muy pocas parejas consuman la separación ante la ley; en el 2011 el INEGI reportó que en el Estado de México 570,954 contrajeron matrimonio y a la vez 91,285 se divorciaron, se estimó que por cada 100 matrimonios se dan 16 divorcios.

Muchas de las parejas que acudieron a solicitar nuestros servicios, pensaron en la terapia como un recurso más para intentar salvar su relación, ante ello se pudo observar que uno de los grandes dilemas en las parejas es la dificultad para poder diferenciar lo que significa ser padre y lo que significa ser una pareja. Como lo mencionan Minuchin y Fishman (1984), en el *holón conyugal* los nuevos compañeros tienen de manera individual un conjunto de valores y de expectativas, tanto explícitos como inconscientes y para que la vida en común sea posible, es preciso que los dos conjuntos de valores se concilien con el paso del tiempo, en el que cada cónyuge debe resignar una parte de sus ideas y preferencias, perdiendo individualidad pero ganando pertenencia, formando así un sistema nuevo; por otra parte en el *holón parental*, las interacciones incluyen la crianza de los hijos y las funciones de sociabilización, el niño aprende lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza, también modos de comunicación, además considera de manera racional o arbitraria la autoridad, así como modela su sentimiento de lo correcto y finalmente vivencia el estilo con que su familia afronta los conflictos y las negociaciones, definitivamente este *holón* tiene que modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian. Por su parte, Linares (1996) propone que estos dos aspectos, la relación de pareja y el ser padres, sean vistos como dos dimensiones en la familia y que se pueda llegar a un punto de equilibrio para favorecer las relaciones dentro de la misma.

Debido a lo anterior, me surgió el interés de analizar este tema en algunas de las familias que asistieron a consulta y enfocarme en cómo las parejas manifiestan esta encrucijada y a la vez, revisar qué fue lo que se trabajó en sesión con el fin de proponer mejores intervenciones enfocadas a esta situación.

Si considero lo anterior, la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna es una alternativa para poder abordar la conyugalidad y la parentalidad, que es el tema de este reporte; por una parte Linares (1996) considera estas dos dimensiones como cualidades de la pareja parental y propone varios axiomas al respecto, uno de ellos expone que son variables ecosistémicas, debido a que están sometidas a la evolución del ciclo vital de la familia y a la influencia de diversos factores ambientales; asimismo expone que la intervención se puede dar entre diversos espacios: en el cognitivo, al flexibilizar la adaptabilidad rígida o caótica; en el emocional, reequilibrando la cohesión aglutinada o desligada y en el pragmático, al normalizar la jerarquía disfuncional.

Es por ello que Linares y Coletti (1997) proponen una intervención terapéutica sistémica, en especial considerando a las familias multiproblemáticas, basándose en varios aspectos, uno de ellos es lo que propuso Bateson respecto a la comunicación, ya que la esquizofrenia y el doble vínculo fueron construcciones emblemáticas del mismo, la primera como paradigma de comunicación disfuncional y el segundo, como elemento central de dicha disfuncionalidad, constituido por dos mensajes contradictorios emitidos a distintos niveles lógicos en un marco relacional de dependencia en el que no es posible metacomunicar.

Otra base que tomaron en cuenta es el modelo estructural, ya que Minuchin al trabajar con poblaciones marginadas observó nuevas formas de organización en la familia, con características tan opuestas entre sí, además la epistemología estructural incorporó conceptos que ya se habían tomado en cuenta en el estudio de culturas primitivas, por lo que Minuchin ha tenido que puntualizar que su énfasis en las estructuras familiares no excluye una aproximación profundamente

respetuosa de la historia de las mismas, donde ha distinguido dos grandes modalidades de familias; la aglutinada, en donde la distancia entre los miembros individuales es escasa y las fronteras externas son poco permeables, por lo que el sistema tiende a funcionar en relativo aislamiento del entorno y la desligada, que se caracteriza por una distancia grande entre sus miembros y unos límites poco definidos y por tanto, excesivamente permeables.

Asimismo, señalan que otra base más y retomando a Bateson, son de interés las dos tipologías básicas propuestas por él, es decir los dos patrones fundamentales de la relación, el complementario y el simétrico. Por complementariedad se entendería una relación basada en la diferencia, en la que la conducta de cada sujeto interactuante haría más diferentes las posiciones de ambos: a más dominante el uno, más sumiso el otro o a más protector y exhibicionista, más dependiente o admirador; la simetría en cambio se basaría en la igualdad y mostraría a los sujetos interactuantes alardeando y compitiendo por el predominio.

Por otra parte, Linares (1996) señala que es posible hacer una especie de clasificación de las familias, que sin el afán de etiquetar es una posibilidad para entender a las mismas desde otra perspectiva. De esta manera desarrolló un esquema diagnóstico considerando la conyugalidad y la parentalidad, así como los diferentes tipos de triangulaciones, él mismo acepta que dicho esquema puede resultar polémico por el simple hecho de la evitación a etiquetar del modelo sistémico, aunado al uso de referencias psicopatológicas extraídas de la tradición nosológica psiquiátrica, no obstante afirma que desde muchas visiones se plantea la necesidad de introducir agrupaciones que organicen las singularidades reduciendo el desorden, de esta forma considera al diagnóstico sistémico como un proceso que permite relacionar singularidad y redundancia en el campo del sufrimiento psíquico y la interacción disfuncional. Aunado a ello asegura que esta es sólo una propuesta de entre las múltiples tipologías posibles, construibles y considerando infinitos factores biológicos, psicológicos y sociales.

Finalmente, como he comentado es importante tener en cuenta el campo psicosocial donde se encuentran las y los consultantes que acompañamos durante nuestra estancia en la Maestría, así como las diversas problemáticas a las que se enfrentan, por lo que a continuación describiré cada una de las sedes clínicas de trabajo.

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

El Programa de Maestría y Doctorado en Psicología fomenta la profesionalización de las competencias mediante una formación teórico práctica, así como habilidades en investigación sobre problemáticas sociales de interés, además de una actitud ética de servicio. Como parte del programa en la Residencia en Terapia Familiar, contamos con la fortuna de trabajar en tres diferentes sedes clínicas, en el Estado de México en la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y en la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y en el Distrito Federal en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco. A continuación describiré con detalle cada una de ellas y la forma general de trabajo en las mismas.

Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La Clínica de Terapia Familiar se encuentra en el segundo piso del edificio de Endoperiodontología, frente a la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI). Respecto al espacio físico de la misma, cuenta con una cámara de Gessel, en donde de un lado del espejo están los consultantes y el terapeuta y del otro lado, el equipo terapéutico y los supervisores, además en ocasiones también se encuentra el equipo de observadores. Ambas áreas están conectadas vía telefónica, lo que permite la comunicación entre las mismas, aunado a ello hay

una cámara de video digital para poder grabar las sesiones. La Clínica también cuenta con otro espacio que aunque no tiene espejo, puede ser ocupado también para consulta, lo que posibilita atender a dos familias al mismo tiempo.

El servicio de la Clínica está abierto a todo el público en general, el sistema de funcionamiento de la misma consiste en lo siguiente, afuera hay un buzón donde se reciben las solicitudes por escrito de los consultantes mediante un formato de solicitud, éstas se van anotando en una lista, asimismo se reciben peticiones vía telefónica en la Clínica. Cuando se inicia el semestre, cada miembro del grupo de terapeutas se compromete a citar a los consultantes y en una llamada telefónica, acuerdan la primera sesión y se recaban datos importantes, personales y motivos de consulta. Las citas tienen una periodicidad de 15 días, los martes y los jueves, hasta la conclusión del proceso o a un acuerdo entre consultantes y terapeutas; cada sesión tiene un costo de \$50 pesos, que son pagados en la caja de la CUSI, esto como una aportación simbólica.

La experiencia de trabajar en la Clínica es enriquecedora, ya que es una forma distinta de atender a los consultantes y de aprender, no sólo de nuestros compañeros, sino también de los supervisores. El primer contacto con la Clínica es en el primer semestre, como parte del equipo de observadores es sumamente beneficioso ver como trabajan los más experimentados, pero después también ver a nuestro propio equipo en acción. Sin embargo, cabe señalar que después de observar la labor de los compañeros, surgen ciertos miedos, como el uso del teléfono, que en mi caso me causaba cierta ansiedad, debido a que pensaba que si había muchas llamadas probablemente no estaría haciéndolo bien, sin embargo cuando me enfrenté a la situación fue completamente distinto, el equipo terapéutico fungió como un apoyo y una guía en los momentos complicados.

Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco

El servicio de Terapia Familiar en el Colegio de Ciencias y Humanidades se brinda en la Sala de Lectura ubicada en el Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación (SILADIN). En dicha área hay una cámara de Gessel, al entrar se observa un cubículo con un espejo de doble visión, donde por una parte puede estar el equipo terapéutico y los supervisores y por otra los consultantes y el terapeuta, siendo este un espacio grande donde hay sillas, una mesa, incluso un sillón y un pizarrón para escribir los mensajes destinados al terapeuta. Asimismo cuenta con conexión vía telefónica entre las dos áreas, así como con una cámara de video digital para grabar las sesiones también.

El sistema de atención en el CCH Azcapotzalco es el siguiente, el Departamento de Psicopedagogía del Colegio se encuentra a cargo de canalizar a los consultantes al servicio de Terapia Familiar, ya sean estudiantes o trabajadores del mismo y sus familias; al inicio del semestre se recibe una lista de varios casos y cada uno es asignado a una o un terapeuta, se contacta con los consultantes y se acuerda la primera sesión, así como se recaban datos del sistema familiar; las sesiones son cada 15 días y al igual que en la Clínica, hasta la solución de la problemática o a un acuerdo entre los participantes, este servicio no tiene ningún costo. Es importante señalar que el Departamento detecta quienes son posibles candidatos a recibir terapia familiar, no obstante es un proceso ya que cada vez que se percatan de alumnos que tienen dificultades, no sólo académicas, sino también familiares, emocionales y sociales, toman diversas acciones como platicar directamente con ellos, mandarlos a cursos, talleres, hablar con los maestros, además en ocasiones llaman a sus padres y muchas veces en última instancia, es cuando son mandados a recibir Terapia Familiar.

Respecto a mi experiencia en el CCH, ésta fue de suma importancia para mi formación, ya que cabe señalar que aunque el espacio destinado para el trabajo cuenta con la cámara de Gessel, ésta no se utilizó y se intervino en el espacio

más extenso, donde de un lado se colocó el terapeuta y frente a él, los consultantes, detrás de los mismos se encontró el equipo terapéutico y los supervisores sentados alrededor de una mesa grande, todo esto implicó vivir un modo nuevo de dar consulta y aunque al inicio surge nerviosismo, hasta por parte de quienes son canalizados con nosotros, con el paso de las sesiones todo se armoniza y ya no te das cuenta que detrás del consultante se encuentra tu equipo y el supervisor. Asimismo, como había mencionado había un pizarrón, no obstante tampoco se utilizó y se implementó un sistema diferente, tanto el supervisor como el equipo escribían los mensajes para el terapeuta en papeles que le eran dados durante la sesión, lo enriquecedor de esta forma de trabajo es que aunque al inicio parecía complicado leer el mensaje y continuar hablando, con el tiempo fuimos aprendiendo a incorporar las ideas propuestas y considero que en mi caso fueron de utilidad las observaciones, no sólo para el bienestar de la consultante, sino para mi aprendizaje profesional. Es decir, este modo distinto en que el supervisor y el equipo colaboraban impactó positivamente a la terapia, ya que la consultante solía ser reservada y le costaba trabajo hablar, mediante los mensajes escritos y la intervención del supervisor se fomentó que pudiera conversar y participar más del diálogo terapéutico.

Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Tlalnepantla

La Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE se encuentra en Valle Ceylán en Tlalnepantla, Estado de México. Se utiliza el consultorio de la Psicóloga de dicho centro de salud; respecto al espacio físico, en el mismo cubículo colaboran tanto los consultantes, como el terapeuta, el equipo terapéutico y los supervisores, así como en algunas ocasiones también el equipo de observadores. Se cuenta con un pizarrón blanco al fondo del mismo, para poder escribir los mensajes dirigidos al terapeuta, así como con un sistema de video grabación digital, no sólo para registrar las sesiones, sino también para transmitir la imagen en una televisión.

En cuanto al sistema de atención en la Clínica de Medicina Familiar, es la Psicóloga encargada del área quien selecciona los casos que serán atendidos por nosotros los residentes de Terapia Familiar. El servicio es exclusivo para los derechohabientes, familiares y trabajadores de la institución, por lo que no tiene ningún costo. Al inicio se nos entregan los datos principales de los consultantes y después de ello se les contacta, se recaban datos familiares y sobre la problemática señalada, así como se acuerda la primera cita. Una vez que inicia el proceso las sesiones se dan cada 15 días hasta que se resuelve la demanda de quienes solicitan el servicio.

Así como había mencionado la forma de trabajo en el CCH, la labor en el ISSSTE es igual, todo sucede en un mismo espacio, lo que definitivamente es beneficioso para nosotros, la riqueza de trabajar en la Clínica de Medicina Familiar es la diversidad de los consultantes y los motivos por los que solicitan el servicio, además de que son quienes se muestran más comprometidos en comparación con las otras sedes clínicas. Asimismo, el uso del pizarrón blanco que comentaba con anterioridad, fue una nueva forma de interactuar con el equipo terapéutico y los supervisores, los mensajes fueron una guía y al igual adquirimos la habilidad de incorporar lo sugerido y estar al pendiente de las reacciones de los consultantes.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención en terapia familiar sistémica y/o posmoderna que sustentan los casos presentados

El desarrollo de este apartado inició al ingresar a la Maestría ya que cada semestre realizábamos reportes que incluían la parte teórica y metodológica, así como la práctica clínica. Tomando en cuenta la riqueza de las propuestas teóricas y considerando el tema de la conyugalidad y la parentalidad, por una parte incluí el modelo estructural debido a la posibilidad de entender a la familia desde su formación, los procesos que van viviendo y todas las interacciones que se dan entre los diferentes miembros de la misma; asimismo tome en cuenta el modelo de terapia breve orientada a las soluciones por ser la propuesta que más utilice durante la intervención de los casos seleccionados, permitiéndome identificar los recursos de las familias, así como las posibilidades de solución a su alcance. Por otra parte desde los modelos posmodernos, la terapia narrativa y el enfoque colaborativo fueron de gran utilidad para poder intervenir de una manera diferente con consultantes con los que ya se habían explotado diversos recursos. A continuación presenté los principios teórico metodológicos de los modelos mencionados.

2.1.1. Modelo Estructural

a. Introducción y antecedentes del modelo

La terapia estructural se fundamenta en el concepto de “estructura”, que alude al conjunto de demandas de los miembros de una familia, reflejo de los procesos de interacción familiar en un momento dado (Minuchin, 1977).

Este enfoque se sustenta en una nueva concepción científica de finales del siglo XX, la Teoría General de Sistemas elaborada por Ludwing Von Bertalanffy y que

surge en contraposición al modelo reduccionista o mecanicista, este enfoque se centra en las organizaciones jerárquicas de la familia, ya que considera que ésta no es una relación entre iguales, sino la descripción de las distintas estructuras comunicacionales de distintos niveles.

b. Exponentes principales y sus aportaciones

El principal exponente de la terapia estructural es Salvador Minuchin, que entre 1965 y 1970, al desarrollar su trabajo como director en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, crea dicho enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar, defendiendo que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras. Las variables estructurales específicas en las que se centra son los límites, que implican reglas de participación y las jerarquías, que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites. La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma, tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas (Ochoa de Alda, 1995).

Salvador Minuchin es médico psiquiatra, nació en Argentina en 1921 en el marco de una familia judía, emigró a Estados Unidos al inicio de la década de los sesenta. Como se había mencionado, a partir de su práctica clínica y de su contacto con las propuestas teóricas de la terapia sistémica, comenzó a plantear formas novedosas de abordar los problemas de salud mental, derivadas principalmente de su trabajo con poblaciones pobres de zonas marginadas de los Estados Unidos de América y con familias que tenían miembros con problemas psicosomáticos (Desatnik, 2004).

El abordaje de estos problemas desde una perspectiva sistémica dio un giro a su definición y tratamiento, por citar la inclusión del contexto y la atribución de la responsabilidad compartida entre los miembros sobre lo que ocurre en la familia con relación al síntoma. Desde la perspectiva estructural sistémica hay un interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema, participan en el mantenimiento del síntoma y al mismo tiempo, se busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar (Desatnik, 2004).

Como se había mencionado, Minuchin llevó a cabo su trabajo inicial en la Clínica de Orientación Infantil en Filadelfia en Estados Unidos, las personas con las que trabajó inicialmente fueron Jay Haley (quien posteriormente desarrolló su propio modelo al que denominó *estratégico*), Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte y Bernice Rosman. En esta clínica, Minuchin diseñó, junto con otros colegas, programas de entrenamiento para terapeutas y para personas no profesionales que trabajaban con poblaciones de comunidades marginadas (Desatnik, 2004).

Ya en 1969, junto con Haley, Montalvo y Rosman, desarrolló programas de entrenamiento para terapeutas que hacían énfasis en la supervisión en vivo, en el trabajo sobre la experiencia directa y en el uso de videograbaciones para aprender y aplicar las técnicas de la terapia estructural. Colapinto colaboró con Minuchin durante muchos años, desarrollando proyectos de prevención y atención a familias marginadas y a familias “de acogida”; también se ha dedicado a la enseñanza y a la difusión del modelo estructural para su aplicación a distintos escenarios que impactan en el desarrollo de niños y familias.

c. Principios básicos

Minuchin señala que la familia es una unidad de desarrollo social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, éstas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales; la familia experimenta cambios y acomodaciones a lo largo de las distintas etapas del proceso de desarrollo familiar, en las diferentes etapas la familia va modificando su estructura, por lo que se enfrenta al desafío de cambios internos y externos, así como de mantener a la vez, su continuidad; asimismo, debe estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adaptan a una sociedad en transición (Desatnik, 2004).

Es por ello que para Minuchin la familia cumple con dos objetivos, uno interno, que implica la protección psicosocial a sus miembros y uno externo, que se refiere a la acomodación a una cultura y transmisión de ésta. Además, la familia puede cambiar y a la vez mantener la continuidad suficiente para la socialización de sus miembros, por lo que la misma familia imprime a sus miembros, un sentido de identidad, pertenencia y un sentido de separación, de individuación. El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación del niño a los grupos familiares y con la asunción de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantienen a través de la vida; el sentido de separación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas, en diferentes contextos familiares y extrafamiliares. Por ello es importante la delimitación de áreas de autonomía y la delimitación de un territorio en el que ocurran las distintas transacciones de la familia (Desatnik, 2004).

Minuchin defiende que no se puede evaluar el sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, sino que el centro de la experiencia diagnóstica debe ser el proceso de interacción de la familia con el terapeuta como agente de cambio, de modo que en ese proceso se susciten las estructuras, tanto manifiestas como latentes, que gobiernan la vida familiar. Por ello la evaluación parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las

conductas sintomáticas de sus miembros individuales y continúa poniendo a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional del terapeuta con la familia denominado *coparticipación*, que permite además crear una fuerte relación terapéutica (Ochoa de Alda, 1995).

La coparticipación se inicia tomando contacto con los miembros individuales, en este proceso los integrantes del grupo familiar responden al contacto de acuerdo a sus pautas de conducta habituales, aceptando o resistiendo la aproximación del terapeuta. De esta forma, éste puede percibir y experimentar las modalidades particulares con que la familia admite la novedad, el cambio en su vida, pudiendo identificar cómo los componentes del sistema contribuyen a mantener los patrones disfuncionales, el poder relativo de los diferentes subsistemas y los límites existentes entre los mismos (Ochoa de Alda, 1995). La coparticipación implica que, más avanzada la entrevista, el terapeuta intente alterar las reglas familiares y observe las reacciones de cada una de las personas a la modificación (Minuchin, 1984).

Por consiguiente, las variables que el terapeuta evalúa son el momento del ciclo evolutivo que está atravesando el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio, asimismo las interacciones que sus integrantes despliegan en la entrevista, también las alianzas y coaliciones familiares, además de los problemas de la distribución jerárquica del poder, el tipo de límites intra y extrafamiliares; así como las pautas de interacción alternativas disponibles de acuerdo a la flexibilidad del sistema al cambio; por otra parte verifica las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar y la forma en que el síntoma es aprovechado por la familiar para mantener sus pautas transaccionales (Ochoa de Alda, 1995).

Por lo anterior, el comportamiento sintomático se explica como una dificultad de adaptación a las nuevas condiciones que implican las diferentes etapas de evolución interna de la familia, la cual al ser una sistema sociocultural se enfrenta

a aceptar momentos de reestructuración y cambios, por tal motivo una postura rígida a estos eventos produce disfuncionalidad en el sistema. La funcionalidad por otra parte, se entenderá entonces como esa capacidad de adecuación de las interacciones frente a los cambios evolutivos y sociales.

d. Técnicas

La intervención tiene lugar a lo largo de toda la sesión y al considerar la Teoría del Cambio, éste se produce cuando la familia se “reequilibra” sobre una nueva estructura adecuada a la etapa del ciclo evolutivo que le corresponde. El objetivo terapéutico es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico. Si se conceptualiza el síntoma como una falta de adecuación entre la estructura que presenta la familia y el requerimiento de su desarrollo, la intervención se dirige a provocar una crisis, un desequilibrio, en la estructura familiar. Se supone que la consiguiente transformación estructural permitirá un funcionamiento distinto que posibilite la superación del problema, es decir, la adaptación a las nuevas exigencias evolutivas o contextuales, la crisis inducida terapéuticamente se consigue a través de lo que llama Ochoa de Alda (1995) como la técnica del desafío, mediante la cual el terapeuta cuestiona la estructura exhibida por la familia, obligándola a buscar nuevos patrones conductuales que sustituyan a los antiguos disfuncionales.

Para que el proceso terapéutico tenga éxito, el terapeuta y la familia deben llegar a un acuerdo sobre los objetivos que desean alcanzar con el tratamiento. Por otro lado, las metas terapéuticas no sólo se dirigen a disminuir o hacer desaparecer el síntoma del paciente identificado, sino también a cambiar la estructura y la cosmovisión familiar (Ocho de Alda, 1995). El acento se sitúa más en los problemas estructurales que en el problema presentado, salvo en situaciones que

ponen en peligro la vida de alguien como sucede en los casos de anorexia y de coma diabético (Minuchin, 1978).

El terapeuta emplea estrategias de coparticipación que le posibilitan establecer una fuerte alianza terapéutica, basadas principalmente en el desafío y con la finalidad de aumentar su capacidad de maniobra puede adoptar una posición cercana, intermedia o distante con la familia.

En la posición de cercanía se convierte en fuente de autoestima y apoyo cuando confirma algún aspecto positivo de las personas o cuando destaca el sufrimiento y la tensión familiar y transmite que no pretende evitarlos, pero que responderá a ellos con delicadez. Existen tres modos de confirmar según Minuchin (1984): constatar un estado afectivo, “se le ve preocupado”; describir una interacción familiar, “cuando usted habla, él permanece callado” y enunciar un rasgo negativo de un miembro, al tiempo que *se le absuelve* de responsabilidad por esa conducta, “pareces demasiado infantil, ¿cómo le hacen tus padres para conservarte tan pequeño?”. No obstante, en esta posición el terapeuta corre el riesgo de quedar preso en las reglas de la familia, por lo que deberá tener la capacidad de “desasirse” de ellas con rapidez, “desligarse”. En la posición intermedia, denominada “rastreo”, el terapeuta escucha de manera activa y neutral, ayudando con su atención a que la familia cuente lo que pasa, al mismo tiempo que redefine las interacciones penosas como fruto de una actitud de consideración recíproca. En tercer lugar, cuando asume una posición distante adopta una postura de neutralidad emocional, así se convierte en observador de la cosmovisión familiar y del modo en que cada persona encuadra su experiencia, lo cual permitirá “ajustarse” a estos constructos cognitivos para promover el cambio apoyándose en ellos, “como ustedes son padres solícitos, dejarán a su hijo espacio para crecer” (Ochoa de Alda, 1995).

La terapia estructural no sitúa la intención de intervenir exclusivamente al final de la entrevista, el cambio se efectúa en la propia sesión, empleando técnicas como

el desafío -la exageración, ridiculización y desautorización de patrones transaccionales-, la reestructuración y la modificación cognitiva, y se consolida mediante tareas en casa; se utilizan redefiniciones, connotaciones positivas y tareas directas y sólo ocasionalmente intervenciones paradójicas (Ochoa de Alda, 1995).

De esta forma Minuchin y Fishman (1984) proponen tres principales estrategias para la intervención con las familias, cada una de ellas dispone de un grupo específico de técnicas que a continuación se describirán.

La primera estrategia es el *Cuestionamiento del Síntoma*, su objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, a partir de que los miembros busquen respuestas afectivas, cognitivas y conductuales diferentes hasta considerar que el problema no reside en el paciente identificado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Las técnicas de esta estrategia son la escenificación, el enfoque y la intensidad.

Escenificación:

Permite alcanzar tres objetivos, establecer una fuerte alianza terapéutica, definir a toda la familia como un sistema disfuncional y finalmente, el clínico puede tomar distancia, observar y recuperar capacidad terapéutica. El procedimiento requiere que el terapeuta observe primeramente las interacciones espontáneas de la familia y decida qué aspectos del patrón disfuncional observado intentará cambiar. Después pide a los integrantes del sistema familiar que escenifiquen una determinada secuencia en su presencia, e interviene aumentando su intensidad y/o duración. Finalmente, propone modalidades diferentes de interacción con objeto de obtener información predictiva sobre la flexibilidad de la estructura familiar para el cambio y con objeto de alterar las pautas disfuncionales.

Enfoque:

Implica prestar atención a una información e ignorar otra, de forma que durante la entrevista se resalta un tema sobre el que trabajar; el tema que el terapeuta considera importante, termina siéndolo también para la familia.

Intensidad:

En ocasiones, puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero no lo consideren información nueva, porque no tienen en cuenta las diferencias inherentes con él con respecto a su forma habitual de ver las cosas. Es necesario, por tanto, dotar al mensaje de la intensidad suficiente para ser algo nuevo y distinto, evitando que se absorba por las reglas del sistema, por tanto se hace necesario repetir muchas veces el mensaje en el plano estructural y en el del contenido, esto se debe a la inercia de los sistemas familiares que les hace resistirse al cambio, así que además se requiere interrumpir con insistencia determinadas secuencias críticas hasta que surjan nuevas conductas para solucionar el problema.

La segunda estrategia es el *Cuestionamiento de la Estructura Familiar*, que consiste en reestructurar el sistema familiar, al modificar el lugar que ocupan los miembros de la familia dentro de los diferentes subsistemas, esto se logra aumentando o aminorando la proximidad entre los miembros, dando lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar, al hacer explícitas coaliciones, alianzas y formas de agrupación para resolver problemas. Las técnicas de esta estrategia son la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.

Fronteras:

Con esta intervención se regula la permeabilidad de los límites entre subsistemas, de manera que los límites extremadamente rígidos se hacen más permeables y los límites muy porosos se fortalecen. Al cambiar los límites cambian las reglas que rigen las relaciones, posibilitando que el sistema familiar ayude al crecimiento

psicosocial de sus miembros. El terapeuta puede cambiar los límites del sistema familiar haciendo que exista mayor acercamiento y contacto entre individuos y/o subsistemas o aumentando la distancia existente entre los miembros, la distancia puede ser tanto física como relativa al grado de implicación entre los miembros de la familia.

Desequilibramiento:

Su finalidad es modificar la jerarquía familiar para lo cual el terapeuta se alía con miembros de la familia, ignora a determinados integrantes del sistema o se coaliga con una persona o con un subsistema en contra de otras personas o subsistemas.

Complementariedad:

La *complementariedad* se define como la capacidad de ver el problema formando parte de un todo más amplio y de mostrar puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma y a la creencia de que el paciente identificado puede controlar el sistema mediante su conducta (Minuchin y Fishman, 1984). Esta técnica cuestiona la definición familiar del problema y su creencia en una causalidad lineal del síntoma, aportando datos de que la conducta sintomática sólo se puede producir en el contexto de otras conductas a las que la familia globalmente contribuye.

La tercera estrategia, denominada *Cuestionamiento de la Realidad de la Familia*, consiste en observar la realidad que la familia ha construido y resulta inviable para ellos, por lo que es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre los miembros. Las familias tienen un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar y todo cambio en la estructura modificará su visión del mundo. Las técnicas de esta estrategia son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y los lados fuertes de la familia.

Construcciones:

El terapeuta altera los constructos cognitivos familiares, presentando una visión del mundo diferente. Se trata, por tanto, de una intervención cognitiva tendente a alterar la epistemología familiar que se respalda en una institución o en la condición de experto y mayor conocimiento clínico. Se presume que la modificación del sistema familiar de creencias facilitará el necesario cambio conductual.

Paradojas:

Se trata de técnicas basadas en una postura de oposición por parte de la familia, puesto que se espera que ésta se oponga al componente del mensaje referido a su imposibilidad de cambiar, conteniendo implícitamente una alternativa que señala en la dirección del cambio. Para elaborar una intervención paradójica el terapeuta pone en relación la conducta sintomática con su contexto relacional, enumera las consecuencias negativas que tendría para el sistema la eliminación del síntoma y, finalmente, recomienda a la familia que siga recurriendo al mismo para evitarlas. Por tanto, una prescripción paradójica se compone de tres técnicas: la redefinición, la prescripción de la secuencia sintomática y la restricción (Ocho de Alda, 1995). Una vez redefinido en términos positivos, el síntoma deja de ser un elemento ajeno al sistema para convertirse en parte esencial de él. También, se considera que cuando la secuencia somática se escenifica de manera consciente, obedeciendo a la prescripción terapéutica, pierde el poder que tenía para producir el síntoma porque implica la posibilidad de un control voluntario. Además, el terapeuta pide a la familia que por el momento no cambie, con la intención de que lo haga. Si ésta reacciona rebelándose contra la prescripción terapéutica, en lo que se conoce como respuesta de “retirada”, bien cuestionándola o bien negándose a cumplirla, en realidad está comenzando a poner en entredicho su forma habitual de manejar el problema (Minuchin y Fishman, 1984).

Los lados fuertes:

Es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa en que en la familia existe una parte potencial de cambio que no vemos, lo que vemos es el síntoma. El terapeuta debe activar las áreas o facetas dormidas -enfaticando la fortaleza familiar- para que los miembros las apliquen en la resolución del problema (Minuchin, 1984). El objetivo terapéutico es lograr lo mejor que cada familia pueda dar y no que sus miembros se ajusten a una familia “ideal”, lo cual crearía una mayor dependencia del terapeuta, impidiéndoles generar sus propios recursos y estableciendo un juego de poder y resistencias en la terapia (Ochoa de Alda, 1995).

e. Consideraciones o reflexiones generales (aplicaciones, desarrollos, evolución, discusión)

Como lo señala Desatnik (2004), la propuesta del modelo de terapia estructural de Minuchin, ha sido revisado por muchas comunidades científicas y del campo de trabajo comunitario, ya que representa no sólo una forma sistemática, con consistencia teórica y clínica de acuerdo con los postulados de la teoría general de los sistemas, la cibernética de primer y segundo orden, sino también un valioso instrumento de evaluación para la investigación. Minuchin ha ampliado sus propuestas de los escenarios terapéuticos a la comprensión y acción en escenarios comunitarios institucionales, de los sistemas de salud, legales, entre otros, lo que ha aportado elementos importantes para el trabajo en salud mental.

Al considerar la evolución de la terapia familiar estructural, Minuchin, Nichols y Lee (2007), señalan que ésta ofreció un marco de referencia que dio orden y significado a las transacciones en la familia, aunque comentan que es posible que en el proceso, se haya cometido el error de no haber tomado en cuenta la dinámica individual, es decir, por rechazar la influencia de la historia personal en la construcción de la experiencia familiar y cuyo significado fue desatendido para favorecer el proceso. Agregan que no obstante, a través de los años la terapia

familiar estructural siguió una trayectoria que pasó de tratar de entender a las familias a crear estrategias para cambiarlas. Finalmente señalan que el campo de la terapia familiar avanza en la dirección de abandonar la observación de las familias, para centrarse en las técnicas, como el cuestionamiento circular, la formulación de hipótesis, la prescripción invariable, así como en los aspectos de la responsabilidad del terapeuta y su autoría, y recientemente, en la fuerza de las historias que dan significado al comportamiento.

Por otra parte, como señala Colapinto sobre el futuro del enfoque estructural, explica que este dependerá de cómo evolucionen los valores culturales sobre el grado de protagonismo que le compete a la familia en la promoción del sano desarrollo de sus miembros. Es así que el enfoque estructural de Minuchin, propone devolver a la familia la función de nutrir el crecimiento emocional de sus miembros, esto ante la pérdida de protagonismo de la familia, como comenzó a suceder durante el siglo XX, ya que la función de socialización de los niños paso a ser cada vez más patrimonio de las escuelas, los medios de difusión y los profesionales, por ello que se sugiera que los padres deben involucrarse más en la vida de sus hijos (Roizblatt, 2006).

2.1.2. Modelo de Terapia Breve orientada a las Soluciones

a. Introducción y antecedentes del modelo

La terapia breve orientada a las soluciones es un enfoque de la psicoterapia encauzado al futuro y dirigido a lograr objetivos (Trepper, 2006). Asimismo, el modelo se centra en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o problemas, por lo que supone sea innovador y bastante radical respecto a otros planteamientos psicoterapéuticos. Es posible distinguir dos autores: Steve de Shazer y William O'Hanlon, cada uno con métodos particulares,

pero que comparten el interés de explorar y destacar las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones (Espinosa, 2004).

Al considerar los antecedentes del modelo, Milton Erickson que fue una figura pionera en diversas áreas de la terapia, tuvo influencia en la terapia centrada en las soluciones, un ejemplo de ello es que Bill O'Hanlon replicó el "enfoque de la utilización" de Erickson, él consideraba que el terapeuta debía, al igual que un buen jardinero, emplear todo lo que el cliente presentara, incluso lo que pareciera yerbajos, como parte de la terapia. Aunado a ello, Erickson consideraba que los clientes tenían en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales, los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitaban hacer, el cometido del terapeuta era acceder a estos recursos y ayudar a los clientes a usarlos en las áreas apropiadas de sus vidas, también consideraba la importancia de respetar las capacidades del cliente. Igualmente, Erickson también desarrolló una técnica, que más tarde de Shazer denominó la "técnica de la bola de cristal", que es la primera técnica puramente orientada a las soluciones que se conoce, utilizando la hipnosis, ayudaba a las personas a crear una sensación de distorsión temporal, de forma que podían ir con facilidad adelante y atrás en el tiempo, llamándolo "pseudo orientación en el tiempo". Finalmente, aunque no todo el trabajo de Erickson estaba totalmente orientado hacia las soluciones y no siempre era breve, su obra inspiró gran parte de la terapia orientada hacia las soluciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Es importante señalar que la terapia breve centrada en las soluciones, además ha estado influida en sus comienzos por la terapia del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto y más recientemente por Karl Tomm. Por una parte, Steve de Shazer llevó a la máxima expresión la búsqueda de excepciones al problema que se esbozó por los componentes del MRI, se apartó paulatinamente de la definición del síntoma y de las soluciones generadas con el objetivo de superarlo, por lo que recogía información detallada de las excepciones deliberadas o espontáneas en torno a la conducta sintomática que han pasado desapercibidas para los clientes.

Asimismo, perfeccionó la utilización que el MRI hace de la postura de la familia para evitar posibles resistencias y postula que si el terapeuta conoce la forma en que ésta colabora, el trabajo terapéutico se optimizará, ya que consideró que el paciente identificado y su familia están motivados para apartarse del problema que les dificulta llevar una vida mejor. Como consecuencia afirmó que no tiene sentido hablar de “pacientes”, la consideración de que toda persona colabora de una u otra manera para cambiar hace necesario hablar de “clientes”. Por otra parte, de Karl Tomm se adoptó 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 de Alda, 1995).

b. Exponentes principales y aportaciones

La terapia breve centrada en las soluciones inicialmente fue desarrollada por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg; fue un modelo diferente en la década de los 80 en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee, Wisconsin, Estados Unidos de América. Entre sus colaboradores más destacados se encuentran Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchick, Alex Molnar, tiempo después se incorporaron Wally Gingerich, John Walter y Michele Weiner-Davis (Espinosa, 2004).

Al revisar los antecedentes teóricos se plantearon una perspectiva apoyada en una epistemología sistémica (de Shazer, 1989), que incluía al terapeuta principal, al equipo y a la familia como un todo y parte de un sistema, o subsistemas, que se comportan como una totalidad, como lo mencionaba Bateson: “El sistema o ecosistema es circular, los efectos de sucesos que acontecen en un punto del circuito pueden transmitirse a todo él y producir cambios en el punto de origen” (Bateson, 1979, p. 104). Estas consideraciones los llevaron a formular una teoría binocular del cambio que considera tanto los isomorfismos entre la conducta de la familia y el equipo terapéutico, como la distinción del estilo de cooperación de la

familia, por lo que se alejaron así de los principios que sustentaban y apoyaban el concepto de resistencia (de Shazer, 1984).

El enfoque se desarrolló en forma inductiva antes que deductiva y como tal, es más un enfoque pragmático que teórico. Desde entonces, este centro (BFTC) se ha convertido no solamente en una de las escuelas líder en psicoterapia, sino que también se ha vuelto una influencia fundamental en campos tan divergentes como el sector comercial, las políticas sociales y la educación (Trepper, 2006).

Bill O'Hanlon y Michele Weiner-Davis (1990) apoyan los aspectos básicos del grupo de Milwaukee y contribuyen aportando con su propio método, a la cocreación de problemas solubles. Esto lleva a introducir en el proceso terapéutico el principio de incertidumbre en la definición del problema, para lo cual se apoyan en el uso de preguntas que generen información acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos de las personas. También resaltan el lenguaje (como una conversación para el cambio), ya que ofrece la posibilidad de recalcar y solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad, aunque también se puede usar como un instrumento para cuestionar certezas inútiles, utilizando las presuposiciones para introducir ideas o expectativas de cambio. Siguiendo a Erickson, considera importante adaptarse al lenguaje del cliente no sólo para propiciar acercamiento empático y cooperativo entre él y el terapeuta, sino también para hacerlo sentirse comprendido, utilizando sus propias palabras, sus frases favoritas o a través de metáforas. Además, consideraron que al trabajar hacia el futuro orientado a las metas, es fundamental establecer objetivos alcanzables y lo suficientemente concretos para identificarlos cuando se hayan logrado. Finalmente, este modelo recae en la cibernética de segundo orden, ya que el paciente es quien determina los objetivos a seguir en la terapia; generalmente, en otros encuadres terapéuticos, el terapeuta es el experto y por tanto, él sabe lo que el paciente necesita y por qué viene a verlo (Espinosa, 2004).

c. Principios básicos

Al considerar el *sistema conceptual del modelo*, Espinosa (2004) señala que la resistencia no es un concepto útil, por lo que las excepciones constituyen una alternativa mucho más útil. Además que no es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo, ya que los problemas no se presentan todo el tiempo, hay excepciones temporales y circunstanciales; por lo tanto las soluciones son más importantes que los problemas, entonces hay que centrarse en los aspectos de la situación particular relacionados con la solución.

Como lo ha mencionado Erickson y tomando en cuenta sus ideas, en la terapia breve centrada en las soluciones se considera que los clientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para resolver sus quejas y cambiar, también menciona Espinosa (2004) que se ha encontrado que las terapias que enfatizan las fuerzas y recursos de las familias y clientes para resolver sus problemas dan resultados más positivos que otras terapias. La cooperación es inevitable, cualquier cosa que el cliente traiga a la terapia se puede utilizar como elemento de cooperación y no sólo las conductas negativas pueden ser connotadas o reformuladas como intentos de solución, sino también las excepciones.

Lo más importante es que el cambio es constante e inevitable, sólo se necesita un pequeño cambio de inicio; como también se ha mencionado ya que las partes de un sistema familiar están interconectadas, un pequeño cambio en un elemento clave del sistema produce efectos en otras partes del sistema (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). También es importante señalar como se mencionaba anteriormente, son los clientes quienes fijan los objetivos del tratamiento, entonces el terapeuta debe inducir a los mismos a describir cómo serán las cosas cuando resuelvan el problema actual, además no se considera que el cliente tenga una "postura" (a diferencia de la terapia breve enfocada a problemas), por tanto no se intenta determinar alguna posición a priori que tal vez tenga el mismo respecto a su problema (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990; Espinosa, 2004).

Asimismo, el cambio o la resolución de problemas puede ser rápido, este tipo de intervención conduce a que los clientes obtengan una nueva visión más productiva y optimista de su situación, generalmente desde la primera sesión, lo que acelera la presentación de cambios significativos y hace que éstos sean duraderos, por lo tanto la duración media de la terapia es variable, pero regularmente inferior a 10 sesiones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Finalmente, la realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la construcción del sistema terapéutico; existen muchas manera de enfocar una situación, pero ninguna es más "correcta" que otra, no hay una explicación de última realidad (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990; Espinosa, 2004).

Respecto a la *concepción de la familia*, ya sea que se trate de una persona o de una familia, se le considera clientes, lo que refleja una visión de los mismos más respetuosa; se ve en terapia a quien esté realmente motivado para acudir y realizar los cambios o a quienquiera que se sienta preocupado, que suele ser la persona que ha pedido la consulta, aunque también puede ser que la pida en nombre de varias; asimismo se puede empezar con una persona y el proceso mismo lleva en ocasiones a incluir a otros miembros a la familia completa, también se da lo contrario, se puede empezar con una familia entera y luego descomponerla en grupos más pequeños (Espinosa, 2004).

En cuánto a *cómo se concibe el problema*, se establece que los problemas que la gente lleva a terapia son patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes, por lo que desde la visión interaccional de la conducta humana, supone que es posible desarrollar nuevos patrones si los esfuerzos terapéuticos se enfocan en los procesos que constituyen excepciones a la norma problemática (Espinosa, 2004).

En la terapia breve centrada en soluciones se busca cocrear un clima terapéutico para el cambio, es decir un ambiente que favorezca que los clientes puedan

identificar sus propios recursos, así como apreciar que las problemáticas que traen a consulta, no siempre están presentes. Al inicio se explica el formato de la sesión, se señala quiénes van a participar, cuantas sesiones serán conjuntas y cuántas serán individuales, cuál será la participación del equipo terapéutico y posteriormente se da una reunión del terapeuta “consigo mismo”; también se debe establecer el rapport, donde se buscará conocer a los clientes, además se puede hacer uso del humor y de las creencias familiares.

Respecto a la entrevista sistémica con un propósito determinado, esta como lo mencionan O’Hanlon y Weiner-Davis (1990), constituye una danza recursiva en la que la retroalimentación verbal y no verbal de la familia indica al terapeuta la futura categoría de preguntas que debe seleccionar. Por lo que el terapeuta centrado en soluciones, formula preguntas para evaluar las pautas peculiares de respuesta cooperativa de la familia y adecúa las preguntas a dichas pautas.

Relacionado a lo anterior, es importante identificar las personas que solicitan atención psicológica, de este modo se pueden señalar tres tipos. Uno son los *visitantes*, esto sucede cuando la familia es canalizada a terapia por algún agente de control social o por ejemplo en el caso de adolescentes, los padres obligan al mismo a asistir a terapia y este se niega a aceptar que tiene algún conflicto. Otro tipo son los *demandantes*, que son aquellos que se preocupan por la conducta de otro familiar y consideran que este debe ir a terapia, pero lo importante es que ellos no son parte de la resolución del problema, esto es muy común cuando los padres demandantes esperan que el terapeuta “arregle” a su hijo. El otro tipo son los *clientes*, que puede ser la persona que se presenta a terapia y desea trabajar con el terapeuta para resolver un problema específico, además en teoría contar con un cliente en las sesiones familiares es todo lo que se necesita para resolver la situación.

Finalmente, es importante señalar que en la terapia breve centrada en soluciones el terapeuta debe asumir una postura de cambio desde el inicio de la terapia, ya

que si el mismo utiliza un lenguaje positivo donde sean posibles las soluciones, se identifiquen excepciones y recursos de los clientes, la intervención se desarrollará en un clima de posibilidades.

d. Técnicas

A continuación se enumeran las principales técnicas de la terapia breve centrada en soluciones:

Prescripciones para el cambio

Dentro de estas prescripciones se encuentran las que buscan cambiar el “hacer” del problema, cambiar el “ver” del problema y cambiar el contexto del problema, con las que se busca que el cliente pueda apreciar otros aspectos que tal vez habían estado fuera de su vista y que finalmente favorece el proceso del cambio (O’Hanlon, 2001).

Cambiar el “hacer” del problema

Cambiar la frecuencia o tasa del problema, el tiempo de ejecución de la queja, la duración de la queja, el lugar en el que se produce la queja: Por ejemplo en un problema de conflicto de pareja que lleva a los cónyuges a pelear continuamente, se puede sugerir que inicien una pelea a una hora totalmente inusual y en una habitación de la casa en la que nunca hayan tenido una discusión (Ochoa de Alda, 1995, p. 112).

Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja: Si el problema consiste en comer compulsivamente, se recomienda al cliente que se ponga antes de hacerlo sus zapatos favoritos (Ochoa de Alda, 1995, p. 112).

Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja: En un problema de rebeldía adolescente ante el cual el padre siempre reaccione sermoneando al chico, se puede pedir a los miembros de la familia que graben una secuencia en la que el padre sermonee al hijo como acostumbra y que pongan dicha cinta justo antes de que comience un nuevo sermón (Ochoa de Alda, 1995, p. 112).

Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños: Es decir, si el problema estriba en continuas peleas entre dos personas, se les indica que discutan durante, por ejemplo, periodos de cinco minutos a las horas fijadas por el terapeuta (Ochoa de Alda, 1995, p. 112).

Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa: La ordalía puede consistir, por ejemplo, en que cuando la paciente identificada se obsesione con su antiguo novio, al día siguiente deberá levantarse a las cinco de la mañana e irse a hacer deporte durante dos horas (Ochoa de Alda, 1995, p. 112).

Cambiar el “ver” del problema

Transformar el relato reconociendo y suavizando o añadiendo posibilidades: En este punto se valida los puntos de vista problemáticos presentes o pasados, pero se reenfocan para suavizarlos un poco o añadirles una sensación de posibilidad (O’Hanlon, 2001).

Encontrar pruebas que desmientan el relato: Se intenta conseguir que la familia u otras personas interesadas digan algo que no encaje con el relato problemático (O'Hanlon, 2001).

Hallar relatos o marcos de referencias alternativos para los mismos indicios o hechos: Se hace una interpretación más benévola de los hechos (O'Hanlon, 2001).

Cambiar el contexto del problema

Se puede alternar las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan a la queja: Se requiere de un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio, por lo que el terapeuta pide descripciones de conductas e interacciones relacionadas con el síntoma y altera las que parecen acompañarlo habitualmente. Por ejemplo, si al problema de comer compulsivamente se añade el de no salir los domingos, se pide al cliente que los días en que crea que se va a atracar debe insistir en salir con los amigos (Ochoa de Alda, 1995, p. 113).

Prescripciones de soluciones: Fórmulas para el cambio

Las siguientes son prescripciones que parecen ser eficaces para resolver problemas de muy diversa índole, es decir se usa la misma tarea para iniciar cambios en problemas variados (O'Hanlon, 2001).

Tarea de fórmula de la primera sesión

Se hace lo posible por identificar y ampliar los aspectos satisfactorios de la vida del cliente, a quien se define como una persona capaz de hacer cosas positivas (Ochoa de Alda, 1995). El preguntar sobre lo que está bien, conlleva a hacer algo nuevo o diferente, lo que constituye el cambio necesario para resolver el problema

Tarea de la sorpresa

Se pide a los clientes que hagan algo nuevo y sorprendente, la intervención introduce una conducta nueva que rompe la persistencia en los patrones conductuales habituales, propiciando que las sorpresas intentadas se conviertan en soluciones nuevas (Ochoa de Alda, 1995); es decir que se introduce el azar a las pautas que caracterizan las relaciones.

Tarea genérica

Si el cliente no provoca de forma deliberada la solución adecuada, es decir, si a pesar de identificarla no es capaz de establecer diferencias entre lo que sucede cuando el problema aparece y cuando no aparece, pueden darse dos situaciones: que su expectativa de lugar de control del cambio sea interna, es decir, que piense que inadvertidamente ha hecho algo para controlar el síntoma, o que sea externa y sitúe el control fuera atribuyéndolo a otra persona o a circunstancias externas. En el primer caso, se le puede sugerir: "Fíjese en qué hace cuando supera el síntoma o la conducta asociada al problema". En el segundo caso, se le indica: "Prediga todas las mañanas si antes del mediodía tendrá lugar una solución eficaz" (Ochoa de Alda, 1995). Además es importante emplear el lenguaje del cliente para diseñar una intervención que cree la expectativa de cambio.

Secuencias para el cambio

Estas secuencias se siguen para buscar los cambios que ya han realizado los clientes, así como las excepciones a sus dificultades, por otra parte son opciones de acciones cuando ya se han agotado algunas formas de trabajar con algunos clientes.

Secuencia de cambio previo al tratamiento

Se parte de esta secuencia ya que Weiner-Davis ha demostrado que las personas suelen tomar medidas positivas luego de la llamada para solicitar terapia, esto permite pensar que todos los pacientes poseen las fuerzas y recursos necesarios para cambiar. Por lo que una de las preguntas importantes puede ser: ¿Qué has notado que anda mejor desde que llamaste para pedir la terapia?. En esta secuencia se utilizan “expresiones de aliento”, que señalan las excepciones y lo que es digno de ser noticia y se pregunta “cómo”, para que la familia valore sus propios recursos.

Por qué ahora: Para ayudar a determinar el objetivo hay que explorar cuál es la razón específica que lleva a la persona a terapia.

Centradas en la excepción: Cuando se está conversando sobre el problema, se interrumpe para preguntar por las excepciones, las cuales toman la forma de pensamientos, creencias, sentimientos y pautas útiles de conducta que han ayudado a la persona; el que se puedan amplificar las excepciones ayuda a construir la solución.

Explicación y redescrición únicas: Estas asisten a la familia en la coautoría de nuevas historias sobre ellos mismos y sus relaciones; además estas se oponen a las historias que les oprimen.

Presuposicionales: Estas amplifican las excepciones y cambios previos al tratamiento, por lo que se busca convencer al paciente de la inevitabilidad del cambio, así como descubrir el objetivo del paciente y cocrear con este una realidad futura libre del problema.

La secuencia de la pregunta por el milagro

Ideada por de Shazer, para llevar a las personas a una realidad futura exenta del problema; es una pregunta útil para determinar objetivos accesibles de tratamiento y para obtener una descripción detallada de lo que sería el resultado ideal una vez solucionado el problema.

La secuencia de manejo de la situación problema

Manejo de la situación problema: Se usa con familias que tienden a ser pesimistas y no responden bien a la secuencia del milagro. Una vez que responden con algunas excepciones se da un cambio de foco y se amplifican las estrategias que están usando para solucionar el problema.

Preguntas por la escala: Sirven para obtener una medición cuantitativa del problema antes de la terapia y el presente, también del lugar en el que les gustaría estar. Una vez que se han calificado, se negocia con la familia que necesitan hacer para subir al menos medio punto en una semana.

Preguntas por el porcentaje: Estas permiten enfocar con claridad el tratamiento y medir cuantitativamente los progresos producidos durante la terapia en el área del objetivo familiar.

La secuencia pesimista

Pesimistas: Se usan cuando la familia se mantiene pesimista e insiste en que las cosas van a empeorar, además de ayudar a encontrar estrategias para resolver la situación, ayuda a recordar antiguas estrategias que tuvieron éxito y que pueden aplicar a la situación presente.

Preguntas para externalizar el problema: Son útiles con familias refractarias al cambio y que no responden bien a las preguntas centradas en la solución. El conflicto familiar se externaliza como un estilo de vida, una pauta o se objetiva como un opresor, por lo que es necesario emplear cuidadosamente el lenguaje del paciente.

Preguntas centradas en el futuro: Son útiles con familias atoradas en el pasado, ya que promueven el ensayo de nuevas soluciones y fomentan el aprendizaje.

La secuencia para rastrear el problema

Rastrear el problema: Se usan al agotar las secuencias anteriores y no tener resultados; se explora de manera detallada la pauta que sostiene el problema y así el terapeuta cuenta con varios puntos para interrumpir esa pauta.

Preguntas conversacionales: Son parte de un enfoque narrativo y son útiles con familias refractarias al cambio, traumatizadas y que han tenido varias experiencias con terapeutas; también es útil cuando existen secretos familiares.

Preguntas para consolidar el cambio: Amplifican los cambios previos al tratamiento y refuerzan los siguientes, se puede usar la metáfora de la bola de cristal o del video.

e. Consideraciones o reflexiones generales (aplicaciones, desarrollos, evolución, discusión)

El modelo de terapia breve orientada a las soluciones es ahora visto como uno de los primeros que destacó la importancia de las preguntas, ya que las privilegió más que a las aseveraciones, asimismo enriqueció el campo terapéutico con sus ideas sobre la relación terapeuta-cliente-equipo terapéutico y con su visión optimista, que reconoce la “expertez” de los clientes (Espinosa, 2004).

Como lo señala Espinosa (2004), tal vez sea Bill O’Hanlon quien refleje mejor la evolución de la terapia breve, ya que inicia con la terapia ericksoniana y desarrolla un método conocido como terapia orientada a soluciones. Además, con los años e insatisfecho por lo que parecía un manejo superficial de algunos terapeutas que ignoraban los problemas o no prestaban suficiente atención al sufrimiento que causan los mismos, y en un afán por separar la forma de trabajo de la escuela de Milwaukee -de la cual nunca fue parte y a la que considera limitante y rígida-, desarrolla la terapia de posibilidades, que rescata la necesidad de reconocer y validar los sentimientos y los puntos de vista del cliente, incluyendo lo espiritual (O’Hanlon y Bertolino, 2001) y cuyas funciones serían: validar a la persona y sus experiencias, cambiar el hacer del problema y cambiar el ver del problema.

2.1.3. Modelos Posmodernos

2.1.3.1. Terapia Narrativa

a. Introducción y antecedentes del modelo

El trabajo narrativo se fundamenta en el construccionismo social y como lo señala Suárez (2004), este nos posibilita la comprensión de la persona en el interior de

las múltiples formas de relación (McNamee y Gergen, 1996), incluye en ese mundo relacional el conflicto del conocimiento objetivo y subjetivo. Watzlawick (1994, 2000) reconoce a la narrativa como el medio que genera la identidad, la cual se produce en los intercambios entre personas; las narraciones del yo remiten a las relaciones sociales mucho más que a la elección individual. Somos coautores de identidad, de una narración que se transforma en nuestro sí mismo; somos la historia de nuestro pasado narrado en múltiples contextos de nuestras construcciones narrativas.

Asimismo, el construccionismo social abre un campo en el que se percibe al individuo como un ser participante, con posibilidad de tomar conciencia de sus relaciones, de profundizar el conocimiento en sí mismo y lograr cambios, es decir, concibe al hombre coconstruyendo su historia. El poder, vinculado al saber y conducidos ambos por el discurso (Gergen, 1992, 1997), permite la liberación del yo sometido a saturación social y al dominio de diversos dilemas de identidad en el mundo contemporáneo.

b. Exponentes principales y sus aportaciones

Los principales exponentes de la corriente narrativa son Michael White y David Epston, la cual surgió en la década de los 80. White (2002) señala que hacia finales de los 70, se interesó por el trabajo de Gregory Bateson y dada la influencia de Foucault, quien analizó las relaciones entre el relato y el poder, pudo profundizar en el método interpretativo de Bateson (1972, 1976), quien afirma que la comprensión que tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos, está determinado y restringido por su contexto receptor, por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo. También influyó en ellos Derrida (1997), en cuanto a sus mecanismos de desconstrucción, ya que consideraron que 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.

El terapeuta debe buscar conjuntamente con los pacientes la desconstrucción de las “verdades” que están separadas de sus condiciones y de los contextos de su producción. Se trata de un modelo que busca las fuentes de lo imaginario, que evocan nuevos relatos con una actitud optimista. El modelo narrativo transita, pues, por los niveles cognitivo, social y afectivo: la desconstrucción de las prácticas del poder y de las del saber de los expertos, muy vinculadas a aquéllas, se realiza mediante la diferenciación de los correspondientes constructos como ajenos al sujeto, lo que permite su sustitución por otros inofensivos o simplemente otros diferentes (Suárez, 2004).

Michael White y David Epston (1990) utilizaron el sencillo recurso de contar a las familias cosas similares ocurridas en otros casos con problemáticas parecidas a las de ellos; las posibilidades se amplían porque se cuentan historias “inspiradas en la vida real”, o incluyendo a los pacientes en su confección. Es una técnica que permite múltiples variantes, y aparece además como resultado de una contextualización que combina afectos, imaginación y creatividad conjunta del terapeuta, el equipo y los pacientes. Las cartas también son útiles instrumentos de trabajo: cartas de invitación para los miembros ausentes, exhortos para los miembros resistentes a participar, cartas de predicción, de recomendación, de despido, de felicitación y otras notas breves que también tiene efectos muy prácticos.

Los trabajos de Epston y las aportaciones de White se enriquecieron por sus propias formaciones, la antropología y la sociología, respectivamente; ambos trabajaron innovadoramente en sus intervenciones terapéuticas con recursos escritos y narraciones. El lenguaje escrito añade una nueva dimensión a su trabajo terapéutico; su estilo y contenido rebasa las simples descripciones; el contenido es seleccionado cuidadosamente con un doble objetivo: generar diferenciaciones

entre el problema y la persona, y que se pueda externalizar el problema, darle un nombre que conecte experiencias particulares y que ayude a interrumpir la interpretación y la descripción habituales de los relatos. Ya que cuando las personas se escapan de sus relatos pueden encontrar acontecimientos extraordinarios, y es ahí donde se invita a la persona a que le atribuya significados, no sin antes organizar las narraciones en un relato alternativo, con posibilidades de liberar los conocimientos subyugados (Suárez, 2004).

c. Principios básicos

Gran parte de los problemas traídos a terapia son construcciones sociales que se desprenden de prácticas de poder gracias a los conocimientos expertos que instituciones como la medicina, psiquiatría, clases sociales, la ley y la moral sexual llegan a perpetuar, obligando a la gente a definir su identidad y su vida de forma limitada; el trabajo narrativo afronta directamente estas dimensiones “políticas” (Payne, 2002). De ahí que el modo narrativo de mayor importancia a las particularidades de la experiencia vivida que a los sistemas de clasificación y diagnóstico.

Según Michael White (1997) la vida de las personas está modelada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y del lenguaje del yo de su relación. Esta perspectiva es contraria a la dominante perspectiva estructuralista (la conducta refleja la estructura del espíritu) y a la perspectiva funcionalista (la conducta sirve a los fines del sistema).

En su modelo, White considera primero la desconstrucción como un relato y en segundo lugar la desconstrucción de las prácticas modernas de poder y por último, la desconstrucción de las prácticas discursivas (1997). La metáfora narrativa propone que las personas viven sus vidas de conformidad con historias, que esas

historias son modeladoras de la vida, y que tienen efectos reales, es decir, que dichas historias procuran la estructura de la vida, por ello uno de los fines de la terapia narrativa es ayudar a las personas a recobrar la convicción de que controlan su vida o al menos resquebrajar su certeza de que no tienen posibilidad de controlarla (Payne, 2002).

Los aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante, constituyen una fuente llena de riqueza y fertilidad para generación o regeneración de relatos alternativos. White llama a aquellos aspectos de la experiencia vivida que caen fuera del relato dominante, acontecimientos extraordinarios. En el modelo narrativo se sitúa a la persona como protagonista o como participante en su propio mundo, es un mundo en el que las personas participan con sus semejantes en la reescritura y por lo tanto, en moldeado de sus vidas y relaciones (White y Epston, 1993).

Como lo señalan White y Epston (1993), en la práctica, una terapia situada en modo narrativo de pensamiento da máxima importancia a las vivencias de la personas, asimismo favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal. Además, desencadena presuposiciones y establece significados implícitos y genera perspectivas múltiples. También estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco, a su vez invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno de los actos interpretativos. Fomenta el sentido de la autoría y reautoría de la propia vida y de las relaciones de cada personal al contar y volver a contar su propia historia, conjuntamente reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el objeto se convierta en autor privilegiado e introduce consistentemente los pronombres yo y tú en la descripción de los eventos.

Payne (2002) comenta que la narrativa es sólo una metáfora, ya que en terapia narrativa basta con una conceptualización simple de los elementos del relato, señala que cuando White expuso esta idea, utiliza el resumen de Jerome Bruner,

según el cual un relato debe construir dos panoramas distintos pero simultáneos, uno es el panorama de acción, constituido por los argumentos de la acción y el otro es el panorama de conciencia, constituido por lo que los implicados sienten, piensan o saben, lo que no saben, no sienten ni piensan; afirma que ambos paisajes son esenciales pero diferentes.

Asimismo, lo que se busca en la estructura del relato es que la condición, el carácter y la conciencia estén integrados, así las personas viven sus relatos “en un drama cotidiano donde la interacción entre acción (acontecimientos) y conciencia (sentimientos, pensamientos y creencias) produce la sensación de haber perdido el camino de la vida”. También es importante mencionar que, en sus escritos más recientes, White habla más del panorama de identidad que del panorama de conciencia; sin embargo, el concepto de relato aún incluye cuatro elementos: acontecimientos externos, experiencia interna, secuencia temporal y confusión (Payne, 2002).

d. Técnicas

White (2002) señala que en el trabajo terapéutico hay que reconocer el ejercicio de la corresponsabilidad de caminar conjuntamente para desafiar las injusticias de nuestro mundo, sea cual fuere la situación en la que nos encontremos. Esta idea es favorecida por esas valiosas señales de esperanza de que la vida en el futuro cambie. Además, sugiere generar en las personas la voluntad de ser “partícipes activos de su propia historia”, y utiliza el equipo reflexivo como *testigos externos* que validan las historias y las identidades de los clientes.

La analogía del texto

La manera en que narramos nuestra vida depende de los acuerdos sociales, estos pueden presentar un hecho como verdadero o falso, no obstante es el significado

que las personas le atribuyen a los hechos lo que determina el comportamiento que se tenga. De esta forma, la analogía del texto se convierte en un abordaje terapéutico que posibilita conocer la diferencia entre un relato dominante y un relato alternativo, y a la vez sitúa los eventos en el tiempo, para mirar los relatos en su contexto sociopolítico y percibir el comienzo de las relaciones presentes y sus expectativas en un futuro inmediato. Los relatos contienen espacios que las personas deben llenar para representarlos, con cada nuevo relato surge otro diferente que contiene al anterior y lo supera. Es como si las personas reescribieran sus vidas, así la analogía del texto nos introduce en un mundo intertextual, todo esto nos pone en el camino para la detección del cambio (Suárez, 2004).

Narración dominante y relatos alternativos

La mayoría de nosotros disponemos de múltiples relatos acerca de nosotros mismos, de los demás y de nuestras relaciones. El relato que prevalezca a la hora de asignar significado a los sucesos de nuestra vida determinará en gran medida la naturaleza de nuestras vivencias y nuestras acciones. Si predomina una historia saturada de problemas, si nos invaden una y otra vez la desilusión, el resentimiento y la tristeza, representaremos de modo habitual la misma vieja y problemática historia, que revivimos como si hubiera pasado ayer. De tal modo que una gran parte de la experiencia vivida queda en el trasfondo, relegada por la narración dominante con “verdades normatizadoras”. Es esto lo que hace tan relevante la exploración de los relatos alternativos, donde la externalización ayuda al terapeuta a separar a las personas del problema, es un trabajo de colaboración que mitiga pesares viejos y libera cargas afectivas de una manera muy efectiva. Lo interesante del caso es que al darse este proceso de liberación, también se externalizan los conocimientos unitarios y globales, que, puestos a distancia, las personas pueden cuestionar o simplemente dejarlos de lado, a fin de iniciar el proceso de identificación de acontecimientos extraordinarios, no habituales.

Además, la exploración de aspectos que la persona es capaz de valorar es útil, aunque contradigan los conocimientos “normatizadores”, es decir, que no se adaptan a las normas esperadas, es el momento en que se puede alentar a las personas a descubrir las implicaciones favorables que los acontecimientos extraordinarios tienen para ellos mismos y sus relaciones, eligiendo los acontecimientos extraordinarios que podrían incorporar en nuevas narraciones (Suárez, 2003).

Externalización del problema

Es una desconstrucción de la historia de las personas y los grupos, una “exteriorización” de los problemas que los afligen a través de sus relatos. 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. De hecho, las prácticas asociadas a la “externalización” del problema requieren la participación de la familia. También se propone como alternativa que evita estigmatizar a las personas; además así la crisis es vista sólo como un colapso, una desorganización familiar, y el objetivo de una intervención en crisis, sería el de apaciguar el trastorno y hacer volver a los afectados al nivel de funcionamiento aceptable (Suárez, 2004).

El modelo narrativo propone crear un clima menos denso, que invite a los participantes a innovar y ser creativos en el abordaje de sus problemas, en vez de generar más culpa o resentimientos; esto les ayuda a liberarse de la vergüenza y el miedo aniquilantes, siempre mediante la “exteriorización” del problema (White, 1986).

Vida y mantenimiento del problema

Es importante saber cómo las personas organizan su vida alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, mantienen el problema. Generalmente, las respuestas de los miembros de la familia a las exigencias del problema, contribuyen, sin que ellos lo adviertan, a la vida y evolución del mismo. En una primera instancia se anima a las personas a revisar la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones, para identificar con precisión su impacto en distintas áreas: su hacer, su pensar, sentir, decir o callar. Se busca que la persona experimente una nueva relación con el problema, una especie de “agencia personal” (Suárez, 2004).

El procedimiento inverso también es necesario en este trabajo de “externalización”: describir la influencia de las personas y de sus relaciones puede llevarnos a identificar contradicciones en su descripción colmada de dificultades; tiene además como propósito ayudar a que las personas se den cuenta de sus competencias y habilidades ante la adversidad (Suárez, 2004).

Acontecimientos extraordinarios

Para que la nueva información sobre los hechos haga sus efectos, debe ser relevante para las personas implicadas, sólo si es significativa constituirá un acontecimiento extraordinario. Estos pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas, solicitándoles que recuerden “hechos” o suceso que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones; estos acontecimientos pasados pueden facilitar la creación de nuevos significados en el presente, que permiten a las personas volver atrás y revisar su historia personal y familiar. Los acontecimientos extraordinarios en el futuro pueden ubicarse revisando los planes o la esperanza que tienen de liberarse de

ciertos problemas. Asimismo, es posible incluir a otras personas para que ayuden a resaltar los sucesos encontrados (Suárez, 2004).

e. Consideraciones o reflexiones generales (aplicaciones, desarrollos, evolución, discusión)

Como lo señala Tarragona (2006), diversos autores hablan de la Terapia Narrativa como una Terapia Posmoderna, no obstante Michael White no está de acuerdo con esta categorización, le parece que el término “posmoderno” es tan amplio que carece de precisión y no dice mucho. Prefiere, en cambio, hablar de su modelo terapéutico como “postestructuralista”, contrasta el enfoque narrativo con la mayoría de las teorías de la personalidad y escuelas de terapia, que provienen de una tradición estructuralista. Las descripciones estructuralistas de la experiencia humana parten de la idea de que existen estructuras subyacentes que no podemos observar, sino que sólo podemos ver sus manifestaciones externas o superficiales. Adoptando una postura postestructuralista de White (2000) propone que en la terapia no es útil pensar en términos de profundo y superficial, prefiere pensar siguiendo la metáfora propuesta por Gilbert Ryle y Clifford Geertz (Morgan, A., 2000) de descripciones ricas, densas o gruesas (del inglés “thick descriptions”) y descripciones frágiles, simples o delgadas (“thin descriptions”). Una historia densa está llena de detalles, se conecta con otras y sobretodo, proviene de las personas para quienes esa historia es relevante. Una historia “delgada” generalmente proviene de observadores de fuera, no de las personas que la están viviendo y difícilmente tiene lugar para la complejidad y las contradicciones de su experiencia. Cuanto más “densa” sea una historia, más posibilidades abrirá para la persona que la vive.

Por otra parte, al considerar la evolución de la terapia narrativa, Chimpén y Dumitrasco (2013) señalan que ésta ha tenido un avance tanto en teorías como en formas de aplicación, con los aportes de David Epston, las reflexiones de Michael White y el grupo del Dulwich Centre, la terapia narrativa está ahora

denominándose práctica narrativa por varios aspectos, surge lo que hoy en día se conoce como las prácticas narrativas colectivas, que se centran fundamentalmente en el trabajo con comunidades y grupos desde la perspectiva narrativa. David Denborough y Cheryl White, ambos del Dulwich Centre, son los precursores de esta forma de aplicar la terapia narrativa.

En la actualidad, las prácticas narrativas colectivas se aplican a comunidades de muy distintos lugares del mundo, respetando la idiosincrasia y las creencias de cada comunidad y rescatando sus habilidades y conocimientos para enfrentarse a las dificultades. Algunas de las prácticas narrativas colectivas más conocidas son: el árbol de la vida, el equipo de la vida, la línea del tiempo y el mapa de las historias, la cometa de la vida, la cocina de la vida, la receta de la vida, el uso de la música en comunidades, el uso de documentos colectivos, etc.

2.1.3.2. Enfoque Colaborativo

a. Introducción y antecedentes del modelo

A finales de la década de 1980 y al inicio de los años 90, algunos terapeutas comenzaron a exponer una serie de inquietudes y reflexiones surgidas del análisis crítico de su experiencia con la teoría y la práctica clínica de la psicoterapia familiar y sistémica. Se empezó a hablar del “giro interpretativo”, que se caracterizó por el surgimiento del paradigma narrativo en la psicoterapia y por modificaciones en la forma de interactuar con los clientes. Por una parte surgió el enfoque colaborativo representado por Harlene Anderson y Harold Goolishian y por otra, el trabajo con equipos reflexivos de Tom Andersen (Beltrán, 2004).

Ambas aproximaciones son comunes en el sentido de que proponen una perspectiva filosófica de la terapia, a un nivel de valores y posición terapéuticos,

basada en la premisa de que estar en el mundo equivale a estar en el lenguaje y en la conversación. Asimismo, enfatizan la importancia ética y clínica de realizar conversaciones abiertas con los clientes desde una posición de no jerarquía (Beltrán, 2004).

Al desplazar el acento hacia el reconocimiento de la construcción relacional y lingüística del proceso terapéutico y de la experiencia humana en general, el paradigma narrativo ha puesto en evidencia al trabajo clínico, la teoría y la práctica, como una forma de práctica social, en la que cada interacción conversacional constituye un espacio de múltiples discursos, un espacio donde se crean, se socavan, se configuran y se mantienen identidades e instituciones sociales. Desde esta perspectiva, se ha dejado de lado la conceptualización de los problemas psicológicos como propios del individuo y se ha propuesto un análisis crítico de la psicoterapia (Beltrán, 2004).

b. Exponentes principales y sus aportaciones

Como lo señala Beltrán (2004), Anderson afirmó que su trabajo como terapeuta familiar comenzó a raíz de su contacto con Harry Goolishian y la terapia de impacto múltiple en 1970, en la University of Texas Medical Branch en Galveston, Texas. Ésta terapia fue creada en 1950 por Goolishian y sus colegas como una forma de terapia breve centrada en la familia con hijos adolescentes, era realizada por un equipo multidisciplinario que trabajaba intensivamente con una familia, e incluía a profesionales involucrados en el tratamiento del entonces llamado paciente identificado, y a miembros de la comunidad que fueran relevantes para la familia. La terapia abarcaba un periodo de dos o tres días en lo que había varias reuniones donde los participantes intercambiaban impresiones, el objetivo consistía en ayudar a las familias a crear un proceso de autorehabilitación que les permitiera enfrentar las crisis de su miembro adolescente en el menor tiempo posible.

Anderson (2003) señaló que la terapia de impacto múltiple representó una aproximación a la comprensión de la terapia y al diseño de una nueva teoría social: el equipo valoraba la importancia del individuo y sus sistemas relacionales. La forma en que se presentaba el equipo con la familia mostraba un concepto diferente del de terapeutas tras el espejo; el equipo concebía la idea de que la creatividad y el ingenio humano eran ilimitados; se consideraba que su papel consistía en movilizar los recursos de la familia y de la comunidad, juzgaba importantes la autoreflexión, el cambio autogenerado y el aprendizaje con la familia, valoraba la diversidad y la multiplicidad de voces, estimaba más importante comprender puntos de vista diferentes que descartarlos o enjuiciarlos, evaluaba y analizaba abiertamente los puntos de vista de sus miembros en presencia de la familia, y valoraba el entrenamiento en vivo y la supervisión en equipo organizados no jerárquicamente.

Se estableció formalmente el trabajo conjunto de Anderson y Goolishian en 1977, cuando fundaron el Galveston Family Institute, en colaboración con Paul Dell y George Pulliam. En el instituto se continuó trabajando la terapia y el entrenamiento con el formato de equipo de la teoría de impacto múltiple. No obstante, en ese tiempo también se encontraban particularmente interesados en las teorías y prácticas terapéuticas derivadas del trabajo del Mental Research Institute, cuyos métodos se enfocaban en que el terapeuta aprendiera y hablara el lenguaje del cliente en lugar de enseñarle al cliente el lenguaje del terapeuta, que era lo que se hacía en las terapias tradicionales. Para Anderson (2003), este interés fue fundamental para los cambios que ocurrieron posteriormente en su práctica clínica y para el uso de nuevas metáforas teóricas.

Asimismo, reconocieron la influencia del pensamiento batesoniano, en el que se afirma que el contexto relacional y comunicativo es esencial para el significado que damos a las palabras y acciones. Anderson (1999, 2003) menciona que quizás esta idea fue precursora de la premisa colaborativa en la que señalan que conversación y relación van de la mano.

Anderson (2001, 2003) menciona que influidos por el trabajo sobre comunicación humana del grupo de Palo Alto, la importancia que le daban a usar el lenguaje de los clientes tenía un fin estratégico. Éste consistía en hablar el lenguaje de los clientes, metafórica y literalmente, para conocer sus valores y sus visiones del mundo. Sin embargo, su acercamiento a la obra de Humberto Maturana (entre 1975 y 1978) sobre la biología del lenguaje, así como su acercamiento en la década de los ochenta al construccionismo social y la hermenéutica propiciaron que cuestionaran las premisas que sustentaban el pensamiento sistémico-cibernético. Dejaron de considerar al lenguaje como una función o como una herramienta semejante a la retórica, y lo empezaron a considerar generativo, la esencia del diálogo y, por lo tanto, la esencia del proceso terapéutico.

De ese modo, el trabajo y la teoría clínica del grupo de Galveston se fue enriqueciendo a través de una serie de reuniones y conversaciones que se llevaban a cabo en Galveston y alrededor del mundo con diferentes autores, entre los que resaltan Kenneth Gergen, Lynn Hoffman y Tom Andersen, entre otros. La teoría desarrollada entonces por Anderson y Goolishian se conoció como *sistema determinado por el problema y enfoque de organización y disolución del problema*, posteriormente, aproximadamente en 1987, dichos autores le llamaron *enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración* (Beltrán, 2003).

Finalmente, a Tom Andersen se le atribuye la “paternidad” del trabajo con equipo reflexivo, ya que aproximadamente en 1984 después de trabajar por varios años con la modalidad de equipo terapéutico, comenzó a sentir incomodidad al asumir una posición de terapeuta experto y a enfrentar, junto con sus colaboradores, los dilemas que se presentaban cuando tenían que decidir sobre cuáles de los comentarios y las intervenciones discutidas en el equipo darían a sus clientes. Esto los llevó a cuestionarse el por qué de que ocultaran las deliberaciones del equipo y decidieron permitir que los clientes vieran y oyeran la forma en que trabajaban, encontrando que se abría la posibilidad de que los clientes

encontraran sus propias respuestas y de que ellos como terapeutas modificaran su comprensión respecto a los procesos terapéuticos (Beltrán, 2004).

c. Principios básicos

Los conceptos centrales del enfoque colaborativo son el lenguaje como conversación y la colaboración como una actitud terapéutica; las implicaciones de asumir una postura colaborativa se asocian con la forma en que, en el encuentro psicoterapéutico, se definen las relaciones, las identidades de los participantes y la terapia misma. Desde esta perspectiva, la terapia es un modo de que el “terapeuta” participe en las relaciones con sus clientes. Se incluye y se valida el saber cotidiano y la experiencia del paciente en la conversación terapéutica, se recupera su idiosincrasia y se reconoce la característica relacional y discursiva del encuentro entre los participantes del proceso terapéutico. El terapeuta identifica la naturaleza local de dicho proceso, evita imponer una comprensión superior y permite que emerjan soluciones decididas con mutualidad. El discurso del terapeuta, y de los participantes en el equipo, ocupan por consiguiente un lugar entre otras posibilidades disponibles, sin ser trascendentalmente superiores sino diferentes en cuanto a las consecuencias pragmáticas (Beltrán, 2004).

Desde esta aproximación, la conversación es la actividad central de construcción del cambio en la terapia, Andersen (2001), retomando la perspectiva de Wittgenstein, expresa que no tenemos lenguaje: estamos dentro del lenguaje, y señala que el lenguaje dentro del cual estamos contiene tanto las posibilidades como las limitaciones con respecto a qué podemos comprender y a cómo podemos comprenderlo, nos provee de un conocimiento general que limita, como los prejuicios, y a la vez, hace posible nuestra comprensión. De este modo, para que se produzca un cambio, las conversaciones que se llevan a cabo durante la terapia tienen que ser diferentes de lo habitual, pero no demasiado para que resulten ajenas a la narración del cliente.

Para que el cambio se logre en la conversación, clientes y equipo coparticipan en un proceso social de generación de significados y acciones alternativas mediante la reflexión, la cual es descrita por Andersen (1994) como el proceso en que algo “es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta”. Es alternar entre diálogos internos y externos en presencia de un tercero que observa y escucha con atención, validando a la persona. La conversación es una oportunidad de buscarle una salida a la situación y, al mismo tiempo, es un acto de reconstitución del yo. Estos aspectos del proceso reflexivo son importantes al asumir una postura de colaboración y para lograr una conversación diferente.

Por lo tanto, como señala Beltrán (2004), el trabajo con equipos reflexivos forma parte del proceso de creación de las diferencias, ya que mediante el desarrollo de diversos discursos, se posibilitan cambios en los significados que clientes y participantes tienen de la situación, se desarrolla un ambiente donde el lenguaje profesional se sustituye por el lenguaje cotidiano, se redefine o re-escriben identidades y la terapia misma; tanto el terapeuta como el cliente y los miembros del equipo están expuestos al cambio, a la novedad. Así, para Anderson (1999), la noción de reflexionar se relaciona con *hacer público el trabajo*, con compartir los diálogos y los monólogos internos con el paciente de tal forma que posibilite la crítica y la retroalimentación.

d. Técnicas

Como lo comenta Beltrán (2004), los representantes de esta aproximación señalan que no hay formatos o esquemas preestablecidos para desarrollar la terapia, no obstante podemos apreciar líneas generales en el trabajo que se ha reportado.

La estructura de las sesiones y los participantes

Considerando el espacio psicoterapéutico, suele ser común que en la misma sala se encuentren otros profesionales o personas relacionadas con la situación que presentan el o los consultantes, de ser así ellos suelen conformar el equipo. El uso o no de la sala de observación varía, cuando se emplea se suele preguntar a los consultantes si quieren que el equipo esté en la sala o del otro lado del espejo y al momento de las reflexiones en equipo también se les pregunta si quieren estar en la misma sala o del otro lado del espejo. Además el tiempo asignado a la primera sesión suele ser de una hora y media o más, las subsecuentes, si es que las hay, suelen durar un hora y pueden tener lugar entre un breve lapso o durante un periodo prolongado, asimismo el número de sesiones varía ampliamente, habitualmente se da entre 6 y 12 sesiones (Anderson, 2001).

Aunado a lo anterior, las sesiones usualmente inician procurando que los consultantes aclaren al terapeuta lo que consideran necesario que éste sepa, se invita a la exposición de los puntos de vista de los participantes otorgándole a cada uno un espacio a sus relatos y a las experiencias que le son familiares, estos aspectos son considerados como básicos para lograr el diálogo. Una vez realizada esta fase, el terapeuta se reúnen con el equipo y en presencia de los clientes, desarrolla con éste un intercambio de las ideas surgidas a partir de la conversación que el terapeuta sostuvo con ellos. Posteriormente, el terapeuta vuelve con los consultantes y retoma con ellos los comentarios hechos por los miembros del equipo, como lo llama Anderson: diálogo sobre los diálogos. En ocasiones estas dos fases se repiten, la de conversar con el equipo y volver con el consultante, así presentar las reflexiones de forma abierta ante/con el terapeuta y los consultantes, permite reconocerlos como los colaboradores en el sistema terapéutico (Beltrán, 2004).

Las características de la conversación

Mediante la pericia del terapeuta se logra el proceso conversacional, para crear un espacio para el relato del consultante, manteniendo una posición de “no saber”, sin asumir una posición de liderazgo y formulando preguntas conversacionales, esta posición se refiere a una actitud terapéutica general y a la convicción de que el terapeuta no tiene acceso a información privilegiada, no trabaja basándose en ideas preconcebidas, jamás puede comprender a la otra persona y siempre necesita saber más sobre lo que ha sido dicho o no ha sido dicho. Es así que el terapeuta tiene que estar tan dispuesto a cambiar como espera que el consultante lo esté, de ese modo cada consultante, cada problema, cada sesión de terapia son únicos (Beltrán, 2004).

Es importante mostrar una actitud abierta hacia la postura del consultante y mantener coherencia con las concepciones de éste, como lo señala Anderson (2001), lo que se pregunta o se propone se hace desde una actitud tentativa y la conversación implica enterarse un poco de un tema y luego mostrar curiosidad por otro sin detenerse demasiado en alguno, será necesario no dar la impresión de que un tema es más relevante que otro.

Las características de la reflexión en equipo

Como lo señala Beltrán (2004), los procesos reflexivos se caracterizan por intentar decir todo abiertamente, de tal manera que el cliente siempre pueda oírlo. Además, cabe señalar que Tom Andersen (1995) menciona algunas normas que él considera pertinentes para realizar el procedimiento de conversaciones reflexivas: las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación con los clientes, no en algo tomado de otro contexto, asimismo se dice a los clientes que pueden escuchar o no, si así lo desean, la conversación del equipo; los miembros del equipo deben tratar de no transmitir connotaciones

negativas o que puedan ser entendidas por el oyente de esta manera; cuando todos, los clientes y el equipo completo, están en la misma sala, se solicita a los miembros del equipo que se miren entre sí, es decir, que no miren a los que escucha, lo cual permite su libertad de no escuchar.

Freedman y Combs (1997), sugieren que la reflexión de los miembros del equipo se dé participando en una conversación, que se evite hablar cuando están del otro lado del espejo, que se evite instruir a los consultantes, que los comentarios sean breves, que se basen en lo que ocurre en el momento de la terapia, que éstos se sitúen en la experiencia personal y respondan a algún aspecto presentado por los clientes. Por otra parte, para Anderson no es necesario dar instrucciones a los miembros del equipo sobre cómo expresar sus reflexiones, pues considera que las características que dicho proceso toma son pertinentes para el contexto relacional y de significados que se conforma entre los participantes.

e. Consideraciones o reflexiones generales (aplicaciones, desarrollos, evolución, discusión)

Como lo señala Beltrán (2004), las implicaciones más importantes de la aproximación colaborativa, radica en proponer, por una parte, una postura que valide lo singular, rico y complejo del conocimiento, así como la experiencia del otro, del otro en relación con, y por otra parte, una postura filosófica que incluye la preocupación por el modo pero también en el lenguaje, y en la terapia como una forma de práctica social, se construyen el mundo las identidades y ontologías, así como el conjunto de valores que las personas imprimen a su vida.

También comenta que en la actualidad, el enfoque colaborativo y el trabajo con equipos reflexivos se han extendido a otros países como un recurso en los procesos de formación de terapeutas, de supervisión y de asesoría en instituciones. Agrega además que Anderson también ha ubicado su teoría y práctica dentro de las ideas posmodernas y su interés en el aprendizaje, la

investigación y la consultoría a organizaciones, asimismo coincide con Andersen en su interés por recuperar la experiencia de los clientes y hacerlos coinvestigadores de los procesos de terapia en que participaron; finalmente Anderson (2003) ha señalado que ha incorporado a sus prácticas el uso del arte y la literatura (Beltrán, 2004).

CAPÍTULO 3

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

Durante la Residencia en Terapia Familiar el modo de trabajo en cada una de las sedes clínicas es similar, una o un terapeuta está a cargo de dirigir la sesión con las o los consultantes, el resto de las y los terapeutas conforman el equipo terapéutico, que junto con las y los supervisores, fungen como acompañamiento, observando y reflexionando, pueden hacer comentarios, sugerencias o preguntas a través de las vías antes mencionadas, por teléfono, mediante mensajes escritos en un papel o en el pizarrón, incluso en algunas ocasiones las y los supervisores intervienen de manera directa en la sesión, enriqueciendo el trabajo del terapeuta principal.

Como había mencionado, las y los alumnos de primer semestre conforman el equipo de observadores, quienes colaboran en el trabajo de las y los compañeros de tercer semestre; después al pasar a segundo semestre cada persona atiende por los menos dos casos al semestre como terapeuta principal y forma parte del equipo terapéutico de sus compañeros; para tercer semestre se incorporan de nuevo alumnos de primero como observadores y ya para el último semestre, se trabaja solamente con el equipo terapéutico.

Cada sesión en las sedes clínicas tiene una estructura, al inicio se reúne la o el terapeuta y el equipo terapéutico para revisar los datos de las y los consultantes, el motivo de consulta o en su caso, lo que sucedió en la sesión anterior, después de ello se hace pasar a las y los consultantes y se inicia el diálogo, posteriormente casi al final de la sesión, la o el terapeuta se reúne nuevamente con el equipo terapéutico y las o los supervisores, para discutir lo que ha sucedido, generando un mensaje, en el caso del CCH y de la Clínica del ISSSTE se les pide a las o los consultantes o familias que salgan por un momento del espacio y se les dice que nuevamente serán llamados, después de la reunión del equipo terapéutico la o el terapeuta vuelve con las o los consultantes y después de comentar lo reflexionado, cierra la sesión. Después de todo esto, nuevamente el

sistema total de supervisión se reúne para comentar la sesión, se proponen ideas y se retroalimenta el trabajo del terapeuta principal.

Asimismo, respecto a todas las sesiones en cada una de las sedes, se realiza un reporte o también llamada acta de sesión, donde se explican los objetivos de la misma, qué fue lo que sucedió con anterioridad, así como las intervenciones realizadas, el sustento teórico metodológico, las tareas y lo que se planea hacer para la siguiente vez que se vea a las o los consultantes. Aunado a ello, cada sesión es video grabada con el permiso de las o los participantes mediante la firma de un consentimiento informado, esto permite la revisión de lo que sucedió durante el trabajo terapéutico apreciando no sólo las intervenciones del terapeuta, sino a la vez las reacciones y acciones de las y los consultantes.

3.1.1. Casos atendidos

En el siguiente cuadro se puede apreciar la totalidad los casos que fueron atendidos durante la Residencia en Terapia Familiar, siendo parte primero del equipo de observadores en primer semestre; después como terapeuta y parte del equipo terapéutico en segundo, tercer y cuarto semestre:

PRIMER SEMESTRE						
FAMILIA	MODELO	SEDE CLÍNICA	TIPO DE PARTICIPACIÓN	NUMERO DE SESIONES	MOTIVO DE CONSULTA	TERMINACIÓN DEL PROCESO
1	Terapia breve orientada a soluciones	FES Iztacala	Observador	4	Problemas de disciplina, agresión y falta de responsabilidades	Baja
2	Terapia breve orientada a soluciones	FES Iztacala	Observador	4	Problemas académicos de los hijos menores	Baja
3	Terapia breve orientada a soluciones	FES Iztacala	Observador	7	Apoyo para el consultante y sus hijos por separación conyugal	Alta
4	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Observador	6	Ansiedad e inestabilidad emocional	Alta
5	Terapia breve	FES Iztacala	Observador	8	Mala conducta en la	Alta

	orientada a soluciones				escuela y agresión	
6	Terapia breve orientada a soluciones	FES Iztacala	Observador	6	Hiperactividad del hijo menor y familia "disfuncional"	Alta
7	Terapia breve orientada a soluciones	FES Iztacala	Observador	4	Trastorno alimenticio de la hija	Alta
8	Terapia breve orientada a soluciones	FES Iztacala	Observador	4	Evitar conducta escéptica en relaciones sentimentales	Alta
9	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Observador	3	Asesoría sobre la toma de decisión de la continuidad de su matrimonio	Alta
10	Terapia breve orientada a soluciones	FES Iztacala	Observador	8	Reflexión de la necesidad de separarse por cuestiones de violencia	Alta
SEGUNDO SEMESTRE						
11	Terapia breve centrada en problemas	CCH Azcapotzalco	Equipo terapéutico	5	Separación de sus padres	Alta
12	Constructivista	CCH Azcapotzalco	Equipo terapéutico	7	Violencia en el noviazgo	Alta
13	Terapia breve orientada a soluciones	CCH Azcapotzalco	Terapeuta	9	Problemas familiares, espacialmente con la madre	Alta
14	Terapia Colaborativa	CCH Azcapotzalco	Equipo terapéutico	6	Crisis nerviosas, ideación suicida	Alta
15	Terapia breve centrada en problemas	CCH Azcapotzalco	Equipo terapéutico	7	Problemas de la madre con su hija mayor	Alta
16	Terapia breve orientada a soluciones	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	7	Inestabilidad emocional, problemas de pareja	Alta
17	Terapia breve orientada a soluciones	ISSSTE Tlalnepantla	Terapeuta	7	Su hija adolescente es muy introvertida	Alta
18	Terapia breve orientada a soluciones	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	6	Consumo de drogas por parte del padre y problemas con los hijos	No asistieron al cierre terapéutico
19	Terapia breve orientada a soluciones Constructivista	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	7	Conflictos laborales por su carácter	Alta
20	Terapia breve orientada a soluciones	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	5	Necesidad de enfocarse en sí misma y sus circunstancias familiares	Alta
TERCER SEMESTRE						
21	Terapia breve orientada a soluciones	FES Iztacala	Terapeuta	10	Problemas de confianza en la relación de pareja, debido a infidelidad	No asistieron al seguimiento
22	Terapia breve orientada a soluciones Terapia Colaborativa	FES Iztacala	Terapeuta	7	Problemas de pareja y conducta en su hija de 7 años	No asistieron al seguimiento

	Terapia Narrativa					
23	Terapia breve orientada a soluciones	FES Iztacala	Equipo terapéutico	8	Dificultades con la hija mayor debido a que padece epilepsia	Alta
24	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Equipo terapéutico	6	Problemas en el subsistema parental, problemas económicos	Baja
25	Terapia breve orientada a soluciones	FES Iztacala	Equipo terapéutico	4	Situación de manejo educativo con su hijo de 9 años	Baja
26	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Equipo terapéutico	5	Problemas de pareja, ella desea vivir con el padre de su hijo. Situaciones de educación con el hijo de 3 años	Baja
27	Terapia breve orientada a soluciones	FES Iztacala	Equipo terapéutico	2	A partir del nacimiento de sus hijas gemelas, su hija mayor se muestra rebelde	Baja
28	Constructivista	FES Iztacala	Equipo terapéutico	9	Problemas de manejo del enojo de su hijo mayor	Alta
29	Constructivista	FES Iztacala	Equipo terapéutico	7	Depresión por muerte de un hijo y problemas de pareja, siente mucha lejanía por parte de su esposo	Alta
30	Terapia breve orientada a soluciones	FES Iztacala	Equipo terapéutico	9	Problemas familiares. Se siente mal, cambios importantes en su estado de ánimo	Alta
31	Terapia Colaborativa	FES Iztacala	Equipo terapéutico	9	Refieren problemas familiares, relacionados con la relación de pareja. Él está desempleado y eso les ha generado problemas	Baja
CUARTO SEMESTRE						
32	Constructivista	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	4	Enuresis y encopresis de la hija menor de la familia	Baja
33	Terapia breve orientada a soluciones	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	6	Problemas de conducta del hijo menor y único varón	Alta
34	Terapia Colaborativa	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	7	Infidelidad por parte del varón y problemas de pareja	No asistieron al cierre terapéutico
35	Terapia breve orientada a soluciones	ISSSTE Tlalnepantla	Terapeuta	10	Trastorno bipolar, problemas con su hijo	Alta
36	Terapia Colaborativa	ISSSTE Tlalnepantla	Equipo terapéutico	7	Problemas en su relación con su hijo de 18 años	Alta
37	Terapia Colaborativa	FES Iztacala	Equipo terapéutico	5	El nieto de 5 años se distrae en la escuela	Baja
38	Terapia Colaborativa	FES Iztacala	Equipo terapéutico	2	Problemas en la pareja	Baja

39	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Equipo terapéutico	9	Problemas en la relación de su esposo y sus hijos	Alta
40	Constructivista Terapia Colaborativa	FES Iztacala	Equipo terapéutico	8	Sensación de depresión, insatisfacción con su actividad actual	Alta
41	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Terapeuta	2	Problemas en la pareja y en la educación de los hijos	Baja
42	Terapia breve centrada en problemas	FES Iztacala	Terapeuta	6	Proceso de separación, los niños parecen estar afectados	Baja
43	Terapia Colaborativa	FES Iztacala	Equipo terapéutico	9	Problemas de manejo del enojo de la madre	Seguimiento
44	Terapia Colaborativa	FES Iztacala	Equipo terapéutico	2	Problemas con su hija adolescente en relación a límites y trato	Baja

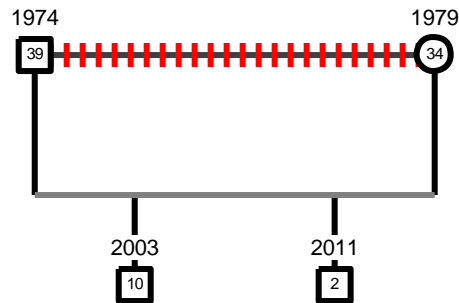
3.1.2. Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en la que atendió como terapeuta

A continuación presento la integración de dos casos clínicos donde fui la terapeuta principal y que fueron atendidos en la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Como lo había mencionado con anterioridad, en ambos casos los motivos de consulta tenían que ver por una lado, con la relación de pareja y por otro, con las dificultades en la interacción entre padres e hijos, motivo por el cual consideré incluirlos en el análisis con mi tema de interés, la conyugalidad y la parentalidad. Para mantener la confidencialidad de los datos de los consultantes, el primer caso lo designe como Familia A y ocupa el número 21 en la lista de todos los casos atendidos durante la Maestría, el segundo caso se identifica como Familia B y es el número 22, puntos que pueden apreciarse en el cuadro anterior.

FAMILIA A (21)

Familiograma

4



Motivo de consulta y antecedentes del caso

En la solicitud de consulta, la pareja refirió que el motivo por el que deseaban terapia era porque tenían problemas entre ellos. Al darles cita para el primer encuentro, el señor comentó que su esposa no podía asistir a la clínica porque trabajaba y le era complicado por los horarios, se le invitó a que asistiera él y que posteriormente se vería la posibilidad de que en algún momento ella nos acompañara. Ya durante la primera entrevista el consultante comentó que había habido infidelidades por parte de su esposa y a raíz de ello él se sintió inseguro, aunado a que tenían desacuerdos constantemente, por lo que consideró que necesitaban ayuda. Cuando acudieron a la Clínica, la familia estaba conformada por el padre de 39 años de edad, la madre de 34, un hijo de diez y otro de dos, todos vivían en la misma casa; aunque había existido distanciamiento entre la pareja, habían intentado mantenerse juntos.

El consultante señaló que su esposa le fue infiel hacía dos años y al parecer después de platicar decidieron continuar juntos. Al momento de la consulta, el

señor agregó que hacía un mes aproximadamente, nuevamente su esposa lo había engañado y él se salió de la casa con sus hijos, aunque estaba muy molesto decidieron seguir con su matrimonio. Sumado a lo anterior, el consultante señaló que hace cuatro meses falleció su mamá y que había tenido algunas dificultades con sus hermanos, ya que trabajaban juntos como abogados, situaciones que le habían afectado.

Al intentar resolver sus problemas, la pareja había platicado para llegar a acuerdos y también el consultante mencionó que pertenecían a un movimiento de la Iglesia llamado Juan Pablo II, desde hacía seis años aproximadamente, donde habían recibido apoyo de tipo matrimonial y también ellos mismos brindaban asesoramiento a parejas.

Objetivo terapéutico

Al inicio el consultante señaló que le gustaría retomar su confianza, ya que consideraba que se había hecho apático y quería volver a ser más alegre. Para la tercera sesión, la esposa logró asistir, ambos comentaron que querían seguir juntos y mejorar su relación. Por lo que se planteó como objetivo que pudieran hablar sobre las situaciones que los distanciaron, así como encontrar diferentes estrategias de comunicación que les pudieran favorecer.

Hipótesis

Existía un distanciamiento entre la pareja debido a dos infidelidades por parte de la esposa, cuestión que llevó a que el esposo tuviera desconfianza y desánimo, ya que mientras ella más intentaba demostrarle que le era fiel, él más desconfiaba porque pareciera confirmarse que con esos intentos ella escondía algo, encerrando a la pareja en un círculo vicioso. Aunado a lo anterior, el hijo mayor

empezó a mostrar conductas rebeldes y el menor conductas agresivas, ya que pegaba y quería morder, probablemente esto relacionado a las discusiones que observaban en casa.

Modelos psicoterapéuticos de intervención

Durante la intervención del caso, al inicio la terapia breve centrada en problemas fue útil para poder saber más sobre la problemática de la pareja y la familia. No obstante, se trabajó de manera general con la terapia breve orientada a soluciones, ya que cuando la pareja asistió se buscó indagar sobre las excepciones del problema, es decir, los momentos en los que podían dialogar y sentir tranquilidad. Asimismo, se buscó identificar los recursos de la misma, para que pudieran ser utilizados a su beneficio, con ello se logró observar que finalmente eran capaces de comunicarse e incluso de utilizar el humor para relacionarse, puntos que se iluminaron. También, al inicio del proceso se le hizo la pregunta del milagro al consultante y posteriormente una pregunta de escala, hacia el final de las sesiones se les planteó a ambos la pregunta de escala.

Aunado a lo anterior, de algún modo se utilizaron preguntas reflexivas desde la propuesta de Karl Tomm, ya que durante algunas sesiones se le preguntó a cada miembro de la pareja sobre qué tendría que suceder para que la situación fuera diferente, también al consultante qué tendría que hacer su esposa para que fuera perdonada; así como a la consultante, qué tendría que hacer su esposo para que ella considerara que estaba confiando de nuevo. Sin embargo, cabe señalar que para el señor era complicado responder a este tipo de preguntas, parecía que les daba vueltas y finalmente no concretaba, para la esposa era más fácil contestar.

Cabe señalar que desde los modelos posmodernos y considerando la terapia narrativa, ésta fue de utilidad ya que sirvió para poder externalizar la preocupación del consultante y poderla nombrar de forma distinta, de un modo en el que

podieran hablar de ello y llegar a acuerdos, en este caso referente a la infidelidad al hablar de “los fantasmas del pasado”.

Intervenciones

Al inicio del proceso terapéutico se estableció rapport (unión) con el consultante, quien asistió solo durante dos sesiones, lo que permitió lograr adherencia al tratamiento, posteriormente cuando la esposa pudo acudir, también se estableció una unión. Primero con el consultante se mostró empatía respecto a sus preocupaciones personales, como la muerte de su madre y las dificultades de pareja, asimismo cuando la esposa estuvo en sesión, se mostró interés por escuchar su voz, ya que era importante poder tener ambas historias. Desde el inicio se les explicó con claridad en que consistía el proceso terapéutico y se les invitó a firmar el consentimiento informado, lo que marco el compromiso entre pacientes y terapeuta.

En la primera entrevista se recabó información sobre el motivo de consulta, en general el consultante señaló que había sentido que se había ido “empañando” por diversas circunstancias: la infidelidad por parte de su esposa, los desacuerdos en la disciplina de los hijos, la muerte de su madre y la relación con sus hermanos, no obstante dejó ver la oportunidad de cambio, ya que las cosas no siempre habían sido así. Se le comentó que él iría marcando los temas que quisiera platicar, se hizo la invitación para que su esposa asistiera y al final se hizo la pregunta del milagro y aunque le fue algo complicado imaginar, él pensó que se daría cuenta que todo se había solucionado si su esposa fuera más atenta y cariñosa.

En la segunda sesión, el consultante comentó sobre las dos ocasiones en las que su esposa le fue infiel y también como el grupo de la Iglesia les sugirió que buscarán estar juntos y pensarán bien las cosas. Hacia el final de la sesión se hizo

la pregunta de escala y el consultante, en una escala del 0 al 10 se calificó con un 8, ante lo cual se le comunicó que el equipo había quedado sorprendido, ya que ante tantas dificultades que había vivido, pudo haberse calificado con menos, no obstante se le pidió que pensara que tendría que hacer para subir a un 8.5 o a un 9 y qué podría hacer para que las cosas continuara bien o siguieran mejorando.

Para la tercer sesión, se presentó la pareja, a ella se le explicó la forma de trabajar y se indagó sobre las cosas que consideraba estaban bien en su familia y la pareja, en busca de encontrar excepciones. Se les comentó que el equipo veía a una pareja que a pesar de las vicisitudes, mostraban complicidad, comunicación y esfuerzo por mejorar la situación, no obstante se les dijo que el tema de la confianza era el que sobresalía y se les dejó para reflexionar, si habría algo más que pudieran hacer para mejorar la relación o si sólo era ese *fantasma del pasado* el que afectaba la misma y no les permitía continuar, finalmente se les dejó la tarea de la sorpresa.

En la cuarta sesión, la pareja señaló que habían tenido algunas diferencias, y luego se habló sobre lo que se podía mejorar en la relación, se le preguntó a la esposa cuál era su pensar y sentir respecto a la infidelidad que ella había cometido, comentó que hicieron una especie de acuerdo (ella dejó el trabajo), pero que aún así continuaron los reclamos y la desconfianza, por su parte él quería que volvieran a ser cariñosos el uno con el otro. Se les comentó que aún a pesar de las dificultades, habían hecho un esfuerzo por estar juntos, sin embargo el *fantasma del pasado* se aparecía y no veían lo positivo, así como no lograban comunicarse; se les pidió que practicasen un ejercicio de comunicación, en el que se dieran tiempos cada uno para hablar.

En cuanto a la quinta sesión, el consultante señaló que no habían hecho la tarea relativa al ejercicio de comunicación, no obstante ella comentó que sólo en una ocasión si intentó hacerla, se indagó el por qué no la hicieron y ambos coincidieron en que cuando había un desacuerdo el enojo era demasiado, lo que les impedía

hablar; sin embargo posteriormente él señaló que casi no tuvieron dificultades, ya que se propuso no reclamar ni hacer comentarios sarcásticos sobre el engaño, lo que resultó en tranquilidad para ambos. Se les comentó que se apreciaba que ambos estaban haciendo cambios y para el equipo existía un continuo, en el que él no reclamaba, ella estaba tranquila y él empezaba a recuperar la confianza.

Para la sexta sesión la pareja comentó que habían estado más o menos, estuvieron tranquilos cuando como esposos convivieron un rato a solas, sin embargo en esta sesión salió el tema de los desacuerdos como padres, ella se quejó de que su esposo no le ayuda con el niño pequeño, sumado a que estaba cansada de estar a cargo de todos los quehaceres de la casa. Se les comentó que tenían que aprender a negociar, donde ambos estuvieran de acuerdo y colaboraran, en específico respecto al cuidado de los niños, donde debería existir cooperación y armonía.

La séptima sesión se dio después de dos meses ya que fueron vacaciones y principalmente se habló sobre una discusión porque la esposa se fue de viaje por el trabajo y él se enojó mucho, aunque intentaron hablar no se escucharon. Se encuadro la idea de que parecía que sus conversaciones se quedaban cortas y no solían decir todo lo que sentían, se buscó identificar en qué temas si podían lograr un consenso y fue principalmente en cuanto a los hijos. Se hizo un coro griego, la mitad del equipo consideraba que si todo seguía igual, se quedarían así o incluso podrían empeorar, la otra mitad consideraba que podían mejorar, ya que habían existido avances. Ante la recaída que la pareja consideró tener y aunque se había pensado enviarlos a seguimiento, se continuó con el proceso terapéutico.

Para la octava sesión, se indagó con la pareja las excepciones y por una parte él consideró que el enojo duraba menos y ella, que desde la última sesión pudieron expresar más cosas que no habían dicho. Surgió el tema de su idea de casarse por la iglesia y después se volvió a comentar sobre los desacuerdos en cuanto a los hijos, ya que el pequeño todavía duerme con ellos. Se les volvió a proponer

que deberían repartirse las labores del hogar, intentar que el hijo menor durmiera en su propia cama y al final se sembró la idea sobre que en ocasiones hay parejas que piensan que el tener un hijo o casarse haría que todo mejorara, no obstante les sugerimos que tomaran precaución respecto a lo que querían, si deseaban estar juntos porque se quieren o por sus hijos.

En la novena sesión, se volvió a hablar sobre la explosividad del consultante, por lo que se indagó sobre las creencias sobre el enojo y como hacernos responsables por el mismo es importante. Se volvió a hacer una pregunta de escala donde ambos reportaron tener avances significativos y aceptaron que todavía les faltaba concretar diversas acciones para mejorar, como mantener el diálogo. Al final de la sesión y retomando el tema de los hijos, en especial sobre el pequeño que duerme con ellos, se les comentó sobre cómo es que les gustaría que su hijos los recordaran, si deseaban tener un hijo con confianza e independiente, o lo contrario, uno dependiente.

En la décima sesión, el consultante comentó que habían estado bien, la convivencia como familia y en la casa, por su parte la esposa señaló que consideraba había existido apertura al diálogo por parte de él y que además no le había durado tanto el enojo. Asimismo comentaron que no habían logrado que su hijo menor durmiera en su cama, se indagó sobre el por qué y se resaltaron los recursos de la pareja para que pudieran lograr su meta. Al final se les pidió que para la próxima sesión, a manera de seguimiento y que fuera la última, pudieran reflexionar sobre todo el proceso que habían vivido en terapia, para también darles nuestras observaciones y sugerencias.

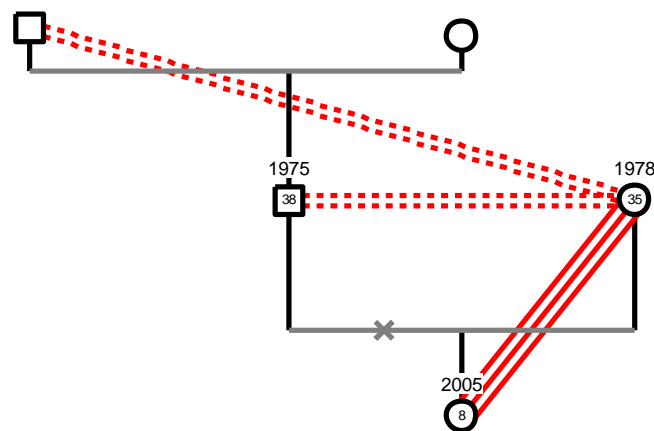
Seguimiento

En reunión con el equipo se comentó que se le había sugerido a la pareja tareas con las que podían mejorar su comunicación y el trato a sus hijos, pero que en

ocasiones no fueron constantes en la realización de las mismas y pensando que se encontraban en un proceso de cambio, se les iba a sugerir que continuaran con el tratamiento psicológico pero con otro terapeuta y equipo, sin embargo es importante señalar que la pareja ya no asistió a la sesión de seguimiento.

FAMILIA B (22)

Familiograma₄



Motivo de consulta y antecedentes del caso

En la solicitud de servicio, la consultante señaló que necesitaba de “Terapia Familiar para mejora de actitud, incluso familiar por divorcio”. Por otra parte, durante la llamada telefónica comentó que le preocupaba su pequeña, ya que había presentado problemas de conducta, tanto en la escuela como en la casa. Al momento de asistir a la Clínica, la consultante era una mujer de 35 años de edad, se encontraba casada y su esposo tenía 38, además tenían una hija de 8, vivían los tres juntos, más el tío del esposo quien había sido como su padre desde hace muchos años, cabe señalar que existía una relación conflictiva entre la consultante y el tío.

Ya durante la primera entrevista, la consultante agregó que tenía problemas con su pareja y habían pensado en el divorcio, señaló que con la terapia esperaba salvar su matrimonio y sobrellevar la situación con su hija. Finalmente expuso que asistieron a atención psicológica hacía tres o cuatro años, pero que la dejaron porque su esposo consideró que ella no estaba cambiando.

Objetivo terapéutico

La consultante deseaba mejorar la relación con su esposo y saber si podían estar juntos o no, así como deseaba saber cómo tratar a su hija porque pensaba se le podía salir de las manos. De esta forma a corto plazo se consideró que se buscaría identificar cómo era la relación entre madre e hija y trabajar en que el ejemplo enseña, ya que constantemente ella le gritaba a la niña. A mediano plazo, la intención era que el esposo pudiera acudir a sesión para colaborar en el proceso y a largo plazo se buscaría que ya fuera que decidieran estar juntos o separarse, pudieran establecer límites en su relación, así como con su hija y aprendieran nuevas formas de ser padres.

Hipótesis

Se consideró que existía una problemática fuerte entre la pareja y muy probablemente la hija se encontraba triangulada en el conflicto, lo que implicaba diversas áreas de problema en la familia, asimismo existía una relación demasiado cercana del esposo con el tío (padre adoptivo), que se sumaba a las dificultades.

Modelos psicoterapéuticos de intervención

Es interesante señalar, que el proceso terapéutico pasó de los modelos modernos a los modelos posmodernos, en la necesidad de hacer algo diferente en busca de mejores resultados. Primero se trabajó desde el modelo estructural y la terapia breve orientada a las soluciones, sin embargo al desear que la consultante pudiera escuchar ideas distintas, algo que pudiera serle útil, se hizo un acercamiento a los modelos posmodernos, por lo que la terapia colaborativa y la terapia narrativa fueron de suma importancia.

Al hablar de la relación entre padres e hija, desde el modelo estructural, se buscó que la consultante pudiera establecer límites claros a su hija y poder marcar la jerarquía en la familia, en la que los padres toman las decisiones importantes y los hijos cumplen con las actividades que les corresponden, todo esto surgió debido a que constantemente la consultante hablaba sobre como aparentemente le daban la opción de elegir a su hija pequeña, por ejemplo respecto a cuestiones de la casa, siendo que finalmente son los padres quienes decidían.

Asimismo, se utilizó la terapia breve orientada a soluciones, ya que se buscaron excepciones al problema, al preguntarle que situaciones estaban bien y que quisiera que se siguiera repitiendo, sin embargo fue complicado hablar de ello, ya que la consultante se encontraba centrada en el conflicto, aunado a que se mostraba cargada emocionalmente al hablar de las situaciones que le habían causado dolor.

Finalmente, desde la propuesta de Tom Andersen, se realizó con la consultante un equipo reflexivo, donde cada miembro del equipo expresó cómo fue para ellos su experiencia como hijos en cada una de sus familias. Asimismo, considerando la terapia narrativa y la propuesta de Karl Tomm, se realizó una *entrevista al otro internalizado*; durante el transcurso de las sesiones, se observó que la consultante parecía tratar a su hija de 8 años como a un adulto, entonces con el fin de que

podiera entender a la pequeña, se le pidió que se pusiera en sus zapatos y que contestara diversas preguntas. Para la consultante fue complicado en ocasiones responder como su hija, ya que parecía que contestaba lo que ella como madre pensaba y sentía, restando importancia a lo que probablemente sentía su pequeña.

Intervenciones

Al iniciar el caso, se estableció rapport (unión) con la consultante, por lo que se mostró empatía ante su situación lo que finalmente resultó en su adherencia al tratamiento. Asimismo se le explicó la forma de trabajo en la clínica y se le pidió que firmara el consentimiento informado con lo que se dio inicio al proceso terapéutico.

En la primera sesión, ya que la consultante había comentado que le preocupaba la conducta de su hija, se exploró cuáles eran las áreas afectadas de la niña. Asimismo, la consultante explicó que entre su esposo y ella existía una lucha de poderes, además que él no les daba su lugar como esposa e hija, ya que su suegro se metía mucho en la relación. Agregó que en una ocasión hubo violencia, por la cual ella y su hija se fueron de la casa por un tiempo, aunque luego decidieron regresar. Es importante señalar que se observó que la consultante quería que su hija se comportara como adulta, pero a la vez como una niña, siendo sumamente contradictoria. Al final, dado que la consultante había comentado que cuando asistió a terapia con su esposo, ella no esperó que él cambiara, se le dejó que escribiera qué tendría que hacer ella para mejorar la relación con él y por lo tanto con su familia, desde la postura de la espera del no cambio por parte de él.

Durante la segunda sesión, la madre se quejó de la mala conducta de su hija, sin embargo señaló que ante un enojo de la pequeña, ella no gritó y actuó con más

calma, cuestión que consideró sorprendió a su hija. Se indagó sobre la propia infancia de la madre, principalmente ante el divorcio de sus padres. Posteriormente, se trató el tema de la relación madre e hija y se habló del patrón que repetía con su hija, sobre dar la ilusión de que podía elegir cuando ella como madre ya había decidido la respuesta. Cabe señalar que también se trató el tema de la posibilidad de que los tres (papá, mamá e hija) se fueran a vivir a otra casa, asimismo la consultante habló del “costal emocional” de su hija, por lo que se le pidió que reflexionara cómo es que se llenaba ese “costal”.

En cuanto a la tercera sesión, se comentó sobre la decisión de irse a vivir a otra casa, sin embargo era una situación difícil debido a que dependía económicamente de su esposo. Posteriormente, se retomó el tema del patrón que repetía ella con su hija, por lo que se le explicó que en la familia existen jerarquías que separan a padres de hijos, además se comentó sobre que al darle tantas explicaciones y exponerle consecuencias fatalistas, la pequeña las podría mal entender y por lo tanto, la relación se deterioraría. Asimismo, al tocar el tema del “costal emocional” de ambas, madre e hija, la consultante dejó entrever un temor a no cumplir con todo lo que consideraba debiera hacer como madre. Se le sugirió una tarea en la que pudiera empezar a ejercer una autoridad positiva, es decir que considerando la jerarquía que debe existir, pudiera ordenarle pero sin darle tantas explicaciones, aunado a que buscara situaciones en las que fuera muy probable que su hija la obedeciera y finalmente ordenarle con cariño.

Respecto a la cuarta sesión, la consultante señaló que su hija estaba peor y relató algunas quejas de ella, ante esto se aprovechó para revisar la tarea de buscar una autoridad positiva, sin embargo la madre pensó que eso no era una solución. Después se intentó que identificara aspectos positivos en su hija y relató diversas discusiones, así como problemáticas, se le dificultaba mucho hablar de lo bueno. Posteriormente, la consultante habló sobre la falta de comunicación que existía entre ella y su esposo, por lo que se trató el tema de los constantes desacuerdos de la pareja y de cómo pudieran ser las cosas si se iban a vivir a otro lugar, ya que

al parecer la consultante consideró que si esto sucedía, todo podría solucionarse. Se hizo un coro griego y se le dijo que una parte del equipo creía que ella ya se estaba preparando para irse a otro lugar, no obstante la otra parte del equipo pensó que pareciera que no existía un cambio, que en el fondo había algo en ella que le impedía realmente cambiar, porque tal vez todavía no estaba lista, entonces que tendría que seguir enfrascándose en la lucha con su esposo y su hija, lanzando así una paradoja.

Para la quinta sesión, nuevamente la consultante comentó que su hija se había portado muy mal y al retomar su decisión de irse, afirmó que tenía miedo de estar sola con la pequeña, ya que no tenía el apoyo de su esposo y agregó como la relación con ella se deterioraba cada vez más. Para el final, se hizo un equipo reflexivo donde cada uno de los integrantes del mismo expuso sus ideas respecto a lo que habían estado viendo sobre la relación de la consultante con su hija, ligándolo con sus propias experiencias de vida en familia.

En la sexta sesión, después de hablar sobre el equipo reflexivo, se observó que en la consultante todavía existía una gran dificultad para poder entender las diferencias entre una niña y una adulta, entonces desde la propuesta de Karl Tomm se hizo una *entrevista al otro internalizado*, por lo que se le pidió a la consultante que se pusiera en los zapatos de su hija, para saber que sentía al ser regañada y castigada, qué es lo que la hacía sentir feliz y si pensaba que pudiera estar decepcionando a su mamá, sin embargo a la consultante le fue complicado pensar y hablar como su hija. Asimismo, se decidió compartirle algunas ideas, aunque no fueron muy bien recibidas: las consecuencias de lo que hacemos deben llevar lógica respecto a la acción; el cariño no se condiciona (ya que en ocasiones lo había usado para castigar a la niña al decirle que no estaría con ella antes de dormir); en las decisiones de adultos no se debería involucrar a la niña por el doble mensaje que le dan; en la familia debe haber límites y un equilibrio; sin llegar a ser rígidos, los padres son el soporte y la base de la familia.

Seguimiento

Después de dos meses, siendo la séptima sesión, se hizo un seguimiento para saber cómo había estado la consultante, ella comentó que había tenido altas y bajas, asimismo habló sobre las dificultades que había tenido con su esposo y aseguró que su pequeña se portaba mal cuando estaba su papá porque éste le permitía muchas cosas y para ella era difícil enfrentarlo al respecto. También comentó que la decisión de irse de la casa no era viable por lo que había decidido quedarse, además empezaría a estudiar la Licenciatura y su esposo le pagaría la Universidad. Explicó que aún así, ya no quería jugar el mismo juego con su esposo, de luchar por el poder, de discutir y dejarse de hablar, por lo que se le preguntó cómo jugaría ahora, entonces se indagó sobre las nuevas reglas que debía marcar. Finalmente, se había pensado en dar una sesión más de seguimiento, pero a la consultante ya no le fue posible asistir.

3.1.3. Análisis y discusión del tema o temas que sustentan los casos presentados

CONYUGALIDAD Y PARENTALIDAD: UN DILEMA DE LAS PAREJAS

Como lo mencionan Minuchin y Fishman (1984), la familia es un grupo natural que con el transcurso del tiempo ha elaborado diferentes pautas de interacción, por otra parte señalan que todo ser humano se considera una unidad, un todo en interacción con otras unidades. Así, en la familia se van formando unidades de más de un miembro a las que se les designó con la palabra *holón*, término propuesto por Arthur Koestler, cuestión que ha sido importante porque cada *holón* es una unidad intervención, ya sea el individuo, la familia nuclear, la familia extensa o la comunidad, “es un todo y una parte al mismo tiempo, no más lo uno que lo otro y sin que una determinación sea incompatible con la otra ni entre en conflicto con ella” (pág. 27).

Considerando lo anterior, la mayoría de las dificultades que surgen en la familia se debe a los cambios en las pautas de interacción entre sus miembros, lo que genera un desequilibrio. Por citar un ejemplo, una problemática en el *holón conyugal* es lo difícil que es poder identificar lo que a cada uno les corresponde como padres y como es que poco a poco van perdiendo las cualidades de ser pareja; muchas veces con la rápida llegada de los hijos, las parejas no logran consolidarse y no aprenden a vivirse como tal, van perdiendo la comunicación, la intimidad y la relación se va deteriorando con el tiempo.

Y para citar un ejemplo de dificultades en el *holón parental*, están los problemas de control, que aunque de manera continua se enfrentan y se resuelven en mayor o menor medida por ensayo y error, la índole de las soluciones variará para los diferentes estadios de desarrollo de la familia. Es por ello que en muchas ocasiones los padres solicitan atención psicológica en busca de respuestas, en donde será esencial que el terapeuta esté atento a la participación de todos los miembros en el mantenimiento de la interacción disfuncional, por un lado y por el otro en la eventual solución del problema, con los recursos que ellos mismos puedan poseer.

De esta manera, es interesante poder investigar sobre los términos de conyugalidad y parentalidad, así como considerarlos como una forma de abordar las dificultades de la familia, lo que brinda como siempre nuevas posibilidades para buscar el cambio de las mismas y por lo tanto de su bienestar al poder conjuntar lo que muchas veces suena complicado de sobrellevar, las funciones de ser pareja con las funciones de ser padres.

La Pareja: Punto de Encuentro

Como lo menciona Estrada (1997), aprender el rol del cónyuge no es de ninguna manera tarea sencilla, presupone entre otras cosas, haber renunciado ya a las

ganancias emocionales que proporcionan las etapas anteriores de pretendiente e hijo, y tener la disponibilidad física y emocional para seguir aventurándose en el quehacer del vivir y de formar una nueva familia. Aunque resulta obvio, es fácil admitir que ser esposo o esposa por primera vez es una situación desconocida de la cual no sabemos nada, sólo lo que vimos en los padres. Sintonizarse emocionalmente con el otro requiere de un gran valor y de una gran capacidad para limitar las propias necesidades en beneficio de una relación que empieza.

En esta nueva etapa se trata principalmente de lograr dos puntos, primero, cambiar todo aquellos mecanismos que hasta entonces proveyeron seguridad emocional. Y segundo, integrar un sistema de seguridad emocional interno que incluya a uno mismo y al nuevo compañero. Desde luego, lo primero que sucede es una relación de dos, es que cada uno intenta echar a andar los mecanismos ya conocidos y aprendidos en su sistema familiar de origen, los cuales difícilmente funcionarán con su nueva pareja (Estrada, 1997).

Por otra parte, como menciona Haley (1980), la pareja debe elaborar acuerdos, así como nuevas maneras de manejarse con sus familias de origen, sus pares, los aspectos prácticos de la vida en común y las diferencias sutiles y evidentes que existen entre ellos como individuos. A medida que se va elaborando una nueva relación mutua, la pareja también debe diseñar modos de encarar los desacuerdos, es frecuente que durante este periodo inicial se evite la discusión abierta o las manifestaciones críticas, debido al aura benevolente que rodea al nuevo matrimonio y a que no desean herir sus respectivos sentimientos. Con el tiempo, las evitadas áreas de controversia se van ampliando y los miembros de la pareja se descubren una y otra vez al borde de una pelea y misteriosamente irritables el uno para el otro, no obstante elaborarán modos de resolver los desacuerdos y dejar las cosas en claro.

Para Minuchin y Fishman (1984), en el *holón conyugal* las pautas de interacción que se van elaborando no suelen ser discernidas con conciencia, simplemente

están dadas y forman parte de las premisas de la vida, sin embargo estas pautas establecidas gobiernan el modo en que cada uno de los cónyuges se experimenta a sí mismo y experimenta al compañero dentro del contexto matrimonial. Además una de las tareas más vitales del sistema de los cónyuges es la fijación de límites que los protejan procurándoles un ámbito para la satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos u otras personas, lo que es un reto. Asimismo éste subsistema es vital para el crecimiento de los hijos porque constituye el modelo de relaciones íntimas, el como se manifiestan en las interacciones cotidianas.

Finalmente, es interesante comentar la concepción de pareja que tiene Phillippe Caillé (1992), quien la considera de una forma diferente, es decir como un ser vivo que teje su propia historia, “historia que puede causar delicias o por el contrario, la desesperación de quienes intervienen en ella” (pág. 13); por lo que la pareja que se crea, como una criatura que despierta a la vida no tarda en adquirir conciencia de su propia existencia, tiene sus exigencias y no le preocupa entrar en conflicto con las necesidades personales de quienes le han dado vida.

Proceso Parental

Como lo comenta Haley (1980), parte de la aventura del matrimonio consiste en que justo cuando empiezan a resolverse los problemas de una etapa, la siguiente a comenzado a proveer nuevas oportunidades, por ejemplo una pareja que durante el primer periodo matrimonial ha elaborado un modo afectuoso de convivencia se encuentra con que el nacimiento de un niño plantea otras cuestiones y desestabiliza las antiguas; para muchas parejas es este un momento delicioso de expectativas mutuas y de actitud de bienvenida, pero para otras es un lapso penoso que adopta diferentes formas.

Además Haley (1980) señala que cuando surge un problema durante este periodo no es fácil determinar la “causa”, porque en el sistema familiar son muchos y diversos los ordenamientos establecidos que se revisan como resultado de la llegada de un hijo; parejas jóvenes que consideran a su matrimonio un ensayo, se encuentran con que la separación es menos posible, otras parejas que se creían mutuamente comprometidas, se descubren sintiéndose atrapadas con la llegada de un niño y aprenden, por primera vez la fragilidad de su original contrato matrimonial.

Como también lo señalan Minuchin y Fishman (1984), el *holón parental* puede estar compuesto muy diversamente, a veces puede incluir a un abuelo o a una tía, incluso es posible que excluya en buena medida a uno de los padres; por otra parte también podría incluir a un hijo parental, al que se le delega la autoridad de cuidar y disciplinar a sus hermanos. Asimismo, comentan que aunque en el *holón parental* se incluyen la crianza de los hijos y las funciones de sociabilización, son muchos más los aspectos del desarrollo del niño que reciben el influjo de sus interacciones dentro de este subsistema. Dentro del subsistema parental, los adultos tienen la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos y socializarlos, pero también poseen derechos, es decir, los padres tienen derecho de tomar decisiones que atañen a la supervivencia del sistema total en asuntos como un cambio de domicilio o la elección de la escuela, así como en la fijación de reglas que protejan a todos los miembros de la familia; también tienen el derecho y aún el deber de proteger la privacidad del subsistema de los cónyuges y de establecer el papel que los niños habrán de desempeñar en el funcionamiento de la familia.

Es así que recibir a un hijo suele ser una situación sumamente compleja, incluso existe un dicho popular que dice que “ser padres es uno de los oficios más difíciles y que es el único para el que no hay una formación”, Ausloos (1998) considera que en la actualidad casi nadie está preparado para educar a un niño, incluso aún cuando haya sido realmente querido y deseado. Aunado a ello agrega que

sociólogos, sexólogos y psicólogos coinciden en decir que ahora estamos menos preparados para esta función totalmente esencial, la de ser padres; que muy probablemente se deba al constante cambio que vivimos como sociedad.

Asimismo, Ausloos (1998) considera que en las grandes ciudades, hay poca o ninguna posibilidad para que los futuros padres puedan realizar algún tipo de aprendizaje de padres, ya que además se encuentran confrontados la mayor parte del tiempo a un gran aislamiento social y relacional, esto debido a que padres y abuelos en ocasiones están lejos, los amigos están ocupados en sus propias tareas y no se puede prácticamente contar con ellos para recibir apoyo en esos momentos difíciles después del nacimiento de un hijo. Incluso señala que sobre todo existe una especie de consenso social para imponer un mensaje oficial según el cual una pareja sólo puede ser perfectamente feliz después del nacimiento de un hijo, mientras que la realidad para la mayor parte de parejas está llena de dificultades, fatigas, tensiones, que son mucho más pesadas al no poder hablar de ello con los demás.

Ausloos (1998) comenta que además del nacimiento del primer hijo, los padres enfrentarán etapas que representarán otras dificultades; la primera prueba será el nacimiento de otros hijos, después la entrada a la escuela será la primera verdadera separación del niño y el inicio de las preocupaciones sobre sus posibles éxitos; posteriormente la pubertad traerá la aparición de la sexualidad en el subsistema de los hijos y el principio de un cierto retraimiento afectivo que los padres viven a menudo muy mal; la adolescencia hará llegar un cambio en las reglas familiares sobre el dinero, las salidas, la sexualidad y el principio de enfrentamientos y cuestionamientos que no serán siempre fáciles de abordar; hacia el final la autonomía y la partida de los hijos para a su vez formar sus propias familias y convertirse eventualmente en padres serán otros periodos difíciles para los padres, sobre todo si se tiene en cuenta que éstos van aproximándose a la jubilación, para la cual a menudo no están preparados.

Es normal e inevitable que los padres pasen por periodos complicados, es previsible que en ciertos momentos algunos no se sientan capaces de continuar y también es normal que algunos rechacen jugar ese rol, de esta forma se considera que se ha acusado demasiado a los padres de retirarse, de rechazar sus posibilidades y no se ha intentado suficientemente ponerse en su lugar (Ausloos, 1998).

Conyugalidad y Parentalidad

Cuando una pareja decide unirse con la intención de convertirse en padres, se puede considerar a la misma como una pareja parental, así como en dos dimensiones, la conyugalidad y la parentalidad, que respectivamente reflejan por una parte, la relación que mantienen entre sí los miembros de la pareja y por otra, la relación que los une a sus hijos (Linares, 1996). Además, en la búsqueda de comprender la complejidad que se establece entre padres e hijos, se ha considerado que la relación conyugal tiene un papel fundamental en la calidad de la vida familiar (Mosmann y Wagner, 2008).

Mosmann y Wagner (2008) señalan que para entender la conexión entre la relación conyugal y el desarrollo de los hijos se deben considerar diversas variables que pueden actuar como mediadoras en esa interacción, como lo podrían ser: la adaptabilidad, la cohesión, el conflicto conyugal y la satisfacción; asimismo la asociación entre estas variables puede expresar la manera en como la pareja se relacionará y en la forma como educará a sus hijos. Dicho supuesto se basa en el concepto teórico *spillover*, que apunta la existencia de una relación de influencia positiva entre la calidad de la relación conyugal y la relación entre padres e hijos, es así que si las relaciones conyugales se establecen de forma negativa, sus efectos influyen negativamente a los hijos.

Este concepto teórico de *spillover*, que puede ser traducido como “trasbordar”, se origina en varias orientaciones teóricas como el estrés de Conger (1992), la teoría del aprendizaje social de Patterson (1989), la teoría ecológica-sistémica de Brofenbrenner (1996) y la teoría de los sistemas familiares de Minuchin (1982); y de acuerdo con Mosmann y Wagner (2008) muchos investigadores, principalmente norteamericanos, la importancia del proceso *spillover* se centra en la idea de que una pareja con altos niveles de conflicto y bajos índices de satisfacción conyugal llevaría una postura más agresiva con sus hijos, adoptando prácticas educativas más punitivas y con menos proximidad afectiva.

Relacionado a lo anterior, Linares (1996) presenta su propuesta sobre la conyugalidad y la parentalidad, en donde señala que son dos cualidades de la pareja parental, asimismo formula varios axiomas al respecto, uno de ellos es que ambos son atributos de la pareja, pero a la vez poseen una dimensión individual, es decir que el peso de cada uno puede variar debido a factores culturales, por ejemplo en nuestro país la parentalidad suele recaer más sobre la mujer, ya que son ellas quienes se encargan la mayor parte del tiempo del cuidado de los hijos. Otro axioma señala que tienen relación con la historia de cada miembro de la pareja y de sus familias de origen, aunque de esta forma cabe señalar que no están determinadas mecánicamente. Por otra parte, otro axioma indica que ambas se influyen mutuamente y de un modo complejo, es decir la conyugalidad puede deteriorar la parentalidad o ayudar a restaurarla y viceversa, la parentalidad puede arruinar o redimir la conyugalidad. Un axioma más explica que ambas son independientes entre sí, es decir no resultan una de la otra y pueden existir todas las combinaciones posibles de cada una (entre conyugalidad armoniosa, conyugalidad disarmónica, parentalidad conservada, parentalidad deteriorada) y finalmente, un último axioma expone que son variables ecosistémicas, debido a que están sometidas a la evolución del ciclo vital de la familia y a la influencia de diversos factores ambientales.

También señala que ambas dimensiones, la conyugalidad y la parentalidad se sitúan entre dos polos ideales de máxima positividad y negatividad, pero que sólo constituye una referencia abstracta careciendo de una entidad real. Por lo que la conyugalidad se extendería entre un extremo armonioso y otro disarmónico, desplegando las múltiples posibilidades en que los cónyuges cubren sus necesidades de apoyo, ayuda y nutrición emocional recíprocas. La elección de pareja se produce con un doble baremo que se inspira simultáneamente en el parecido y en la diferencias, asimismo, la familia de origen está presente en el uno y en la otra, como reconocen tantos autores como Whitaker (1989), motivando una opción continuista que reproduzca modelos y patrones ya conocidos, o bien una de ruptura que busque incorporar aquello que falta. Es probable que contraste y semejanza se persigan en la mayoría de parejas, dando lugar a elementos de complementariedad y de simetría en diversas proporciones, y también lo es que tales fórmulas subyazcan tanto a éxitos como a fracasos (Linares, 1996).

Por otra parte comenta que la parentalidad es una cualidad compleja y podría decirse paradójica, ya que remite a la pareja pero sin depender unívocamente de ella, fija sus cimientos en las familias de origen y encuentra en el contexto cultural un encuadre basto. Por otra parte es una cualidad sencilla, debido a que corresponde a una dimensión biológica e instintiva que conecta profundamente al ser humano con sus raíces animales. Desde una visión lineal, la parentalidad destaca funciones sociabilizantes, con las cuales los padres controlan el contacto de sus hijos con la sociedad en un doble sentido, por una parte ayudándolos a defenderse de las agresiones del entorno, lo que podrían ser funciones protectoras y por otra parte orientándolos sobre cómo tratar a los otros, estas podrían ser funciones normativas. Esto no es visto de un modo discursivo, sino que los padres se utilizan a sí mismos como agentes y vehículos de mensajes sociabilizadores. Cuando los niños son tratados por sus padres, aprenden cómo los trata el ecosistema y tratando a aquéllos, aprenden a tratar a éste. Sin embargo, desde una visión circular surgen las funciones nutricias, mediante las cuales los padres suministran a sus hijos nutrición emocional a través de circuitos

paralelos e interconectados que tienen que ver con el reconocimiento, el amor y la valoración. Los niños al sentirse queridos, reconocidos y valorados son capaces de integrar normas y seguridad en proyectos personales coherentes, aunado a ello comunican a sus padres que ellos también son valorados y queridos, lo que les permite nutrirse nutriendo. Esto es de la máxima trascendencia para los hijos pequeños, que apenas acceden a otras fuentes de nutrición emocional, en contraste con los padres, que disponen de suministros más variados (Linares, 1996).

Linares (1996) señala que las funciones nutricias son más sólidas y menos vulnerables que las sociabilizantes, pero a la vez resultan más difícilmente compensables o sustituibles cuando se deterioran, además que las consecuencias de su alteración son más destructivas. Además comenta que las combinaciones de la conyugalidad y la parentalidad suministran un marco para organizar metáforas guías de corte relacional, principalmente en el diagnóstico de la psicopatología, cuestión que puede ser sumamente criticada desde una visión sistémica y que aunque ese no es el punto de interés para éste análisis, su esquema diagnóstico puede ser reconocido y valorado por quienes se representen formando parte de una tradición en la que la dimensión relacional no anula sino enriquece la individual y en la que la circularidad y la reflexividad aportan complejidad a la linealidad pero no la convierten en un despropósito.

De esta forma, Linares (1996) propone un esquema diagnóstico (como se observa en la Figura 1) en el que existen cuatro cuadrantes, por un lado la conyugalidad armoniosa y la conyugalidad disarmónica, y por otro lado, la parentalidad conservada y la parentalidad deteriorada, generando diversas combinaciones según ambas dimensiones. Es decir, entre la combinación de una conyugalidad armoniosa y una parentalidad conservada, resultan familias nutricias; entre una conyugalidad disarmónica y una parentalidad deteriorada, familias caóticas; entre una conyugalidad disarmónica y una parentalidad conservada, familias trianguladoras y entre una conyugalidad armónica y una parentalidad deteriorada,

familias deprivadoras. Y concluye explicando que la normalidad es un espacio virtual de dimensiones imposibles de determinar, todo cabe en ello, incluidas las carencias y el sufrimiento, aunque sus proporciones no deben impedir un bienestar y un grado de funcionalidad razonables; por tanto una parentalidad conservada y una conyugalidad armoniosa, sin que ésta última excluya la disolución de la pareja como tal, son elementos fortalecedores de la salud mental de los hijos.

Esta clasificación de las familias, es una posibilidad para entender a las mismas desde otra perspectiva, aunque dicho esquema puede resultar polémico por el simple hecho de la tendencia del modelo sistémico a evitar etiquetar, aunado al uso de referencias psicopatológicas extraídas de la tradición nosológica psiquiátrica, no obstante afirma que desde muchas visiones se plantea la necesidad de introducir agrupaciones que organice las singularidades reduciendo el desorden, de esta forma considera al diagnóstico sistémico como un proceso que permite relacionar singularidad y redundancia en el campo del sufrimiento psíquico y la interacción disfuncional. Aunado a ello asegura que ésta es sólo una propuesta de entre las múltiples tipologías posibles, construibles, considerando infinitos factores biológicos, psicológicos y sociales.

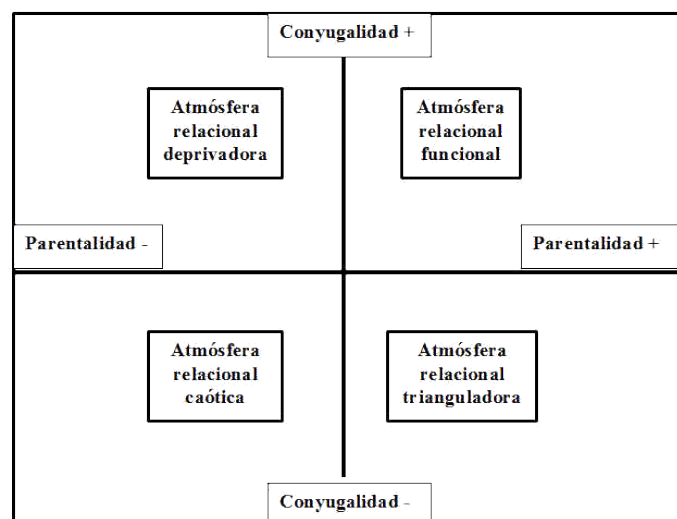


Figura 1. Esquema Diagnóstico

Se han desarrollado diversos estudios que consideran las dimensiones de la conyugalidad y la parentalidad, por ejemplo para Linares (2011) ha sido de interés enfocarse en el trabajo con adolescentes y sus familias, en un artículo donde habla sobre como a los padres “no les gustan sus hijos”, señala que la coincidencia de una conyugalidad armoniosa y de una parentalidad primariamente deteriorada resulta en deprivaciones, que cuando se traducen en una pauta de rechazo, descalificación e hiperprotección, facilitan el desarrollo de padres que rechazan a sus hijos adolescentes.

A principios de 2012 se buscó validar el Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas, donde se tomaron en cuenta ambas cualidades de las familias, este cuestionario mostró ser capaz de evaluar las relaciones de pareja y las relaciones parentales al mismo tiempo, pues permite discriminar entre parejas funcionales y disfuncionales y entre desarrollo adecuado o no de la parentalidad (Ibáñez, Linares, Vilaregut, Virgili y Campreciós, 2012).

En el estudio titulado las Dimensiones de la conyugalidad y de la parentalidad: un modelo correlacional, se postula que los profesionales que trabajan con parejas pueden facilitar un cambio positivo en el sistema familiar auxiliando a los individuos con dificultades conyugales a aprender a monitorear y autorregular sus emociones, en el sentido de minimizar los efectos del “trasbordo” de la conyugalidad para la parentalidad. Además, se señala que los esfuerzos deberían centrarse en promover el desarrollo de habilidades personales en estas parejas, al demostrarse que la dificultad para resolver problemas de forma general influye en la conyugalidad y consecuentemente, en la parentalidad (Mosmann y Wagner, 2008).

Por otra parte, Linares (2006) señala que desde la visión de la parentalidad, cuando las funciones sociabilizantes y más aún las nutricias se ven amenazadas antes diversos conflictos en la pareja, se pueden producir relaciones psicológicamente maltratantes en la familia. De esta forma, varias de las

situaciones familiares que pueden surgir son diversos tipos de triangulación, tales como la triangulación manipulatoria, la desconfirmadora, la imposible y otros tipos más, los cuales serán abordados de manera más detallada a continuación.

Triangulación de los hijos

Se entiende por triangular a los hijos cuando se les hace partícipes en los juegos relacionales disfuncionales de sus padres, es decir, implicarlos en las tentativas de resolución de los conflictos conyugales paternos. Esto puede ocurrir con cierta facilidad cuando unos padres que en un principio se interesan por el bienestar y la salud de sus hijos, se dejan arrastrar en el trato con ellos por los problemas que desencadena su mala relación de pareja. (Linares, 2006).

En la necesidad de “ganar” su lucha conyugal, la búsqueda de aliados se convierte en una tarea importante, finalmente los hijos son los candidatos privilegiados a convertirse en aliados, aún cuando paguen tributos en forma de conflicto de lealtades, que los conlleva a atender contra su salud mental (Linares, 2006).

Los diferentes tipos de triangulación son los siguientes:

Triangulación manipulatoria

Una pareja que se encuentra en una relación simétrica poco compensada, tendrá dificultades para armonizar y unificar sus propuestas relacionales a sus hijos. Entonces el resultado puede ser un sistema de doble parentalidad, sin que sea en absoluto necesario que para ello se consume la separación conyugal (Linares, 1996).

Por lo tanto en la triangulación manipulatoria los hijos son instigados a aliarse con uno de los progenitores o con los dos simultáneamente, mediante propuestas

seductoras o amenazadoras de las más variadas formas, como “vente de mi parte, yo te ofrezco más”, “abstente de irte con él o ella, si lo haces, atente a las consecuencias”. Estas no son frases que se suelen pronunciar de modo tan explícito, pero subyacen a mensajes que pueden ser emitidos con un simple suspiro o una subida de cejas (Linares, 2006).

Asimismo, dicha triangulación es generadora de ansiedad, comprensible fácilmente como el tributo pagado por un conflicto de lealtades para con figuras altamente relevantes, donde los niños se preguntarán: ¿Me inclino por mamá, arriesgándome a perder una relación fluida con papá?, ¿Cedo a las presiones de uno de los dos para asegurarme su relación?, ¿Cómo afronto entonces las amenazas del otro?. Por lo tanto, la ansiedad neurótica, producto de tales inseguridades, puede manifestarse sola, invadiendo la personalidad del niño y futuro adulto de forma más o menos invasiva, o bien combinarse con otros ingredientes, dando lugar a diversas modalidades de síntomas neuróticos (Linares, 2006).

El niño triangulado recibe mensajes contradictorios en el núcleo de las funciones sociabilizantes, referidos a cómo tratar a las figuras significativas más importantes del entorno y a cómo cabe esperar ser tratado por ellas; es una información desconcertante, que el niño no sabe cómo elaborar y que le genera una angustia básica que constituye uno de los ingredientes de la experiencia neurótica, como se había mencionado con anterioridad. Sus padres suelen garantizar el cumplimiento de las funciones nutricias dado que su interés por él es sincero, pero se muestran incapaces de superar la doble parentalidad que deteriora las funciones sociabilizantes y que, si consigue arrastrarlo al juego manipulador, contribuirá decisivamente a neurotizarlo (Linares, 1996).

La triangulación manipuladora puede generar también violencia física en relación con el hijo triangulado, cuando uno de los progenitores lo percibe como aliado del otro y acaba descargando sobre él, parcial o totalmente, los golpes que le inspira

su cónyuge; a la violencia física se añade el trasfondo del maltrato psicológico (Linares, 2006).

Triangulación desconfirmadora

El hecho de desacreditar a una persona negando su capacidad para desempeñar ciertas funciones, entre las cuales destacarían las conyugales y las parentales cuando, en el marco familiar, se descalifica a alguien como cónyuge o como progenitor. La desconfirmación, por su parte, representaría una forma mayor de agresión comunicacional consistente en negar la identidad de alguien: desde la situación extrema y por tanto tan destructiva como rara, de ignorar la existencia de una persona de forma significativa, constante y por parte de figuras de las que depende, hasta una serie de fenómenos menos graves e intensos, cercanos a la descalificación y al rechazo (Linares, 1996).

Por lo tanto, las triangulaciones desconfirmadoras se presentan en parejas donde el amor y el odio están muy cerca, con una relación de dependencia mutua, cada miembro siente la necesidad de tener al otro cerca y bajo control, en un pulso eterno por ganarle la partida, aun sabiendo que la partida no tendrá ganador ni perdedor. En una situación así, uno de los dos puede proponerle al hijo que sea su aliado para ganarle al otro, ofreciéndole implícitamente una relación privilegiada y exclusiva. Si el hijo se siente ya de entrada, inseguro, poca cosa o diferente negativamente, será más fácil que acepte la propuesta, lanzándose a una asociación condenada al fracaso. Porque una vez utilizado, su alianza será ignorada frente a la fuerza de la presencia del otro y esa ignorancia, esa sensación de haber sido instrumentalizado como un tonto útil es un juego mucho más importante que le trasciende totalmente, puede ser muy desestabilizadora para la salud mental del hijo. Se trata de un fenómeno al que se le llama desconfirmación y puede constituir una circunstancia que conduzca a la psicosis (Linares, 2006).

La situación puede ser procesada por el niño como un atentado frontal a su identidad, donde podría considerar “si las figuras más importante de mi vida me ignoran como persona, puesto que me utilizan como arma pero se olvidan de mí y de mis necesidades, debe de ser que no existo, que no soy nadie”. Y la identidad se desmorona ante la falta de reconocimiento, pero como no se puede vivir sintiéndose inexistente, el individuo puede construirse una identidad alternativa con los trozos de la que se ha destruido, así el delirio psicótico puede ser entendido, de esta manera, como una reacción autoafirmadora frente a la insoportable vivencia de la desconfirmación (Linares, 2006).

La psicosis es un trastorno gravísimo y sumamente complejo, en el que no cabe descartar la existencia de factores biológicos predisponentes, pero también existe evidencia de que factores psicológicos y relacionales desempeñan un papel importante en su desencadenamiento y desarrollo (Linares, 2006).

Triangulación imposible

Linares (1996) señala que una ingenua visión mecánicamente historicista de la psicopatología infantil pretende dar razón de cualquier trastorno en el niño con una referencia simple a dificultades en la pareja parental, sin embargo son numerosos los casos en que una conyugalidad armoniosa en los padres coexiste con situaciones de intenso sufrimiento y grave patología en los hijos.

Igualmente, señala que todo terapeuta experimentado conoce familias en las que los padres, de mutuo acuerdo, dan una serie de quejas y críticas para con un hijo ausente. Por ejemplo: “Créanos doctor, no hay por donde empezar con él”, ante ello el terapeuta experimenta una sensación de desagrado y hasta quizás incurre en el error de intentar arrancarles un elogio para ese pobre chico con quien no puede dejar de simpatizar, aunque el empeño suele ser inútil; “No hace nada bien, doctor y si se le dice, no lo reconoce y es peor”, ante la sugerencia de que traten

de romper el círculo vicioso dándole seguridad, la resistencia continúa; “¿Elogiarle algo?, pero ¿cómo quiere usted que encontremos algo que poderle elogiar?”, ante esto la irritación aumenta y el terapeuta se arriesga a arruinar la terapia proponiéndose como padre bueno.

Lo anterior es el efecto de la parentalidad deteriorada que, cuando se combina con una conyugalidad armoniosa, presente un frente de rechazo y exclusión que compromete seriamente la nutrición emocional del hijo afectado. Y la carencia es tanto mayor cuanto, precisamente, resulta imposible la triangulación dada la armonía que existe en la pareja parental (Linares, 2006).

En este deterioro primario de la parentalidad, independientemente de los influjos que sobre ella pudiera ejercer la conyugalidad, no hay que ver, no obstante, una condición del ciclo vital. Muy al contrario, múltiples factores evolutivos y culturales pueden determinar que una pareja, por lo demás honesta y respetable, no nutra emocionalmente a alguno de sus hijos (Linares, 2006).

Otros tipos de triangulación

La *triangulación equívoca* es en la que, dos progenitores muy distanciados relacional y afectivamente, interpretan de forma simultánea que es “el otro” el que se ocupa de las necesidades relacionales y afectivas de un hijo, en consecuencia se desentienden; el resultado es que el hijo queda indefenso, en una especie de tierra de nadie emocional. Esta triangulación se encuentra entre las condiciones relacionales que favorecen el desarrollo de pautas de comportamiento socialmente inadaptado que recibe el nombre de trastorno límite de personalidad (Linares, 2006).

Considerando el abuso sexual, que puede golpear a una familia de muy variadas maneras y desde estructuras relacionales diversas, se puede producir la

triangulación complementaria. Se trata de una variante de triangulación que, en contraste con las ya descritas, se basa en una relación complementaria y no simétrica, de la pareja progenitora de la niña o el niño que es víctima. La relación conyugal simétrica es, en efecto, difícilmente compatible con el abuso de un hijo por parte de uno de los miembros de la pareja; no es imaginable que el otro, enzarzado en una lucha por el poder, lo consienta. En cambio, en la desigualdad de la relación complementaria sí que puede anidar la complicidad necesaria para que el abuso se produzca. Se trata de familias rígidas, con una estructura jerárquica bastante marcada, en las que el progenitor abusador (generalmente el padre) suele ocupar la posición de superioridad. En tales casos, la madre, desde su posición de inferioridad, tolera, consiente o ignora los abusos, ya sea porque se siente demasiado insegura para darse crédito a sí misma cuando intuye lo que puede estar pasando, ya sea porque depende masivamente del abusador o incluso porque no se siente digna de él y pretende retenerlo permitiéndole el acceso al hijo o hija. Son situaciones de muy distinta gravedad y pronóstico, aunque con el denominador común de esta triangulación complementaria dominada por el abusador; pero también puede ocurrir que éste ocupe la posición de inferioridad y que sea la esposa la que domine el juego, minimizando o negando con mirada complaciente el abuso que sufre el hijo o hija; sería como si, puestas a elegir a alguien a quien proteger, estas supermadres inadecuadas se destacaran por cuidar del marido-hijo, en detrimento de las necesidades de protección de la hija o hijo verdadero (Linares, 2006).

Finalmente, considerando los diferentes tipos de triangulación, este ha sido un tema de gran importancia que incluso dentro del ámbito jurídico se ha establecido el término de *síndrome de alienación parental*, que surge cuando hay una posible separación en la familia. Linares (2006) señala que es una situación que se repite lastimosamente, sucede cuando los niños partiendo de una situación en la que quieren y necesitan a sus dos progenitores, comprueban que uno de ellos “se va y los abandona”, mientras que el otro se queda y les garantiza los cuidados necesarios; entonces interpretan ayudados por el segundo, que el primero es

inconsciente y que no representa una opción segura, además intuyen que si no lo rechazan, ellos serán rechazados por el progenitor que se quedó, perdiendo toda seguridad. Como consecuencia, adoptan una actitud de radical oposición al progenitor ausente, con la que el progenitor presente sale triunfante, entonces el papel de éste sigue siendo muy importante, instigando el turbio juego desde la sombra.

No obstante los niños pueden defenderse de tales manejos, sobre todo si tienen la suerte de disponer de otras figuras parentales en la familia extensa o de una red social rica y nutricia. Los hermanos, sin ir más lejos, pueden cumplir esas funciones protectoras, cuando la hermandad es un espacio relacional relevante y funciona adecuadamente; también pueden ser los abuelos, tíos, primos y amigos, si su efecto benéfico alcanza a contrarrestar la intensidad de las propuestas trianguladoras (Linares, 2006).

Como se señalaba con anterioridad, además de tomar en cuenta los diferentes tipos de triangulación que pueden surgir durante la dificultad familiar, también existen diversas propuestas de intervenciones para enfrentar tales situaciones, como se describe a continuación:

Intervenciones posibles

Ante la conyugalidad y la parentalidad, vistos como un dilema de las parejas, surge el interés de abordar dichas dimensiones y considerar cuáles podrían ser las intervenciones terapéuticas posibles, que busquen el bienestar de quienes consultan con dificultades relacionadas a este tema.

Por una parte, Ausloos (1998) señala la noción de familia competente, donde considera que todas tienen competencias, pero en algunas situaciones no saben utilizarlas en el momento, no saben que las tienen, se les impide utilizarlas o ellas

mismas impiden utilizarlas por diferentes razones. Reflexiona sobre que la dificultad de la familia no se puede resolver porque en ocasiones carecen de información y tomando en cuenta que la información desde el sentido de Bateson, es una diferencia que provoca una diferencia, algo sucede que no se pueden ver las cosas como antes hasta que se hace evidente y se inician los cambios positivos.

También resalta la noción de circular la información, que es ir en busca de información pertinente de la familia, aquella que viene del sistema y que va a volver para informar al sistema sobre su propio funcionamiento. En otras palabras considera que “las familias saben, pero no sabe que saben y no saben lo que saben”, lo que implica modificar el rol de la persona que va a intervenir. Entonces reflexiona sobre que el que intervenga con la familia, tendrá que trabajar con ella en encontrar y descubrir lo que sabe, reinventar soluciones, resolver problemas, todo esto utilizando preguntas circulares, pensando en el Enfoque de Milán, a fin de que el sistema pueda encontrar sus propias competencias para resolver las dificultades a las que se enfrenta (Ausloos, 1998).

Por otra parte, Linares (1996), quien ha sido uno de los más interesados en el tema de la conyugalidad, la parentalidad y el maltrato psicológico a los hijos, retoma a los terapeutas sistémicos que les gusta definir su trabajo como un baile, en especial a Whitaker (1988), ya que considera que hay algo en la danza como metáfora que se adecua a la imagen de una terapia relacional activa y relativamente breve, donde ambas partes, el que consulta y el terapeuta, acomodan sus ritmos sin renunciar a sus iniciativas. Por ello señala que en la danza terapéutica hay dos compases básicos que el terapeuta debe dominar, la acomodación y el desafío; respecto a la *acomodación*, ante los aspectos valiosos y positivos de la familia, el terapeuta debe aprender a discriminarlos, para que se acomode a la familia y logre aliarse al sistema y en cuanto al *desafío*, ante los aspectos negativos o que disgustan, debe aprender a detectar la disfuncionalidad

de los mismos, para evitar rechazos y en vez de ello, construir estrategias de reto como lo puede ser una intervención paradójica (Minuchin y Fishman, 1984).

Asimismo, la connotación positiva es un instrumento útil al servicio de la acomodación, ya que plasma la óptica benévola del terapeuta, quien detecta y destaca los aspectos más saludables de la familia. Aunado a ello, permite reformular y entrar al espacio del desafío, al devolver una imagen positiva a una familia especializada en presentarse negativamente, entonces no sólo brinda alivio, sino a la vez les brinda información en el sentido de que verse en negativo forma parte de su problema. Finalmente, la connotación positiva se ha definido como una intervención paradójica, que se enfoca en el síntoma o en la permanencia de la disfuncionalidad (Linares, 1996).

Linares (1996) también señala la importancia que tiene el equipo de terapeutas para la terapia sistémica, considera que comunicar a la familia que un grupo compuesto por profesionales de la salud de distinta formación, edad, género, origen cultural, puede brindar opiniones diferentes sin que ello signifique en un conflicto, es en sí ya un mensaje poderoso, que por sí sólo, puede tener consecuencias positivas. Considera entonces al equipo reflexivo de Andersen (1987) como una técnica útil, así como la propuesta de Ausloos (1983), en la que un terapeuta asume los intereses de la familia mientras otro hace lo propio con los de los pacientes designados, ya que en ambas el terapeuta puede realizar una intervención dividida que lleve a sugerir soluciones diversas.

3.1.4. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con las dos familias elegidas

A continuación presento el análisis y discusión de la intervención clínica con las dos familias seleccionadas, como lo mencionaba estos dos casos llamaron mi atención debido a la problemática que presentaban, tanto dificultades de pareja

como en la crianza de los hijos, sumado a mi interés en la propuesta de Linares, la cual fue el marco que guió mi estudio.

Como lo señala Linares (1996), fijar el origen o punto de partida de una familia es un ejercicio de puntuación que admite múltiples interpretaciones, esto al considerar la constitución de una pareja parental, que sucede cuando dos individuos se unen con la intención implícita o explícita de convertirse en padres. A partir de ese momento es posible considerar a la pareja determinada por dos dimensiones que reflejan, respectivamente, las relaciones que los miembros mantienen entre sí y las que les unen a sus hijos, presentes o futuros: la conyugalidad y la parentalidad.

Para el análisis de los casos seleccionados y retomando el último axioma que propone Linares (1996), sobre que la conyugalidad y la parentalidad están sometidas al ciclo vital, al iniciar el proceso terapéutico es importante identificar en qué momento del ciclo evolutivo se encuentra la familia y cuáles son las tareas apropiadas para ese estadio, en el caso de las familias elegidas para realizar el análisis, ambas se encuentran en la etapa de *familia con hijos pequeños*. En este proceso, con el nacimiento de un hijo, la pareja toma distancia de sus familias ante el cambio de rol, de sólo hijos casados a padres de un nuevo ser. Pero al mismo tiempo, se encuentra más enredada en el sistema familiar en cuanto se modifica la índole de los viejos vínculos y se forman otros, es así que los placeres de la crianza suelen estar contrabalanceados por la tensión que supone el hallarse continuamente enfrascados en múltiples y complejos problemas, que los padres deben aprender a encara, generalmente, por sus propios medios. Los sentimientos y emociones de la mujer en esta etapa pueden oscilar desde la autorrealización hasta la frustración por las limitaciones y compromiso que encierra la educación de los hijos; el hombre puede también sentirse agobiado o aislado por su mujer e hijo o hijos y estorbado en su trabajo. Por tanto pueden empezar a comunicarse sólo a través del hijo y perfilarse éste como el chivo emisario de la problemática familiar. Asimismo en este periodo se presenta la

oportunidad de interrelacionarse con otros subsistemas cercanos, como los escolares, recreativos, asistenciales u otros, lo cual requiere de ajustes en el sistema (Haley, 1973; Espinosa, 1992).

Por otra parte, las tareas que deberían realizar son varias (Espinosa, 1992), primero es necesario que la pareja marque un espacio en la diada para el ingreso del hijo o hijos, es decir, contemplar lo que significará que llegue un nuevo ser humano a la familia; en segundo lugar, deberían organizarse para evitar afectación en el área sexual-emocional, que puedan llegar a acuerdos de lo que quieren y esperan de la relación, esto para evitar mal entendidos y finalmente, que se replanteen la relación con la familia extensa para incluir los roles de padres, abuelos, tíos y demás parientes, cuestión de suma importancia para buscar una armonía en la convivencia.

Debido a lo anterior y considerando las dos familias seleccionadas para el análisis en este reporte, las clasificaré según el esquema diagnóstico de Linares (2006) y que como el mismo dice, sin el afán de etiquetarlas, es una alternativa que puede brindar información útil para ofrecer mejores intervenciones que busquen el bienestar de las y los consultantes, asimismo desarrollaré la forma en que estas familias se han enfrentado a la distinción entre la conyugalidad y la parentalidad.

FAMILIA A (21)

Podría considerarse que cuando la Familia A llegó solicitando atención psicológica, se encontraban entre una conyugalidad disarmónica y una parentalidad conservada, es decir que peleaban constantemente, se dejaban de hablar por varios días y no lograban encontrar un tiempo para estar juntos, no obstante a pesar de tener diversas dificultades lograban ciertos acuerdos respecto a la crianza de sus dos hijos, sin embargo toda esta situación propiciaba una atmósfera relacional trianguladora, en la que podían poner a sus hijos en medio

del conflicto. Sin embargo desde el inicio se podía observar que aunque como pareja no se encontraban en un momento idóneo, hacían el intento por cumplir como padres, buscando el bienestar de sus hijos.

Cuando el consultante llegó a sesión su principal objetivo era mejorar su relación de pareja y continuar con su esposa, aún cuando consideraba que tenían problemas y habían existido infidelidades, así que la conyugalidad fue la dimensión tratada al inicio, pero sí consideramos la relación de esta con la parentalidad, finalmente cuando el proceso terapéutico avanzó, surgió el interés por hablar sobre los hijos y sobre cómo dicho tema, generaba también conflictos no sólo a nivel familiar, sino a nivel de pareja. Esto nos lleva a retomar el tercer axioma que propone Linares (2006), donde explica que ambas dimensiones, la conyugalidad y la parentalidad, se influyen mutuamente y de modo complejo, ya que la conyugalidad puede deteriorar la parentalidad o ayudar a restaurarla y viceversa, la parentalidad puede arruinar o redimir la conyugalidad. Aún cuando se observaba que la familia mostraba una parentalidad conservada, probablemente si las dificultades como pareja hubieran continuado, ésta se hubiera visto afectada, así como lo señala Bridgman (1984, citado en Linares, 1996), cuando una conyugalidad disarmónica se proyecta sobre una parentalidad que previamente se desarrollaba con razonable normalidad, la influye negativamente, lo que podría resultar en una “parentalidad incongruente”.

Ante la desesperación del consultante de no saber qué más hacer para que su familia pudiera estar unida, se le preguntó qué era lo que él consideraba que estaba bien en su familia y que además quisiera que siguiera repitiendo. Él comentó que le gustaba cuando lograban convivir y estar en paz, sin discutir él y su esposa, disfrutando de sus hijos, no obstante añadió que su desconfianza y por lo tanto su enojo, generaban un ambiente incómodo en casa, por lo que se indagó sobre cómo podría lograr que lo positivo sucediera y se mantuviera al considerar como terapeuta las excepciones de la problemática. Por otra parte, para

la esposa los momentos en los que su esposo lograba escuchar y mantener la calma, eran las situaciones que quería se siguieran presentando, además señaló que la comunicación y los detalles en pareja, como salir los dos solos, podrían ayudar a que todo mejorara.

Un tema central en el proceso terapéutico, fue la infidelidad en la pareja por parte de la esposa, cuestión importante para la dimensión de la conyugalidad, ya que se mostraba disarmonía, desde la primera entrevista el consultante comentó que desde ese entonces, había perdido la confianza en su esposa y le era complicado poder seguir adelante. Desde el inicio se notó que dicho tema había sido callado, porque el consultante señaló en algún momento que no quiso saber más de la situación, aunque en otro momento la esposa señaló que habían hecho un pacto en el que ella dejaría de trabajar, ya que fue con un compañero de labores con quien engaño al esposo, pero que a cambio de ello, ya no habría reclamos por parte de él, sin embargo esto no se cumplió. Por lo tanto, desde la terapia narrativa se buscó externalizar el problema, nombrando lo que había sucedido.

En la tercer sesión, se les preguntó si había algo más que pudieran hacer para mejorar la relación o si sólo era el “fantasma del pasado” el que afectaba la misma y no les permitía continuar, refiriéndonos a la infidelidad. En la cuarta y la quinta sesión se les comentó que eran una pareja que había tenido dificultades y que habían hecho pactos para resolver los problemas, así como que se observaba que eran más los aspectos positivos de la pareja que se podían recuperar, pero que de pronto se aparecía ese “fantasma del pasado” y no lograban salvar lo positivo e incluso surgían otros desacuerdos, no obstante el consultante señaló que se había propuesto no hacer comentarios sarcásticos ni bromas sobre el engaño, lo que resultó en que en ese momento se sintieron más tranquilos. Ya en la sexta sesión, se les hizo la observación que se notaban los cambios y que cada vez más el “fantasma del pasado” se quedaba atrás.

Pensando en la pareja, Estrada (1997) señala que para la formación de la misma, el sintonizarse emocionalmente con un desconocido, requiere de un gran valor y de una gran capacidad para limitar las propias necesidades en beneficio de una relación que empiece, además en esa nueva etapa se trata principalmente de lograr dos puntos; primero, cambiar todos aquellos mecanismos que hasta entonces proveyeron seguridad emocional y segundo, integrar un sistema de seguridad emocional interno que incluya a uno mismo y al nuevo compañero. Por otra parte, Haley (1980) menciona que a medida que se va elaborando una nueva relación mutua, la pareja también debe diseñar modos de encarar los desacuerdos, ya que en un periodo inicial es usual que eviten la discusión abierta o las manifestaciones críticas, no obstante con el tiempo, las áreas de controversia se van ampliando, por lo que deberán elaborar modos de resolver los desacuerdos y dejar las cosas en claro. Es así que un aspecto importante durante el proceso terapéutico fue la búsqueda de ellos por recuperar la confianza, por tanto fue relevante hablar sobre cómo podrían reconquistarse, por ello que se les dejó la tarea de la sorpresa, donde se buscó enfatizar en la conyugalidad, al hablar además sobre lo que implica estar en pareja y lo que se espera del otro.

Se les pidió que hicieran una tarea de manera individual, cada uno tenía que hacer algo para sorprender al otro, de una forma positiva, pero sin decir nada, cuándo o qué haría y la otra parte estaría atenta de lo que sucediera para percibir esa sorpresa, también se les dijo que era como un experimento, además que la sorpresa no tenía que ser un gran regalo, pero si podía ser un detalle especial. A la siguiente sesión, comentaron que por una parte, el esposo fue sorprendido con una salida a comer y al cine, sin embargo llegó tarde y no se pudo hacer todo lo que se había planeado, así que ella sintió que su esposo no había puesto mucho interés, por otra parte ella aseguró que no se percató de alguna sorpresa y el esposo afirmó que en una comida familiar de ella, se mostró sociable y ameno con todos sus familiares.

Aún cuando pareciera que no había resultado del todo bien la tarea de la sorpresa en busca de la reconquista, fue el primer paso para hablar posteriormente de cómo era importante que como pareja retomaran detalles para continuar construyendo su relación, ya que la pareja mostraba una conyugalidad disarmónica en vías de la armonía. Por tanto, la comunicación entre ellos fue otro tema importante durante el proceso terapéutico, debido a que se observaba que el resentimiento, el enojo y la tristeza impedían que pudieran dialogar, incluso reportaron que en ocasiones pasaban días enteros sin hablarse el uno al otro. Asimismo, no se decían todo y en ocasiones en terapia era donde podían expresarse, incluso se iluminó varias veces la idea de que hasta que estaban en la sesión habían hablado más claramente y se habían enterado de detalles que de haber salido durante la discusión, se hubieran evitado llegar a un problema. Se sembró la idea de que debían darse tiempo para hablar cada uno, para exponer sus puntos de vista sin ser interrumpidos, no obstante para la pareja fue complicado en muchas ocasiones llevarlo a cabo.

En la cuarta sesión, se les comenta que pareciera que las dificultades se dan por que los mensajes que se mandan el uno al otro se malentienden, entonces se les preguntó qué podrían hacer para llevarse esa posibilidad de dialogar que mostraban en sesión a su casa, la esposa agregó que pensaba que deberían escucharse y darse su tiempo para hablar, sin hacer caras aunque estén en desacuerdo, el esposo también coincidió en que debían tener calma y no hacer gestos. Por ello se les dejó una tarea, al platicar de un tema o un desacuerdo, se darían tiempos para hablar y después de escuchar al otro, deberían decirle antes de contestar, lo que entendieron que dijo la otra persona, para verificar que el mensaje llegó como debía.

Considerando a los hijos de la familia, durante el ciclo vital de la misma, la llegada de los mismos deduce una crisis, donde la crianza suelen estar sujeta a la tensión que supone el hallarse continuamente en múltiples y complejos problemas, que los

padres deben aprender a encarar, generalmente por sus propios medios (Haley, 1973). Por tanto, además suele ser complicado poder retomar el vínculo amoroso de la pareja y como se había señalado, la conyugalidad y la parentalidad son variables ecosistémicas sometidas a la evolución del ciclo vital, es así que durante el proceso se habló sobre cómo reconstruir la relación de pareja, además que era el principal objetivo de la pareja al llegar a sesión. Por tanto fue surgiendo el interés por hablar más sobre el vínculo amoroso, principalmente por parte de la esposa, ante ello nos llamaba la atención que ella era bastante clara en exponer sus deseos y lo que esperaba de su esposo, por el contrario para él, era complicado y solía no ser concreto, así como no escuchaba lo que ella le decía.

En la décima sesión, la consultante comentó que había confirmado que era necesario que ambos convivieran sin sus hijos para retomar su vínculo amoroso, ya que la pasaron muy bien en una oportunidad que pudieron salir, no obstante señaló que les era complicado ya que tenían que encargar a los pequeños, por lo tanto se reencuadró la idea de que todos los días tenían que continuar reconstruyendo su relación. Asimismo, se retomó una situación que habían comentado la sesión pasada, donde manifestaron su deseo por unir sus vidas de forma religiosa, se les compartió la idea del equipo sobre que en algunas relaciones, los hijos solían ser una forma de unir, como una especie de pegamento, por lo que se les preguntó qué porcentaje de la decisión era por querer estar juntos por ellos y qué porcentaje por estar juntos por sus hijos, el esposo señaló que para él, el 100% de su decisión era por querer estar con su esposa, por otra parte ella comentó que el 70% de su decisión era por estar con su esposo y el 30% por sus hijos, agregó que quería darse la oportunidad de amar y disfrutar, mejor aún si podía ser con el padre de sus pequeños.

Después, se habló principalmente sobre los hijos y su disciplina, moviéndonos a la dimensión de la parentalidad, que aunque había sido un tema que los padres no

habían tomado en cuenta en sus objetivos iniciales, finalmente surgió como un punto de interés, así como de conflicto, ya que después de varias sesiones, manifestaron las dificultades que tenían debido a que en ocasiones no podían ponerse de acuerdo en cuanto a cómo dirigirse a sus hijos y ordenarles de una manera efectiva para que pudieran colaborar en las actividades que les correspondían, ya que aunque mostraban una parentalidad conservada, esta podría deteriorarse.

En la quinta sesión, la esposa señaló que nadie le ayudaba en los quehaceres de la casa y todo se lo dejaban a ella, por otra parte el esposo volvió a manifestar su molestia por las salidas por trabajo de ella; entonces en la sexta sesión se sembró la idea de que respecto a las salidas de la esposa, pareciera que el consultante fungía como papá de una adolescente y en cuanto a los quehaceres de la casa, pareciera que él era el adolescente, al que había que estar correteando, por lo que tenían que aprender a negociar, donde ambos estuvieran de acuerdo y colaboraran, en específico respecto al cuidado de los niños, donde debería existir cooperación y armonía. Finalmente en la octava sesión, señalaron que aunque no hicieron explícitas las reglas en casa, hubo armonía ya que cada miembro de la familia asumió sus propias responsabilidades y las llevó a cabo, además la esposa consideró que si su hijo mayor veía que su papá colaboraba en los quehaceres, seguía el ejemplo y cumplía con sus tareas.

Y retomando las intervenciones posibles para abordar la conyugalidad y la parentalidad, podría decir que respecto a la *acomodación* se buscó que la pareja aceptara que los quehaceres de la casa debían compartirse, cuestión que tal vez al consultante le incomodara pero que para su esposa era una manera de unirnos a ella al aceptar la sobrecarga que estaba en sus hombros, finalmente fue una idea que el esposo incorporó y aunque le costó trabajo, empezó a participar en algunas tareas del hogar.

En cuanto a la relación con sus hijos, otro tema importante fue que se observó que los consultantes tenían ideas distintas respecto a lo que implicaba ser una pareja y ser a la vez padres, existían opiniones distintas entre esposo y esposa, él expresaba que había cosas que ya no se podían hacer como pareja cuando ya se tenía hijos, por ejemplo, salir a bailar y divertirse. Considerando el primer axioma que propone Linares (1996), en el que señala que la conyugalidad y la parentalidad son atributos de la pareja, pero que poseen una dimensión individual en la que el peso específico de cada una puede variar según factores culturales, si tomamos en cuenta a las familias mexicanas, en donde el papel de padres es primordial, olvidándose de todo lo demás y donde existe una entrega incondicional a los hijos, resulta en que como padres, la pareja se olvide de su propia relación. La esposa señaló que era necesario que pudieran salir a divertirse o que incluso pudieran hacer reuniones en la casa para convivir con sus respectivas amistades, sin embargo el esposo difería de ello y aseguraba que ya que tenían hijos, todo había cambiado y ya no era posible que pudieran tomarse esos tiempos para distraerse.

En la séptima sesión, se les preguntó si consideraban que si había algo en su relación que pudiera ser distinto, la esposa explicó que lo que podría ser diferente es que ambos expresaran qué es lo que querían de la relación y la familia, aunado a que se volviera a sentir la confianza que ya habían vuelto a experimentar; el esposo señaló que lo que más le gustaría es que llegaran a un acuerdo en cuanto a los hijos. En las siguientes sesiones, se observó que no sólo existían ideas distintas sobre lo que como pareja podían seguir haciendo, sino que además surgió el tema de lo que como padres se hace, ya que el hijo de dos años aún dormía con ellos en la misma cama y aunque la esposa expresó que ella había estado trabajando en lo anterior, su esposo saboteara el objetivo y lo regresaba constantemente con ellos.

Considerando lo antes mencionado, respecto a que el hijo menor aún dormía con la pareja, Linares (1996) señala que desde una visión lineal, en la parentalidad con las funciones socializantes, los padres controlan el contacto de sus hijos con la sociedad, por un parte ayudándolos a defenderse de las agresiones del entorno (funciones protectoras) y por otra parte, orientándolos sobre cómo tratar a los otros (funciones normativas). Por tanto considerando las funciones protectoras, éstas podrían verse comprometidas en la Familia A, ya que se le señaló al consultante que si lograba ponerle límites a su hijo, este se volvería una persona independiente y autónoma, de lo contrario, no tendría las suficientes herramientas para enfrentarse a las complejas situaciones que depara la vida. Tal vez, nuevamente considerando las intervenciones posibles para abordar la conyugalidad y la parentalidad, el *desafío* en este caso pudo haber sido de utilidad, haciendo uso de una intervención paradójica en la que se le pidiera al consultante que siguiera haciendo que su hijo durmiera con ellos y que incluso estuviera “pegado” a él todo el tiempo con el fin de “protegerlo”, de algún modo al pedirle lo opuesto se pudo haber obtenido un resultado interesante.

Otro tema importante y respecto tanto a la relación de pareja como a la convivencia familiar, fue el enojo y cómo este se expresaba. En cuanto al vínculo de esposos, se había mencionado que la molestia era lo que les impedía poder comunicarse y llegar a acuerdos, no obstante también como padres, se comentó que a ambos no les gustaba lo que sus hijos estaban aprendiendo de ellos cuando se enojaban y peleaban. Una vez más, para la pareja era complicado poder diferenciar las dificultades entre pareja y las de padres.

En la novena sesión, la esposa señaló que el esposo era explosivo cuando se enojaba y agregó que se sentía preocupada por el ejemplo que le daba a su hijo mayor, porque además solía desesperarse más con él. Ella por su parte aceptó que también se molestaba de manera agresiva, ante ello se les preguntó cómo es que este tema se trataba en la familia, la esposa explicó que había notado que a su hijo mayor le

empezaba a costar trabajo controlar su enojo y su frustración, aseguró que le habían comentado que era normal molestarse, el esposo comentó que no le gustaba que su esposa le reclamara enfrente de los niños, porque principalmente el mayor le repetía las mismas palabras de la mamá. Por tanto, se habló de la responsabilidad propia del enojo y se les preguntó qué es lo que podrían hacer en casa, el esposo explicó que buscaría ser empático para entender a los demás y aunque se quejo de la explosividad de su esposa, ella señaló que continuaría intentando hablar aunque de un modo distinto, ya que siempre expresaba lo que sentía.

Finalmente, la pareja no asistió a la sesión de seguimiento por lo que podría decirse que no pudo cerrarse el proceso como se deseaba, sin embargo pudimos observar que tenían los recursos necesarios para continuar con los cambios que ya habían empezado, aunque su mayor debilidad era la falta de constancia. Podría considerarse que la dimensión de la parentalidad se mantuvo conservada y en cuanto a la conyugalidad, ésta empezó a moverse de la disarmonía a la armonía, lo que conllevaría a una relación familiar nutricia (Linares, 2006).

FAMILIA B (22)

En el caso de la Familia B, al tomar en cuenta la propuesta de Linares (2006) respecto a su esquema diagnóstico, puedo considerar que esta familia se encontraba entre dos cuadrantes, por una parte entre una conyugalidad disarmónica y una parentalidad deteriorada, es decir que existían peleas constantes entre los padres, así como descalificación entre ellos y además les era sumamente complicado establecer límites con su hija hasta llegar a fuertes discusiones, todas estas cuestiones conllevaban a una atmósfera relacional caótica, lo que se podía observar a través de las constantes dificultades que la

familia enfrentaba, esto en la relación entre la madre, el padre, la hija y el tío del padre (suegro).

Por otra parte, también considero que en su esfuerzo por mejorar la relación con su hija, principalmente la madre, se encontraban entre una parentalidad conservada y una conyugalidad disarmónica, ya que intentaba mejorar la relación con su pequeña hablando con ella, pero la mala relación de la pareja continuaba, no obstante esto generaba una atmósfera relacional trianguladora, lo que también fue evidente al percibir como la hija estaba triangulada entre los padres, cada uno le daba órdenes y a la vez cada uno de ellos descalificaba lo que el otro había dicho. Y si consideramos los tipos de triangulación según la propuesta de Linares (2006), en la familia existía una triangulación manipulatoria, lo que podría resultar en un sistema de doble parentalidad sin que fuera necesaria la separación conyugal, ya que aunque la pareja tuvo intenciones de terminar la relación, continuaban juntos y parecía que trataban que su hija fuera quien decidiera qué podría ser mejor, si seguir juntos, separarse, si estar con mamá o con papá; asimismo, Linares (2006) agrega que este tipo de triangulación, genera gran ansiedad en los niños, esto al no saber qué hacer y por quién inclinarse cuando ambas figuras son altamente relevantes.

En cuanto al proceso terapéutico, aunque parecía que de primera instancia la consulta había sido realizada por la preocupación de la madre por la conducta de su hija, se observó desde el inicio la dificultad que existía en la pareja, confirmando lo que propone Linares (1996) sobre que la conyugalidad y la parentalidad se influyen mutuamente. Además también señala que de haber separación en la pareja, no tendría por qué modificarse la naturaleza básica de la relación, ya que si una pareja con hijos, se disuelve razonablemente haciendo a un lado la dependencia, podría encontrar una salida armoniosa de la conyugalidad, sin embargo es importante resaltar que en algunos casos, ni la mayor distancia basta para evitar una intensa y destructiva desarmonía.

En la primera entrevista, la consultante comentó que tenía dificultades con su pareja y peleaban constantemente, no llegaban a acuerdos y por lo tanto discutían, diferían en diversos temas como cuestiones económicas, la educación de su hija y la intromisión del suegro en la familia, refirió que habían intentado hablar, pero que finalmente habían pensado muchas veces en separarse. Para la segunda sesión, la consultante comentó que existía la posibilidad de irse a vivir a otro lugar sin el suegro, incluso señaló que si su esposo no la apoyaba ella se iría con su hija y era decisión de él si se les unía o no. Ante esto se le explicó que muchas veces aunque no se comparta un espacio físico las personas están conectadas fuertemente, ella señaló que no podía imaginar que pasaría si se fuera de casa ya que no quería pensar en el futuro, comenzó por decir que si existirían cambios, pero posteriormente señaló que lo que le daba miedo era que todo siguiera igual.

Relacionado a lo anterior, la intromisión del suegro fue un tema que fue hablado durante algunas sesiones, la consultante aseguraba que su hija recurría a él para quejarse de ella, cuando le gritaba y la regañaba, consideraba que lo hacía para que fuera defendida aún cuando “sabe que se está portando muy mal”. Ante ello considero lo que señala Linares (2006) sobre el síndrome de alienación parental, que cuando los padres se separan, la hija o el hijo comprueba que ha sido abandonado por uno de ellos y que el otro se queda para garantizarle todos los cuidados necesarios, entonces interpreta, ayudado por el segundo, que el primero es inconsciente y que no representa una opción segura, además intuye que si no lo rechaza, ella o él serán rechazados por el progenitor que se quedó, perdiendo toda seguridad, como consecuencia, adoptan una actitud de radical oposición al progenitor ausente, con la que el progenitor presente sale triunfante, y aunque tal vez esta no era la situación de la familia, porque ninguno de los dos se había ido de la casa, también comenta que los niños pueden defenderse de tales manejos, sobre todo si tienen la suerte de disponer de otras figuras parentales en la familia extensa o de una red social rica y nutricia, como podrían ser los hermanos,

aunque la pequeña era hija única, también podrían ser los abuelos, tíos, primos y amigos, pero esto sólo si su efecto benéfico alcanza a contrarrestar la intensidad de las propuestas trianguladoras, sin embargo en el caso de la Familia B, era complicado ya que la consultante intervenía y alejaba a su hija de su abuelo, no obstante se observó que incluso la pequeña no sólo se acercaba a éste para quejarse, sino también con la pareja del mismo y hasta con una vecina.

El tema de la pareja después fue dejado atrás por la misma consultante para centrarnos en la relación con su hija, sin embargo cabe señalar que al final del proceso terapéutico, volvió a surgir. Ante esto, se puede observar la dificultad que la pareja enfrentó para poder distinguirse como una pareja y como padres, ya que la consultante ante su complicada situación de pareja, incluía a su hija en los conflictos.

En primera instancia como se mencionaba, desde la dimensión de la parentalidad, se planteó poder identificar como estaba conformada la familia de la consultante, es decir su estructura, ya que era notable que no existían límites entre ellos, así como que la jerarquía no siempre se encontraba en el *holón parental*. Desde la primera sesión, la consultante comentó que su hija “se le subía a las barbas”, asimismo explicó como incluía a su pequeña en las decisiones que debía tomar, siendo ambivalente al decir que a la vez le marcaba claramente a su hija, que ella era la mamá. Lo que nos remite también a lo que menciona Linares (1996), sobre las funciones sociabilizantes y en específico sobre las normativas, en las que los padres deberían orientar a sus hijos sobre como tratar a los otros al tratarlos a ellos, dado que la consultante confundía constantemente a su hija.

Desde la primera sesión, se observó como la consultante le hablaba a la pequeña como si fuera una adulta cuando en realidad era una niña de 8 años, se le expresó que los niños tienen otro tipo de pensamiento, pero le fue difícil aceptarlo ya que comentó que su hija siempre le respondía groseramente, por ello se le preguntó qué es lo que ella estaría haciendo como madre para que su hija contestara mal y fuera

grosera, aunque le fue algo complicado aceptó que ella era gritona, así como que cuando su hija le contestaba groseramente, le había dicho que había diferencias entre padres e hijos y que ella no era su “sirvienta” para hacerle todo, que como hija debía cumplir con ciertas cosas, como la escuela y ser feliz.

En un momento del proceso terapéutico, la consultante comentó que en su infancia, sus padres al separarse le dieron a escoger con quién quería quedarse, siendo que ya habían decidido que estaría con su madre, el equipo le dio un mensaje, que parecía que estaba repitiendo un patrón con su hija, en el que aparentemente le daba opciones para elegir, cuando finalmente ya había una decisión tomada, como si deseaba tener un hermano o a la hora de la comida, qué podrían comer. Así que haciendo uso de la *acomodación* como una manera en la que no sólo yo como terapeuta sino también el equipo terapéutico formara parte del sistema familiar, se le comentó a la consultante que repetir un patrón al que fue sometida en su infancia, no era su culpa o que fuera algo que hiciera consciente, sino que era parte de las circunstancias que le habían tocado vivir.

Relacionado a lo anterior, Linares (1996) señala que la familia de origen está presente, ya que existe una búsqueda de la pareja por lo parecido y a veces por lo diferente, lo que resulta en la continua reproducción de modelos y patrones ya conocidos, o bien podría generarse la ruptura de los mismos que incorporen lo que hace falta.

En la segunda sesión, se le pidió a la consultante que hablara sobre otras situaciones en donde se repetía el patrón con su hija, de ofrecerle opciones cuando ya había una decisión tomada, explicó que sucedía en cuestiones de la casa, cuando no obedecía le daba a escoger sobre qué podía hacer, pero finalmente ya había una decisión; ante ello al principio explicó que no se había dado cuenta de dicho patrón, posteriormente señaló que si creía que era cierto y comentó: “ahorita

me estás haciendo como que me caiga”. Para la tercer sesión, añadió que ella le expresaba a su hija, ejemplos de las consecuencias de sus acciones, sin embargo se observó que dichas explicaciones parecían dirigidas a un adulto, por lo que nuevamente se le recalcó la idea de que los niños tienen un pensamiento diferente y que su hija podría confundirse ante tanta información.

Además, ante el momento del ciclo vital de la familia que la pareja atravesaba, donde la crianza de los hijos genera desacuerdos y considerando que las dimensiones de conyugalidad y parentalidad son variables ecosistémicas (Linares, 1996), se buscó que la consultante pudiera identificar que los padres son quienes debían tener la jerarquía en la familia y pensando en la parentalidad, se le comentó a que aún cuando la familia parece un equipo (idea que ella había mencionado), existen jerarquías y cuando ella pareciera que le da opciones a su hija, ésta se rompe y no se diferencian padres de hijos, aunque aceptó que esto le había quedado claro, insistió en que le decía a su hija que ella tenía que estar “dos rayitas abajo”, por lo que se le preguntó qué es lo que tendría que hacer para que su hija la viera más como su madre que como una amiga, ante ello señaló que aunque trataba de estar tranquila y no gritarle, le costaba mucho trabajo ya que sentía que su hija la cuestionaba mucho y no la respetaba.

En la tercera sesión se le comentó a la consultante que una persona del equipo se identificó con su situación, ya que consideraba que el respeto no se imponía sino que se iba ganando, por lo que cuando esta persona era una niña mientras más le imponían menos obedecía, pero que a veces cuando cumplía, lo hacía por miedo más que por respeto y vinculando esta experiencia con la hija de la consultante, se le explicó que pareciera que al no obedecer no muestra respeto y tal vez ni siquiera miedo, por lo que se le sugirió una tarea en la que pudiera empezar a ejercer una autoridad positiva, es decir que pudiera ordenarle a su hija pero sin darle tantas explicaciones, aunado a que

buscara situaciones en las que fuera muy probable que la obedeciera, para finalmente ordenarle con cariño.

Después de lo anterior y al hablar sobre los límites y el papel de cada uno en la familia, se le comentó a la consultante cómo le había ido al buscar darle órdenes a su hija cuando fuera factible que obedeciera, aseguró que no le había sido de utilidad el consejo ya que su hija lo tomó como una forma de controlar, al decir que hacía algo pero a cambio de otra cosa. Ante ello se le preguntó si había intentado entonces hacer algo distinto y comentó que trataba de no seguirle la corriente sino decirle que no la quería escuchar y se alejaba, de esta forma se observó como la parentalidad continuaba deteriorándose.

Otro tema importante en el proceso terapéutico, fueron los desacuerdos constantes en la pareja en cuanto a la hija, la consultante comentó que su esposo no imponía ningún tipo de disciplina, sino que sólo se dedicaba a aprobar o desaprobar lo que ella hacía, poniéndola en evidencia ante los demás, como la propia hija o el suegro; cuestión que nuevamente evidenció la dificultad de la familia para diferenciar lo que concierne a la conyugalidad y a la parentalidad respectivamente. Además aseguró que cuando el padre de la pequeña se encontraba presente, ésta solía desafiarla y no obedecer, ya que consideraba que se sentía protegida, debido a ello en ocasiones lo había confrontado enfrente de la niña y en otras, había optado por no decirle nada en el momento, sino intentar hablar después.

Hacia las últimas sesiones, la consultante continuaba dándole explicaciones a su hija como si fuera un adulto, por lo que relacionado a lo anterior, cuando su padre le comentaba o pedía algo a la pequeña, ella le pedía a su hija que reflexionara sobre qué estaba bien y qué estaba mal. De algún modo, la consultante deseaba que su hija estuviera de su lado y la apoyara en lo que ella decidía, al respecto Linares (2006) señala que exactamente ante la triangulación manipuladora, los hijos son instigados a aliarse con uno de los progenitores o con los dos

simultáneamente, mediante propuestas seductoras o amenazadoras de las más variadas formas, también con frases como “vente de mi parte, yo te ofrezco más” o “abstente de irte con él o ella, si lo haces, atente a las consecuencias”. Sin embargo, señala que a veces no son frases que se suelen pronunciar de modo tan explícito, pero subyacen a mensajes que pueden ser emitidos con un simple suspiro o una subida de cejas.

En la séptima sesión, se le preguntó a la consultante sobre cómo sería la relación con su esposo y su hija de permanecer juntos, ella explicó que ya había hablado con la pequeña, diciéndole que el que su papá estuviera presente no significaba que podía hacer lo que quisiera, que ella sabía qué era lo mejor y qué era lo bueno y qué era lo malo. Se sembró la idea de que aunque entendiera, era una niña pequeña y que podría tener confusión ante tantas posturas, la consultante rápidamente rebatió que no y volvió a justificarse diciendo que ya no le expresaba demasiadas cosas. Ante la insistencia en que la niña tenía que decidir qué era lo bueno y qué era lo malo, se le cuestionó si eso no generaría que pensara que todo lo que decía su papá estaba mal, ella afirmó que no, porque era evidente que él no actuaba del todo bien. Después comentó que esperaba que su hija estuviera en medio pero no como un premio y se le comentó que finalmente siempre los vincularía, pero cuando se le preguntó cómo lograría que no fuera el trofeo, explicó que esperaba que en el futuro su hija le diera la razón y le dijera que estuvo bien siempre, pero entonces se le cuestionó que pasaría si pasara lo contrario, comentó con lágrimas en los ojos que le explicaría que todo lo que hizo siempre fue con la mejor intención.

En algún momento del proceso terapéutico se pensó en hacer una intervención paradójica, considerando de algún modo el *desafío* le dijimos a la consultante que probablemente todavía no era momento de que cambiara y que incluso irse de la casa no sería una situación tan sencilla, que tal vez necesitaba seguir

enfascándose en la lucha tanto con su esposo como con su hija, sin embargo fue una idea en la que ya no insistimos debido a la violencia que observamos por parte de la consultante. Solía ser agresiva con su hija y aunque se podía apreciar que mostraba una parentalidad conservada, los constantes ataques podrían deteriorar dicha dimensión seriamente, la consultante admitió en varias ocasiones la manera en que le gritaba a su pequeña y en una sesión señaló que su propia madre era violenta con ella y su hermana, por lo que se había dado cuenta que se estaban pareciendo y sentía temor, entonces intentaba bajarle a los gritos. Cuestión que nos remite al segundo axioma propuesto por Linares (1996), donde señala que ambas dimensiones, la conyugalidad y la parentalidad, tienen relación con la historia de cada miembro de la pareja y con sus respectivas familias de origen, cuestión compleja ya que no se pueden establecer determinismos mecánicos, por tanto se observó que la consultante consideraba que se estaba comportando como su madre, repitiendo un modo de relación que vivió en su infancia. A pesar de lo anterior, para la consultante era difícil admitir la agresión hacia su hija, ya que aseguraba que la pequeña se merecía los malos tratos por lo mal que se comportaba. Entonces al recordar la autoridad positiva que se esperaba de la consultante, aseguró que parecía que su hija se estaba acostumbrando a exigir que se le premiara por todo lo que hacía, por ello se le explicó que no sólo las cosas materiales eran recompensas, sino que eran mucho más efectivas aún, las muestras de cariño, como un abrazo, un beso o una palabra de aliento.

En la quinta sesión, la consultante señaló de nuevo que le preocupaba la relación con su hija, porque le molestaba que ésta le respondiera groseramente y por tanto, ella le respondía con más agresión, entonces se le comentó que al ser grosera ella, caían en un juego interminable, en una escalada, en la que cada vez mas aumentaba la agresión, sin embargo parecía que la consultante no escuchaba y aseguraba como en otras ocasiones que lo había intentado todo. Para la sexta sesión, se le comentó a la consultante que se observaba su interés por ser una

madre comprometida, no obstante que podría suceder que se estuvieran malinterpretando sus mensajes, sobre los castigos se le dijo que estos tendrían que ir relacionados a la conducta, porque recoger el cuarto no debería ser un reprimenda, estos son la pérdida de un privilegio y el cariño no lo es, por eso se le hizo la observación que al negar un apapacho, la pequeña pudiera malinterpretar dicha situación.

Se podía observar como el enojo se apoderaba de la consultante y aunque intentaba luchar contra ello, le era bastante complicado, asimismo para nosotros era un punto de preocupación, ya que se consideró que no sólo los gritos eran violencia hacia la niña, sino también el que el cariño estuviera condicionado, que se le intentara meterla en los asuntos de los adultos, que se le alejara de quienes se interesaban también por ella, entonces retomando lo que señala Linares (2006), la triangulación manipulatoria puede generar violencia física en relación con el hijo triangulado, ya que cuando uno de los progenitores lo percibe como aliado del otro, acaba descargando sobre él, parcial o totalmente, los golpes que le inspira su cónyuge, además que a la violencia física se añade el trasfondo del maltrato psicológico.

Relacionado a ello, la consultante consideró que su esposo era muy tosco con la niña y agregó que le gustaría que él fuera más paciente; parecía que ella temía no cumplir todo lo que quería como madre respecto a su hija y quería que esta la respetara debido a que le rezongaba mucho, se le preguntó entonces qué es lo que más le preocupaba de no llenar el “costal emocional” de su hija y explicó que le habían caído veintes y que no quería que su hija viviera lo que ella vivió. Cuestión que señala Linares (1996) al referirse a las funciones parentales nutricias, mediante las cuales los padres deberían suministrar a sus hijos nutrición emocional a través de circuitos paralelos e interconectados que tienen que ver con el reconocimiento, el amor y la valoración. Aunado a que aunque dichas funciones son más sólidas, también resultan más difícilmente compensables o sustituibles cuando se deterioran, resultando en consecuencias destructivas.

Finalmente, ante la discusión del equipo terapéutico, en la que se contemplaba que a la consultante le era complicado escuchar mis palabras y las del equipo terapéutico, siendo que argumentaba en contra y aseguraba haber intentado todo, había la necesidad de hacer algo diferente para restaurar la parentalidad, entonces de los modelos modernos se paso a los posmodernos. Se decidió hacer un equipo reflexivo, desde la propuesta de Tom Andersen y la Terapia Colaborativa. Al inicio, se le explicó a la consultante al final de la sesión, que el equipo pasaría del otro lado del espejo para poder platicar y que escucharíamos su conversación, además que se discutiría todo hasta la siguiente sesión. El mensaje fue el siguiente:

Una integrante del equipo señaló que la consultante estaba en su rol de mamá y ama de casa, pero justo porque era complicado, había tomado una actitud dura con su hija, exigente, poco empática en ocasiones, se preguntaba si ella se daba cuenta de que se habían enfrascado en una lucha en ver quien podía más, si mamá o hija, también si al decir que no era su sirvienta entonces qué si le correspondería, finalizó con decir si eso era lo que la consultante esperaba que su hija aprendiera de ser madre. Otra integrante del equipo, señaló que pensando como la hija y recordando cuando esta integrante fue niña, su abuela le pidió que interviniera en las discusiones de sus padres, eso fue sentir la responsabilidad de asumir esa tarea pero sin los recursos para hacerla, se preguntaba cómo es que le pides a un niño que haga cosas de adulto, pensar, reflexionar, abstraer, cuando simplemente es pequeño para hacerlo, agregó que lo hizo como pudo, cargando situaciones demasiado pesadas para su edad, trayéndole problemas en su vida como adulta y que hasta hace poco había logrado quitarse dicho papel en su familia, añadió que lo que hace la pequeña y señalando que también se llama como ella, es un grito desesperado por conservar su niñez, que su mamá la escuche, que es pequeña y que no puede llevar tanta cosas, finalizó diciendo que admiraba a la niña porque estaba

luchando por su niñez, algo que ella no pudo hacer. Por último, otro integrante del equipo explicó que consideraba que la hija estaba en esa disyuntiva en la que se le pedía actuar como grande, y considerando que cuando se es adulto, uno tiene derechos, al no tenerlos como tal, no sabía qué hacer, generando tristeza reflejada quizá en enojo, donde tal vez expresaba que todavía no quería ser un adulto y todavía quería ser la hija de la consultante, por otra parte añadió que entendía a la consultante porque era una buena madre y quería a su familia unida, pero le preocupaba que se estuviera cargando mucho y se desestabilizara, recordando los costales emocionales, tal vez ella estaba teniendo cargas que no le correspondían, tal vez era momento de descansar y seguir el camino, finalizó pensando en que podría ser que también la hija estuviera cargando lo que no le correspondía y si esa era la herencia que le quería dejar la consultante a su hija, también si el esposo estaría cargando lo que le debería tocar.

Se observó que a la consultante le fue difícil escuchar las ideas y aunque en muchos momentos estuvo atenta, en otros, sacó su teléfono celular y se la pasó revisándolo, pareciera que evadía escuchar y entonces se centraba en su teléfono. Posteriormente esto se discutió con el equipo y coincidieron las ideas respecto a que como no le fue agradable lo que escuchó, buscó una manera de fugarse al estar concentrada en su teléfono, sin embargo este hecho no pudo ser comentado con ella posteriormente debido a que continuamente se justificaba, ya no se pensó en confrontarla más ante la posibilidad de caer en un juego por la lucha de saber quién tenía la razón.

Ya hacia el final del proceso terapéutico, ante las continuas quejas de la madre sobre la hija y con el fin de que la parentalidad se conservara, también se decidió realizar una entrevista al otro internalizado, considerando la Terapia Narrativa y la propuesta de Karl Tomm. El objetivo fue que la consultante pudiera ponerse en los zapatos de su hija y así hacerle diversas preguntas, para que con ello fuera capaz

de escuchar la voz de su pequeña, que era lo que sentía y lo que deseaba recibir, no sólo de su mamá, sino de su familia en general.

Al inicio cuando se le preguntó a la hija cómo se llevaba con su mamá, la consultante no podía dejar de reír y señalaba que era difícil, finalmente dijo que bien y que hacían cosas juntas, como ir de compras, pero lo que más le gustaba era jugar, por otra parte también señaló que la regañaba mucho, por lo que se sentía mal y a la vez experimentaba coraje, pero que sabía que era porque no obedecía, no hacía la tarea bien y contestaba feo. Al indagar sobre lo que la niña sentía respecto a su mamá, la consultante parecía contestar como ella, sin lograr ponerse en los zapatos de la pequeña, ya que explicaba que todos los regaños y los malos tratos eran por su bien y debido a su pésima conducta. Asimismo, al indagar sobre lo que probablemente necesitaba la niña para ser feliz, hubo risa por parte de la madre y le fue complicado concentrarse. Después al explorar el tema del por qué la consultante le daba tantas explicaciones, aparentes opciones y argumentos a su hija, intentó minimizar dicha cuestión al decir que se sentía confundida y señaló que casi siempre todo ello “la sacaba de la duda”. Ante esto, el equipo intervino y se le preguntó si consideraba que decepcionaba a su mamá, respondió que no y luego se indagó sobre cómo es que ésta le demostraba cariño, afirmó que era cuando le ayudaba en sus tareas. Cuando se le recordó a la niña lo que su mamá le dijo (qué estarás haciendo para que nadie te ayude), señaló que no sabría como responder y al pensar en cómo le gustaría llevarse con su mamá en un futuro, explicó que tendría que hacer sus obligaciones y lo que le pedían. También se le preguntó por qué necesitaba de tanto cariño y de ser apapachada, al contestar que era porque estaba consentida, se le preguntó si no le estaría faltando recibir la atención que deseaba; y si se imaginaba como un adulto, cómo le gustaría recordar a su mamá, dijo que definitivamente no sabría que decir,

aunque luego agrego que le gustaría pensar en su risa y sus apapachos.

Al final y al regresar a hablar con la consultante, se le preguntó que si su hija hubiera estado ahí escuchando la conversación, que tanto hubiera estado de acuerdo o en desacuerdo con todo lo que dijo, señaló que consideraba que su hija diría que “le atinó” a un 80% de lo que expresó. Después se le preguntó sobre cómo se sintió, explicó que rara y al preguntarle qué tan fácil o qué tan difícil fue, comentó que fue complicado tratar de pensar como otra persona, porque pensaba que además su hija magnificaba las situaciones y trataba de buscar alguien con quien quejarse.

La consultante ya no pudo asistir a la última sesión de seguimiento, por lo que el proceso terapéutico no pudo concluir como lo habíamos deseado, en general considero que en el equipo quedó una sensación de impotencia, ya que pienso que explotamos todos los recursos que tuvimos a nuestro alcance y no logramos lo que esperábamos, que la relación madre e hija pudiera ser distinta, en la que la pequeña pudiera seguir siendo una niña y no ser vista como una adulta, pero a la vez esto nos recordó que como terapeutas tenemos limitaciones y debemos enfocarnos en lo que los consultantes buscan.

Para concluir este apartado, puedo decir respecto a la Familia A que al inicio se observaba en ellos una conyugalidad disarmónica y una parentalidad conservada, porque aunque tenían muchas dificultades como pareja, como padres trataban de hacer lo mejor posible para sus hijos. Entonces considero que conforme el proceso terapéutico avanzó, se acercaron hacia una conyugalidad armoniosa y empezaron a trabajar para realmente tener una parentalidad conservada, dado que lograron comunicarse de una manera óptima como pareja y establecer límites con sus hijos, lo que conllevaba a una atmósfera relacional funcional y aunque no pudieron concluir la terapia como se había esperado y aún les faltaba concretar

las acciones que los llevarían a mejorar la relación familiar, empezaron un cambio que sin duda no se detendría e impactaría en diversas áreas de sus vidas.

En cuanto a la Familia B, al inicio se observó que se encontraban en una conyugalidad disarmónica y una parentalidad deteriorada, debido a los múltiples problemas entre la pareja y su gran dificultad para poder educar a su hija; durante el proceso parecía que la consultante se esforzaba por cambiar y como familia se fueron moviendo hacia una parentalidad conservada, aunque seguían en una conyugalidad disarmónica generando una triangulación con la hija, sin embargo no lo puedo asegurar con certeza debido a la dificultad de la madre para poder discernir sus funciones como tal, sumándole la ausencia del padre. Sé que todavía faltaba camino para que la consultante pudiera tener otra visión de la parentalidad, porque finalmente creo que la hija seguiría en medio de la batalla de la pareja y que incluso como lo menciona Linares (2006), correría el riesgo de sufrir maltrato psicológico, cuestión que para mí y para el equipo terapéutico nos dejó como ya lo comentaba, con una sensación de imposibilidad, no obstante fue un punto que logramos trabajar juntos como grupo, por una parte expresando nuestras emociones y por otra, considerando en cuáles serían las últimas opciones que podríamos ofrecerle a la consultante.

Y relacionado a lo anterior, sobre el trabajo que realizamos como equipo terapéutico, en el siguiente apartado presento el análisis del Sistema Terapéutico Total durante nuestra labor en la Maestría en Psicología.

3.1.5. Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico

El Sistema Terapéutico Total, está conformado por diversos subsistemas, el primero es el Sistema de Terapeutas, que a su vez está formado por el Sistema de Supervisión y el Terapeuta; el segundo, es el Sistema Terapéutico, integrado por el Sistema Familiar y el Terapeuta y el tercero, es el Sistema de Supervisión, constituido por el Equipo de Supervisados y el Supervisor. Esta forma de trabajo, conlleva a una mirada sistémica, que toma en cuenta a la familia y al contexto, orientándose a las relaciones familiares y a la interrelación de éstas con los diferentes subsistemas terapéuticos, antes mencionados y con el entorno social-cultural (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002).

Es así que al formar parte del Sistema Terapéutico total, pude vislumbrar el cambio que se buscaba alentar en las personas que habían solicitado el servicio de Terapia Familiar, así como el cambio de epistemología que como estudiantes de la Maestría habíamos empezado a dar con nuestros estudios, al comprender que de una manera distinta ahora pensamos, conocemos y decidimos. Como señala Maturana, lo que los observadores ven, no existe como tal fuera de su campo de experiencia, sino que es el resultado de la actividad interna que el mundo exterior desencadena en ellos, la relación entre el sistema observador y el sistema observado, mostrando cómo estos sistemas son inseparables al sostener que el observador no se pregunta si es objetivo o subjetivo, en lugar de ello admite el nexo entre el observador y lo observado.

En el momento en el que te das cuenta lo que implica ser observador y parte del Sistema Terapéutico Total, entiendes la importancia de la participación que tienes en la intervención con las familias, así como de lo que implica para ti, ya que por el solo hecho de estar presente, te incluyes en el sistema y no solo te lleva a aportar opiniones sobre lo que se hace, sino que además se mueven emociones dentro de ti, como especialista pero también como ser humano, el estar tan cerca del dolor,

te lleva a reflexionar sobre ti mismo y obviamente sobre tu labor como psicoterapeuta.

Me pareció muy interesante la forma en que se llevó la supervisión en el primer semestre en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, ya que nos dio la oportunidad de entender el proceso terapéutico de una manera distinta, en la que se analizaban las palabras y los hechos que estaban a nuestra vista como observadores, así como se pudieron planear de manera conjunta las intervenciones, permitiendo así el mayor beneficio para las personas que estaban en busca de una solución. Fue sumamente interesante participar como observador en la retroalimentación de mis compañeros terapeutas de tercer semestre y participar en las intervenciones para las familias. Aunado a ello, como dirían “dos ojos ven mejor que uno”, fue importante como cada uno de nosotros como parte del Sistema Terapéutico Total pudimos ver situaciones distintas y con ello aportábamos ideas nuevas que tal vez una sola persona no habría podido dilucidar, desde las expresiones verbales y no verbales, así como lo que hacían los pacientes cuando el terapeuta había salido del cubículo donde se llevaba a cabo la sesión.

Ya durante el proceso del segundo semestre, como parte del Sistema trabajé en dos escenarios distintos, por una parte en el CCH Azcapotzalco y por otra, en la Clínica Familiar del ISSSTE. Aunque en ambos el equipo terapéutico se encontraba en contacto directo con los pacientes, en cada uno de ellos fue diferente la manera en que se trabajó y el tipo de población influía en el modo de ver el proceso terapéutico, considerando el contexto.

En el CCH Azcapotzalco, se trabajó con población adolescente por lo que las temáticas fueron propias de dicha etapa del ciclo vital, en el caso que yo atendí tratamos temas como la desintegración familiar, el consumo de drogas y la ideación suicida, no obstante en los casos que observe también se presentaron casos de divorcio de los padres de los jóvenes, así como violencia en el noviazgo,

suicidios y consumo de alcohol. Ante ello, junto con el equipo terapéutico tuvimos la oportunidad de estar en contacto con las problemáticas actuales de los adolescentes y al participar como observadores, tuvimos la oportunidad de aportar ideas al terapeuta en turno, así como participar en la discusión del mensaje final y las tareas, lo que hizo que cambiara mi visión del Sistema Terapéutico Total, al apreciar los comentarios del supervisor y los compañeros.

Respecto a mi experiencia particular con la paciente del CCH Azcapotzalco y al ser parte del Sistema, el equipo me fue de gran utilidad, más al inicio del proceso, debido a que la paciente era ambigua en sus respuestas y en ocasiones se le dificultaba ampliar la información, por lo que el equipo me ayudo a formular diversas preguntas que me ayudaron a obtener mayor información y a consolidar la relación con la paciente. Ya durante el proceso, el escuchar sus puntos de vista, me favoreció para ampliar mis puntos de vista lo que me llevaba a tomar caminos de acción distintos, que pudieran beneficiar a la paciente. Por otra parte, considero que como observadora y parte del equipo, se enriqueció mi labor terapéutica ya que la diversidad de casos me hizo contemplar la necesidad de informarme y de estar cerca de otro tipo de población con la que no había tenido la oportunidad de trabajar. Asimismo, pude observar el efecto que tiene en muchas ocasiones el equipo para los pacientes, ya que en específico había una familia, madre e hija, que se mostraron sumamente agradecidas y cariñosas hacia nosotros por todos los cambios positivos que habían logrando, a lo que se les señaló que ellas los habían hecho por sí mismas y que nosotros las acompañamos en el camino.

En la Clínica Familiar del ISSSTE la población fue variada, lo que resultó en una diversidad de casos, por ello tuvimos la oportunidad de trabajar con diversos temas como la infidelidad como causa de separación en las familias, el efecto del consumo de drogas en uno de los miembros de la familia, el control del enojo y la violencia, así como en el proyecto de vida que las personas suelen plantearse, entre otros. La diferencia que pude notar entre el escenario anterior y que tal vez se deba al espacio físico en el que se desarrollaba la terapia en el ISSSTE, es que

al estar más cerca de las personas, suelen sentirse más acogidas y denotaban muestras de agradecimiento hacia el equipo terapéutico. Aunado a lo anterior, dado a la guía de la supervisora tanto como terapeuta y como observadora, las acotaciones eran enriquecedoras, ya que te dirigían hacia el cambio esperado.

En cuanto a mi experiencia particular con la familia de la Clínica Familiar del ISSSTE, atendí a una madre con su hija y tomando en cuenta al Sistema Terapéutico Total, la aportación de la supervisora fue de gran utilidad, ya que al inicio sus sugerencias me permitieron guiar el trabajo terapéutico, considerando la dificultad de la joven para hablar y la negatividad de la madre al plantear su situación. Asimismo, el uso del pizarrón para escribir los mensajes como una experiencia nueva, fue benéfico para mi al entender otros puntos de vista, además en los momentos en lo que se preparaba el mensaje final para la familia, el equipo aportó ideas que guiaban las acciones a seguir, lo que favoreció el proceso terapéutico. Aunado a lo anterior, me pareció enriquecedor que al final de cada sesión, siempre se hacía una retroalimentación de lo que habíamos hecho, ya que así pude observar cuáles eran los aspectos que debía trabajar.

Durante el tercer semestre y como parte del Sistema, trabajé en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala. Aunque había tenido la oportunidad de estar en los otros dos escenarios antes mencionados, donde se tiene contacto directo con los pacientes, trabajar en la Clínica implicaba un reto, ya que era la primera vez que trabajaría en la cámara con el espejo de doble visión. Aunado a ello, en los otros dos escenarios, los mensajes del equipo, solían ser un tanto más directos, ya que eran por una parte desde un pizarrón donde uno podía leerlos a la distancia y por otra, por medio de mensajes escritos que también uno podía leer e incorporar las preguntas en la conversación; en el caso de la Clínica los mensajes serían por medio del teléfono, lo que a manera personal sentía como imponente, de pronto escuchar el timbre del mismo, contestar, escuchar el mensaje y poder transmitirlo al consultante. Sin embargo, después de la primera sesión que experimente el uso del teléfono, mis inquietudes se disiparon y finalmente

incorporé este instrumento a la terapia, trabajando en la síntesis de las ideas y en poder transmitir las lo más fielmente posible para que el sentido de las ideas no variara tanto, sumado a la oportunidad de poder estar de acuerdo o no con las mismas y hacer alguna aclaración al consultante, sobre si como terapeuta coincidía o no con lo que el equipo estaba contemplando.

Al ser terapeuta y estar detrás del espejo, pude entender el proceso de un modo distinto, ya que el temor ante ser observado, se convirtió en ser parte de un Sistema, donde las sugerencias tanto de supervisores como de compañeros son un apoyo durante el proceso terapéutico, al escuchar diversos puntos de vista, a veces opuestos y a veces similares. Finalmente, en cuanto a mi hacer terapéutico puedo decir que al inicio tuve cierto temor a sentirme observada e incluso juzgada, pero conforme paso el tiempo, uno deja de ver al equipo como una posible amenaza y es percibido como un apoyo y una forma de aprendizaje distinto a lo que había vivido con anterioridad. Lo que ahora hace que considere que durante la práctica terapéutica, pueda tener un grupo de personas a las cuales acudir cuando requiera de un consejo, un punto de vista distinto y que incluso, aunque no pudiera hacerlo en todo momento, uno sólo puede imaginar qué es lo que el equipo podría decirme en ese momento que me pudiera ayudar a decir que acción tomar.

La población que asiste a la Clínica fue variada, están los consultantes que son mandados por alguna institución como el colegio donde asisten los niños o incluso desde el ámbito legal en cuestión de separaciones y el cuidado de los hijos, de esta forma es enriquecedor la variedad de personas y de cuestiones que se atendieron. Los casos que me tocaron, estaban relacionados a cuestiones de pareja, a la crianza de los hijos, dificultades en la comunicación, por lo que pude tener otra visión de las familias. Asimismo, respecto a los casos de mis compañeros, se trataron diversos temas, algunos de ellos fueron delicados, como lo es la violencia, cuestión que nos hizo plantearnos la dificultad de trabajar con el tópico.

Aunado a lo anterior, cabe señalar que al trabajar en la Clínica nos encontramos con una dificultad, la cual fue la deserción de algunos consultantes, lo que finalmente me llevó a pensar como terapeuta en las razones por las que las personas no regresan a terapia, entre ellas se contemplo que en muchas ocasiones los consultantes no escuchaban lo que deseaban y por ello decidían no regresar, sin embargo les era complicado que decir que no regresarían y muchas veces se esperaba que volvieran, siendo que no lo harían; otra razón que se contempló es que como el servicio tiene una bajo costo, muchas veces no se valora el mismo y no existe un compromiso; obviamente también se contempló que en muchas personas el momento del cambio no era el idóneo y al escuchar aspectos para los cuales no estaban listos, solían alejarse y no continuar con el proceso. Contemplamos estos aspectos en el equipo y reconocimos que pudimos sentir frustración y molestia, lo importante era poder identificar lo que sentíamos y trabajarlo de manera personal, pero también en grupo al estar inmersos en el sistema.

Considerando el tema de la violencia, como parte del equipo me hizo plantearme la complejidad que implicaba tratar este tópico; una de mis compañeras tenía un caso que implicaba violencia de pareja, era una relación donde existían insultos, humillaciones y aunque la agresión física había empezado con el esposo, llegó un momento en que está se había extendido y también la esposa actuaba agresivamente, aunque cabe señalar que el tipo de violencia que ejercía ella, era más de tipo psicológica, ya que se burlaba de su esposo respecto a su masculinidad y preferencias sexuales. Debido a nuestras inquietudes como equipo, se tuvo la oportunidad de hacer un ejercicio durante una clase con uno de los supervisores, donde éste entrevistó a la terapeuta como si fuera los pacientes (entrevista al otro internalizado), esto fue de gran utilidad como parte del sistema, ya que implicó que pudiéramos aprender sobre el caso, pero también sobre cómo participar como equipo en este tipo de ejercicios, ya que cada uno de nosotros se enfocó en identificar diferentes circunstancias, por ejemplo el tipo de preguntas, las emociones encontradas, entre otras.

Por otra parte, manejar el espacio terapéutico como parte del equipo fue de constante aprendizaje, ya que es sumamente interesante poder observar con detalle lo que sucede detrás del espejo sin que los que están del otro lado nos vean, es así que podíamos hacer comentarios con más libertad e incluso discutir algunas ideas sobre lo que se estaba presentando, asimismo había tiempo para pensar cuáles eran las ideas que queríamos transmitir al terapeuta y cuando era oportuno, se hacían las llamadas telefónicas lideradas por el supervisor. Asimismo, era interesante el momento de la intercesión, cuando el terapeuta pasaba junto al equipo a discutir lo que había escuchado y observado, en conjunto se ideaba el mensaje para los consultantes, de tal manera que las ideas del terapeuta fueran respetadas, pero que a la vez, si había ideas con las que probablemente no coincidía, como se había mencionado en algún momento, se podía hacer explícito al consultante que el equipo tenía una idea y el terapeuta otra, incluso finalmente esto es un recurso para el proceso terapéutico.

También fue sumamente enriquecedor poder empezar a realizar intervenciones donde el equipo terapéutico estaba incluido en el espacio del terapeuta y el consultante, en particular mencionaré el equipo reflexivo. Aunque al inicio todavía no teníamos los conocimientos necesarios para realizarlo, existía una gran inquietud por incorporar dicha actividad al proceso terapéutico y poder enriquecer la información del caso. Al principio, ante esta falta de conocimiento, en lo particular me sentía con ciertos miedos, al considerar qué era lo que podría decir en la reflexión y que fuera de utilidad para el consultante, por lo que existía cierta ansiedad, no obstante como suele suceder al dar el primer paso, uno empieza a soltarse por decirlo de algún modo y pude expresar mis ideas de manera puntual. Considero que las veces que hicimos equipo reflexivo fue una experiencia que marcó a los consultantes, por ser aún más complejo que lo que ya implica asistir a terapia en un espacio con espejo de doble visión y con un equipo de personas detrás del mismo, el que las personas estuvieran del mismo lado y comentando sus ideas, le hacía ver aspectos que habían pasado desapercibidos.

Además, tuvimos la oportunidad de tener un supervisor nuevo, lo que también resultó en aprendizaje, al conocer otro modo de trabajo, otra personalidad, conocimientos distintos, lo que conllevó a una adaptación del Sistema Terapéutico Total, ya que finalmente nos habíamos acostumbrado a trabajar con algunos supervisores y en general era importante poder escuchar otras voces que pudieran enriquecer nuestra labor terapéutica.

Para el último y cuarto semestre, tuve la oportunidad de colaborar de nueva cuenta en la Clínica Familiar del ISSSTE, así como en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala. Ya hacia el final de la Maestría, el aprendizaje en ambas sedes continuó fluyendo y tuve la oportunidad de poder ver a mi supervisora tomar acción durante la atención de uno de mis casos, esto fue sumamente beneficioso, ya que además siempre tenemos la curiosidad de saber cómo es que nuestros maestros trabajan, además pude observar una manera distinta de intervenir en un proceso terapéutico.

Finalmente, el ser parte del Sistema Terapéutico Total fue un proceso en el que crecimos juntos como terapeutas y pues decir que al inicio, cuando los equipos se conformaron, había muchas inquietudes sobre cómo resultaría el trabajo en grupo. Considero que en algunos momentos surgió cierta competencia, pero esto como una situación común como seres humanos, sin embargo he de aceptar que en mi equipo, la competencia entre unos y otros se transformó a lo largo del tiempo, en colaboración constante, en apoyo incondicional. Pienso que nos fuimos integrando, asimismo existió comprensión y ante todo respeto, en algún momento había tal compenetración que las ideas de terapeuta y equipo se complementaban en beneficio de los consultantes. Para mi fue un privilegio haber sido parte de mi equipo y ahora incluso considero que siempre llevaré sus voces cuando necesite de un consejo, de una opinión distinta, de un apoyo.

3.2. Habilidades de Investigación

Durante nuestra formación se fomentó el desarrollo de habilidades de investigación, por lo que cada uno de nosotros realizó al menos dos estudios donde se analizaron temas de interés y que pudieran aportar datos significativos para proponer por una parte, entendimiento respecto a los temas y por otra, proponer mejores intervenciones para el trabajo con familias.

3.2.1. Reporte de investigaciones

3.2.1.1. Metodología cuantitativa

Título de la Investigación:

Relación entre satisfacción familiar y estrategias de comunicación en usuarios de una clínica de medicina familiar del sector público

Autores:

Alejandra Piña Loeza, Fabiola Inés Arellano Jiménez y Yu Hing Valeria Chuey Rosas.

Objetivo:

El objetivo de este estudio fue analizar si existía relación entre la satisfacción familiar y las estrategias de comunicación predominantes en usuarios de una clínica de medicina familiar del sector público.

Metodología:

La muestra fue seleccionada de la sala de espera de una Clínica Familiar del ISSSTE ubicada en Ceylán, Tlalnepantla, Estado de México. Se utilizó un diseño de investigación transversal correlacional. Las variables fueron: satisfacción familiar, estilos de comunicación de tipo asertivo, agresivo, agresivo pasivo y sumiso. Los instrumentos utilizados fueron el *Cuestionario de Aserción en la Pareja* (ASPA), que evalúa de qué manera cada miembro de una pareja se enfrenta a situaciones conflictivas que pueden surgir en toda convivencia marital y la *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos* (ESFA), que está compuesta por 27 ítems, cada uno formado por una pareja de adjetivos antónimos, trata de evocar una respuesta preferentemente afectiva. Una única dimensión define la escala (satisfacción familiar), por lo que de su corrección se extrae una única puntuación.

En cuanto al procedimiento, se invitó a los participantes a colaborar en la investigación, después se les explicó a cada uno de ellos en qué consistía el estudio y el objetivo del mismo, se les pidió que firmaran un consentimiento informado sobre su participación, así como se les hizo saber de la confidencialidad tanto de sus datos personales como de los datos obtenidos en los cuestionarios que se les solicitó contestar, mencionados con anterioridad. Después de ello, se le entregó a cada participante los dos cuestionarios, asimismo se les dio un lápiz y un borrador, se les pidió que contestaran de forma veraz. Con los datos obtenidos, se procedió a vaciar los resultados en una base de datos y se realizó el análisis estadístico, se utilizó una Correlación de Pearson para verificar la relación entre la satisfacción familiar y las estrategias de comunicación en los vínculos de pareja, así como una Prueba T, para corroborar las diferencias entre hombres y mujeres.

Resultados:

En la muestra, el 63% eran mujeres y el otro 37% hombres, cuyo rango de edad fluctuó de 21 a 71 años, con una media de 42.33 años. Con respecto al estado

civil, el 80% de los participantes eran casados y el 20% restante vivían en unión libre con su pareja. Por último las ocupaciones que se encontraron con una frecuencia mayor fueron: empleado con 30% y dedicarse al hogar también con 30%, el 25% eran profesionistas y las ocupaciones que se encontraron con menor frecuencia fueron las personas jubiladas con 9%, y comerciantes con 6%.

Se analizaron los datos obtenidos en el ESFA, donde el puntaje total de la escala es de 162. En la muestra, las puntuaciones se encontraron en un rango de 78 a 162 y el promedio total de satisfacción familiar fue de 136. De acuerdo a las normas de la prueba, nadie obtuvo un puntaje por debajo del centil 25 que señalaría una satisfacción familiar baja, el 32% tuvo una satisfacción familiar media, ya que sus puntajes se encontraron entre el centil 26 al 74, finalmente el 68% tuvo una satisfacción familiar alta, al encontrarse por arriba del centil 75.

El ASPA arroja en qué porcentaje la persona ocupa cada uno de los cuatro estilos de comunicación, tomando en cuenta que la suma de éstos da el total de su forma de comunicarse (100%). El primero de estos estilos es el asertivo, en el estudio se encontró que el porcentaje mínimo obtenido para este estilo fue de 12% y un porcentaje máximo de 61%, así como una media de 32.42%. En cuanto al estilo agresivo, se observó que el porcentaje mínimo fue de 9% y el máximo de 37%, con una media de 19.8%. Respecto al estilo agresivo, tuvo un porcentaje mínimo de 12% y un máximo de 37%, con una media de 23.67%. Por último, el estilo agresivo pasivo, obtuvo un porcentaje mínimo de 12% y un máximo de 38%, con una media de 23.94%. Con los datos anteriores se observó que el estilo de comunicación que más es usado por los participantes de nuestra muestra es el asertivo y el que menos ocupan es el agresivo, el sumiso y el agresivo pasivo.

Para la correlación entre la satisfacción familiar y los cuatro estilos de comunicación se utilizó el estadístico r de Pearson, se observó que existe una correlación baja estadísticamente significativa, entre la satisfacción familiar y la estrategia de comunicación de tipo asertivo ($r = .377$, $p = 0.01$), y una correlación

negativa estadísticamente significativa, entre la estrategia de comunicación de tipo agresivo ($r = -.273$, $p = 0.01$) y la de tipo agresivo pasivo ($r = -.362$, $p = 0.01$). Cabe señalar que entre satisfacción familiar y la estrategia de comunicación de tipo sumiso no existió correlación.

Para identificar si existía alguna diferencia entre hombres y mujeres, en cuanto a la Satisfacción Familiar y los diferentes Estilos de Comunicación (asertivo, agresivo, sumiso y agresivo pasivo), se analizó los datos de dichos grupos con una prueba T para muestras independientes, se observó que en los resultados en Satisfacción Familiar no existieron diferencias estadísticamente significativas ($t = -1.257$, $p > .05$). Por otra parte, en los resultados del ASPA, para cada estilo de comunicación, tampoco existieron diferencias estadísticamente significativas (asertivo: $t = -.097$, $p > .05$, agresivo: $t = -1.492$, $p > .05$, sumiso: $t = -.002$, $p > .05$ y agresivo pasivo: $t = -1.164$, $p > .05$).

Con los resultados se apoya la hipótesis de investigación de que a mayor uso de asertividad mayor satisfacción familiar y de que a mayor satisfacción familiar menor uso de estrategias de comunicación agresivas y agresivas pasivas. Asimismo, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, tanto en Satisfacción Familiar, como en el uso de los diferentes Estilos de Comunicación.

Conclusiones:

Se observó que la estrategia que se ocupa mayormente es la asertiva, lo que implica que es el estilo predominante tomando en cuenta a la muestra completa. Asimismo se observó que los hombres y mujeres ocupan de una manera muy similar los distintos estilos de comunicación. De igual manera la satisfacción familiar que perciben hombres y mujeres es muy semejante.

Después de realizar el análisis de los datos se pudo observar que existe una

correlación, aunque baja, estadísticamente significativamente entre satisfacción familiar y la estrategia de comunicación de tipo asertivo, lo que implica que a mayor satisfacción familiar, se utiliza esta estrategia principalmente, lo que coincide con lo que respectivamente señalan Weiss y Heyman en 1990, Noller y Fitzpatric, en el mismo año y finalmente Cáceres en 1992.

Por otra parte se encontró correlaciones negativas estadísticamente significativas entre satisfacción familiar y las estrategias de comunicación de tipo agresivo y agresivo pasivo, es decir que mientras unas disminuyen, la otra aumenta, mientras se refleje menor satisfacción familiar, mayor uso de estas estrategias, condición que se ve sustentada por lo que habían señalado Iraurgi, Sanz y Martínez-Pampliega en 2009.

Se pudo corroborar que la satisfacción en pareja tiende a disminuir en las personas que suelen utilizar con mayor frecuencia estrategias de comunicación de tipo agresivo, así como de tipo agresivo pasivo, lo cual puede estar relacionado el incremento de la violencia en nuestro país. Cuestión que implica que debemos idear intervenciones psicológicas óptimas que favorezcan al vínculo de pareja y donde se puedan utilizar estrategias de comunicación efectivas, principalmente de tipo asertivas.

Además se sugiere que se continúen realizando investigaciones respecto a la población mexicana y la satisfacción familiar, así como a las estrategias de comunicación, para así obtener datos contundentes que confirmen los resultados encontrados en este estudio y con los que se pueda ver por el bienestar de las personas que solicitan principalmente atención psicológica.

3.2.1.2. Metodología cualitativa

Título de la Investigación:

Modos de relación y ciclo de violencia conyugal

Autores:

Fabiola Inés Arellano Jiménez y Yu Hing Valeria Chuey Rosas

Objetivo:

El objetivo de la investigación fue identificar cuáles son los modos de relación que los miembros de la pareja emplean, cuando en ésta existe violencia conyugal.

Metodología:

La selección de la pareja participante, se llevó a cabo a partir de los resultados obtenidos de la aplicación del *Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA)* y la *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)* en la Clínica Familiar del ISSSTE ubicada en Ceylán, Tlalnepantla, Estado de México. La pareja obtuvo el puntaje más bajo en la ESFA, y un estilo de comunicación predominantemente agresivo en el ASPA. La entrevista semiestructurada se llevó a cabo en la casa de la pareja, teniendo una duración aproximada de 90 minutos, con los siguientes ejes temáticos: historia de la pareja (desde el noviazgo), problemáticas actuales, modos en que afrontan las problemáticas y los sentimientos predominantes en su relación de pareja.

Resultados:

Después de la revisión de los modos de relación de los miembros de la pareja entrevistada, se buscó ubicar en las distintas fases del ciclo de violencia conyugal los sentimientos expresados de modo verbal (contenido del mensaje), el aspecto paralingüístico (volumen, entonación, fluidez, claridad, velocidad, tiempo de habla) y el no verbal (mirada, expresión facial, gestos, postura corporal, orientación, distancia o contacto físico).

Se encontró que la fase de explosión violenta del ciclo de violencia conyugal, no se presentó durante la entrevista, lo que nos indica que no necesariamente al ser una pareja que vive violencia, lo hará de modo explícito en todo momento, siendo la presencia de las entrevistadoras un factor importante, para que la pareja buscara constantemente la contención.

Por otra parte, la fase de acumulación de tensión, es causa del inicio de la fase de culpa, arrepentimiento y promesas; ésta a su vez es causa del inicio de la fase de reconciliación y luego a partir de la fase de reconciliación se llega a la fase de aparente calma.

En cuanto a la fase de reconciliación, está caracterizada por el modo de relación complaciente/halagador tanto en el hombre como en la mujer, apareciendo el deleite tanto en el emisor como en el receptor. En varios momentos de la entrevista, fue posible notar que el hombre es el que emplea en mayor medida éste modo de relación, intentando permanecer en esa fase.

En la fase de culpa, arrepentimiento y promesas, está asociada con el modo de relación culposo de la mujer, siendo la culpa el sentimiento que aparece. Y en la fase de aparente calma, está asociada a los siguientes modos de comunicación: superficial en el hombre (asociado con frialdad), gracioso/simpático en el hombre (asociado con diversión) y minimizador del conflicto en el hombre y en la mujer (asociados con resignación).

Respecto a la fase de acumulación de tensión, está asociada a los siguientes modos de comunicación: catastrofista en la mujer (asociado con el miedo, principalmente a ser abandonada o a sufrir alguna infidelidad), victimista en la mujer (asociado con la tristeza -al pensar que su pareja no la quiere tanto como ella- y el enojo -al sentir que su pareja no pone tanto interés en la relación-), chantajista emocional en la mujer (asociado con el enojo), agresivo en la mujer (asociado con el enojo), cuestionador en la mujer (asociado con el enojo), victimista en el hombre (asociado con el enojo y con la decepción de que lo que vive en su relación de pareja es lejano al ideal que construyó en su sistema de creencias) y dictatorial en el hombre (asociado con la decepción y el anhelo).

Fue posible notar que cada uno de los miembros de la pareja, tiene modos distintos de relación, que regulan los conflictos a lo largo del tiempo. No obstante, en las ocasiones en las que se han encontrado en la fase de explosión violenta, deja de existir esa regulación, ya que ambos se muestran violentos, pero luego de esto llegan a la fase de culpa, arrepentimiento y promesas, en la que la mujer suele creer que es la culpable de lo ocurrido y vuelven a la regulación habitual, cuando la relación llega a la fase de reconciliación, lo que les hace recobrar esperanzas en que es posible tener una relación amorosa cordial.

Conclusiones:

La pareja tiene modos de relación tanto positivos como negativos, pero existe una constante regulación que está permeada por la premisa de querer continuar juntos. Aunque en la pareja entrevistada hay poca satisfacción familiar y los periodos de reconciliación son cortos en comparación a los periodos de acumulación de tensión, los miembros de la pareja están a la espera de la solución de los conflictos. En el momento en el que alguno de los dos cambie sus modos de relación, el patrón existente en la pareja se rompería y daría paso a nuevas pautas de relación.

3.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria

Además de las habilidades en investigación, también se fomentó el desarrollo de competencias respecto a la enseñanza y la difusión del conocimiento, con el fin de brindar información importante a sectores de la población que atendíamos en las sedes clínicas, así como seguir preparándonos académicamente. De esta forma realicé durante cada semestre, tanto de manera individual como grupal, diversos materiales que pueden apoyar a programas de formación de terapeutas. Aunado a ello, participé en un Taller con el tema de Adolescencia, dirigido a padres de los alumnos del CCH Azcapotzalco; asimismo realicé una Plática de Prevención sobre Adicciones, para los usuarios en sala de espera de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE. Finalmente, otro punto importante en nuestra formación fue asistir y participar en foros académicos.

3.3.1. Productos tecnológicos realizados como manuales, videos, programas, libros, capítulos en libros, folletos, etc., que sirvan para la atención de los usuarios o para programas de prevención en la comunidad, o bien para los programas de formación de los terapeutas

MANUAL DIDÁCTICO SOBRE LAS TÉCNICAS DEL MODELO ESTRUCTURAL

OBJETIVO:

El principal objetivo del manual didáctico es que quienes lo revisen sean capaces de conocer, identificar y aplicar las técnicas terapéuticas del Modelo Estructural de la Terapia Familiar Sistémica, mediante la práctica clínica.

DIRIGIDO A:

El manual didáctico se encuentra dirigido a estudiantes y profesionales de la Psicología que deseen introducirse al tema y conocer las técnicas de instrucción clínica del Modelo Estructural.

CARACTERÍSTICAS:

El manual presenta una síntesis teórico-metodológico de las técnicas del Modelo Estructural, la exposición es de tipo didáctico mediante ejemplos de casos clínicos posibles que ilustran la parte aplicada del trabajo clínico. El manual se elaboró de manera individual.

VIDEO DIDÁCTICO SOBRE LAS TÉCNICAS DEL MODELO ESTRUCTURAL

OBJETIVO:

El principal objetivo del video didáctico es que quienes tengan la oportunidad de revisarlo sean capaces de conocer, identificar y aplicar las técnicas terapéuticas del Modelo Estructural de la Terapia Familiar Sistémica, mediante la práctica clínica.

DIRIGIDO A:

El video didáctico se encuentra dirigido tanto a estudiantes como a profesionales de la Psicología que deseen introducirse al tema y conocer las técnicas de instrucción clínica del Modelo Estructural.

CARACTERÍSTICAS:

El video presenta una síntesis teórico-metodológico de las técnicas del Modelo Estructural, mediante la exposición de tipo didáctico con ejemplos de casos clínicos escenificados que ilustran la parte aplicada del trabajo clínico. El video se elaboró de forma grupal y tiene duración de una hora.

MANUAL DIDÁCTICO SOBRE LAS TÉCNICAS DE LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN PROBLEMAS

OBJETIVO:

El principal objetivo del manual didáctico es que quienes lo revisen sean capaces de conocer, identificar y aplicar las intervenciones terapéuticas de la Terapia Breve centrada en Problemas, mediante la práctica clínica.

DIRIGIDO A:

El manual didáctico se encuentra dirigido a estudiantes y profesionales de la Psicología que deseen introducirse al tema y conocer las intervenciones de la Terapia Breve centrada en Problemas.

CARACTERÍSTICAS:

El manual presenta una síntesis teórico-metodológico de las intervenciones de la Terapia Breve centrada en Problemas, la exposición es de tipo didáctico mediante ejemplos de casos clínicos posibles que ilustran la parte aplicada del trabajo clínico. El manual se elaboró de manera individual.

VIDEO DIDÁCTICO SOBRE LAS TÉCNICAS DE LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN PROBLEMAS

OBJETIVO:

El principal objetivo del video didáctico es que quienes tengan la oportunidad de revisarlo sean capaces de conocer, identificar y aplicar las intervenciones terapéuticas de la Terapia Breve centrada en Problemas, mediante la práctica clínica.

DIRIGIDO A:

El video didáctico se encuentra dirigido tanto a estudiantes como a profesionales de la Psicología que deseen introducirse al tema y conocer las intervenciones de instrucción clínica de la Terapia Breve centrada en Problemas.

CARACTERÍSTICAS:

El video presenta una síntesis teórico-metodológico de las intervenciones de la Terapia Breve centrada en Problemas, mediante la exposición de tipo didáctico de ejemplos de casos clínicos escenificados que ilustran la parte aplicada del trabajo clínico. El video se elaboró de forma grupal y tiene duración de una hora.

VIDEO DIDÁCTICO SOBRE LAS TÉCNICAS DEL MODELO ESTRATÉGICO

OBJETIVO:

El principal objetivo del video didáctico es que quienes lo revisen sean capaces de conocer, identificar y aplicar las técnicas terapéuticas del Modelo Estratégico, mediante la práctica clínica.

DIRIGIDO A:

El video se encuentra dirigido a estudiantes y profesionales de la Psicología que deseen introducirse al tema y conocer las técnicas de instrucción clínica del Modelo Estratégico.

CARACTERÍSTICAS:

El video presenta una síntesis teórico-metodológico de las técnicas del Modelo Estratégico, la exposición es de tipo didáctico mediante ejemplos de casos clínicos escenificados que ilustran la parte aplicada del trabajo clínico. El video se elaboró de forma grupal y tiene duración de una hora.

MANUAL DIDÁCTICO SOBRE LAS TÉCNICAS DE LA TERAPIA BREVE ORIENTADA A LAS SOLUCIONES

OBJETIVO:

El principal objetivo del manual didáctico es que quienes lo revisen sean capaces de conocer, identificar y aplicar las intervenciones terapéuticas de la Terapia Breve orientada a las Soluciones, mediante la práctica clínica.

DIRIGIDO A:

El manual didáctico se encuentra dirigido a estudiantes y profesionales de la Psicología que deseen introducirse al tema y conocer las intervenciones de la Terapia Breve orientada a las Soluciones.

CARACTERÍSTICAS:

El manual presenta una síntesis teórico-metodológico de las intervenciones de la Terapia Breve orientada a las Soluciones, la exposición es de tipo didáctico mediante ejemplos de casos clínicos posibles que ilustran la parte aplicada del trabajo clínico. El manual se elaboró de manera individual.

VIDEO DIDÁCTICO SOBRE LAS TÉCNICAS DE LA TERAPIA BREVE ORIENTADA A LAS SOLUCIONES

OBJETIVO:

El principal objetivo del video didáctico es que quienes tengan la oportunidad de revisarlo sean capaces de conocer, identificar y aplicar las intervenciones terapéuticas de la Terapia Breve orientada a las Soluciones, mediante la práctica clínica.

DIRIGIDO A:

El video didáctico se encuentra dirigido tanto a estudiantes como a profesionales de la Psicología que deseen introducirse al tema y conocer las intervenciones de instrucción clínica de la Terapia Breve orientada a las Soluciones.

CARACTERÍSTICAS:

El video presenta una síntesis teórico-metodológico de las intervenciones de la Terapia Breve orientada a las Soluciones, mediante la exposición de tipo didáctico de ejemplos de casos clínicos escenificados que ilustran la parte aplicada del trabajo clínico. El video se elaboró de forma grupal y tiene duración de una hora.

3.3.2. Programas de intervención comunitaria realizados

TALLER PARA PADRES

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

PLANTEL VALLEJO

31 de Octubre de 2012

Se nos invitó a desarrollar un taller para padres en el Colegio de Ciencias y Humanidades Vallejo, el tema fue: Adolescencia. Tres compañeros y yo impartimos el taller en una de las aulas del Colegio. El objetivo del mismo fue hablar con los padres primero sobre las características de la etapa de la adolescencia, en la cual sus hijos se encuentran y aún cuando algunos tienen información previa al respecto, el fin es que pudieran aprender sobre los cambios físicos y psicológicos que ocurren, para que puedan estar al pendiente y prevenir ante ciertas dificultades, como el consumo de alcohol. Después, el objetivo también fue poder atender las inquietudes personales de los padres, ya que ante las dificultades de nuestros tiempos, son diversas las demandas. Para ello al inicio del taller se les pidió que anotaran cuáles eran sus principales dudas, con esta información se hizo una síntesis de las preguntas y ya al final, se contestaron de manera general las inquietudes. Asimismo, como parte del taller, se hizo un ejercicio de *rol playing*, en la que algunos padres que participaron voluntariamente, representaron diversas problemáticas a las que se enfrentan con sus hijos, la actividad fue enriquecedora tanto para los asistentes como para nosotros los instructores.

PLÁTICA DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE

VALLE CEYLÁN

24 de Mayo de 2013

Durante nuestra estancia en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, se nos invitó a dar pláticas de prevención para la población en general que asiste a solicitar servicios a la Clínica. De ese modo, desarrollé una plática de prevención de las adicciones, enfocada a hablar de las consecuencias del consumo de estupefacientes y de las alternativas disponibles para buscar ayuda cuando se tiene tal problema o alguna persona cercana está sufriendo y deseamos ayudarla. La plática se dio en la sala de espera de la Clínica y estuvieron presentes personas de diversas edades, al final a quienes lo solicitaron se les proporcionó los números de donde podían solicitar ayuda, como los Centros de Integración Juvenil.

3.3.3. Asistencia y/o presentación de trabajos en foros académicos

TERCER CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

Del 17 al 20 de Noviembre de 2011; Puebla, Puebla.

Constancia de Asistencia.

El Congreso fue organizado por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla en las instalaciones de la misma, dirigido a estudiantes y profesionales de la Psicología. Se contó con la presencia de personalidades importantes en el ámbito, tanto a nivel nacional como internacional. Tuve la oportunidad de asistir a los siguientes talleres:

- La Meditación como modulador de los Procesos de Autocuración. (Impartido por el Mtro. Rafael Aluni Montes).
- El punto... ¿Qué? Qué es el punto G, dónde está, cómo funciona, qué otros puntos hay; La Sexualidad Femenina de la A a la Z. (Impartido por la Dra. Rinna Riesenfeld Robinson).
- La Sanación como parte de la Terapia y la Vida Diaria. (Impartido por Betty Alice Erickson, M.S., L.P.C., L.M.F.T.).
- Paul Watzlawick: Maestro de la Terapia Breve. (Impartido por Wendel A. Ray, Ph, D., L.C.S.W., L.M.F.T., L.P.C.).
- Una Ecología de la Mente (Impartido por Nora Bateson).
- El Arte de crear el Cambio Terapéutico II. (Impartido por Bradford P. Keeney, Ph.D. y Hillary Stepheson, Ph. D.).

SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL EN TERAPIA BREVE Y FAMILIAR: BUSCANDO LOS CAMINOS DE LA INTEGRACIÓN

CENTRO DE TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

UNIDAD DE POSGRADOS DE LA FAMILIA Y LA PAREJA

Del 29 de marzo al 1º de abril de 2012; Puebla, Puebla.

Constancia de Asistencia.

El Congreso fue organizado por el Centro de Terapia Familiar y de Pareja, que es una institución que nace con la inquietud de aportar nuevas ideas que se traduzcan en una práctica diferente en el campo de la salud mental, en conjunto con la Unidad de Posgrados de la Familia y la Pareja, perteneciente al mismo Centro. El evento fue dirigido a estudiantes y profesionales de la Psicología y se realizó en el Complejo Cultural Universitario Puebla.

CONGRESO ESTUDIANTIL “LA VIOLENCIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS: RETOS Y PERSPECTIVAS”

Del 10 al 12 de Abril de 2013; Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Constancia de Participación.

El evento fue realizado en conjunto por Subjetividad y Sociedad, que es un programa de investigación e intervención y por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Se invitó a estudiantes, egresados o cualquier interesado en el tema, para presentar trabajos originales sobre tópicos relativos al eje temático del congreso.

En el Congreso Estudiantil “La violencia en Instituciones Educativas: Retos y Perspectivas” participe en una Mesa de Estudiantes con el trabajo: Modos de Relación y ciclo de violencia conyugal. Dicha investigación fue realizada durante el segundo semestre, fue de tipo cualitativo donde se abordó el tema del ciclo de la violencia y las estrategias de comunicación en una pareja que sufría de violencia. Realicé una presentación para apoyar la exposición del tema, el cual fue describir de manera detallada cómo se realizó la investigación y cuales fueron los principales resultados.

TERCER CONGRESO DE ALUMNOS DE POSGRADO DE LA UNAM.

Del 24 al 26 de Abril de 2013; Unidad de Posgrado; Universidad Nacional Autónoma de México.

Constancia de Participación.

El Congreso fue organizado por la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Secretaría de Desarrollo Institucional y la Coordinación de Estudios de Posgrado, el objetivo fue enriquecer la formación de los alumnos de posgrado, mediante la generación de un espacio multi, inter y trans disciplina, en el que

podrían dar a conocer sus proyectos académicos, además de difundir entre la población de las licenciaturas, el trabajo que realizan los alumnos de posgrado, con el propósito de incentivar el ánimo de superación académica.

En el Tercer Congreso de Alumnos de Posgrado de la UNAM, presenté el trabajo titulado: Relación entre Satisfacción Familiar y Estrategias de Comunicación en usuarios de una clínica familiar del sector público. Esta fue una investigación realizada en segundo semestre y de tipo cuantitativo, por lo que para su presentación realicé un cartel donde se expusieron las características de la investigación, los resultados y una discusión de los mismos.

3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional

Durante la formación en la Maestría en Psicología un punto fundamental es el desarrollo de habilidades tanto de compromiso como de ética profesional; al trabajar en las diferentes sedes clínicas, surge la responsabilidad de trabajar para los consultantes y las comunidades a las que pertenecen, buscando diversas maneras en las que podamos impactar de manera positiva y procurando siempre el bienestar de las personas, así que a continuación desarrollo dicho punto.

3.4.1. Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional

Uno de los principales objetivos durante la formación en la Maestría en Psicología y la Residencia de Terapia Familiar, es que desempeñemos nuestra labor de manera ética, es así que si consideramos la ética profesional, podría decirse que es la responsabilidad de un individuo que lo obliga a desarrollar de forma ética y justa su trabajo, intentando cooperar por el bien común, en medida de lo que pueda. Este concepto de ética, aplica a todas las situaciones en las cuales el

desempeño profesional debe seguir un sistema tanto implícito como explícito de reglas morales de diferente tipo.

Por lo tanto al desempeñar nuestra labor de manera ética, se espera no generar ningún tipo de daño a terceros, ni buscar exclusivamente el propio beneficio, asimismo se tiene como principios la solidaridad, la eficiencia, la responsabilidad y la equidad, para así realizar nuestras actividades de forma sensata y coherente.

Durante nuestra estancia en las diferentes sedes clínicas, tuvimos que considerar diversos aspectos éticos implicados en nuestra labor al brindar atención psicológica. Uno de ellos, es que es de suma importancia siempre comunicar a los consultantes el modo de trabajo en la Residencia y con ello, solicitarles siempre su consentimiento para video grabar las sesiones, asegurándoles la confidencialidad de todos sus datos y el respeto que en todo momento prevalecería. Es por ello que manejamos toda la información de las personas que solicitaban nuestros servicios de manera cuidadosa. Asimismo, en las otras sedes, como lo es el CCH Azcapotzalco y la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, otro punto importante es que al colaborar en dichos espacios, fue necesario respetar los lineamientos de los mismos y contribuir de forma óptima en los procesos psicológicos de los consultantes.

Así como en todo momento consideramos las implicaciones éticas generales de nuestra labor como psicólogos, en cada sede clínica y con cada uno de los consultantes, surgieron aspectos a considerar, que además en muchas ocasiones fueron situaciones a discutir en grupo. En el segundo semestre al colaborar en el CCH Azcapotzalco, la paciente que trate directamente había asistido a consulta por “traumas familiares”, no obstante al obtener información señaló que consumía drogas dentro de las instalaciones escolares; al inicio se le aseguró a la paciente que toda la información tratada durante las sesiones sería confidencial y se respetó su decisión. Se invitó a la madre a asistir a colaborar en el proceso terapéutico, pero la primera vez que fue, la paciente no se presentó, aunque no se

le comentó nada sobre el consumo de su hija, sí se le hizo saber en general, de los riesgos a los que los adolescentes se enfrentan, como el consumo de drogas, los embarazos no planeados y la deserción escolar. Sin embargo, al terminar la sesión la madre de la paciente sospechó que su hija se encontraba en problemas y la cuestionó, por ello la paciente se molestó y reclamó al equipo terapéutico ya que pensó que habíamos defraudado su confianza. Finalmente se consideró que la paciente necesitaba recibir todo el apoyo necesario para enfrentar sus problemáticas y aunque durante el proceso terapéutico aseguró ya no consumir drogas, se le sugirió asistir a un Centro de Integración Juvenil, así como en la escuela se solicitó que incluyeran a la madre en la formación de su hija de manera contante, así como que pudiera recibir ayuda personalizada para cumplir con las materias que debía.

En este caso el sistema terapéutico total se vio en la necesidad de considerar cuáles eran los pasos correctos para tratarlo de manera específica, buscando la integridad de la paciente, pero también respetando sus decisiones. Respecto a ello, finalmente existía temor al encontrarnos con una situación nueva para la mayoría y ante la duda de saber que era lo correcto que debía hacerse. El equipo por momentos consideró no saber si debíamos avisar a la escuela sobre todo lo que la paciente nos comentaba, más respecto al consumo de estupefacientes dentro de las instalaciones, pero también se consideraba que esto era una situación que la escuela ya estaba tratando con sus respectivos métodos, eficaces o no.

Por otra parte, ante la ambivalencia de la paciente, algunos miembros del equipo consideraban que se le debía confrontar más para que pudiera tomar una posición al respecto de sus acciones, como el que no asistió a la sesión donde se presentó su madre y ella no, sin embargo otros miembros pensaron que esto pudiera alejarla al sentirse no apoyada y comprendida, por lo que se tomó una posición intermedia, lo que sirvió para que la paciente continuará con su proceso y después se hiciera responsable de su conducta.

Finalmente, cabe señalar que el equipo comentaba que al inicio consideraban que está era la paciente a la que menos se le veían avances en el proceso terapéutico, no obstante cambió su percepción, ya que contemplaron que al final fue una de las personas que logró cambios significativos en su vida, que beneficiaron su toma de decisiones y la resolución de diversas problemáticas, como la disminución en el consumo de PVC.

En la Clínica Familiar del ISSSTE también durante el segundo semestre, al ser parte del equipo terapéutico en un caso de violencia intrafamiliar, se buscó la integridad de la paciente al sugerirle que actuara con cautela y que en ella estaba la decisión de continuar o no con la relación de pareja, no obstante se le sugirió que pudiera buscar ayuda especializada, con respecto a la violencia y de que formas podría protegerse, como acudir a un centro donde recibiera atención psicológica y asesoría legal. En otro de los casos, donde el padre de familia se encontraba en un centro de rehabilitación por consumo de drogas, se consideró qué es lo que la madre podría hacer para cuidarse tanto ella, como a sus hijos y aunque la paciente buscaba una respuesta en el equipo terapéutico sobre recibir de nuevo o no a su esposo, se le dejó que ella pudiera decidirlo al fortalecer sus recursos y ofrecerle alternativas como hablar con sus hijos de manera sincera e incluirlos en el proceso de rehabilitación del padre.

Posteriormente en el tercer semestre en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, en el caso que atendí de la pareja que tenía dificultades debido a la infidelidad de la esposa, al inicio el consultante no amplió la información al respecto y aunque después dio más datos que eran de utilidad, se contempló que era necesario escuchar la voz de la esposa, quien era la que había engañado, sin embargo se tomó en cuenta que respetaríamos su decisión de hablar o no del tema. Cuando por fin la esposa estuvo en sesión, aunque también le fue complicado hablarlo, pudo narrar su historia y explicar lo que había sentido, lo interesante fue que al hablar de la situación descubrimos que para la pareja había sido una situación que se hablo una sola vez y que no se había vuelto a tocar el

tema, cuestión que fue de importancia porque finalmente pudieron aclararse algunos aspectos al respecto, como el trato al que habían llegado, en el que ella dejaría de trabajar.

Asimismo, respecto al mismo caso, en las primeras sesiones el esposo dio a entender que la intimidad era un aspecto que le preocupaba, pues sentía que su esposa ya no era cariñosa y él era el que tenía que tomar la iniciativa para propiciar la intimidad, sin embargo se pensó en equipo que era importante aclarar con los consultantes que hablar sobre sexualidad era decisión de ellos y que si así lo desean, se haría con respeto, entre ellos y por parte de nosotros. Esta discusión se dio porque a veces como terapeutas podemos considerar que hay un tema importante que trabajar, pero que finalmente serán los consultantes los que decidan si se trata o no.

Respecto al tema de la violencia, finalmente fue el tópico que más nos movió como equipo, esto en un caso de un matrimonio donde existía violencia intrafamiliar, principalmente por parte del esposo hacia la esposa, aunque también ya se presentaba agresión por parte de ella, como equipo terapéutico consideramos que teníamos que ofrecerles toda la ayuda posible a los consultantes. Asimismo, reconocíamos la complejidad de la situación y que debían recibir una atención integral, por lo que se acordó que se les darían los datos para que pudieran asistir a una organización especializada en brindar apoyo a los implicados en la violencia, tanto los agresores como los agredidos. Para el esposo se pensó en que pudiera asistir a un lugar de hombres violentos, para que iniciara con el proceso de responsabilizarse de su agresión y por otra parte, para la esposa que como había mencionado, también era hostil aunque de un modo distinto, se pensó en que también pudiera recibir apoyo, por una parte para trabajar en ello, pero además para saber como podía protegerse de la violencia, ya que además nos preocupaba lo que podía suceder con el hijo de los consultantes de menos de un año de edad.

Relacionado a lo anterior, también surgió un tema complejo y de discusión para el equipo, la idea de qué papel tiene el terapeuta en el ámbito legal, sobre si estamos obligados a denunciar los abusos de los que nos enteramos y qué tanta participación tendremos al respecto, ya que es un punto delicado. Esto resultó porque el consultante era abogado y en un momento la terapeuta le comentó que obviamente entonces estaba al tanto de las consecuencias que podía recibir al ser violento con su esposa y que nosotros como equipo estábamos en la obligación de denunciarlo y de estar pendiente de lo que él hacía para proteger a la esposa, entonces esto le pareció al consultante como que íbamos a ir a presentar inmediatamente una denuncia contra él, cuestión que hizo que al inicio se mostrara a la defensiva. De esta forma, se hizo la observación a la terapeuta que el modo en que se lo había dicho, había parecido por llamarlo de algún modo una amenaza y se contempló que había que tener cuidado en cómo nos manejamos con los consultantes, así como en identificar nuestras emociones y que estas no influyan de manera negativa en el trabajo terapéutico.

Durante el cuarto semestre, en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, atendí un caso en el que la consultante solicitó el servicio debido a que estaba preocupada por sus hijos, al inicio señaló que tenían problemas de conducta en la escuela, sin embargo conforme avanzó el proceso terapéutico, surgió información importante, como que la familia se encontraba en un momento de crisis, ya que la madre junto con los tres hijos habían regresado de los Estados Unidos, un tanto porque la madre estaba enferma, pero también debido a la violencia que ejercía el esposo sobre ellos, ya que además hacia el final del proceso terapéutico la consultante comentó que su esposo estaba en México para que se regresaran todos juntos, para el equipo nuevamente considerando las agresiones, fue importante brindarle a la consultante información suficiente para que de primera instancia pudiera protegerse ella y a sus hijos, sin embargo cabe señalar que no se concluyó el proceso y no pudimos saber nada más sobre el caso.

Y en el caso que atendí en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, donde la consultante estaba diagnosticada como que sufría de Trastorno Bipolar, en todo momento se escuchó su voz y se consideró como ella misma se refería a su problemática, utilizando sus palabras y siendo respetuosos con su situación. asimismo, el proceso terapéutico se vinculo a su tratamiento médico de manera integral, de manera que aunque a la paciente no le parecía tomar medicinas, se consideró que tenía que seguir las indicaciones de su psiquiatra.

Finalmente, durante la Maestría en Psicología en nuestra práctica profesional, pudimos visualizar los alcances de nuestro trabajo, lo que implicaba no sólo trabajar en nuestra propia Clínica, si no además insertarnos en otros escenarios distintos y donde debías acatar modos de trabajo distintos, por ello que continuamente desarrollamos nuestro profesionalismo, brindando nuestro servicio con calidad y respeto a los consultantes.

CAPÍTULO 4

CONSIDERACIONES FINALES

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

La Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar definitivamente me ha brindado una sólida formación teórica, al revisar los antecedentes históricos de la Terapia Familiar y los diferentes modelos que han surgido a través del tiempo, considero que he adquirido los elementos teóricos que pueden ser llevados a acciones en la práctica clínica, lo que resulta en un beneficio para los consultantes.

Al seguir la Terapia Sistémica como base de mi desarrollo profesional, me di cuenta que mi vida cambió desde entonces; al iniciar la Maestría, mi epistemología se modificó y la idea que tenía de lo que era la Terapia ahora es completamente diferente. Las dudas que tenía al respecto se aclararon conforme avanzamos, entre ellas se encontraba la inquietud de diferenciar entre guiar o incluso manipular al consultante y entre ofrecer un panorama de posibilidades, que es completamente distinto; asimismo la idea de pensar en los problemas en una línea de causa y efecto o en cuál sería la mejor forma de intervenir ante determinadas problemáticas.

Como mencionaba, todo el cambio epistemológico me llevó a concebir la terapia de un modo completamente distinto y el trabajar bajo supervisión, fue un especial punto de cambio. Había tenido la experiencia de ser psicoterapeuta, desde otro enfoque en el que sentía que faltaba algo y al buscar ese algo, encontré la Terapia Sistémica.

Al revisar el proceso terapéutico, las habilidades y competencias profesionales adquiridas son diversas; una de ellas es la posibilidad de realizar entrevistas sistémicas, lo que me permite tener una concepción diferente de los individuos y obviamente de las familias. Asimismo, me ha sido posible poder definir los motivos y los objetivos terapéuticos de cada uno de los casos que tuve la oportunidad de atender, en una forma colaborativa, caminando junto al consultante en su proceso

de cambio.

Aunado a ello, he desarrollado la habilidad de evaluar diversos problemas a los que se enfrentan los consultantes, así como a indagar cuáles son los intentos de solución que han probado y que en ocasiones no les han dado resultado, también he aprendido a identificar cuáles son los recursos y posibilidades de las personas, que muchas veces han pasado desapercibidos.

También he adquirido la posibilidad de formular hipótesis sistémicas, lo que me permite hacer una lectura distinta de los casos que pueden presentarse, sumado a la flexibilidad de poder trabajar desde diferentes posiciones terapéuticas, cuestión que me lleva a adaptarme a las necesidades del consultante, *cortando la terapia* a la medida de cada cual. Asimismo, ante la diversidad del conocimiento adquirido, mi capacidad de análisis cada vez se incrementa más, ya que es inmenso el abanico de posibilidades a las que tenemos acceso.

Como parte del proceso terapéutico, también pude fortalecer mi habilidades para establecer rapport, así como empatía con el consultante y considero que mi capacidad de observación se ha ido agudizando, que aunque es una labor compleja, la práctica continua me permite mantener mi curiosidad y a no quedarme con lo primero que observo.

Parte importante de la formación durante la Maestría, es la capacidad para diseñar diferentes tipos de proyectos de investigación, tanto cualitativos como cuantitativos. Además, promueve mi compromiso con el entorno social, al fomentar la realización de programas de intervención que impacten de una manera favorable a mi comunidad. Relacionado a ello, también adquirí la posibilidad de manejar grupos.

Considerando la ética profesional, la formación durante la Maestría, hizo hincapié en las normas éticas, las que guiarían los procesos hacia el bienestar total de los

consultantes. Desde la recepción de las solicitudes de servicio, hasta la integración del expediente clínico, se manejó la información de manera confidencial, protegiendo a los datos de los consultantes, así como fomentando la confianza en ellos durante su proceso terapéutico.

4.2. Reflexión y análisis de la experiencia

Así como el cambio es inevitable, desde mi ingreso a la Maestría, mi crecimiento profesional y personal se ha desarrollado y continúo aprendiendo día con día. Sin duda toda la experiencia de mi formación ha marcado para siempre mi vida y la visión que tengo de la Psicología.

Las habilidades clínicas desarrolladas, me han permitido crecer profesionalmente, lo que me lleva a tener el propósito de seguirme preparando, ya que aún cuando el periodo de la Maestría ha concluido, no se detiene el aprendizaje que generó desde un inicio. El poder expresarme y utilizar el uso de la palabra como un método curativo es invaluable, asimismo la capacidad de escucha y empatía, aunado a la posibilidad de decir muchas veces a los consultantes, aspectos que no les son agradables y cuestión que para mi era bastante complicada, el confrontar a las personas, sentía que era algo que no era parte de lo que soy, sin embargo me di cuenta que soy capaz de poder ser asertiva y sentirme cómoda en la forma en la que digo lo que pienso.

Uno de los aspectos más especiales para mí, ha sido el privilegio de poder formarme bajo la supervisión de excelentes maestras y maestros que me compartieron su experiencia cada vez que intervenían durante las discusiones de los casos. El escuchar la voz de los supervisores te permite buscar alternativas y a la vez tomar en cuenta su opinión guiada por su trayectoria y trabajo.

Asimismo, el poder contar con mi equipo terapéutico me brindo no sólo crecimiento profesional, al poder aprender de mis compañeros y sus vivencias,

sino que a nivel personal, fortalecí el trabajo en equipo del que me gusta ser parte, pero a la vez, fue un periodo de continuar con mi autoconocimiento, al recibir observaciones y sugerencias que tal vez no había contemplado, pero que al escucharlo en el otro, me hizo darme cuenta de cómo soy en mi profesión como Psicóloga y cómo me gustaría llegar a ser.

También creo que el trabajar con el equipo de supervisión, da a nuestra experiencia de terapia un giro que creo muy pocos son afortunados en recibir, el aprendizaje adquirido es incalculable y la experiencia te lleva a realmente a contemplar el proceso terapéutico de un modo totalmente distinto. Incluso para los consultantes, es la oportunidad de un cambio en todos sentidos y aunque muchos se resisten al inicio al ver a tantas personas dentro del mismo espacio, para la mayoría es una grata experiencia, en la que se sienten completamente escuchados, no sólo por uno, sino por muchos más.

Al considerar como lo había mencionado, la adquisición de una sólida base teórica, recuerdo que al llegar a la Maestría, se nos sugirió de algún modo que no pensáramos en un solo modelo, además que dependiendo cada caso, podríamos utilizar diversas perspectivas; así que esta idea me ha gustado, ya que sigo en la búsqueda de saber qué tipo de terapeuta me gustaría ser, cómo deseo hacer mi trabajo y cómo es que quiero contribuir en la vida de los consultantes.

Recuerdo que al iniciar a estudiar las diversas perspectivas teóricas, nos encontrábamos revisando el modelo estructural y leyendo sobre las intervenciones que hacía Minuchin, podía apreciar la forma directiva de actuar con los consultantes, así que este fue un punto crucial en mi búsqueda de mi propio estilo terapéutico, ya que yo nunca me había comportado así en mi práctica clínica. Me era complicado poder visualizarme como una persona que confrontara a las personas y de algún modo, las cuestionara respecto a sus acciones, consideraba que podía ser capaz de describir dichas acciones de una manera mucho más tranquila y en la que no fuera en contra de los consultantes; sin embargo como

parte del Sistema Terapéutico Total, mis compañeros me instaban a confrontar a una consultante, ya que de diversas formas le había planteado una idea y parecía no escucharla, en el momento fue difícil, pero finalmente logré ser directa y exponerle lo que pensábamos, a la siguiente sesión, la consultante señaló que le había servido lo que le dijimos y que había reflexionado.

También recordé como la misma supervisora me decía que los consultante no venían a que les “habláramos bonito”, que en muchas ocasiones tendríamos que decirles las cosas de una manera más directa, así que esto me sirvió para darme cuenta que puedo lograr ser directa e incluso decir ideas que podrían incomodar al otro, pero de una forma amable, tal y como me considero yo, teniendo en siempre en cuenta al consultante; ahora se que puedo tener la fuerza para actuar de forma directa y puedo dirigir al consultante en ofrecerle diversas acciones que puedan beneficiarle y que sea el mismo quien elija qué hacer.

La terapia breve centrada en problemas, me ha sido útil en mi práctica, ya que me ha servido para buscar que los clientes concreten cuando suelen divagar en qué es lo que desean. Asimismo, la idea de buscar el cambio mínimo me permite ver las posibilidades que pueden surgir después de que se identifica este primer pequeño paso; además considerando las intervenciones generales y específicas, creo que en muchas ocasiones pueden ser totalmente útiles antes situaciones muy específicas, pero que suelen ser comunes. Del modelo, considero que uno de los aspectos más importantes que quiero retomar es el utilizar la postura del paciente, es decir, su lenguaje, sistema de valores, actitud ante el problema, ya que al encuadrar una sugerencia dentro de la postura de los clientes se aumenta la probabilidad de que la acepten y que por lo tanto logren los objetivos que se han propuesto. Asimismo, considero que será importante mantener una posición “inferior” cuando es necesario, esto podría ser sumamente útil. Al centrarse el modelo en la comunicación, me lleva a pensar que encaja en el tipo de terapeuta que quiero ser, debido a que coincido en que el lenguaje y la forma en que nos comunicamos, se vincula a la forma en la que actuamos. Así que me gustaría ser

una terapeuta con agudeza para observar detalles en la comunicación que me lleven a formular ideas que puedan ser beneficiosas para el consultante.

Desde que tuve el primer contacto con las ideas de la terapia breve orientada a las soluciones, supe que coincidían con mis premisas, con mi forma de ser. Me considero una persona de recursos y que he tenido que hacer uso de ellos para salir adelante de las dificultades. Al enfocarme en los recursos de los consultantes, así como en la búsqueda de excepciones, se logra encontrar un camino alternativo que en muchas ocasiones no había sido visto claramente. Coincido con Erickson en que las personas tienen en su interior los recursos y la forma de resolver las problemáticas, muchas veces sólo se necesita esa guía para ir identificando esas fortalezas que servirán para alcanzar las soluciones planteadas. Me gustaría incorporar el uso del lenguaje en la terapia como parte del proceso de cambio, no sólo de los consultantes sino incluso en lo personal, me parece increíble como hablar en forma positiva puede hacer que tengamos otra perspectiva.

Desde la propuesta de la Escuela de Milán, coincido con la idea de neutralidad, no sólo como una ausencia de tomar cierta posición, sino como un estado continuo de curiosidad, en el que debemos mantenernos abiertos a la novedad y no dejarnos llevar por lo primero que pensamos. Considerando la hipotetización y aunque pienso que es algo complejo, creo que permite obtener información valiosa sobre la familia, ya que al ir contrastando las diferentes ideas, surgen datos que pueden ser de utilidad al pensar en los patrones relacionales de la familia. Y retomando la idea de circularidad, escuchar a un tercero sobre lo que percibe de la relación de otras dos personas, lleva a abrir una infinidad de posibilidades que no siempre son visibles, cuestión que me parece sumamente interesante. Por otra parte, aunque en otros modelos y en otros momentos se habla de la connotación positiva, desde la mirada de Milán, la considero compleja y aunque en ocasiones no lo parezca, puede ser una forma muy directa de intervenir.

Al pensar en la experiencia que tuve con la terapia narrativa, no puedo dejar de pensar en la gran oportunidad que tuve de poder estar inmersa en una remembranza, no sólo con un excelente terapeuta, sino también con otros nueve que aportaron de manera importante a lo que estaba viviendo. Recuerdo que cuando empecé a revisar la lectura de White, *Decir de nuevo: ¡Hola!*, me era inevitable pensar en mi y en la pérdida que había tenido, me era reconfortante leer lo que estaba ante mis ojos, como había escuchado en muchos momentos que tenía que olvidar y seguir adelante, ahora entendía que había otras posibilidades y me sentí entendida. Sinceramente, hasta la mañana del día de la clase pensé en la posibilidad de participar en los ejercicios que se solían hacer y sabía que definitivamente sería algo demasiado útil para mí.

Definitivamente considero que al hablar de la posmodernidad hacia el final de la Maestría, ha sido un punto de quiebre, en el que considero que tenemos que tener claras las bases de la Terapia Sistémica, pero a la vez contemplar las nuevas posibilidades y creo firmemente que el modelo me ha sido útil al pensar en todo lo que podría hacer ahora con los consultantes.

La terapia colaborativa ha sido sumamente útil en mi práctica clínica, recuerdo que ante un caso en el que me parecía que a la consultante le era difícil escuchar las ideas que le ofrecíamos, decidimos hacer por un equipo reflexivo y aunque como comente, sin tener las bases necesarias para realizarlo, considero que de algún modo la consultante por fin pudo escuchar lo que le decíamos, sin embargo esto no fue bien recibido, supongo que no era su momento de cambiar.

Mi visión personal de la terapia tiene que ver con una manera de acompañar al otro en su proceso de cambio. Asimismo y considerando lo que he pensado sobre cada modelo, considero que llegar al estilo terapéutico deseado por uno, es un largo proceso, un camino donde existen diversas alternativas y en donde pareciera que hay que tomar uno solo, cuando creo y aunado a que ha sido una idea que se ha reflexionado en el grupo, no necesariamente necesitamos centrarnos en un

solo modelo, en una sola forma de ser terapeuta, sino que y retomando la idea de Erickson, tomar de cada perspectiva lo que más nos sirva.

Aunque en ocasiones pareciera que contemplar todos los modelos, resulta en un exceso de información que en momentos puede contradecirse o coincidir, la libertad que tenemos ahora de poder incorporar lo que más nos sea útil en el proceso terapéutico, resultará en que podamos llegar a ser los terapeutas que deseamos y por lo menos en mi caso, desde que decidí estudiar Psicología, contemplaba la idea de dedicarme a acompañar a las personas en su proceso de cambio.

4.3. Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo de trabajo

Respecto a mi labor como psicoterapeuta, había considerado que tenía ya una forma de trabajar y me sentía a gusto con las personas, pero a la vez y como comentaba, con muchas dudas. Ya en la Maestría al iniciar la práctica clínica en las diversas sedes y bajo el esquema de la supervisión, sentía que había algo que me había detenido y puedo sumar que llevaba tiempo sin ser terapeuta, al principio no me sentía libre de ser yo misma, pero definitivamente sabía que al ser parte del Sistema Terapéutico Total adquiriría una experiencia completamente diferente. Poco a poco, volví a sentirme libre y a mostrarme como considero que soy frente a los consultantes, aún creo que me falta mucho para ser el tipo de terapeuta que he pensado ser desde que decidí estudiar Psicología, pero he ido desarrollando mi propio estilo.

También fue sumamente interesante abordar temas complejos durante las sesiones terapéuticas con los consultantes y la discusión posterior con el equipo terapéutico, ya que nos dábamos cuenta de cómo las emociones, creencias y pensamientos se iban moviendo dependiendo nuestras vivencias, asimismo las y los supervisores siempre hicieron hincapié en la importancia primero de identificar

dichas situaciones en nosotros y después, en buscar la manera en la que pudiéramos actuar de una manera neutral, teniendo en cuenta además el contexto y circunstancias de los consultantes.

Y considerando el área profesional, mi formación me ha permitido fortalecer la atención psicoterapéutica individual, pero además surgió la posibilidad de atender a familias, cuestión que no imaginaba. Además que las opciones en el campo de incidencia se ha ampliado considerablemente, al poder desarrollarme no sólo en el ámbito privado, sino también en instituciones gubernamentales, en donde con mi labor puedo aportar a las comunidades y la sociedad.

Además se ha incrementado mi compromiso social, ya que junto a mi equipo terapéutico, descubrimos la posibilidad de intervenir en diversas áreas, como lo son escuelas, hospitales, albergues, fundaciones, organizaciones laborales, entre otras, que nos llevan a pensar en la aportación que podemos hacer como mexicanos, ya sea como psicoterapeutas, pero también como investigadores y docentes, beneficiando a diversos tipos de instituciones como lo había mencionado, pero principalmente, pensando en los individuos y a la familia como un sistema.

REFERENCIAS

Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-425.

Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. México: Gedisa.

Andersen, T. (1995). Reflecting processes: acts of informing and informing; you can borrow my eyes but you must not take them away from me!. En S. Friedman, Editor. *The Reflecting Team in Action*. Nueva York: Guilford, 11-38.

Andersen, T. (2001). Ethics before ontology: A few words. *Journal of Systemic Therapies*, Vol. 20, No. 4, 2001.

Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: McNamee, S. y Gergen, K. (Eds) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Ausloos, G. (1998). *Las capacidades de la familia. Tiempo, caos y proceso*. Barcelona: Herder.

Bateson, G. (1979). *Espíritu y Naturaleza*. Argentina: Amorrortu.

Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz, L., *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.

Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres. La pareja revelada a sí misma*. España: Paidós Terapia Familiar.

Colapinto, J. (2006). Terapia Estructural. En Roizblatt, A., *Terapia Familiar y de Pareja*. Chile: Mediterráneo.

Coletti, M. y Linares, J. L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: la experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Editorial Paidós.

De Shazer, S. (1984). *The death of resistance*. Family Process 23: 11-17.

De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve. Un enfoque ecosistémico*. España: Editorial Paidós.

Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz, L., *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.

Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.

Espinosa, M. (2004). El modelo de Terapia Breve con Enfoque en Problemas y Soluciones. En Eguiluz, L., *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.

Estrada, L. (1997). *El ciclo vital de la familia*. México: De Bolsillo.

Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton. Capítulo 1.

Gergen, K. J. (1992). Toward a postmodern psychology. En S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (pp. 17-30). London: Sage.

Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Harlene, A. (2001). Ethics and Uncertainty: Brief Unfinished Thoughts. *Journal of Systemic Therapies*: Vol. 20, No. 4, pp. 3-6. doi: 10.1521/jsyt.20.4.

Ibáñez, N., Linares, J. L., Vilaregut, A., Virgili, C. y Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema*. Vol. 24, no 3, pp. 489-494.

INEGI (2011), Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (2013, Septiembre). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/violencia9.pdf> (2013, 9 de septiembre).

INEGI (2011), Censo de población y vivienda 2010 datos de México (2013, Septiembre). Disponible en:
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Boletines/muestra3.asp?tema=22&c=279> (2013, 9 de septiembre).

INEGI (2012), Encuesta nacional de victimización y percepción sobre seguridad pública (2013, Septiembre). Disponible en:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/envipe/envipe2012/default.aspx> (2013, 9 de septiembre).

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Linares, J. L. (2006). *Las formas de abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. México: Paidós.

Linares, J. L. (2011). Adolescentes que no gustan a sus padres. *Ajayu*, 10 (1), 1-18, ISSN 2077-2161.

McNamee S. y Gergen, K. J. (1992) Introducción. En: Gergen K J. y McNamee S. (1996). *La terapia como construcción social*. Ed. Paidós. Barcelona.

Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Argentina: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.

Montalvo, J., Espinosa, M. R. y Pérez, A. (2013) Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVII. Número 28. Febrero-Julio 2013.

Mosmann, C, y Wagner, A. (2008). Dimensiones de la conyugalidad y de la parentalidad: un modelo correlacional. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, Vol. 10, Núm. 2, julio-diciembre, pp. 79-103.

O'Hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. España: Paidós Terapia Familiar.

O'Hanlon, B. (2003). *Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. México: Paidós.

O'Hanlon, B. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós Terapia Familiar.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. España: Herder.

Payne, M. (2000). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.

Roizblatt, A. (2006). *Terapia Familiar y de Pareja*. Chile: Mediterráneo.

Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. España: Gedisa Editorial.

Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En Eguiluz, L., *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.

Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14, 3, 511-532.

Trepper, T. (2006). Terapia breve de pareja y familia centrada en soluciones. En Roizblatt, A., *Terapia Familiar y de Pareja*. Chile: Mediterráneo.

Watzlawick, P. (1994). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.

White, M. (2000). Re-engaging with history: The absent but implicit. En M. White (Ed.) *Reflections on narrative practice* (pp. 35-58). Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (1997). *Narratives of therapist's lives*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa. Capítulo 2 y 3.

White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós. Capítulo 1 y 3.